

2.6 Cannabis – Zahlen und Fakten

*Eva Hoch, Hanna Dauber, Elena Gomes de Matos,
Regina Hollweck, Eva-Maria Krowartz, Anne Maiwald,
Esther Neumeier, Sally Olderbak, Franziska Schneider,
Larissa Schwarzkopf*

Zusammenfassung

Am 1. April 2024 wurde die Droge Cannabis in Deutschland teillegalisiert. Das Gesetz zum kontrollierten Umgang mit Cannabis (CanG) reguliert den legalen Besitz und Konsum von Cannabis für Erwachsene. Es regelt auch den privaten Eigenanbau, den gemeinschaftlichen nichtgewerblichen Eigenanbau und die kontrollierte Weitergabe von Cannabis durch Anbauvereinigungen. Das von den Deutschen zu Rauschzwecken genutzte Cannabiskraut wurde im vergangenen Jahr überwiegend auf dem Schwarzmarkt erworben und stammt überwiegend aus westeuropäischem illegalem Indoor- und Outdooranbau. Insbesondere der professionalisierte Cannabisanbau durch Gruppierungen aus dem Bereich der Organisierten Kriminalität in Spanien hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Im 10-Jahres-Trend ist der THC-Gehalt von Cannabiskraut um 41 % angestiegen. Der Zugang zu Cannabis als Arzneimittel wurde mit der Teillegalisierung vereinfacht, wodurch die Importmengen stark anstiegen. In Deutschland ist der längerfristige Trend eines Anstiegs im Cannabiskonsum zu beobachten, auch des problematischen Gebrauchs. 5,1 Millionen erwachsene Deutsche im Alter von 18 bis 64 Jahren (9,8 %) gaben an, Cannabis in den letzten 12 Monaten konsumiert zu haben. Männer tun dies etwas häufiger als Frauen. Sie zeigen auch deutlich höhere Prävalenzen hinsichtlich Missbrauchs oder Abhängigkeit nach den DSM-IV-Kriterien (1,8 %) als Frauen (1,1 %). Cannabinoidbezogene Störungen sind aktuell nach alkoholbezogenen Störungen immer noch zweithäufigster Anlass für den Zugang zu Suchthilfeangeboten (2024: ambulant: 15,8 %, stationär: 10,6 %). Allerdings zeigt sich nach einem fortgesetzten Anstieg der Fallzahlen seit der Jahrtausendwende im ambulanten Bereich erstmals ein merklicher Rückgang (2023: 26.633 Fälle; 2024: 22.231 Fälle). Im stationären Sektor steigen die Fallzahlen hingegen weiter (2023: 3.056 Fälle; 2024: 3.430 Fälle). Im Dezember 2025 wurde die interdisziplinäre S3-Leitlinie „Cannabisabhängigkeit“ veröffentlicht. Der derzeit wirksamste Behandlungsansatz für Erwachsene mit Cannabiskon-

sumstörungen ist eine Kombination aus kognitiv-behavioraler Therapie und Motivationsförderung. Für Kinder und Jugendliche werden auch familientherapeutische Interventionen empfohlen. Es gibt derzeit keine wirksame Medikation zur Therapie von Entzugssymptomen, Craving oder Rückfallprophylaxe der Cannabisabhängigkeit. Angebote zur Prävention des problematischen Cannabiskonsums liegen vor und müssen noch weiterentwickelt und ausgebaut werden.

Abstract

On April 1, 2024, the drug cannabis was partially legalized in Germany. The Act on the Controlled Use of Cannabis (CanG) regulates the legal possession and consumption of cannabis for adults. It also governs private personal cultivation, communal non-commercial cultivation, and the controlled distribution of cannabis through cultivation associations. Last year, the cannabis used by Germans for recreational purposes was predominantly obtained from the black market and mainly originates from illegal indoor and outdoor cultivation in Western Europe. Professionalized cannabis cultivation by organized crime groups in Spain has increased significantly in recent years. Over the past ten years, the THC content of cannabis has risen by 41%. Access to cannabis as a medicinal product has been facilitated by partial legalization, leading to a sharp increase in import volumes.

In Germany, a long-term upward trend in cannabis use can be observed, including an increase in problematic use. Approximately 5.1 million adults (9.8%) report having used cannabis in the past 12 months. Men use cannabis slightly more frequently than women and are nearly twice as likely to experience problematic cannabis use (1.8%) compared to women (1.1%). Cannabis-related disorders remain, after alcohol-related disorders, the second most common reason for seeking addiction treatment (2024: outpatient: 15.8%, inpatient: 10.6%). However, after a continued rise in case numbers since the turn of the millennium, the outpatient sector has for the first time shown a noticeable decline (2023: 26,633 cases; 2024: 22,231 cases). In contrast, case numbers in the inpatient sector continue to rise (2023: 3,056 cases; 2024: 3,430 cases).

In December 2025, the interdisciplinary S3 guideline “Cannabis Dependence” was published. The most effective treatment approach for adults with cannabis use disorders currently is a combination of cognitive-behavioral therapy and motivational enhancement. For children and adolescents, family-based therapeutic interventions are also recommended. At present, there is no effective medication for treating withdrawal symptoms, craving, or relapse prevention in cannabis dependence.

Preventive measures against problematic cannabis use exist but need to be further developed and expanded.

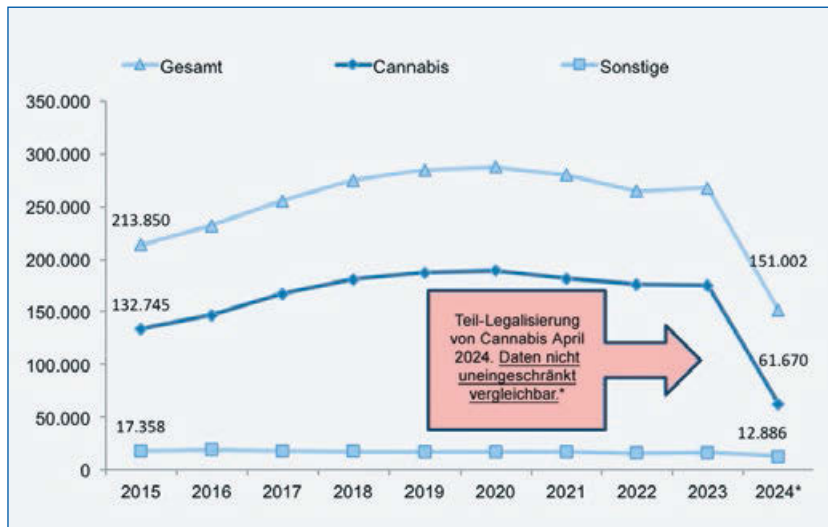
1 Was ist Cannabis?

