

2.5 Cannabis – Zahlen und Fakten

*Eva Hoch, Heiko Bergmann, Elena Gomes de Matos,
Justin Möckl, Monika Murawski, Franziska Schneider,
Larissa Schwarzkopf, Sally Olderbak*

Zusammenfassung

Am 1. April 2024 wurde die Droge Cannabis in Deutschland teillegalisiert. Das Gesetz zum kontrollierten Umgang mit Cannabis (CanG) (BMG, 2024a) 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 Anbauvereinbarungen. Das von den Deutschen zu Rauschzwecken genutzte Cannabis wurde im vergangenen Jahr überwiegend auf dem Schwarzmarkt erworben und stammt aus Nordafrika. Im letzten Jahrzehnt ist der THC-Gehalt von Cannabis harz um 174 % gestiegen. Es sind 4,9 Millionen erwachsene Deutsche (8,8 %), die angeben, Cannabis in den letzten 12 Monaten konsumiert zu haben. Männer tun dies etwas häufiger als Frauen. Sie sind auch nahezu doppelt so häufig von einem problematischen Cannabiskonsum (3,4 %) betroffen, wie Frauen (1,6 %). Es ist insgesamt ein Anstieg des Cannabiskonsums zu beobachten, auch des problematischen Gebrauchs. Cannabinoidbezogene Störungen sind aktuell nach den alkoholbezogenen Störungen der zweithäufigste Anlass für den Zugang zu Suchthilfeangeboten (2023: ambulant: 18,1 %, stationär: 9,8 %). Der Anteil an Betreuungen aufgrund von cannabinoidbezogenen Störungen im ambulanten Bereich hat sich seit der Jahrtausendwende verdreifacht, im stationären Bereich kam es zu einer Versiebenfachung. Der wirksamste Behandlungsansatz für Erwachsene mit Cannabiskonsumstörungen ist eine Kombination aus kognitiv-behavioraler Therapie und Motivationsförderung. Für Kinder und Jugendliche werden auch familientherapeutische Interventionen empfohlen. Es gibt bislang keine wirksame Medikation zur Therapie von Entzugssymptomen, Craving oder Rückfallprophylaxe der Cannabisabhängigkeit. Aktuell wird eine interdisziplinäre S3-Leitlinie „Cannabisabhängigkeit“ fertiggestellt, die Behandlungsempfehlungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Cannabiskonsumstörungen und assoziierten Problemen in der deutschen Versorgung gibt. Angebote zur Prävention des

problematischen Cannabiskonsums liegen vor und müssen noch weiterentwickelt und ausgebaut werden.

Abstract

On 1 April 2024, the drug cannabis was partially legalised in Germany. The law on the controlled use of cannabis (CanG) regulates the legal possession and consumption of cannabis for adults. It also regulates private home cultivation, non-commercial community cultivation and the controlled distribution of cannabis by cultivation associations. The cannabis used by Germans for intoxication purposes was mainly purchased on the illegal market last year and originates from North Africa. The THC content of cannabis resin has risen by 174 % in the past 10 years. There are 4.9 million adult Germans (8.8 %) who state that they have used cannabis in the last 12 months. Men do this slightly more often than women. They are also almost twice as likely to be affected by problematic cannabis use (3.4 %) as women (1.6 %). There is an overall increase in cannabis use, including problematic use. Cannabinoid-related disorders are currently the second most common reason for accessing addiction support services after alcohol-related disorders (2023: outpatient: 18.1 %, inpatient: 9.8 %). This means that the proportion of outpatient treatment for cannabinoid-related disorders has tripled since the turn of the millennium, while inpatient treatment has increased sevenfold. Currently, the most effective treatment approach for cannabis use disorders is a combination of cognitive-behavioral therapy and motivational enhancement. Family therapy interventions are also recommended for children and adolescents. There is currently no effective medication for the treatment of withdrawal symptoms, craving or relapse prevention of cannabis dependence. An interdisciplinary S3 treatment practice guideline “Cannabis dependence” has been developed which provides treatment recommendations for children, adolescents and adults with cannabis use disorders and associated problems in German health care. Interventions for the prevention of problematic cannabis use are available and 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 Kapitels steht der Konsum von THC-haltigem Cannabis als Rausch- bzw. Suchtmittel. Für weitergehende Informationen zu Cannabis als Medikament, legale CBD-Produkte mit THC-Gehalt unter 0,2 % („CBD-Cannabis“) oder synthetische Cannabinoide wird auf andere Quellen verwiesen (EMCDDA, 2020; EUDA, 2024)

2 Drogenmärkte

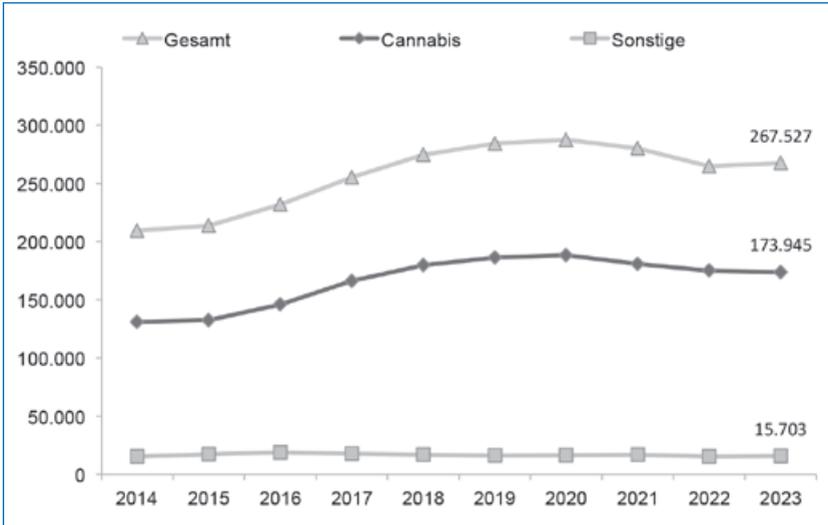
Der Großteil des in Deutschland sichergestellten Cannabisharzes stammt aus Marokko und gelangt über Spanien, Frankreich oder die Niederlande nach Deutschland. Cannabiskraut kommt überwiegend aus westeuropäischem Indoor-Anbau, vor allem durch organisierte Kriminalität in Spanien. 2023 wurden erneut zahlreiche Cannabis-Großtransporte aus Spanien über Frankreich nach Deutschland festgestellt, häufig bereits vom französischen Zoll gestoppt. Diese Transporte enthalten oft sowohl Cannabisharz als auch -kraut. Zusätzlich gelangt Cannabiskraut per Post aus Spanien sowie vermehrt aus Albanien und Nordamerika nach Deutschland.

