

Positionspapier der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen Update 2026 zur Cannabispolitik in Deutschland

Einleitung

Am 01. April 2024 traten mit dem Cannabisgesetz (CanG) sowohl Änderungen des Medizinal-Cannabisgesetz (MedCanG) als auch das Konsumcannabisgesetz (KCanG) in Kraft. Mit dem KCanG wurde der nichtmedizinische Cannabisgebrauch teilweise legalisiert. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) begrüßt die Abkehr von der strafrechtlichen Verfolgung von Konsumierenden. Dies dient dem Gesundheitsschutz. Zugleich ermöglicht dies den potenziellen Abbau von Zugangshürden zu Hilfeangeboten (Prävention, Beratung, Behandlung) sowie von Stigmatisierung und Teilhabebeschränkungen.

Bereits zum Inkrafttreten des Konsumcannabisgesetzes und in der Folge wies die DHS jedoch auch auf Schwachstellen der Gesetzgebung hin. Mehrfach forderte sie eine Weiterentwicklung unter Zielsetzungen des Gesundheits-, Verbraucher- und Jugendschutzes.

Mit dem vorliegenden Positionspapier „Update 2026 zur Cannabispolitik in Deutschland“ konkretisiert die DHS diese Forderungen und zeigt Perspektiven zur Weiterentwicklung der Cannabis-Gesetzgebung auf. Die einzelnen Kapitel analysieren und diskutieren folgende Themenkomplexe:

- Folgen der aktuellen Gesetzgebung / Konsequenzen der Teillegalisierung
- Zugang zu Cannabis zum nichtmedizinischen Eigengebrauch
- Die Vorbeugung von Konsumstörungen und Versorgung
- Die Abgrenzung des medizinischen vom nichtmedizinischen Gebrauch
- Aktueller Forschungsbedarf

Neben einer Problembeschreibung der aktuellen Situation sowie einer Bewertung durch die DHS werden jeweils Forderungen für die Weiterentwicklung der Cannabispolitik abgeleitet.

Den ausführlichen Darlegungen wird im Folgenden eine Zusammenfassung der Forderungen vorangestellt. Für die jeweiligen Begründungszusammenhänge wird auf die einzelnen Abschnitte sowie die zitierte weiterführende Literatur verwiesen.

Zusammenfassung der Forderungen

Für Menschen, die trotz der Konsumrisiken Cannabis zu sich nehmen, wird ein Zugang zu einem legalen und kontrollierten Angebot benötigt, um die negativen Auswirkungen des illegalen Marktes hinsichtlich Produktsicherheit, Jugend-, Verbraucher- und Gesundheitsschutz durch ein legales Angebot wirksam abzubauen.

Grundsätzlich sollten die Maßnahmen der Prävention problematischen Cannabiskonsum so weit wie möglich verhindern. In Anerkennung der Tatsache, dass Menschen auch in Kenntnis von Risiken Suchtmittel konsumieren, sollte die Politik über die Gestaltung von Rahmenbedingungen eine Situation schaffen, in der die Risiken des Konsums nach Möglichkeit minimiert

werden. Hierfür soll ein legales und kontrolliertes Angebot zur Verfügung stehen, welches nicht selbst konsumfördernd und mit zusätzlichen Risiken verbunden ist.

Die DHS spricht sich in dieser Hinsicht für eine Weiterentwicklung der Anbauvereinigungen aus. Zum einen betrifft dies die formalen Zulassungsprozeduren, so dass die Angebote auch flächendeckend zur Verfügung stehen. Es sollte ein vereinheitlichtes Vorgehen der Bundesländer geben. Zum anderen spricht sich die DHS auch für eine konzeptionelle Weiterentwicklung aus: So sollte in Anbauvereinigungen auch im Sinne von *Social Clubs* der Konsum vor Ort erlaubt sein. Dies könnte über eine Weiterentwicklung und Umsetzung von Präventionskonzepten einen Beitrag zur Früherkennung problematischer Konsummuster und die Vermittlung in Hilfen ermöglichen. Der Gesetzgeber hat mit den Regelungen zu Konsumorten in der Öffentlichkeit großen Wert darauf gelegt, Konsumvorgänge von den Aufenthaltsorten von Kindern und Jugendlichen fernzuhalten. Die Weiterentwicklung zu *Social Clubs* könnte eine kanalisierende Funktion einnehmen.