Die Cannabis-Pflanze gehört zur botanischen Gattung der Hanfgewächse (Cannabaceae). Cannabis wird seit Jahrtausenden als Nutz- und Heilpflanze sowie als Rauschmittel eingesetzt. Bislang wurden circa 500 chemische Substanzen in der Cannabis-Pflanze gefunden, mehr als 100 davon zählen zu der Gruppe der Cannabinoide. Die bekanntesten Cannabinoide sind das THC (δ -9-Tetrahydrocannabinol) und das CBD (Cannabidiol). Beide Substanzen können das Denken, Fühlen und Handeln beeinflussen, sind also psychoaktiv. Jedoch nur THC ist rauschauslösend und hat Suchtpotenzial. Die zwei häufigsten Bestandteile der Cannabispflanze sind die THC-haltigen getrockneten Blüten und Blätter der weiblichen Hanfpflanze (Marihuana, umgangssprachlich: „Gras“) sowie das aus dem THC-haltigen Harz der Blütenstände gewonnene Haschisch. Im Vordergrund dieses Beitrags steht der Konsum von THC-haltigem Cannabis als Rausch- bzw. Suchtmittel. Auch auf die medizinische Nutzung von Cannabis soll eingegangen werden. Für Informationen zu CBD-Produkten mit THC-Gehalt unter 0,2 % („CBD-Cannabis“) oder synthetischen Cannabinoiden wird auf andere Quellen verwiesen (EMCDDA, 2020; EMCDDA, 2024).

2 Drogenmärkte

Das sichergestellte Marihuana in Deutschland stammt überwiegend aus illegalem und professionalisiertem Anbau in Westeuropa, insbesondere aus illegalen Großplantagen in Spanien. 2024 wurden zahlreiche Großtransporte über Frankreich nach Deutschland festgestellt, oft bereits vom französischen Zoll gestoppt. Häufig wurden dabei auch Haschischlieferungen aus Marokko mitgeführt. Zusätzlich gelangte Marihuana per Post, Container und Flugkurier aus Nordamerika (Kanada/USA) sowie aus Thailand nach Deutschland. Insgesamt wurden rund 19,4 Tonnen sichergestellt. Die Zahl der allgemeinen Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz liegt im Jahr 2024 bei 151.002 Verstößen. Im Vergleich zu 2023 (267.527 Verstöße) bedeutet dies einen starken Rückgang (s. Abb. 1). Die Aussagekraft der Deliktzahlen für das Jahr 2024 ist im Kontext der Cannabis-Teil-Legalisierung eingeschränkt, da viele zuvor strafbare Handlungen – insbesondere Besitz und Erwerb geringer Mengen zum Eigenkonsum – seit April 2024 nicht mehr als Verstöße gegen das BtMG erfasst werden. Der Rückgang der Fallzahlen spiegelt daher in erster Linie eine gesetzliche Neuregelung und keine unmittelbare Veränderung des Konsumverhaltens wider.

Abb. 1: Entwicklung von Verstößen gegen das BtMG (2014–2024)

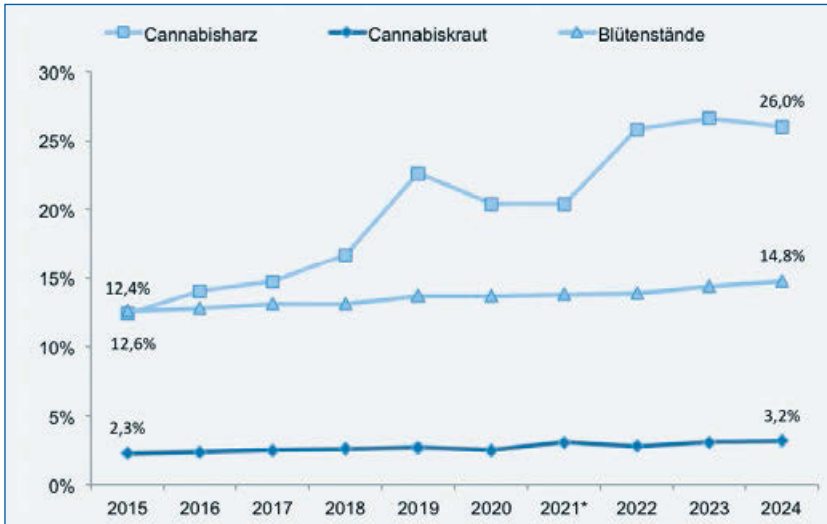


Hinweis: Durch die Teil-Legalisierung von Cannabis im Jahr 2024 kam es zu einer Veränderung der polizeilichen Erfassung. Bestimmte Delikte im Zusammenhang mit Cannabis werden seitdem nicht mehr in der bisherigen Häufigkeit erfasst. Gleichzeitig entstehen neue Deliktformen, die unter das Konsumcannabisgesetz (KCanG) fallen. Ein Vergleich der Daten ab 2025 mit den Vorjahren ist daher – sowohl bei Cannabis-spezifischen als auch bei den Gesamtdelikten – nur eingeschränkt möglich.

Quelle: Bundeskriminalamt (BKA), 2025

Der durchschnittliche Wirkstoffgehalt von Blütenständen ist im 10-Jahres-Trend kontinuierlich angestiegen und ist auch für 2024 im Vergleich zum Vorjahr nochmals auf 14,8 % gestiegen (2023: 14,4 %) (Abb. 2). Der durchschnittliche Wirkstoffgehalt von sichergestelltem Harz mit einem Höchststand im Jahr 2023 (26,6 %) ist für 2024 wieder leicht auf 26,0 % gesunken. Alle Werte müssen mit dem Vorbehalt betrachtet werden, dass die CBD-reichen Cannabisprodukte getrennt davon betrachtet wurden. Die im Vergleich geringen Wirkstoffgehalte von Cannabiskraut sind nach einem leichten Rückgang im Jahr 2022 (2,8 %) in den Jahren 2023 (3,1 %) und 2024 (3,2 %) wieder auf das Niveau von 2021 angestiegen. Im 10-Jahres-Trend ist der THC-Gehalt von Cannabiskraut um 41 % angestiegen.

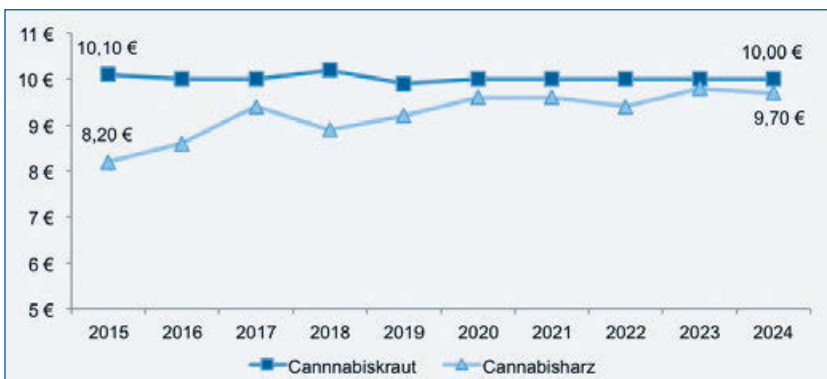
Die Preise für ein Gramm Cannabiskraut und Cannabisharz im Straßenhandel haben sich über die letzten sechs Jahre hinweg mit nur leichten Schwankungen stabilisiert (Abb. 3). Der Preisanstieg für Cannabisharz lag im 10-Jahres-Trend bei +18 %.