Nach einem kontinuierlichen Anstieg der Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) bis 2020 (365.753 Delikte) und einem Absinken in den beiden Folgejahren auf 340.677 Delikte steigt die Zahl der Verstöße im Jahr 2023 wieder auf 346.877 Fälle (Abb. 1). Der Großteil dieser Delikte steht im Zusammenhang mit Cannabis: So wurden 2023 173.945 Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz in Zusammenhang mit Cannabis gemeldet (65 % aller 267.527 konsumnahen Delikte). Dies bedeutet im Vergleich zum Vorjahr einen Rückgang der Fallzahlen um -0,5 %.

Während die Wirkstoffgehalte von Cannabiskraut sowie Blütenständen über die letzten zehn Jahre sehr stabil waren, stieg der Wirkstoffgehalt von Cannabisharz bis 2020 deutlich an (Abb. 2). Nach einem kurzfristigen Rückgang in den Jahren 2020 und 2021 setzte sich dieser Trend sowohl in den Jahren 2022 als auch 2023 mit neuen Höchstwerten wieder fort. Im 10-Jahrestrend ist der THC-Gehalt von Cannabisharz um 174 % gestiegen.

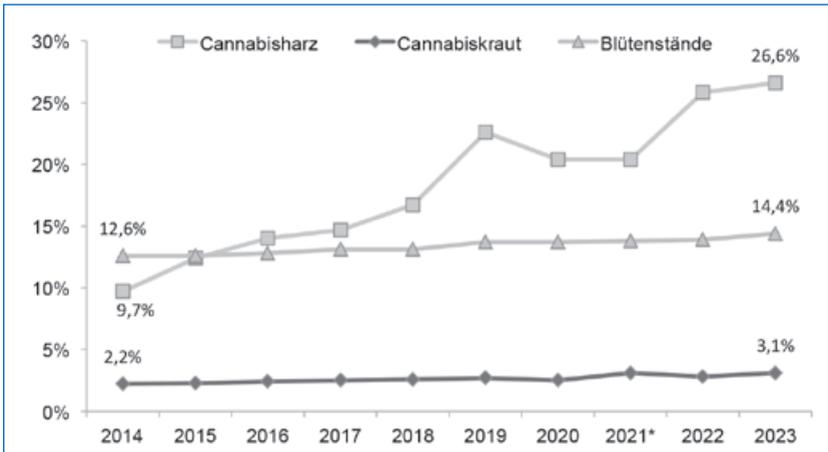
Die Preise für ein Gramm Cannabiskraut und Cannabisharz im Straßenhandel haben sich über die letzten fünf Jahre hinweg mit nur leichten Schwan-

Abb. 1: Entwicklung von Verstößen gegen das BtMG (2014–2023)



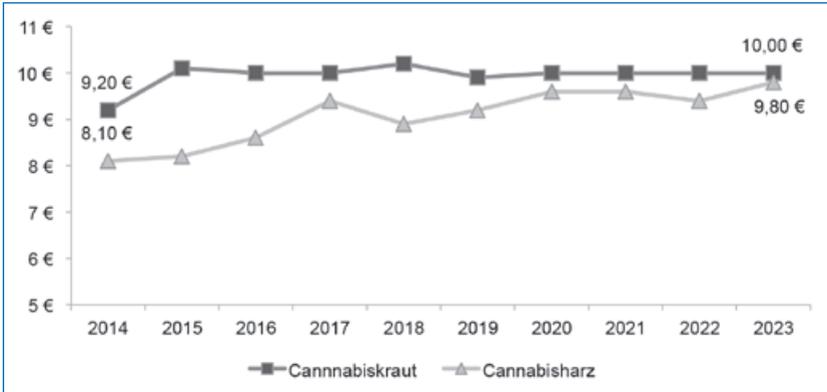
Bundeskriminalamt (BKA), 2024

Abb. 2: Trends im Wirkstoffgehalt (THC) (2014–2023)



* Ab dem Datenjahr 2021 werden besonders CBD-haltige Produkte bei der Berechnung des Medians herausgenommen.

Quelle: Datenlieferung (Bundeskriminalamt [BKA], 2024)

Abb. 3: Entwicklung des Preises pro Gramm (Straßenhandel) in € (2014–2023)

Quelle: Datenlieferung (Bundeskriminalamt [BKA], 2024)

kungen stabilisiert (Abb. 3). Der Preisanstieg für Cannabiskraut lag im 10-Jahrestrend bei +8,7 % und bei Cannabisharz bei +21 %.

3 Gesetzeslage

Die deutsche Bundesregierung hat zum 1. April 2024 ein neues Gesetz zur kontrollierten Abgabe von Cannabis für Erwachsene (kurz: CanG) verabschiedet. Das Modell beinhaltet folgende zwei Säulen:

1. Den privaten Eigenanbau durch Erwachsene zum Eigenkonsum sowie den gemeinschaftlichen, nicht-gewerblichen Eigenanbau von Cannabis in Anbauvereinigungen (Säule 1).
2. Ein Modellvorhaben, das Produktion, Vertrieb und Abgabe von Cannabis in Fachgeschäften an Erwachsene in einem lizenzierten und staatlich kontrollierten Rahmen ermöglicht (Säule 2).

Jede erwachsene Person darf seitdem bis zu 25 Gramm Cannabis besitzen und mit sich führen (pro Monat sind maximal 50 Gramm erlaubt; BMG, 2024a). 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 wird bestraft.

Bereits seit 2017 ist die Verschreibung von medizinischen Cannabisprodukten in Deutschland gesetzlich geregelt. Es liefert die Grundlage zur Verwendung von Cannabinoiden als Medikamente (Verschreibungsmöglichkeiten von Cannabisarzneimitteln in Form von Medizinalhanf und Cannabisextrakten) (BMG, 2017).