Neben dieser Form der Abgabe wäre zur Verdrängung des illegalen Marktes auch ein Modell der Abgabe in lizenzierten Fachgeschäften denkbar. Hier müssten allerdings unter den Gesichtspunkten der Verhältnisprävention alle Möglichkeiten genutzt werden, um eine kommerzielle Ausweitung zu verhindern. Dazu zählt unter anderem, dass Abgabestellen ein Lizenzverfahren durchlaufen und Präventionskonzepte vorhalten müssen, der Zutritt auf Erwachsene beschränkt ist, jegliche Werbung und Verkaufsförderung verboten ist und die Abgabestellendichte, Öffnungszeiten und zugelassene Produkte (z.B. mit geringem THC-Gehalt) sowie Produktpreise über lenkungswirkende Besteuerung administrativ gesteuert werden. Einer dauerhaften Einführung eines solchen Abgabemodells sollte eine wissenschaftlich begleitete Erprobungsphase vorangestellt werden.

Neben lizenzierten Fachgeschäften wäre innerhalb dieses Modells vorstellbar, dass auch Apotheken eine Zulassung zur Abgabe von Konsumcannabis erhalten können. Gerade in Regionen, in denen weder *Social Clubs* noch lizenzierte Fachgeschäfte zur Verfügung stehen, könnten Apotheken den Zugang zu Cannabisprodukten mit kontrollierter Qualität sicherstellen.

Unabhängig von der Frage der legalen Abgabe betont die DHS in diesem Positionspapier erneut, dass Cannabiskonsum über die flächendeckende Umsetzung von Prävention nach Möglichkeit verringert, und Maßnahmen der Frühintervention die Konsumfolgen bei problematischem Konsum bestmöglich begrenzen. Hierzu fordert die DHS erneut, Verhaltensprävention auf allen Ebenen (universell, selektiv und indiziert) zielgruppengerichtet zu realisieren. Die Angebote der Prävention und Beratung müssen daher auf allen politischen Ebenen (Bund, Länder und Kommunen) mit ausreichenden Ressourcen ausgestattet werden, um ein flächendeckendes Angebot bereitzustellen. Auch aufsuchende Angebote, die Präventionsmaßnahmen und Frühintervention in den Lebenswelten vulnerabler und konsumierender Personengruppen verankern, sind auszubauen.

Eine klare Trennung von medizinischem und Freizeitkonsum ist sowohl aus ethischer als auch aus regulatorischer Perspektive geboten. Der medizinische Markt darf nicht als Ersatz für fehlende legale Angebote des nichtmedizinischen Cannabis dienen.

Die DHS fordert die Bundesregierung auf, das Konsumcannabisgesetz auf der Grundlage der bisherigen und weiteren wissenschaftlichen Evaluationsergebnisse weiterzuentwickeln und damit einen wesentlichen gesundheitspolitischen Beitrag zu leisten.

Folgen der aktuellen Gesetzgebung / Konsequenzen der Teillegalisierung

Problembeschreibung

Am 01. April 2024 traten mit dem Cannabisgesetz (CanG) sowohl Änderungen des Medizinal-Cannabisgesetz (MedCanG) als auch das Konsumcannabisgesetz (KCanG) in Kraft. Durch das Gesetz sind u.a. der eigene oder gemeinschaftliche Anbau sowie Besitz bestimmter Mengen von Cannabis erlaubt. Der gewerbsmäßige Anbau und Handel sind weiterhin verboten und es wurden Vorschriften hinsichtlich des Jugendschutzes sowie für den gemeinschaftlichen Anbau eingeführt. Eine Übersicht der aktuellen gesetzlichen Bestimmungen ist unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/cannabis/faq-cannabisgesetz> zu finden.

Das Gesetz sieht eine unabhängige, wissenschaftliche Evaluation der gesellschaftlichen Auswirkungen der Teillegalisierung vor. Mit dieser Aufgabe wurde das Verbundforschungsprojekt „Evaluation des Konsumcannabisgesetzes“ (EKOCAN) mit einer Laufzeit bis April 2028 beauftragt. Der erste und zweite Zwischenbericht des Verbundes sind im September 2025 und im April 2026 erschienen (vgl. Manthey et al., 2025a; Manthey et al., 2026).