Abb. 2: Trends im Wirkstoffgehalt (THC) (2015–2024)

* Ab dem Datenjahr 2021 werden besonders CBD-haltige Produkte bei der Berechnung des Medians herausgenommen, Quelle: Datenlieferung Bundeskriminalamt (BKA), 2025

3 Gesetzeslage

Am 1. April 2024 ist das Gesetz zum Umgang mit Konsumcannabis (kurz: Konsumcannabisgesetz, KCanG) in Kraft getreten. Mit dem Gesetz wird der private

Abb. 3: Entwicklung des Preises pro Gramm (Straßenhandel) in € (2015–2024)

Quelle: Datenlieferung Bundeskriminalamt (BKA), 2025

Eigenanbau durch Erwachsene zum Eigenkonsum sowie der gemeinschaftliche, nicht-gewerbliche Eigenanbau von Cannabis in Anbauvereinigungen legalisiert. Jede erwachsene Person darf seitdem außerhalb des eigenen Wohnsitzes bis zu 25 Gramm Cannabis besitzen und mit sich führen; am eigenen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort sind bis zu 50 Gramm im Besitz erlaubt. Erwachsene mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland dürfen zum Zwecke des Eigenkonsums an ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort bis zu drei Cannabispflanzen gleichzeitig anbauen. Die Anzahl von drei Cannabispflanzen gilt pro volljährige Person eines Haushalts. Anbauvereinigungen sind eingetragene, nicht-wirtschaftliche Vereine oder eingetragene Genossenschaften, deren Zweck der gemeinschaftliche Eigenanbau und die Weitergabe von Cannabis und Vermehrungsmaterial (Samen und Stecklinge von Cannabispflanzen) zum Eigenkonsum ist. Cannabis aus dem privaten Eigenanbau darf nicht an Dritte weitergegeben werden. Erwerb, Besitz und Anbau von Cannabis ist für Minderjährige weiterhin verboten. Die Weitergabe von Cannabis an Kinder und Jugendliche ist strafbar.

Der erste Zwischenbericht der aktuell laufenden Evaluation zu den Auswirkungen des Gesetzes zum Umgang mit Konsumcannabis (KCanG) wurde am 01.10.2025 veröffentlicht und ist online abrufbar¹. Im Mittelpunkt stehen der Kinder- und Jugendschutz, der allgemeine Gesundheitsschutz sowie die cannabisbezogene Kriminalität. Ergänzend werden Effekte des bestehenden Konsumverbots und der Besitz- und Weitergaberegulungen analysiert. Erste, deskriptive Ergebnisse der EKOCAN-Studie zeigen bislang keinen grundlegenden Wandel im Umgang mit Cannabis. Bei der Prävalenz jugendlicher und erwachsener Konsumierender konnte kurzfristig keine signifikante Veränderung beobachtet werden. Rückgänge zeigen sich bei suchtbezogenen Beratungen Jugendlicher, Meldungen an Jugendämter sowie cannabisbezogenen Polizeidelikten. Ein Ausbau der Datenbasis sowie tiefergehende Auswertungen sind erforderlich, um mögliche Langzeiteffekte der Teillegalisierung zu erfassen und valide zu beurteilen.

Mit dem Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften, das am 10. März 2017 in Kraft trat, wurde Cannabis zu medizinischen Zwecken erstmals als verschreibungsfähiges Arzneimittel zugelassen. Infolge der Gesetzesänderung wurde der Einsatz von Cannabisarzneimitteln als Therapiealternative im Einzelfall für Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen unter ärztlicher Kontrolle erlaubt (Bundesministerium für Gesundheit, 2017). Zwei Fertigarzneimittel auf Cannabisbasis waren zur Behandlung mittelschwerer bis schwerer Spastik bei Multipler

¹ <https://www.fdr.uni-hamburg.de/record/17993> [Letzter Zugriff: 21.01.2026].

Sklerose und chemotherapieinduzierter Übelkeit und Erbrechen zugelassen (Preuss et al., 2018). Darüber hinaus standen zugelassene Cannabisblüten und Cannabis-Vollspektrumextrakte zur Verfügung, die neben THC und CBD weitere pharmakologisch relevante Inhaltsstoffe wie Terpene und Flavonoide enthalten und bei weiteren medizinischen Indikationen verordnet werden können. Seit der Legalisierung von Konsumcannabis am 1. April 2024 gilt Medizinalcannabis nicht mehr als verschreibungsfähiges Betäubungsmittel, sondern als verschreibungspflichtiges Arzneimittel (Bundesministerium für Gesundheit, 2024), wodurch sich die ärztliche Verschreibung deutlich vereinfachte. In der Folge wurde Medizinalcannabis vermehrt über Privatrezepte bezogen. Nach Angaben der Bundesregierung stiegen die Importe von Medizinalcannabis im ersten Halbjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um über 400 % auf rund 80 Tonnen (Kitt, 2026). Im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation des Konsumcannabisgesetzes (EKOCAN) zeigte die Zwischenevaluation des Cannabisgesetzes, dass der nicht-kommerzielle Austausch von Cannabis im sozialen Umfeld („social supply“) eine zentrale Bezugsquelle darstellt (Manthey et al., 2025). Es ist davon auszugehen, dass auf diesem Wege auch Medizinalcannabis außerhalb des regulären Versorgungssystems weitergegeben wurde.

4 Gesundheitliche Risiken und medizinisches Potenzial

Cannabis wird als Droge meist konsumiert, um seine akute belohnende Wirkung zu erfahren. Der akute Konsum hoher THC-Dosen (auch ungewollt) kann zeitlich begrenzte psychische, gastrointestinale und kardiovaskuläre Probleme sowie z. B. Verkehrsunfälle in Folge der Rauschwirkung verursachen (Hoch et al., 2025b). Regelmäßiger Cannabiskonsum (insbesondere von Produkten mit hohem THC-Gehalt) ist mit körperlichen und vor allem psychischen Risiken verbunden. Chronischer Cannabiskonsum wird mit zahlreichen negativen Folgen in Verbindung gebracht, die vor allem für Jugendliche und junge Erwachsene besorgniserregend sind (z. B. Lernstörungen, Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit, eingeschränkte Fahrtüchtigkeit, geringerer Bildungserfolg, Psychosen/Schizophrenie, Stimmungs- und Angststörungen sowie suizidales Verhalten). Es ist umstritten, inwieweit der Cannabiskonsum eine kausale Ursache für diese nachteiligen Folgen ist. Körperliche Gesundheitsrisiken (z. B. Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Frühgeburtlichkeit und eingeschränktes fetales Wachstum, Hyperemesis-Syndrom u. a.) wurden ebenfalls mit dem wiederholten Konsum von Cannabis mit hohem THC-Gehalt in Verbindung gebracht. Regelmäßig konsumiert, kann Cannabis

zur Entwicklung eines schädlichen oder abhängigen Gebrauchs führen. In den 1990er Jahren wurde geschätzt, dass etwa eine von zehn Cannabis konsumierenden Personen im Lebenszeitraum eine Cannabisabhängigkeit entwickelt (Anthony et al., 1994). In neueren Studien aus den USA wird geschätzt, dass 30 % der Cannabiskonsumierenden die Kriterien einer Cannabiskonsumstörung erfüllen (Hasin et al., 2015). Dieser Befund könnte auf die zunehmende Stärke von Cannabis, Änderungen des Rechtsstatus und die gesellschaftliche Akzeptanz des Cannabiskonsums im Laufe der Zeit zurückzuführen sein (Connor et al., 2021). Ein frühes Einstiegsalter, intensiver Konsum und Co-Konsum von Tabak wurden als besondere Risikofaktoren identifiziert.