4 Gesundheitliche und soziale Risiken

Cannabis wird 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 Verkehrsunfälle verursachen (Hoch et al., 2024). 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-Syndrom¹ 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 Cannabiskonsumstörung entwickelt (Anthony, Warner & Kessler, 1994). In neueren Studien aus den USA ist dieser Anteil höher. Etwa 30 % der Cannabiskonsumierenden entwickelten eine Cannabiskonsumstörung (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.,

¹ Wiederkehrende Übelkeit und Erbrechen im Zusammenhang mit intensivem Cannabiskonsum.

2021). Ein frühes Einstiegsalter, intensiver Konsum und Co-Konsum von Tabak wurden als besondere Risikofaktoren identifiziert. 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., 2024; 2019).

5 Konsumverbreitung, -muster und -trends in Deutschland

5.1 Bevölkerungsumfragen bei Erwachsenen

Im Jahr 2021 war Cannabis die mit Abstand am häufigsten gebrauchte illegale Substanz in Deutschland. Als Datenbasis für die Häufigkeitsschätzung unter Erwachsenen in Deutschland liegt der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) aus dem Jahr 2021 vor (Gesamtstichprobe $n = 9.046$, Alter der Befragten 18–64 Jahre). Ein Drittel der Befragten hatte zum Befragungszeitpunkt bereits Erfahrung mit Cannabis gemacht (34,7 %). Es sind 4,9 Millionen (8,8 %), die angeben, Cannabis in den letzten 12 Monaten konsumiert zu haben. Männer tun dies etwas häufiger (10,7 %) als Frauen (6,8 %). In den letzten 30 Tagen hatten 4,3 % die Substanz konsumiert (Rauschert et al., 2022, 2023).

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 2023 vor. Befragt wurden 7.001 junge Menschen im Alter von 12 bis 25 Jahren im Zeitraum April bis Juni 2023. Cannabis wurde zumindest einmal im Leben von

Tab. 1: Cannabisgebrauch in der deutschen Allgemeinbevölkerung

	Quelle ¹⁾	Alter	Gesamt	Männlich	Weiblich
Lebenszeit	ESA 2021	18–64	34,7 %	38,9 %	30,2 %
	DAS 2023	12–17	8,3 %	9,3 %	7,3 %
12 Monate	ESA 2021	18–64	8,8 %	10,7 %	6,8 %
	DAS 2023	12–17	6,7 %	7,4 %	6,1 %
30 Tage	ESA 2021	18–64	4,3 %	5,7 %	2,9 %
	DAS 2023	12–17	3,0 %	3,8 %	2,2 %

¹⁾ ESA = Epidemiologischer Suchtsurvey, DAS = Drogenaffinitätsstudie

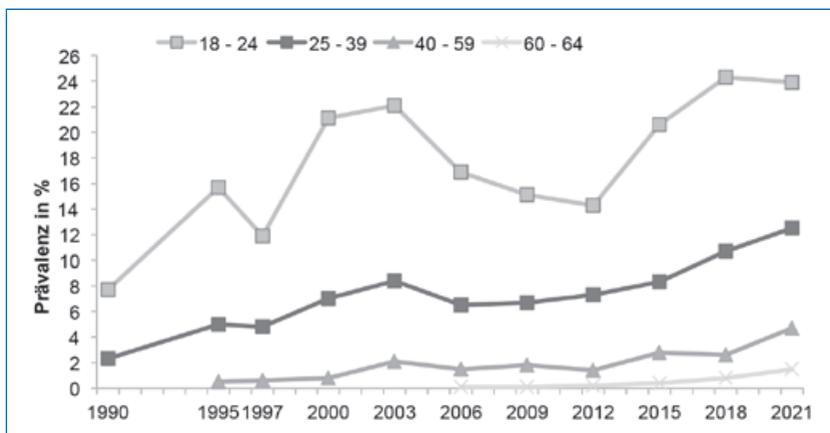
8,3 % der 12- bis 17-Jährigen ausprobiert (BZgA, 2024b). In den letzten 12 Monaten konsumierten 6,7 % der 12- bis 17-Jährigen Cannabis, in den letzten 30 Tagen 3 % (Tab. 1).

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 59-jährigen Wohnbevölkerung Deutschlands der Anteil an Konsumierenden von 5,1 % (2012) auf 10,0 % (2021). Der Verlauf ist in einzelnen Altersgruppen jedoch unterschiedlich. Während in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen keine signifikante Veränderung zu sehen ist (2018: 24,3 %; 2021: 23,9 %) verdoppelte sich die Konsumprävalenz in der Gruppe der 40- bis 59-Jährigen nahezu (2018: 2,6 %, 2021: 4,7 %) (Rauschert et al., 2023).

Bei Kindern und Jugendlichen (12- bis 17-jährigen) stieg die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in den letzten 10 Jahren von 6,7 % (2011) auf 9,3 % (2021) an. Auch die 12-Monats-Prävalenz erhöhte sich im 10-Jahresvergleich bei männlichen und weiblichen Jugendlichen. Sie liegt seit 2014 bei 7 % bis 11 % (männliche Jugendliche) bzw. bei 5 % bis 7 % (weibliche Jugendliche) (Abb. 5). Bei den 18- bis 25-Jährigen stieg die Lebenszeitprävalenz seit 2015 kontinuierlich an und erreichte 2021 einen Höchstwert von 50,8 %. Ähnliche

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

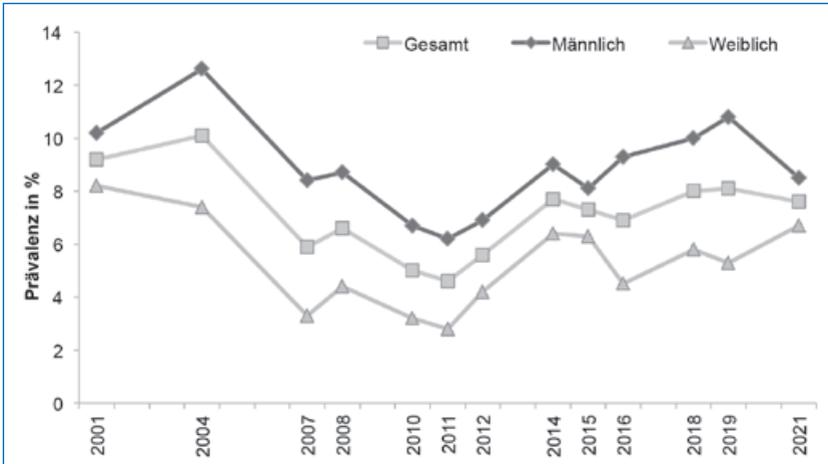


* Trend 12-Monats-Prävalenz 18- bis 64-Jährige.