Zu den untersuchten Auswirkungen zählen etwaige Veränderungen des Cannabismarktes, des Konsums, der Verbreitung und des Ausmaßes von Konsumfolgen sowie der Reichweite bzw. Inanspruchnahme von Maßnahmen der Prävention und Früherkennung sowie Beratungs- und Behandlungsangeboten.

Die Berichte kommen nach den ersten zwei Jahren der Teillegalisierung zu dem Ergebnis, dass die Gesetzesänderung (jedenfalls bislang) nicht zu einer signifikanten sprunghaften Veränderung des Konsums führte. Seit etwa 2012 ist der Cannabiskonsum unter Erwachsenen in Deutschland angestiegen. Ein Anstieg setzt sich bei männlichen Erwachsenen auch nach der Gesetzesänderung fort. Der 2. EKOCAN-Zwischenbericht (1. April 2026) stellt unter Verwendung der verfügbaren Informationen eine stabile oder sogar leicht rückläufige Konsumprävalenz von Cannabis unter Jugendlichen nach der Teillegalisierung fest (vgl. Manthey et al., 2025a; Manthey et al., 2026 S. 6).

Nach einem zweijährigen Zeitraum lassen sich aktuell keine belastbaren Aussagen darüber treffen, dass die Teillegalisierung ursächlich für eine Zunahme bei der Entstehung von Erkrankungen ist. Gesundheitliche Folgen aufgrund von Cannabiskonsum entstehen häufig durch Intoxikationen und als cannabis-induzierte Psychosen. Bei intensivem Konsum über längere Zeiträume bestehen Risiken der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung. Besonders problematisch ist hier, dass zwischen den ersten Anzeichen von Konsumproblemen und der Inanspruchnahme von suchtspezifischen Hilfeangeboten große Zeitspannen bestehen (vgl. Hoch et al., 2019).

Es lässt sich seit Inkrafttreten des KCanG ein Rückgang bei der Inanspruchnahme von Suchtberatungen feststellen. Bereits in den Jahren vor der neuen Gesetzgebung setzte diese Entwicklung ein. Der Rückgang seit 2024 fällt jedoch insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen deutlicher aus als zuvor. Dies scheint mit einem Rückgang der Zuweisungen in Frühinterventionsprogramme mit verpflichtendem Charakter durch Ermittlungsbehörden in Verbindung zu stehen. Für alternative Wege der Vermittlung, die im Gesetz durch Jugendämter und Ordnungsbehörden vorgesehen sind, konnten noch keine einheitlichen Strukturen etabliert werden (Manthey et al., 2025a; Manthey et al., 2026).

Konsumierende haben theoretisch durch das Gesetz Möglichkeiten, eine legale Quelle für Cannabiskonsum zu nutzen. Problematisch ist, dass der Bezug über Anbauvereinigungen vielerorts nicht möglich ist (vgl. Abschnitt „Zugang zu nichtmedizinischem Cannabis“). Zur Deckung der Nachfrage reichen die legalen Bezugsmöglichkeiten nicht aus. Neben dem Eigenanbau wurden insbesondere der „Social Supply“ (Bezug von Cannabis über soziale Kontakte) und die Nutzung von Medizinalcannabis als Bezugsquelle für Cannabiskonsum identifiziert. Ein beobachteter Anstieg des Gebrauchs von hoch potentem Medizinalcannabis erfolgte parallel zu expansivem Marketing von Online- und Versandplattformen, die auch nichtmedizinischen Cannabiskonsum über diesen Weg begünstigen. Die EKOCAN Evaluation schätzte im April 2026, dass immer noch etwa die Hälfte des Gesamtbedarfes vom illegalen Markt stammt (Manthey et al., 2026).

Bewertung durch die DHS

Während die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen die mit der Teillegalisierung verbundene Entkriminalisierung von Cannabiskonsumierenden begrüßt, ist festzustellen, dass legale Angebote nicht ausreichend verfügbar sind, um den Bedarf zu decken. Vor dem Hintergrund der Senkung des mit dem Konsum verbundenen Risikos wäre es jedoch von Bedeutung, dass allen Konsumierenden solche Produkte zur Verfügung stehen, die nicht mit zusätzlichen Risiken (des illegalen Marktes) verbunden sind.