Obwohl die Nutzung von Cannabis zu medizinischen Zwecken eine lange Tradition hat, fehlen bis heute für die effektive Behandlung vieler Symptome und Erkrankungen robuste Wirksamkeitsnachweise. In systematischen Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen gilt die Datenlage als am besten für die Indikationen der chronischen-neuropathischen Schmerzen, Muskelspastik sowie Appetitstimulation bei chemotherapieinduzierter Übelkeit und Erbrechen (u. a. Hoch et al., 2025b). Für weitere Indikationen – insbesondere für psychische Erkrankungen – ist die Evidenz bislang sehr begrenzt (u. a. Chou et al., 2025; Häuser et al., 2019). Medizinische Anwendungen von THC-haltigen Cannabinoiden haben auch Nebenwirkungen. Sie können das Denken und die Wahrnehmung verändern sowie Schwindel, Benommenheit und Sedierung hervorrufen. Bei 25 % aller Anwendenden von Cannabisarznei konnte eine Cannabisgebrauchsstörung festgestellt werden (CUD; nach DSM-5, American Psychiatric Association, 2013; Dawson et al., 2024). Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung zum menschlichen Endocannabinoid-System werden in den nächsten Jahren weiter dazu beigetragen, diese Phänomene besser zu verstehen. Einen Überblick über die Studienlage liefert die Expertise „Cannabis: Potenzial und Risiken“ (Hoch et al., 2025b; 2019).

5 Konsumverbreitung, -muster und -trends in Deutschland

5.1 Bevölkerungsumfragen bei Erwachsenen

Cannabis ist nach Alkohol die mit Abstand am häufigsten gebrauchte psychoaktive Substanz in Deutschland. Als Datenbasis für die Häufigkeitsschätzung unter Erwachsenen in Deutschland liegt der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) aus dem Jahr 2024 vor (Gesamtstichprobe $n = 7.534$, Alter der Befragten 18–64 Jahre). 5,1 Millionen Personen (9,8 %) geben an, Cannabis in den letzten 12 Monaten konsumiert zu haben. Männer tun dies etwas häufiger (12,3 %) als

Tab. 1: Cannabisgebrauch in der deutschen Allgemeinbevölkerung (DAS 2025)

	Alter	Männlich	Männlich
Lebenszeit	12–17	8,5 %	6,2 %
	18–25	54,5 %	40,6 %
12 Monate	12–17	7,2 %	4,6 %
	18–25	31,6 %	18,8 %
30 Tage	12–17	2,6 %	2,2 %
	18–25	16,3 %	7,9 %

Quelle: Orth, Nitzsche, 2025

Frauen (7,1 %) (Olderbak et al., 2025). In den letzten 30 Tagen hatten 5,1 % die Substanz konsumiert (Hoch et al., 2025a).

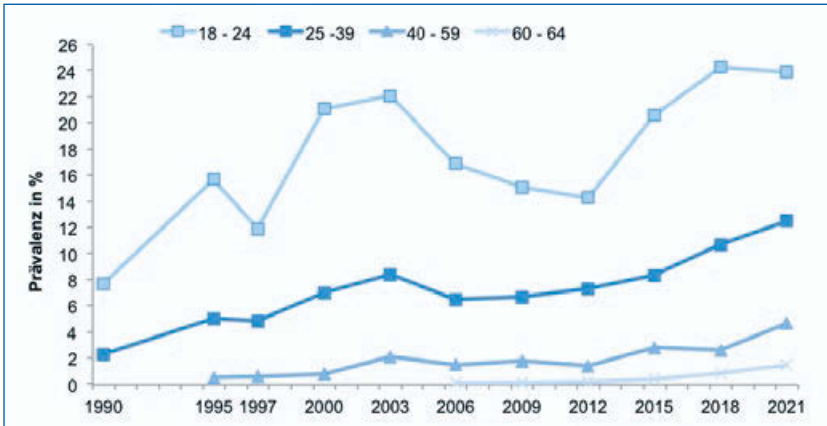
5.2 Bevölkerungsumfragen bei Kindern und Jugendlichen

Cannabis ist auch bei Kindern und Jugendlichen die am häufigsten gebrauchte illegale Substanz in Deutschland. Als Datenbasis für die Häufigkeitsschätzung in Deutschland liegt die Drogenaffinitätsstudie (DAS) aus dem Jahr 2025 vor (s. Tab. 1). Befragt wurden 7.001 junge Menschen im Alter von 12 bis 25 Jahren im Zeitraum April bis Juni 2025. Bei den 12- bis 17-jährigen haben 8,5 % der Jungen und 6,2 % der Mädchen zumindest einmal im Leben Cannabis ausprobiert. Im letzten Jahr konsumierten 7,2 % der Jungen und 4,6 % der Mädchen Cannabis, während 2,6 % der Jungen und 2,2 % der Mädchen in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumierten. Unter den 18- bis 25-jährigen haben junge Männer mit 54,5 % mindestens einmal im Leben Cannabis ausprobiert, bei jungen Frauen liegt der Anteil bei 40,6 %. Im letzten Jahr konsumierten 31,6 % der Männer und 18,8 % der Frauen Cannabis, während 16,3 % der Männer und 7,9 % der Frauen in den letzten 30 Tagen regelmäßig konsumierten (Orth, Nitzsche, 2025).

5.3 Trends und Entwicklungen des Cannabisgebrauchs

In den letzten drei Jahrzehnten zeigte sich ein insgesamt steigender Trend im Cannabiskonsum (Abb. 4). In der letzten Dekade verdoppelte sich bei der 18- bis 64-jährigen Wohnbevölkerung Deutschlands der Anteil an Konsumierenden von 4,5 % (2012) auf 9,8 % (2024) (Hoch et al., 2025a). Die 30-Tages-Prävalenz des Cannabiskonsums ist seit 2012 (2,3 %) kontinuierlich gestiegen

Abb. 4: Trends* im Cannabisgebrauch in der deutschen Allgemeinbevölkerung



* Trends der 12-Monats-Prävalenz von 18- bis 64-Jährigen

Quelle: Karachaliou et al., 2022, S. 12

und erreichte 2024 mit 5,1 % mehr als das Doppelte des Wertes von 2012. Im Vergleich zu 2021 (4,3 %) hat sich die Rate jedoch nicht statistisch signifikant verändert. Die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums stieg seit 2012 von 4,5 % auf 9,8 % im Jahr 2024, zeigte gegenüber 2021 (8,8 %) ebenfalls keine signifikante Veränderung. Der Anteil der stark Konsumierenden lag 2024 mit 16,2 % in einer ähnlichen Größenordnung wie 2021 (17,3 %) (Hoch et al., 2025a).