Quelle: Rauschert, 2023

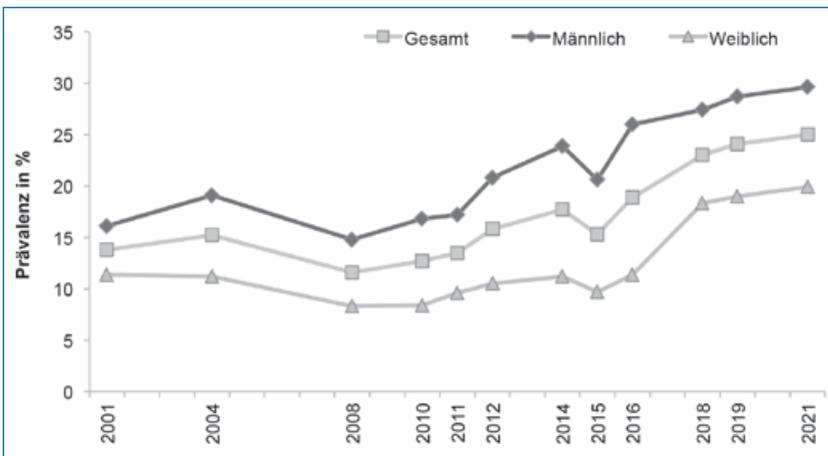
Trends einer deutlichen Konsumzunahme sind auch für die 12-Monats- und die 30-Tage-Prävalenzen sowie den regelmäßigen Cannabiskonsum junger Männer und Frauen zu verzeichnen (Orth, Merkel, 2022).

Abb. 5: Trends des Cannabiskonsums (letzte 12 Monate) bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (DAS und ESA)



12-M-Prävalenz Cannabis DAS 12- bis 17-Jährige.

Quelle: Karachaliou, 2024



12-M-Prävalenz Cannabis DAS 18- bis 25-Jährige.

Quelle: Karachaliou, 2024

Tab. 2: Selbstberichtete Veränderungen des Cannabis-Konsums während der SARS-CoV-2-Pandemie (nach Konsumierendentypen)

Veränderungen im Cannabiskonsum	Unregelmäßig Konsumierende <i>n</i> = 171	Regelmäßig Konsumierende <i>n</i> = 314	Intensiv Konsumierende <i>n</i> = 267	Chi-Square-Test
Weniger konsumiert	24,0 %	18,5 %	2,7 %	$\chi^2_{(4)} = 98,6$ $p < ,01$
Keine Veränderung	67,3 %	40,3 %	47,3 %	
Mehr konsumiert	8,7 %	41,3 %	50,0 %	

Quelle: Olderbak et al., 2024

In der SARS-CoV-2-Pandemie wurden Konsumierende 2021 befragt, ob sich ihr Cannabisgebrauch verändert habe (Olderbak et al., 2024). Die Daten stammen aus dem European Web Survey on Drugs (EWSD), an dem 762 Personen aus Deutschland, die in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert hatten, teilnahmen (72,9 % männlich, Durchschnittsalter = 29,5 Jahre, Altersspanne 18 bis 78 Jahre). Sowohl Personen mit starkem als auch Personen mit regelmäßigem Cannabiskonsum berichteten vermehrten Cannabiskonsum in der Pandemie. Demgegenüber gaben Personen, die unregelmäßig Cannabis konsumierten, einen rückläufigen Cannabiskonsum an (Tab. 2).

Eine Reihe von Faktoren konnten identifiziert werden, die mit einer höheren Konsumhäufigkeit verbunden sind. Basierend auf den Daten des ESA 2021 zeigte sich ein höherer Konsum bei jüngeren Personen (Odds Ratio/OR = 0,95 [95 %-Konfidenzintervall/KI = 0,92, 0,98]) und Personen mit niedriger Schulbildung (OR = 1,86 [1,23, 2,81]). Außerdem wurde Cannabis häufiger zur Selbstmedikation genutzt (OR = 2,79 [1,56, 4,99]) und der Kauf war wahrscheinlicher (OR = 2,26 [1,35, 3,77]) mit einem erhöhten Konsum verbunden. Hierbei gab es Unterschiede, je nachdem, ob die Befragten Cannabis unregelmäßig, regelmäßig oder in intensivem Ausmaß konsumierten. Unter Personen mit regelmäßigem (OR = 4,00 [2,39, 6,72]) oder intensivem Cannabiskonsum (OR = 31,17 [12,10, 80,32]) war die Wahrscheinlichkeit, Cannabis zur Selbstmedikation zu verwenden, höher als bei Personen mit seltenem Konsum. Sowohl Personen mit regelmäßigem (OR = 4,09 [2,47, 6,77]) als auch mit intensivem Cannabiskonsum (OR = 13,53 [6,74, 27,16]) kauften häufiger die Droge. Stark Konsumierende waren auch eher Tabakkonsumierende in den letzten 30 Tagen (OR = 5,92 [2,81, 12,45]).

5.4 Problematischer Cannabiskonsum in Deutschland

Im ESA wird der problematische Substanzkonsum mit Hilfe des Screening-Instruments „Severity of Dependence Scale (SDS)“ der Weltgesundheitsorga-

nisation (WHO) erhoben. Die aktuellsten Daten (Selbsteinschätzungen der befragten Personen) stammen aus dem Jahr 2021 (Tab. 3). Männer sind mit 3,4 % nahezu doppelt so häufig von einem problematischen Cannabiskonsum betroffen wie Frauen (1,6 %). Problematischer Cannabiskonsum tritt am häufigsten in der Altersgruppe der 21- bis 24-Jährigen auf (8,5 %). In dieser Altersgruppe schätzen 38,8 % der männlichen und 30,2 % der weiblichen Konsumierenden den eigenen Konsum als „problematisch“ ein. Über verschiedene Altersgruppen hinweg (von 18 bis 39 Jahren) weist etwa ein Drittel der Konsumierenden einen problematischen Cannabiskonsum auf. Deutlich höher ist der entsprechende Anteil in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen. Hier erfüllt die Hälfte der Konsumierenden die Kriterien für problematischen Cannabiskonsum, männliche Konsumenten deutlich häufiger (66,5 %) als weibliche Konsumentinnen (17,8 %).