Grundsätzlich ist Cannabiskonsum mit gesundheitlichen und weiteren Risiken assoziiert und es gibt keinen risikofreien Konsum. Jedoch können die bestehenden Risiken gesenkt werden, wenn entsprechend geprüfte Produkte zur Verfügung stehen, am besten mit einem begrenzten THC-Anteil. Das Ziel, den illegalen Markt zu verdrängen, sollte daher weiterverfolgt werden.

Es ist ebenfalls wichtig festzustellen, dass sowohl unter illegalen Bedingungen als auch unter allen möglichen Formen der Legalisierung, die Nachfrage nach Cannabis Realität und Cannabiskonsum in der Gesellschaft weit verbreitet ist. Alle zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Prävention von Konsumfolgen sollten genutzt werden. Da jedoch weiterhin angenommen werden muss, dass auch bei intensiven Präventionsmaßnahmen der Cannabiskonsum nie vollständig verhinderbar ist, sollten die Möglichkeiten der Senkung von Risiken in Bezug auf das Angebot ausgeschöpft werden.

In der Zunahme des Importes und Absatzes von Medizinalcannabis wird zumindest in Teilen ein Ausweichverhalten gesehen, den nichtmedizinischen Cannabiskonsum über andere Wege als den illegalen Markt zu beziehen. Die Deckung des Bedarfs über den Eigenanbau scheint wenig geeignet zu sein. Beim Eigenanbau werden sonstige Vorschriften in Bezug auf die Sicherheit, wie Schutz von im Haushalt lebenden Kindern, auf die Konsumierenden übertragen. Beim Social Supply kann der Ursprung und damit die Qualität und Sicherheit der Produkte wiederum unklar sein.

Der Rückgang in der Inanspruchnahme von Leistungen der Frühintervention und Beratung ist aus Sicht der Suchthilfe ein besonderes Problem. Allen Menschen, die aufgrund von Cannabiskonsum gesundheitliche oder soziale Probleme erfahren, sollten adäquate Hilfeangebote zur Verfügung stehen. Dabei müssen Zugangswege barrierefrei und niedrigschwellig sein. Die Angebote sollen jedoch auch in die Lage versetzt werden, neben herkömmlichen „Komm-Strukturen“, präsenter in den Lebenswelten der Konsumierenden (z.B. Schulen, Vereine, Freizeiteinrichtungen, Arbeitsplätze u.a.) verankert zu werden.

Gleiches gilt für die Maßnahmen der Prävention. Erwiesenermaßen wirksame Programme der Vorbeugung¹ müssen insbesondere vulnerable und Risikogruppen erreichen. In dem Maße, wie eine Erleichterung des Zugangs zu Cannabis über legale Wege durch das Gesetz ermöglicht wird, sollte auch der Zugang von Angeboten bzw. die Erreichung durch Präventionsmaßnahmen ausgebaut werden. Hierbei braucht es auch einen Einbezug der Akteure, die Zugang zu Cannabis anbieten. Präventionskonzepte und Präventionsbeauftragte sollten zum verpflichtenden Standard in Abgabestellen gehören. Diese müssen von unabhängigen Stellen regelmäßig überprüfbar sein.

Neben der klassischen Suchtprävention und Aufklärung über risikoreduzierendes Konsumverhalten braucht es auch mehr Informationen und Aufklärung über die geltende Rechtslage des Konsumcannabisgesetzes². Auch nach zwei Jahren seit Inkrafttreten der Teillegalisierung ist das Wissen über Erlaubtes und nicht Erlaubtes nach der neuen Gesetzgebung auch unter den Konsumierenden noch wenig verbreitet.

Aus der Bewertung abgeleitete Forderungen der DHS

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen fordert die Politik auf, das Konsumcannabisgesetz unter Gesichtspunkten des Gesundheits-, Verbraucher- und Jugendschutzes weiterzuentwickeln.

Dabei ist es wichtig festzustellen, dass der größtmögliche Schutz der Gesundheit und der Kinder- und Jugendschutz nicht über einen Mechanismus des Verbots und der Bestrafung Konsumierender funktioniert. Für den Konsum, der trotz des Verbotes stattgefunden hat, hat diese Politik in der Vergangenheit vielfach zu zusätzlichen negativen Folgen im gesundheitlichen und sozialen Bereich für Konsumierende geführt (vgl. DHS, 2015, 2018). Eine Rückkehr zum Betäubungsmittelgesetz und damit dem Strafrecht stellt aus Sicht der DHS keine zielführende Option dar (DHS, 2025).