Im Jahr 2025 zeigten sich bei der Verbreitung des Cannabiskonsums unter Jugendlichen insgesamt nur geringe Unterschiede zwischen den Geschlechtern (Orth, Nitzsche, 2025). Sowohl bei der Lebenszeitprävalenz als auch bei der 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz sowie beim regelmäßigen Konsum lagen die Werte von männlichen und weiblichen Jugendlichen nahe beieinander. Ein statistisch signifikanter Unterschied zeigte sich lediglich in der 12-Monats-Prävalenz: Hier berichteten 7,2 Prozent der männlichen Jugendlichen von einem Konsum innerhalb der vergangenen zwölf Monate, gegenüber 4,6 Prozent der weiblichen Jugendlichen.

Im Vergleich der Jahre 2023 und 2025 ergaben sich für beide Geschlechter keine statistisch signifikanten Veränderungen. Betrachtet man jedoch den längeren Zeitraum von 2019 bis 2025, so ist bei männlichen Jugendlichen ein signifikanter Rückgang des Cannabiskonsums festzustellen. Dies betrifft die Lebenszeit-, die 12-Monats- sowie die 30-Tage-Prävalenz. Bei weiblichen Jugendlichen hingegen sind seit 2012 keine nennenswerten Veränderungen

mehr zu beobachten. Die höchsten Werte im Cannabiskonsum dieser Gruppe wurden bereits im Jahr 1997 registriert (Orth, Nitzsche, 2025).

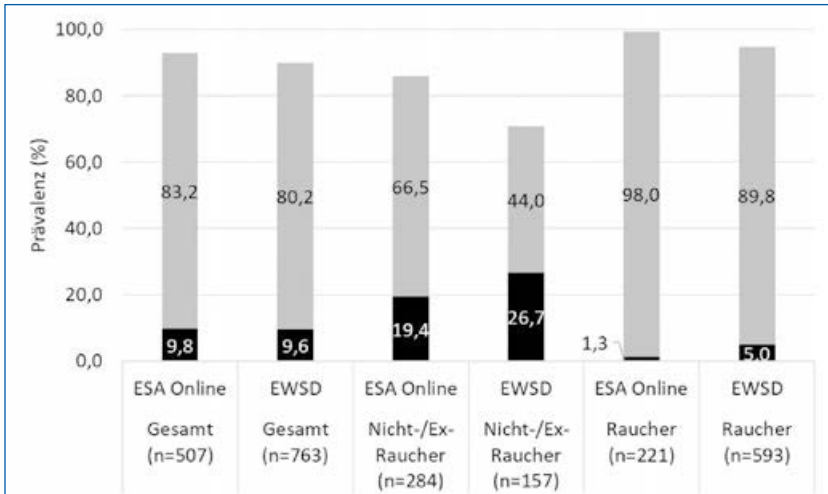
5.4 Problematischer Cannabiskonsum in Deutschland

Im ESA wird problematischer Cannabiskonsum zusätzlich anhand der Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, Saß et al., 2003) erfasst. Die Operationalisierung erfolgt über standardisierte Selbstauskunftitems, die zentrale Merkmale von Cannabismissbrauch und Cannabisabhängigkeit abbilden. Dazu zählen unter anderem anhaltender Konsum trotz negativer sozialer oder gesundheitlicher Konsequenzen, Kontrollverlust über den Konsum, Toleranzentwicklung sowie Entzugssymptome. Auf Basis dieser Angaben können Personen identifiziert werden, die Kriterien einer cannabisbezogenen Störung im Sinne des DSM-IV erfüllen. Es handelt sich hierbei nicht um klinische Diagnosen, sondern um epidemiologische Indikatoren problematischen Cannabiskonsums, die einen international vergleichbaren und zeitlich konsistenten Trendvergleich ermöglichen.

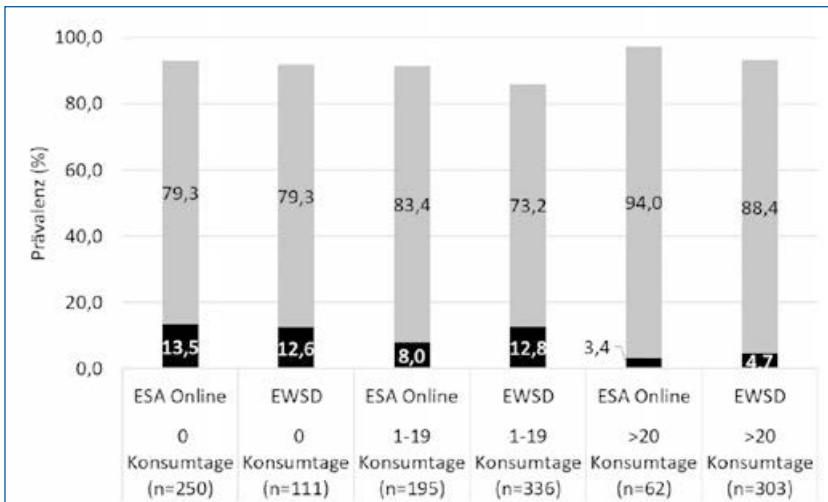
Insgesamt zeigt sich 2024 eine Prävalenz von 0,5 % für Missbrauch und 1,0 % für Abhängigkeit in der Altersgruppe von 18 bis 64 Jahren. In der Hochrechnung für die deutsche Wohnbevölkerung ergibt sich eine Zahl von 0,26 Millionen Personen, die die Missbrauchskriterien und 0,51 Millionen, die die Abhängigkeitskriterien erfüllen. Frauen zeigen dabei eine geringere Prävalenz (0,4 % Missbrauch, 0,7 % Abhängigkeit) als Männer (0,6 % Missbrauch und 1,2 % Abhängigkeit) (Olderbak et al., 2025). Für den Indikator Cannabismissbrauch ergeben sich Werte von 0,5 % im Jahr 2024, 0,6 % im Jahr 2018 und von 0,5 % im Jahr 2012. Damit ist im zeitlichen Trend keine wesentliche Veränderung zu erkennen. Für Cannabisabhängigkeit lässt sich im Vergleich zu früheren Erhebungswellen ein Anstieg von 0,5 % (2012) auf 0,6 % im Jahr 2018 und 1,0 % im Jahr 2024 erkennen. Damit hat sich die Anzahl von Personen mit einer Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV innerhalb der letzten 6 Jahre nahezu verdoppelt, während der Anteil der Personen mit Missbrauch nach DSM-IV konstant geblieben ist.