Beachtenswert ist ein Anstieg in der Prävalenz des problematischen Cannabiskonsums (nach SDS) zwischen den letzten beiden ESA-Erhebungen von 2015 und 2021. Tabelle 3 zeigt, dass sich der Anteil an Erwachsenen mit problematischem Cannabiskonsum von 1,2 % (2015) auf 2,5 % (2021) der Befragten mehr als verdoppelt hat. Bei Frauen hat sich der Anteil auf das 1,5-fache des Ausgangswerts erhöht (Anstieg von 0,9 % auf 1,6 %), bei Männern auf das 2,3-fache des Ausgangswerts (Anstieg von 1,5 % auf 3,4 %).

In der Drogenaffinitätsstudie 2023 (DAS) wurde der problematische Cannabiskonsum von jungen Menschen mittels des „Cannabis Abuse Screening Tests

Tab. 3: Problematischer Cannabiskonsum nach SDS¹⁾ in den letzten 12 Monaten (Gesamtbevölkerung und Konsumierende) (in Prozent)

	Gesamt	Altersgruppen						
		18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60–64
Gesamt (<i>n</i>)	8.953	1.010	1.083	1.138	1.637	1.570	1.580	935
Gesamtbevölkerung	2,5	5,8	8,5	5,0	3,3	1,1	0,2	0,8
Konsumierende ²⁾	29,8	30,8	35,0	32,2	32,0	20,8	9,4	50,3
Männer (<i>n</i>)	3.880	432	503	505	694	643	674	429
Gesamtbevölkerung	3,4	5,4	10,4	6,2	4,7	1,9	0,4	1,4
Konsumierende ²⁾	32,9	28,3	38,8	36,0	36,3	25,1	10,2	66,5
Frauen (<i>n</i>)	5.060	576	578	627	941	926	906	506
Gesamtbevölkerung	1,6	6,3	6,5	3,9	1,8	0,4	0,1	0,2
Konsumierende ²⁾	25,2	33,4	30,2	28,4	24,8	11,0	6,7	17,8

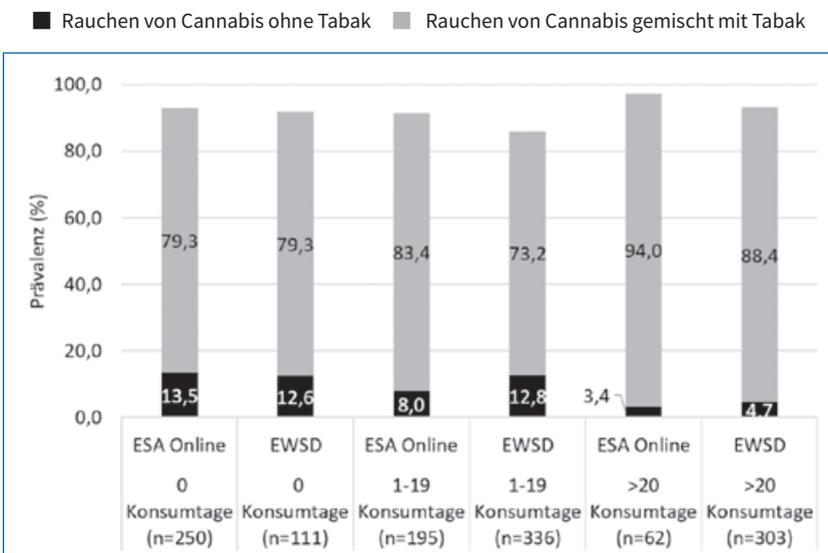
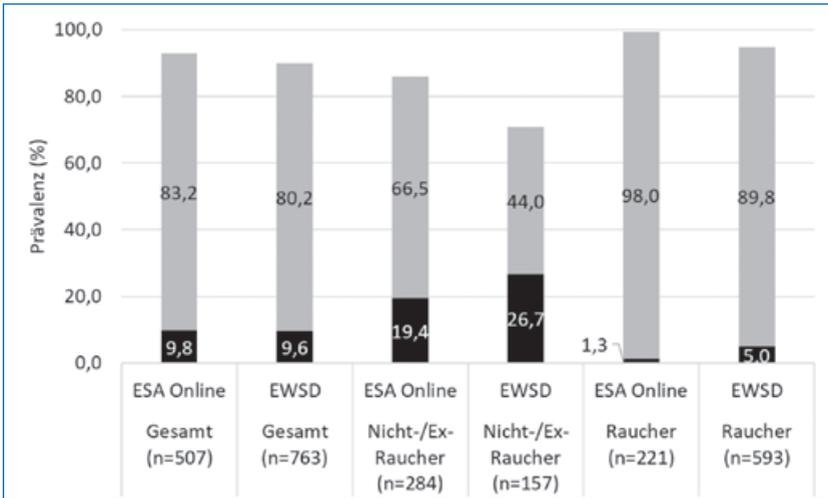
n für Gesamtstichprobe

¹⁾ SDS: Severity of Dependence Scale; Summenwert ≥ 2 .

²⁾ Konsumierende: Gesamt *n* = 972; Männer *n* = 506; Frauen *n* = 462.

Quelle: Rauschert et al., 2023

Abb. 6: Cannabiskonsum mit/ohne Tabak in den letzten 12 Monaten (Prozent)



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

(CAST)“ erfasst. Bei 0,4 % der jugendlichen und 3,2 % der jungen erwachsenen Befragten zeigten sich Hinweise auf einen problematischen Cannabiskonsum. Von den konsumierenden Jugendlichen waren 5,7 % und von den konsumierenden jungen Erwachsenen waren 13,6 % betroffen (BZgA, 2024b).