Zudem ist es wichtig zu verstehen, dass es keine politische Option gibt, die in der Lage wäre jeden Konsum und alle schädlichen Konsumfolgen zu verhindern. Es muss also ein Weg gewählt werden, der eine größere Minderung der Konsumfolgen als unter der aktuellen oder der vergangenen Cannabispolitik ermöglicht.

Grundsätzlich ist Cannabiskonsum mit Risiken verbunden und der beste Weg, Konsumfolgen zu reduzieren ist, den Konsum zu reduzieren bzw. ihn einzustellen. In ihren grundsätzlichen Zielen der Suchtpolitik formulierte die DHS: „Weniger Menschen konsumieren Suchtmittel. Alle Menschen, die nicht konsumieren, werden in ihrer Entscheidung bestärkt, keine Suchtmittel zu sich zu nehmen“ (z.B. in DHS, 2023).

Um Konsum, und damit Konsumfolgen, zu verringern und zu verhindern, sind erwiesene wirksame Maßnahmen der Prävention flächendeckend umzusetzen. Es muss zudem sichergestellt werden, dass Prävention zielgruppenspezifisch alle Menschen erreicht und die Ansprache in jeweils geeigneter Form erfolgt. (weitere Ausführungen in den Abschnitten „Die Vorbeugung von Konsumstörungen und Versorgung“)

In Anerkennung der Tatsache, dass Menschen auch in Kenntnis von Risiken Suchtmittel konsumieren, sollte die Politik über die Gestaltung von Rahmenbedingungen eine Situation

¹ Die „Grüne Liste Prävention“ weist evaluierte Maßnahmen für ein gesundes und sicheres Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen auf: <https://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information>

² Bessere Verbreitung von vorhanden Informationen wie z.B. der Internetseite <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/cannabis/faq-cannabisgesetz>

schaffen, in der die Risiken des Konsums nach Möglichkeit minimiert werden. In ihren Positionspapieren zur Suchtpolitik formulierte die DHS als Ziel: „Menschen, die Suchtmittel konsumieren, beginnen den Konsum möglichst spät, weisen möglichst risikoarme Konsummuster auf und konsumieren nur in Situationen und unter Bedingungen, in denen Risiken nicht zusätzlich erhöht werden.“ (z.B. in DHS, 2023).

Neben den beschriebenen Maßnahmen der Verhaltensprävention ist die Politik aufgefordert, die Rahmenbedingungen des Zugangs zu legalen Cannabisprodukten so zu gestalten, dass sie nicht konsumfördernd, sondern vorbeugend wirken (weitere Ausführungen zur Verhältnisprävention in den Abschnitten Zugang zu Cannabis zum nichtmedizinischen Eigengebrauch).

Wenn Menschen trotz der Risiken Suchtmittel konsumieren, so sollten im Sinne der Reduzierung von Konsumfolgen solche Produkte verfügbar sein, die nicht mit zusätzlichen Risiken behaftet sind und von denen ein möglichst geringes Risiko ausgeht. Erforderlich ist dafür ein Angebot, welches verlässlich, transparent und überprüfbar über den THC-Gehalt und die Herkunft und Zusammensetzung der Produkte informieren kann. Produkte des illegalen Marktes erfüllen diese Voraussetzungen nicht und in der Konsequenz sind Produkte des illegalen Marktes für Konsumierende mit höheren Risiken verbunden. Die Gewährleistung eines legalen Angebotes ermöglicht somit Kontrolle über die Produkte im Sinne des Gesundheits- und Verbraucherschutzes.

Hierbei sind zwei Aspekte wichtig: Erstens soll das Angebot geeignet sein, den vorhandenen (und unter Nutzung aller Möglichkeiten der Prävention bestmöglich reduzierten) Bedarf zu decken. Zweitens soll das Angebot geeignet sein, das parallel bestehende illegale Angebot zu verdrängen. Hierzu bedarf es aber nicht ausschließlich eines Wettbewerbes von legalen und illegalem Markt, sondern auch klarer Durchsetzung des Gesetzes in Hinblick auf den illegalen Markt. Polizei und Ordnungsbehörden sind zuständig, den illegalen Handel und Regelverstöße der legalen Abgabe zu kontrollieren und zu ahnden.