In der DAS 2025 wurde der problematische Cannabiskonsum von jungen Menschen mittels des „Cannabis Abuse Screening Tests (CAST)“ erfasst. Bei 0,6 % der jugendlichen und 3,4 % der jungen erwachsenen Befragten zeigten sich Hinweise auf einen problematischen Cannabiskonsum. Von den konsumierenden Jugendlichen waren 10,7 % und von den konsumierenden jungen Erwachsenen waren 13,2 % betroffen (Orth, Nitzsche, 2025).

Abb. 5: Cannabiskonsum mit/ohne Tabak in den letzten 12 Monaten (Prozent)



■ Rauchen von Cannabis ohne Tabak ■ Rauchen von Cannabis gemischt mit Tabak



Hinweis: Konsumtage beziehen sich auf die letzten 30 Tage vor der Erhebung. Daten sind von 2021. EWSD-Daten umfassen die gesamte Stichprobe von Cannabiskonsumierenden 18+ sowie diverse Geschlechtsangaben. (Quelle: Spezielle Berechnungen IFT München)

5.5 Cannabiskonsum mit Tabak

Die Mehrheit des Cannabiskonsums erfolgt zusammen mit Tabak (s. Abb. 5). Dies wurde sowohl in der 2024 Erhebungswelle der Europäischen Online Drogenstudie (EWSD), im Online-Modul des ESA 2021 (Rauschert et al., 2022) sowie im ESA 2024 (Hoch et al., 2025a) bestätigt. Die ESA-Online-Daten umfassen ausschließlich Cannabiskonsumierende, die den Survey online ausgefüllt haben. Eine methodologische Untersuchung ergab jedoch, dass diese Personen sich qualitativ nicht von jenen unterscheiden, die den ESA per Papierfragebogen oder telefonisch beantwortet haben, abgesehen davon, dass sie im Durchschnitt etwas jünger sind (Olderbak et al., 2025).

Die meisten Tabakkonsumierenden nehmen Cannabis in Kombination mit Tabak zu sich, und auch die Mehrheit der Nicht-Rauchenden konsumiert Cannabis mit Tabak. Darüber hinaus mischen Personen mit täglichem oder nahezu täglichem Cannabiskonsum häufiger Cannabis mit Tabak.

6 Behandlung cannabisbezogener Störungen

6.1 Behandlungen in der Krankenhausdiagnose-Statistik

Als Annäherung an die Zahl drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle in Deutschland stehen bundesweite Daten zu in Krankenhäusern vollstationär

Tab. 2: Akute Intoxikations- und Vergiftungsfälle mit Cannabis, Krankenhausdiagnosestatistik (2024)

ICD-10-Diagnose	Gesamt	Alter in Jahren						
		< 15	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65+
akute Intoxikation [akuter Rausch] (F11.0 bis F16.0, F18.0, F19.0)	20.448	670	6.480	4.621	4.325	2.388	1.235	729
durch Cannabinoide (F12.0)	2.454	228	1.211	489	247	136	88	55
Vergiftung durch Betäubungsmittel (BtM) und Psychodysleptika (Halluzinogene) (T40.X)	937	64	173	108	84	102	99	307
durch Cannabis (-derivate) (T40.7)	115	31	41	13	10	9	3	8

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2025

Tab. 3: Trends bei den Notfällen durch Cannabinoide (2012–2024)

Jahr	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Cannabinoide (T40.7)	293	272	308	335	284	234	186	170	116	107	96	91	115
Cannabinoide (F12.0)	1.288	1.340	2.089	2.895	2.623	2.312	2.287	2.176	1.748	1.732	1.634	1.945	2.454

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen, zuletzt 2026

behandelten akuten Rauschzuständen (ICD-10-Diagnosen F1x.0) und Vergiftungsfällen (ICD-10-Diagnosen T40.X) aus der Krankenhausdiagnosestatistik zur Verfügung (Tab. 2).

Die Fallzahlen bezüglich akuter Intoxikationen mit Cannabinoiden (inkl. synthetischer Cannabinoide) sind bis 2015 angestiegen und waren seitdem über mehrere Jahre mit Schwankungen rückläufig. In den Jahren 2023 und 2024 war erneut ein Anstieg zu beobachten. Die anteilig meisten Aufnahmen erfolgen in der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen.

6.2 **Betreuungen und Behandlungen in der Deutschen Suchthilfestatistik**

Die Deutsche Suchthilfestatistik erhebt routinemäßig soziodemographische und klinische Daten sowie versorgungsbezogene Informationen zu Personen, die mit Substanzkonsumproblemen oder Suchtverhalten in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen und stationären Rehabilitationseinrichtungen vorstellig werden. Substanzkonsumstörungen umfassen hierbei sowohl den missbräuchlichen Konsum als auch die Abhängigkeit im Sinne der ICD-10 (Dilling et al, 2015). Bei Cannabinoiden sind es die Diagnosen F12.1 und F12.2, die ausdrücklich nicht zwischen Störungen in Folge des Konsums von pflanzlichem Cannabis und Störungen in Folge des Konsums synthetischer Cannabinoide unterscheiden. Die Auswertungen erfolgen routinemäßig für Personen, die im Berichtsjahr eine ambulante Betreuung begonnen oder beendet haben (sog. Zugänge/Beender-Stichprobe) bzw. eine stationäre Behandlung beendet haben (sog. Beender-Stichprobe). Die Teilnahme der Einrichtungen ist freiwillig. Die nachfolgenden Auswertungen repräsentieren somit nur einen Ausschnitt des cannabinoidbezogenen Versorgungsgeschehens in der ambulanten und stationären Suchthilfe. Cannabinoidbezogene Störungen waren 2024 nach alkoholbezogenen Störungen (ambulant: 51,3%; stationär: 63,0%) der zweithäufigste Anlass für die Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten (ambulant: 15,8%, stationär: 10,6%). Allerdings zeigt sich nach einem fortge-

setzten Anstieg der Fallzahlen seit der Jahrtausendwende im ambulanten Bereich erstmals ein merklicher Rückgang (2023: 26.633 Fälle; 2024: 22.231 Fälle). Im stationären Sektor steigen die Fallzahlen hingegen weiter (2023: 3.056 Fälle; 2024: 3.430 Fälle).

Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen bilden die im Durchschnitt jüngste Klientelgruppe in der deutschen Suchthilfe (ambulant: 27,8 Jahre; stationär: 30,8 Jahre), wobei knapp zwei Drittel (ambulant: 62,9 %) bzw. die Hälfte (stationär: 50,4 %) der Hilfesuchenden jünger als 30 Jahre sind. Das Durchschnittsalter der Hilfesuchenden ist seit 2017 (ambulant: 24,9 Jahre; stationär: 28,3 Jahre) – insbesondere im ambulanten Setting – merklich gestiegen. Unter den Hilfesuchenden finden sich viermal so viele Männer wie Frauen (Frauenanteil ambulant: 22,5 %; stationär: 20,4 %), wobei sich der Frauenanteil seit 2017 (Frauenanteil ambulant: 16,5 %; stationär: 16,1 %) Schritt für Schritt erhöht hat.