5.5 Cannabiskonsum mit Tabak

Die Mehrheit des Cannabiskonsums erfolgt meist zusammen mit Tabak (s. Abb. 6). Dies wurde sowohl in der 2021 Erhebungswelle der Europäischen Online-Drogenstudie (EWSD; Matias et al., 2019) als auch im Online-Modul des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2021 (Rauschert et al., 2022) 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).

Wie in Abb. 6 dargestellt, zeigt sich, dass die Mehrheit der Cannabiskonsumierenden Cannabis durch Rauchen konsumiert. Von denjenigen, die Cannabis rauchen, konsumieren über 80 % Cannabis in Kombination mit Tabak (siehe den grauen Anteil in den Balkendiagrammen). Die Raten sind besonders hoch unter Cannabiskonsumierenden, die gleichzeitig aktuelle Tabakrauchende sind (89,8 % und 98,0 %) sowie unter Personen, die an 20 oder mehr Tagen in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert haben (88,4 % und 94,0 %). Weniger als 10 % der Cannabiskonsumierenden rauchen Cannabis ohne Tabak. Die Raten für das Rauchen von Cannabis ohne Tabak sind jedoch höher unter Nicht- oder Ex-Rauchenden (19,4 % und 26,7 %) sowie unter Personen, die in den letzten 30 Tagen kein Cannabis konsumiert haben (12,6 % und 13,5 %).

6 Behandlung cannabisbezogener Störungen

6.1 Behandlungen in der Krankenhaus-Statistik

Als Annäherung an die Zahl drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle in Deutschland stehen bundesweite Daten zu in Krankenhäusern vollstationär behandelten akuten Rauschzuständen (ICD-10-Diagnosen F1x.0) und Vergiftungsfällen (ICD-10-Diagnosen T40.X) aus der Krankenhausdiagnosestatistik zur Verfügung (Tab. 4, Tab. 5).

Tab. 4: Akute Intoxikations- und Vergiftungsfälle mit Cannabis (2023)

ICD-10-Diagnose	Gesamt	Alter in Jahren				
		< 15	15–24	25–44	45–65	65+
Akute Intoxikation (akuter Rausch) (F11.0 bis F16.0, F18.0, F19.0)	18.846	508	5.709	8.432	3.386	811
durch Cannabinoide (F12.0)	1.946	201	1.003	575	126	41
Vergiftung durch Betäubungsmittel (BtM) und Psychodysleptika (Halluzinogene) (T40.X)	922	59	157	222	177	307
durch Cannabis(-derivate) (T40.7)	91	18	35	31	4	3

Quelle: Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen 2024

Tab. 5: Trends bei den Notfällen durch Cannabinoide (2013–2023)

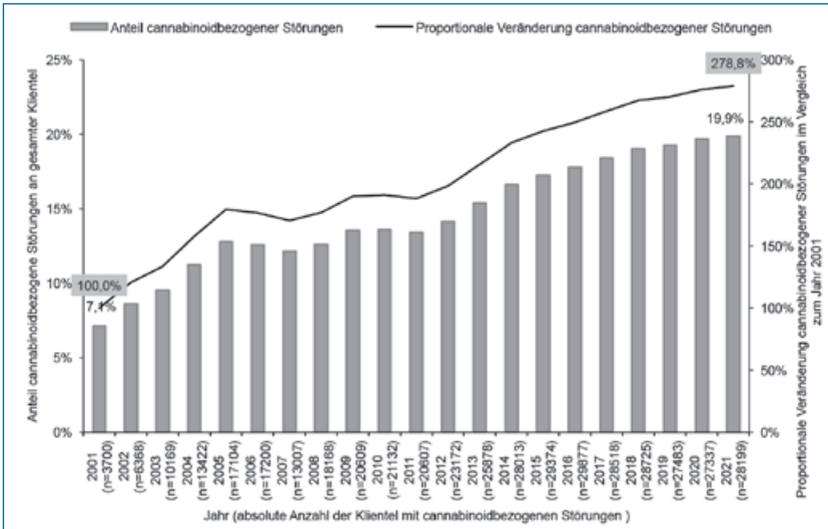
Jahr	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Cannabinoide (T40.7)	272	308	335	284	234	186	170	116	107	86	91
Cannabinoide (F12.0)	1.340	2.089	2.895	2.623	2.312	2.287	2.176	1.748	1.732	1.634	1.946

Quelle: Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen 2024

Die Fallzahlen bezüglich akuter Intoxikationen mit Cannabinoiden (inkl. synthetischer Cannabinoide) sind bis 2015 steil angestiegen und seitdem mit Schwankungen rückläufig.

6.2 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. Die Teilnahme der Einrichtungen ist freiwillig. Substanzkonsumstörungen umfassen hierbei sowohl den missbräuchlichen Konsum als auch die Abhängigkeit im Sinne der ICD-10 (Dilling et al., 2015). Bei Cannabis 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

Abb. 7: Relevanz cannabinoidbezogener Störungen in der ambulanten Suchthilfe

Bezugsbasis Gesamtanzahl Fälle mit Hauptdiagnose und Fälle mit Hauptdiagnose cannabinoidbezogene Störungen

Quelle: Stampf et al., 2024

stationäre Behandlung beendet haben (sog. Beender-Stichprobe). Hierbei werden Fälle, die lediglich aus einem initialen Kontakt bestehen, nicht berücksichtigt. Zudem werden für die einzelnen Variablen nur Informationen aus denjenigen Einrichtungen einbezogen, die für diese Variable weniger als 33 % an fehlenden Werten dokumentiert haben (33 %-Lauf). Die nachfolgenden Auswertungen repräsentieren somit nur einen Ausschnitt des cannabisbezogenen Versorgungsgeschehens in der ambulanten und stationären Suchthilfe. Cannabinoidbezogene Störungen waren 2023 nach alkoholbezogenen Störungen der zweithäufigste Anlass für den Zugang zu Suchthilfeangeboten (ambulant: 18,1 %, stationär: 9,8 %). Dabei hat sich innerhalb von 20 Jahren seit der Jahrtausendwende der Anteil an Betreuungen aufgrund von cannabinoidbezogenen Störungen im ambulanten Bereich verdreifacht (Abb. 7; Stampf et al., 2024), im stationären Bereich kam es zu einer Versiebenfachung.

Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen bilden die im Durchschnitt jüngste Klientelgruppe in der deutschen Suchthilfe (ambulant: 26,7 Jahre; stationär: 31,6 Jahre), wobei zwei Drittel (ambulant: 67,0 %) bzw. die Hälfte (stationär: 47,7 %) der Hilfesuchenden jünger als 30 Jahre sind. Das Durchschnittsalter der Hilfesuchenden ist seit 2017 kontinuierlich gestiegen.

Zudem sind unter den Betreuten rund viermal so viele Männer wie Frauen (Männeranteil ambulant: 79,7%; stationär: 79,5%). Allerdings hat sich der Frauenanteil seit 2017 Schritt für Schritt erhöht.

Etwa ein Drittel der Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen lebt in einer festen Partnerschaft (ambulant: 34,1%; stationär: 32,5%). Etwa eine von vier ambulant betreuten Personen bzw. fünf von neun stationär behandelten Personen sind arbeitslos gemeldet (ambulant: 25,8%; stationär: 52,9%). Dieser Anteil war in den letzten Jahren sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich rückläufig. Zudem findet sich in der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen ein hoher Anteil an Nichterwerbspersonen, hier insbesondere Schülerinnen und Schüler bzw. Studierende (ambulant: 18,5%; stationär: 2,9%).

Ambulante Betreuungen dauern im Mittel 6,0 Monate und dabei unter den einzelnen Klientelgruppen der deutschen Suchthilfe mit am kürzesten, stationäre Behandlungen dauern mit im Mittel 3,5 Monaten am zweitlängsten. Während sich die durchschnittliche Betreuungsdauer im ambulanten Bereich seit 2018 beständig (geringfügig) erhöht hat, zeigt sich im stationären Sektor kein eindeutiges Muster. Am Ende der Betreuung bzw. Behandlung hat sich das initiale Suchtverhalten bei der Mehrheit der Hilfesuchenden verbessert (ambulant: 60,8%; stationär: 76,9%), bei einem weit überwiegenden 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., 2024).

6.3 Evidenzbasierte Interventionen für Cannabiskonsumstörungen

Kognitive Verhaltenstherapie, Motivationssteigerungstherapie und Kontingenzmanagement können den Cannabiskonsum und die damit verbundenen Probleme erheblich reduzieren, aber eine dauerhafte Abstinenz ist kein übliches Ergebnis (Connor et al., 2021; Gates et al., 2015; Hoch et al., 2015). Es gibt keine zugelassenen Pharmakotherapien für die Behandlung der Cannabisabhängigkeit, obwohl eine Reihe von Medikamentenklassen (wie Cannabinoid-Agonisten) vielversprechend sind und eine gründlichere Bewertung erfordern (Connor et al., 2021). Die Behandlung von Cannabiskonsum und Cannabiskonsumstörungen wird häufig durch komorbide psychische Erkrankungen und andere Störungen des Substanzkonsums erschwert (Hoch, Preuss, 2024).

Einen Überblick über evidenzbasierte psychosoziale und pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten wird die neue S3-Leitlinie für cannabisbe-

zogene Störungen liefern. Die Leitlinie wurde von einem interdisziplinären Team von Expertinnen und Experten, Betroffenen und Angehörigen im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. erstellt und momentan zur Publikation vorbereitet. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat im Jahr 2021 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit die Evidenzrecherche durchgeführt.

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 Kapitels. Dabei handelt es sich um klassische Präventionsprogramme, die in der Allgemeinbevölkerung das Gesundheitsverhalten auf individueller Ebene innerhalb der gegebenen Rahmenbedingungen verändern sollen. Viele solcher Programme wurden für das Setting Schule entwickelt, da es eine wichtige Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen darstellt und zudem ihre flächendeckende Erreichung erlaubt (Hanisch & Thomas, 2020). Entsprechend steht zu universellen schulischen Programmen, verglichen mit anderen Settings und Ansätzen, die fundierteste Evidenzbasis zur Verfügung (Bühler et al., 2020; Laufer et al., 2017). Besonders hervorzuheben sind 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 cannabis-spezifische Anteile.

In der Cannabisprävention sind zudem Alterseffekte zu beachten. Universelle Prävention erwies sich insbesondere bis zur 7. Klasse als wirksam in Bezug auf Cannabiskonsum, wenn mit bestimmten Methoden gearbeitet wird. Insbesondere die Förderung von Selbstkontrollstrategien ist dabei ein vielver-

sprechendes Element, ab der 6. und 7. Jahrgangsstufe auch die Förderung sozialer Fertigkeiten und der Problemlösekompetenz. Für den Altersbereich ab der 10. Jahrgangsstufe scheinen häufiger Programme der selektiven Prävention wirksam. Als bedeutsame Elemente haben sich auch hier die Förderung der Selbstkontrollfähigkeit, aber auch der Gefühlsregulation und der Nutzung alternativer Angebote herausgestellt sowie Angebote, die motivationsfördernde, kurze Einzelinterventionen umsetzen.

Zur Cannabisprävention liegen zudem substanzspezifische Programme vor. Zwei aktuelle Evaluationen weisen für die Programme *Cannabis – Quo vadis?* und den *Grünen Koffer* Effekte insbesondere auf Prädiktoren des Konsums nach.

Es ist zu erwähnen, dass verhaltensbezogene Präventionsprogramme in der Regel nur statistisch kleine direkte Effekte erzielen. 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. Im Bereich der kommunalen Prävention zeigte sich, dass Mehrkomponentenprogramme die Wahrscheinlichkeit des Cannabiskonsums verringern können.

Im Bereich der strukturellen Prävention stellt das CanG an sich eine Neuerung dar, auch für Minderjährige, für die der Erwerb und Besitz von Cannabis verboten bleibt. Eine Veränderung bei den Erwerbsstrukturen ist auch für den Altersbereich der Minderjährigen anzunehmen. Darüber hinaus sieht das CanG in der aktuellen Version unterschiedliche Maßnahmen der strukturellen Prävention vor, 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 aus Anbauvereinigungen erhaltenem Cannabis, ein Werbe- und Sponsoringverbot für Cannabis und Anbauvereinigungen sowie Konsumverbote in unmittelbarer Nähe Minderjähriger (BMG, 2024a, 2024b). Die Wirksamkeit und Zulänglichkeit dieser Maßnahmen werden zu evaluieren sein. Einen Überblick über Informationen zur Cannabisprävention in Deutschland liefert die Webseite <https://cannabispraevention.de> (BZgA, 2024a).