Zugang zu Cannabis zum nichtmedizinischen Eigengebrauch

Problembeschreibung

Anbauvereinigungen sind als nicht-gewerbliche, mitgliedschaftsbasierte Strukturen konzipiert, die gemeinschaftlich Cannabis anbauen und an Mitglieder zum Eigenkonsum weitergeben. Das Gesetz setzt dabei bewusst auf eine Begrenzung der Weitergabemengen (u. a. 25 g/Tag; 50 g/Monat, für 18–20-Jährige 30 g/Monat und THC $\leq 10\%$) sowie auf Mitgliedschafts- und Kontrollmechanismen (BMG, 2025b). Aus Sicht des Gesundheitsschutzes ist hierbei anzumerken, dass bei einem tatsächlichen Konsum dieser Mengen erhebliche Gesundheitsrisiken bestehen. Präventionsanforderungen sind strukturell verankert, etwa durch Präventionsbeauftragte mit nachzuweisenden Qualifikationen und durch ein intendiertes Zusammenspiel mit landes- bzw. fachstellengetragenen Schulungskonzepten (BMG, 2024b).

Als Zielstellung lässt sich das Modell als „Public-Health-basierte Nicht-Kommerzialisierung“ interpretieren: Die Abwesenheit von Gewinn- und Werbeanreizen soll eine Ausweitung des Konsums und die Entwicklung aggressiver Vermarktungsstrategien begrenzen. Internationale Evidenz legt nahe, dass insbesondere kommerzialisierte Regime – je nach Ausgestaltung – mit höheren Expositions- und Vermarktungsdynamiken einhergehen können, wodurch gesundheitsbezogene Belastungen zunehmen (Pacula et al., 2014; Yimer et al., 2025).

Der Realisierungsstand in Deutschland ist durch eine deutliche Asymmetrie zwischen normativer Erwartung und faktischer Versorgung geprägt. In den ersten Monaten nach Inkrafttreten des KCanG waren bundesweit nur wenige Dutzend Anbauvereinigungen genehmigt. Zugleich lag eine hohe Zahl von Anträgen im Bearbeitungs- oder Prüfstatus (Deutscher Bundestag, 2025b). Im zweiten Jahr nach der Teillegalisierung stieg die Zahl der Anbauvereinigungen, dennoch stand dem deutlich überwiegenden Anteil Konsumierender diese Zugangsquelle nicht zur Verfügung (Manthey et al., 2026).

Eine zentrale Hypothese der Teillegalisierung beinhaltet ein ausreichend attraktives legales Angebot, das den illegalen Markt verdrängt und die Produktsicherheit erhöht. Für Anbauvereinigungen ist diese Hypothese nur dann prüfbar, wenn die legale Angebotskapazität zumindest in relevanter Größenordnung verfügbar ist. Empirische Frühbefunde deuten jedoch darauf hin, dass Anbauvereinigungen kurzfristig kaum zur Bedarfsdeckung beitragen. So berichten Erhebungen aus Deutschland nach der Reform, dass legale Quellen insgesamt zwar genutzt werden (v. a. Eigenanbau, medizinische Quellen), aber die Versorgung weiterhin stark von illegalen Quellen abhängt. Der Beitrag von Anbauvereinigungen ist im Vergleich sowohl gegenüber illegalen Quellen, als auch Medizinalcannabis gering (Manthey et al., 2025b).

Ein Plausibilitätsargument ergibt sich aus den gesetzlichen Mengen- und Mitgliedschaftsgrenzen. Selbst bei maximaler Auslastung (500 Mitglieder; 50 g/Monat je Mitglied ab 21 Jahren) läge die theoretische Obergrenze bei 25 kg/Monat (=300 kg/Jahr) pro Verein. Bereits moderate Schätzungen der nationalen Gesamtnachfrage (je nach Prävalenz und Konsumintensität) implizieren, dass ein relevanter Substitutionseffekt nur bei einer Größenordnung von mehreren hundert bis tausenden leistungsfähigen Anbauvereinigungen zu erwarten wäre. Die realen Genehmigungszahlen liegen – zumindest in den ersten Umsetzungsjahren – deutlich darunter (Deutscher Bundestag, 2025b).