Ambulante Betreuungen dauern im Mittel 6,5 Monate, wobei sich nur im Bereich der Exzessiven Mediennutzung kürzere Durchschnittsdauern zeigen. Demgegenüber ist die mittlere Behandlungsdauer im stationären Bereich mit 3,5 Monaten die zweitlängste (nach stimulanzenbezogenen Störungen). Damit hat sich die mittlere Behandlungsdauer im ambulanten Bereich seit 2017 um gut einen Monat verlängert, im stationären Bereich ist sie gleichgeblieben. Am Ende der Betreuung bzw. Behandlung hat sich das initiale Suchtverhalten bei der Mehrheit der Hilfesuchenden verbessert (ambulant: 60,1 %; stationär: 78,9 %), bei einem weit überwiegenen Anteil liegt ein positives Ergebnis vor (Verbesserung oder Stabilisierung; ambulant: 98 %, stationär: 98 %), ein seit 2017 konstant hoher Wert. Weitere Informationen sind dem Jahresbericht der DSHS zu entnehmen (Schwarzkopf et al., 2025).

6.3 Evidenzbasierte Interventionen für Cannabiskonsumstörungen

Einen Überblick über evidenzbasierte psychosoziale und pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten liefert die neue S3-Leitlinie für cannabisbezogene Störungen. Die S3-Leitlinien basieren auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen und der klinischen Expertise unterschiedlicher Fachleute; sie sind das Ergebnis intensiver Beratungs- und Konsensfindungsprozesse in interdisziplinären Gremien. Leitlinien sollen sicherstellen, dass Betroffene fachgerecht und angemessen versorgt werden. Die S3-Leitlinie Cannabisbezogene Störungen wurde federführend von der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht), der Deutschen Gesellschaft

für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) sowie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) erarbeitet. Insgesamt waren 20 Fachgesellschaften, Berufs-, Betroffenen- und Angehörigenverbände beteiligt. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wurden die Evidenzberichte der Leitlinie durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erstellt. Die Leitlinie und alle dazugehörigen Dokumente wurden online im Register der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) publiziert (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-005>).

7 Prävention

Ziel der Cannabisprävention ist, den Konsum zu verhindern, hinauszuzögern oder zu reduzieren. Da verhaltensbezogene universelle Präventionsaktivitäten den Grundstein der suchtpreventiven Tätigkeiten in Deutschland darstellen (Schwerfel, 2023), stehen sie im Fokus dieses Beitrags. Dabei handelt es sich um klassische Präventionsprogramme, die in der Allgemeinbevölkerung das Gesundheitsverhalten auf individueller Ebene beeinflussen sollen. Die fundierteste Datenbasis besteht zu schulischen Programmen, verglichen mit anderen Settings (Bühler et al., 2020; Hoch et al., 2017). Besonders hervorzuheben sind dabei Lebenskompetenzprogramme, die den Großteil der modernen evaluierten Programme darstellen (Botwin, Griffin, 2007; Bühler et al., 2020). Demgegenüber stehen beispielsweise „Abschreckungskampagnen“, alleinstehende Informationsvermittlung oder unstrukturierte Freizeitaktivitäten; solche Ansätze haben sich als generell ineffektiv, in einzelnen Fällen gar schädlich gezeigt (Bühler, Groeger-Roth, 2013). Lebenskompetenzprogramme haben zum Ziel, Fähigkeiten zu stärken, die zur Bewältigung alltäglicher Herausforderungen befähigen (Botwin, Griffin, 2007; Bühler, 2016). Sie sind damit auf Resilienzstärkung ausgerichtet, indem Schutzfaktoren auf- und Risikofaktoren abgemildert werden sollen. Didaktisch sind sie strukturiert und interaktiv gestaltet. Im Kontext der Cannabisprävention enthalten Lebenskompetenzprogramme sowohl allgemeine als auch substanz- oder cannabisspezifische Anteile. Als besonders wirksame Inhalte, cannabisspezifisch sowie substanzübergreifend, haben sich die Stärkung der Selbstkontrollfähigkeit sowie der Problemlöse- und Entscheidungskompetenz erwiesen (Bühler et al., 2020). Zudem sind Alterseffekte zu beachten: Nicht alle Inhalte sind in jedem Alter gleich effektiv, und bei älteren Schülerinnen und Schülern scheint wichtiger zu sein, Risikopopulationen selektiv anzusprechen. Beispiele von evaluierten

cannabisspezifischen Programmen sind Cannabis – Quo vadis? und der Grüne Koffer. Effekte zeigten sich insbesondere auf Prädiktoren des Konsums. In einem Programm fanden sich zudem Effekte auf den Konsum in einer Teilstichprobe. Es ist zu erwähnen, dass verhaltensbezogene Präventionsprogramme in der Regel nur statistisch kleine Effekte erzielen (O’Hara et al., 2024). Idealerweise findet deshalb eine Einbettung in umfassende Präventionsbemühungen statt, die die Person zu unterschiedlichen Lebenszeitpunkten in unterschiedlichen Lebenswelten erreichen, und in der sich Elemente der Verhaltens- und Verhältnisprävention ergänzen (FINDER Akademie, 2020).

Im Bereich der strukturellen Prävention enthält das CanG mehrere Elemente, die vorrangig auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen abzielen. Dazu gehört beispielsweise für Personen zwischen 18 und 21 Jahren eine Begrenzung der Menge und des maximalen THC-Gehalts für Cannabis aus Anbauvereinigungen, ein Werbe- und Sponsoringverbot für Cannabis und Anbauvereinigungen sowie Konsumverbote in unmittelbarer Nähe Minderjähriger (Bundesministerium für Gesundheit, 2024). Die Wirksamkeit und Zulänglichkeit dieser Maßnahmen werden zu evaluieren sein. Einen Überblick über Informationen zur Cannabisprävention in Deutschland liefert die Webseite <https://cannabispraevention.de> (Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, 2024).

Literatur

- American Psychiatric Association (2013): DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th Edition. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.) (2025): S3-Leitlinie Behandlung cannabisbezogener Störungen. AWMF-Register-Nr. 076-005. Berlin. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-005>, Zugriff: 02.03.2026.
- Anthony, J.C.; Warner, L.A.; Kessler, R.C. (1994): Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants. Basic findings from the national comorbidity survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 2(3), 244–268.
- Botvin, G.; Griffin, K. (2007): School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry*, 19(6), 607–615. DOI: 10.1080/09540260701797753.