Literatur

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. <https://doi.org/10.1037/1064-1297.2.3.244>.
- 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.; 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: 13.01.2025.
- 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.
- Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.) (2024): Polizeiliche Kriminalstatistik. Tabelle 1: Fallentwicklung und Aufklärung der Straftaten/-gruppen. Wiesbaden. <https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2023/PKSTabellen/BundFalltabellen/bundfalltabellen.html?nn=226082>, Zugriff: 13.01.2025.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2024a): Cannabisgesetz. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/cannabisgesetz.html>, Zugriff: 25.02.2025.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2024b): Fragen und Antworten zum Cannabisgesetz. So sollen Jugendliche vor Cannabis-Konsum geschützt werden. Berlin. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/cannabis/faq-cannabisgesetz-entwurf.html>, Zugriff: 13.01.2025.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017): Gesetz „Cannabis als Medizin“ in Kraft getreten. 10. März 2017. Berlin. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2017/maerz/cannabis-als-medizin-inkraft-treten/>, Zugriff: 13.01.2025.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2024a): <https://www.cannabispraevention.de/>, Zugriff: 13.01.2025.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2024b): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2023. Ergebnisse zum Cannabiskonsum. Info-Blatt. Köln. https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/pressemitteilungen/daten_und_fakten/Infoblatt_Drogenaffinitätsstudie_2023_Cannabis.pdf, Zugriff: 13.01.2025.
- Connor, J. P. et al. (2021): Cannabis use and cannabis use disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 7(1), 16. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00247-4>.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2022): Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS) 3.0. Defini-

- tionen und Erläuterungen zum Gebrauch (Stand: 01.01.2022). Hamm. https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/02_kds/2022-01-01_Manual_Kerndatensatz_3.0.pdf, Zugriff: 13.01.2025.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2015): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. 10., überarbeitete Auflage. Hogrefe.
- European Drugs Agency (EUDA) (2024): New psychoactive substances – the current situation in Europe (European Drug Report 2024). Lisbon. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024/new-psychoactive-substances_en, Zugriff: 10.02.2025.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2023). Wastewater analysis and drugs – a European multi-city study. Lisbon. https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en#figure-2-source-data, Zugriff: 13.01.2025.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2020): Low-THC cannabis products in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fischer, B. et al. (2022): Lower-Risk Cannabis Use Guidelines (LRCUG) for reducing health harms from non-medical cannabis use: A comprehensive evidence and recommendations update. *International Journal of Drug Policy*, 99, 103381. DOI: 10.1016/j.drugpo.2021.103381.
- Gates, P. J. et al. (2016): Psychosocial interventions for cannabis use disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(5), CD005336. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005336.pub4>.
- Hanisch, C., Thomas, H. (2021): Die Rolle der Schule in der kindlichen und jugendlichen Entwicklung. In: Fegert, J. et al.: *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-49289-5_44-1.
- 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. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2015.1858.
- Hoch, E. et al. (2024): Cannabis, cannabinoids and health: a review of evidence on risks and medical benefits. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* [Advance online publication]. DOI: 10.1007/s00406-024-01880-2.
- Hoch, E. et al. (2015): Risks associated with the non-medicinal use of cannabis. *Deutsches Arzteblatt International*, 112(16), 271–278. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0271>.
- Hoch, E.; Friemel, C.; Schneider, M. (2019): *Cannabis: Potential und Risiko. Eine wissenschaftliche Analyse*. Heidelberg: Springer.

- Hoch, E.; Preuss, U. W. (2024): Cannabiskonsum und Cannabiskonsumstörungen. *Nervenarzt*, 95, 781–794.
- Karachaliou, K. et al. (2024): Bericht 2024 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2023/2024). Deutschland. Workbook Drogen. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD.
- Lauffer, P. et al. (2017): Cannabisprävention an Schulen – Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Kurzbericht_Cannabispraevention_an_Schulen.pdf, Zugriff: 16.01.2025.
- Matias, J. et al. (2019): The use of multi-national web surveys for comparative analysis: Lessons from the European Web Survey on Drugs. *International Journal of Drug Policy*, 73, 235–244. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.03.014>.
- Olderbak, S. et al. (2025): Estimates of driving under the influence of cannabis in Germany in 2021 before the partial legalization. *SUCHT*, 71(1), 1–8. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000910>.
- Olderbak, S. et al. (2024a): Trends and projection in the proportion of (heavy) cannabis use in Germany from 1995 to 2021. *Addiction*, 119(2), 311–321. <https://doi.org/10.1111/add.16356>.
- Olderbak, S. et al. (2024b): Predictors of changes in marijuana consumption in Germany during the covid-19 pandemic. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* [Advance online publication]. <https://doi.org/10.1007/s00406-024-01861-5>.
- Rauschert, C. et al. (2023): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Tabellenband: (problematischer) Konsum illegaler Drogen und multiple Drogen-erfahrung nach Geschlecht und Alter im Jahr 2021. München: IFT Institut für Therapieforschung. <https://www.esa-survey.de/ergebnisse/kurzberichte-1/>, Zugriff: 10.02.2025.
- Rauschert, C. et al. (2022): The Use of Psychoactive Substances in Germany. *Deutsches Ärzteblatt International*, 119(31-32), 527–534. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0244>.
- Schwarzkopf, L.; Murawski, M.; Riemerschmid, C. (2024): Suchthilfe in Deutschland 2023. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT Institut für Therapieforschung. <https://www.suchthilfestatistik.de/>, Zugriff: 16.01.2025.
- 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.

Stampf, A. et al. (2024): Cannabis-related treatment demand at the eve of German cannabis legalization – a 20-years trend analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. <https://doi.org/10.1007/s00406-024-01832-w>.
Statistisches Bundesamt (2024): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. www.gbe-bund.de.