Hinzu kommen typische Anlauf- und Reifeprozesse: Flächenakquise, baurechtliche Einordnung, Sicherheits- und Qualitätskonzepte, Personalgewinnung, Beschaffung von Ausgangsmaterial, Aufbau von Dokumentations- und Kontrollprozessen sowie behördliche Inspektionen führen zu langen Realisierungszeiten. Diese Faktoren sind strukturell vorhersehbar und sprechen dafür, dass der Verdrängungseffekt des illegalen Marktes durch Anbauvereinigungen, selbst bei wohlwollendem Vollzug, zeitlich verzögert eintritt. Gerade deshalb ist eine klare Implementationsstrategie – einschließlich standardisierter Verfahren – zentral, wenn das Modell evaluierbar und wirksam werden soll (BMG, 2024a; Utzon et al., 2025).

Das KCanG setzt für Anbauvereinigungen außerdem ein komplexes Compliance- und Aufsichtsregime voraus. Der Antrags- und Betriebskatalog umfasst u. a. Nachweise zur Zuverlässigkeit verantwortlicher Personen, Sicherheits- und Zutrittskonzepte, bauliche/technische Anforderungen, Dokumentationspflichten, Qualitäts- und Hygienestandards, Regelungen zur Weitergabe, Jugendschutz- und Präventionskonzepte sowie regelmäßige Meldungen an zuständige Behörden (BMG, 2025b; BMG, 2024a).

Diese administrative Dichte steht in einem auffälligen Kontrast zum Eigenanbau, der – bei begrenzter Pflanzenzahl – vergleichsweise niedrige formale Hürden aufweist. Aus Sicht der Implementationsforschung ist dies problematisch, weil niedrigschwellige Alternativen (Eigenanbau) im Wettbewerb um legale Bezugswege einen Teil der Zielgruppe absorbieren, während Anbauvereinigungen als kollektiv organisierter, kontrollier- und evaluierbare Strukturen gerade für Risiko- und Vielkonsumentinnen und -konsumenten besonders relevant wären. Wenn aber die ‚regulatorische Eintrittsschwelle‘ für Vereine deutlich höher ist als für den Eigenanbau, entsteht eine strukturelle Verzerrung: Die besser steuerbaren Angebotsformen werden

ausgebremst, die schlechter erfassbaren Formen gewinnen relativ an Bedeutung (Utzon et al., 2025).

Die qualitative Analyse von Utzon et al. (2025) dokumentiert für Deutschland, dass Anbauvereinigungen administrative Belastungen in mehreren Dimensionen berichten: Unklarheiten bei Interpretationen, wechselnde Anforderungen, Ressourcenmangel auf beiden Seiten (Vereine und Behörden) sowie eine Diskrepanz zwischen normativem Anspruch und operativer Umsetzbarkeit. Diese Befunde sind konsistent mit internationaler Literatur zu „administrative burden“: Komplexe und unberechenbare Verfahren erzeugen Lern-, Compliance- und psychologische Kosten, die besonders zivilgesellschaftliche Akteure ohne professionelle Verwaltungsinfrastruktur treffen. In der Konsequenz sinkt die Zahl funktionsfähiger Anbieter, der Markteintritt verzögert sich und die Wirkung auf den illegalen Markt bleibt gering.

Die föderale Implementationsarchitektur führt zu erheblichen Länderunterschieden: Zuständige Behörden, Auslegungspraxis, Ressourcen (Personal/IT), Priorisierung sowie Kooperationsbeziehungen zu Präventions- und Suchtberatungsstrukturen variieren. Damit entstehen erhebliche regionale Zugangsunterschiede für Erwachsene, was der intendierten Verdrängung lokaler illegaler Märkte entgegensteht. Bei unzureichendem legalem Angebot in einzelnen Ländern/Regionen bleibt die Nachfrage dort stärker auf illegale Lieferketten angewiesen (Deutscher Bundestag, 2025a).

Ein besonderes Problem ist die begrenzte Transparenz: Auf Bundesebene besteht keine kontinuierlich öffentlich verfügbare, konsolidierte Statistik über Antrags- und Genehmigungslagen in den Ländern; die Bundesregierung verweist in parlamentarischen Antworten auf die Länderzuständigkeit und fehlende eigene Datenbasis (Deutscher Bundestag, 2025a). Für Evaluation und Steuerung ist dies nachteilig: Heterogene Vollzugspraxis wird nicht nur politisch, sondern auch empirisch schwer vergleichbar, und die Verfügbarkeit belastbarer Daten zum legalen Angebot bleibt eingeschränkt – obwohl die Gesetzeslogik selbst eine engmaschige Evaluation vorsieht (BMG, 2024a).