- Bühler, A. (2016): Meta-Analyse zur Wirksamkeit deutscher suchtpräventiver Lebenskompetenzprogramme. *Kindheit und Entwicklung*, 25(3), 175–188. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000202>.
- Bühler, A.; Groeger-Roth, F. (2013): Brauchen wir eine “Rote Liste Prävention”? Was empfiehlt sich nicht in der Prävention? In: Kerner, H.-J.; Marks, E. (Hrsg.): *Internetdokumentation des Deutschen Präventionstages*. Hannover. www.praeventionstag.de/Dokumentation.cms/2361, Zugriff: 25.02.2026.
- Bühler, A.; Thrul, J.; Gomes de Matos, E. (2020): *Expertise zur Suchtprävention 2020. Aktualisierte Neuauflage der Expertise zur Suchtprävention 2013. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Bd 52. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://shop.bioeg.de/pdf/60640052.pdf>, Zugriff: 26.02.2026.
- Bundeskriminalamt (BKA) (2025): *Polizeiliche Kriminalstatistik. Tabelle 01: Fallentwicklung und Aufklärung der Straftaten/-gruppen*. Wiesbaden. <https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2024/PKSTabellen/BundFalltabellen/bundfalltabellen.html?nn=240862>, Zugriff: 26.02.2026.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2024): *Fragen und Antworten zum Cannabisgesetz*. Berlin. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/cannabis/faq-cannabisgesetz-entwurf.html>, Zugriff: 26.02.2026.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017): *Gesetz „Cannabis als Medizin“ in Kraft getreten*. Berlin. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2017/maerz/cannabis-als-medizin-inkrafttreten/>, Zugriff: 26.02.2026.
- Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) (2024): *Cannabispraevention.de* (Website). Köln. <https://www.cannabispraevention.de/>
- Chou, R. et al. (2025): *Living systematic review on cannabis and other plant-based treatments for chronic pain. 2025 update. Comparative Effectiveness Review; No. 250*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK618045/>, Zugriff: 26.02.2026.
- Connor, J.P. et al. (2021): *Cannabis use and cannabis use disorder*. *Nature reviews. Disease primers*, 7(1), Article number: 16. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00247-4>.
- Dawson, D. et al. (2024): *The prevalence of cannabis use disorders in people who use medicinal cannabis. A systematic review and meta-analysis*. *Drug and Alcohol Dependence*, 257, Article number: 111263. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2024.111263>.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2015): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*. 10., überarb. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2024): European Drug Report 2024. New psychoactive substances – the current situation in Europe. Lisbon. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en, Zugriff: 26.02.2026.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2020): Low-THC cannabis products in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union. https://www.euda.europa.eu/publications/ad-hoc-publication/low-thc-cannabis-products-europe_en#download-files, Zugriff: 26.02.2026.
- European Union Drugs Agency (2025): European Web Survey on Drugs 2024. Top-level findings, 24 EU countries and Norway. Lisbon. https://www.euda.europa.eu/publications/data-factsheet/european-web-survey-drugs-2024-top-level-findings_en, Zugriff: 26.02.2026.
- FINDER Akademie (2020): Europäisches Präventionscurriculum. Handbuch zur wissenschaftsbasierten Prävention für Entscheidungsträger, Meinungsbildner und Politiker. Edition Gewalt. Berlin. https://www.wirkt-nds.de/html/download.cms%3Fid%3D6%26datei%3D2020_EUPC-Manual-DE-Edition-Gewalt-2.pdf, Zugriff: 26.02.2026.
- Hasin, D. S. et al. (2015): Prevalence of marijuana use disorders in the United States between 2001–2002 and 2012–2013. *JAMA Psychiatry*, 72(12), 1235–1242.
- Häuser, W. et al. (2019): Efficacy, tolerability and safety of cannabis-based medicines for cancer pain. A systematic review with meta-analysis of randomised controlled trials. *Schmerz*, 33, 424–436. <https://doi.org/10.1007/s00482-019-0373-3>.
- Hoch, E. et al. (2025a): Cannabis consumption before and after partial legalization in Germany: Early trends, consumption patterns, and motives. *Deutsches Ärzteblatt International*, 122(23), 632–637. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2025.0161>.
- Hoch, E. et al. (2025b): Cannabis, cannabinoids and health: a review of evidence on risks and medical benefits. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 275, 281–292. <https://doi.org/10.1007/s00406-024-01880-2>.
- Hoch, E.; Friemel, C.; Schneider, M. (2019): Cannabis: Potential und Risiko. Eine wissenschaftliche Analyse. Heidelberg: Springer.
- Hoch, E. et al. (2017): Cannabisprävention an Schulen – Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme. München: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München, Psychiatrie und Psychotherapie. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht_Cannabispraevention_an_Schulen_2017.pdf, Zugriff: 02.03.2026.
- Karachaliou, K. et al. (2022): Drogen. Deutschland. Bericht 2022 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2021/2022). München: IFT

- Institut für Therapieforschung, 2022. https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2022/REITOX_Bericht_2022_DE_WB_03_Drogen.pdf, Zugriff: 29.01.2026.
- Kitt, K. (2026): Medizinisches Cannabis. Streit um geplante strengere Regeln für Rezeptvergabe. Apotheken Umschau. <https://www.apotheken-umschau.de/gesundheitspolitik/medizinisches-cannabis-streit-um-geplante-strengere-regeln-1462449.html>, Zugriff: 26.02.2026.
- Manthey, J. et al. (2025): Evaluation des Konsumcannabisgesetzes (EKOCAN): 1. Zwischenbericht. Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. <http://doi.org/10.25592/uhhfdm.17993>.
- O’Hara, S.E.; Paschall, M.J.; Grube, J.W. (2024): A review of meta-analyses of prevention strategies for problematic cannabis use. *Current Addiction Reports*, 11, 886–893. (2024). <https://doi.org/10.1007/s40429-024-00592-w>.
- Olderbak, S. et al. (2025): Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) 2024. *Dt. Ärzteblatt International*, 122, 625–631. DOI: 10.3238/arztebl.m2025.0157.
- Orth, B.; Nitzsche, A. (2025): 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>.
- Preuss, U.W. et al. (2018): Medizinisches Cannabis: Hintergründe, Evidenzen, Praxishinweise. *Suchtmedizin*, 20(6), 349–367.
- Rauschert, C. et al. (2022): The use of psychoactive substances in Germany. *Dt. Ärzteblatt international*, 119(31-32), 527–534. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0244>.
- Saß, H- et al. (Hrsg.) (2003): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. *Textrevision – DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzkopf, L.; Dauber, H.; Riemerschmid, C. (2025): Suchthilfe in Deutschland 2024. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT Institut für Therapieforschung. <https://www.suchthilfestatistik.de/>, Zugriff: 02.03.2026.
- Schwerfel, J. (2023): Bericht 2023 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2022/2023). Deutschland, Workbook Prävention. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD. https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs_Reitox-Bericht/REITOX_BERICHT_2023/REITOX_Bericht_2023_DE_WB_04_Praevention.pdf, Zugriff: 02.03.2026.

Statistisches Bundesamt (2025): Diagnosen der Krankenhauspatienten – 2024. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/23131/details>, Zugriff: 03.03.2026.