Bewertung durch die DHS

Aus Public-Health-Sicht hat das nicht-kommerzielle Modell mehrere spezifische Vorteile, die sich unmittelbar aus dem Wegfall des Profitmotivs ableiten lassen. Reduktion von Kommerzialisierungs- und Marketingdynamiken: Gewinnorientierte Märkte tendieren zu Produktdiversifizierung, Preis-/Potenzwettbewerb und Marketing, was Exposition und Konsum fördern kann. Nicht-kommerzielle Strukturen vermindern diese Anreize (Pacula et al., 2014; Yimer et al., 2025).

Normbasierte Risikoreduktion: Mitgliedschaftsbasierte Organisationen können soziale Normen (z. B. kein Konsum in Gegenwart Minderjähriger, Safer Use-Botschaften, Peer-Feedback) stärker institutionalisieren als anonyme Handelsbeziehungen.

Prinzipiell bessere Einbindung von Prävention: Das Gesetz verlangt Präventionsbeauftragte und Schulungen. Damit entsteht eine strukturelle Schnittstelle zu Suchtprävention und Beratung (BMG, 2024b).

Qualitätssicherung und Produktsicherheit im Rahmen der Aufsicht: Dokumentation, Eigenkontrollen und Behördenaufsicht schaffen (bei realistischem Vollzug) bessere Voraussetzungen für gleichbleibende Qualität als der illegale Markt.

Forschungsvorteil: Nicht-kommerzielle Angebote ermöglichen – bei flächendeckender Implementierung – eine politisch und ethisch plausiblere Evaluation des Effekts legaler Zugänge ohne simultane Kommerzialisierung, also eine Art „Minimalintervention“ im Vergleich zu kommerziellen Regimen (BMG, 2024a; Manthey et al., 2024).

Die Vorteile werden im gegenwärtigen Implementationszustand durch mehrere Grenzen relativiert:

Skalierungsdefizit: Ohne eine ausreichende Zahl leistungsfähiger Anbauvereinigungen bleibt der illegale Markt funktional dominant; Produktsicherheit und Kriminalitätsreduktion werden dann nur begrenzt erreicht (Manthey et al., 2025b).

Selektionsbias: Mitgliedschaftsmodelle erreichen tendenziell organisierte, stabilere Personengruppen. Für schwer erreichbare, sozial vulnerablere oder stark konsumierende Gruppen kann der Zugang – trotz hoher Monatsobergrenzen – faktisch begrenzt bleiben, wodurch das Ziel der Marktverdrängung gerade bei umsatzstarken Segmenten verfehlt wird.

Verlagerung in ‚Social Supply‘ und Mischbezug: Wenn legale Mengen nicht erreichbar oder unattraktiv sind, entstehen Mischstrategien (legal + illegal). Empirisch wird dies für Deutschland bereits beschrieben (Manthey et al., 2025b).

Hohe administrative Lasten: Komplexe Anforderungen können zivilgesellschaftliche Strukturen überfordern und behindern damit genau jene Angebotsform, die die Gesetzeslogik als Alternative zum illegalen Markt vorsieht (Utzon et al., 2025).

Föderale Fragmentierung: Länderunterschiede erzeugen Ungleichheit, erschweren Qualitätsstandards und unterminieren die Evaluierbarkeit, wenn Implementationsintensität systematisch mit politischen Präferenzen korreliert (Deutscher Bundestag, 2025a).

Aus einer evidenzorientierten Implementations- und Evaluationslogik lassen sich Mindestbedingungen formulieren, ohne die das Modell weder wirksam noch sinnvoll prüfbar ist. Zentral ist die Unterscheidung zwischen (1) Stabilität der Evaluationsbedingungen und (2) Mindestgrad der Realisierung: Eine Evaluation benötigt ein hinreichend stabiles Regime. Gleichzeitig muss das Regime real existieren (Implementationsgrad), um Effekte messen zu können (BMG, 2024a). Derzeit besteht das Dilemma: Große Änderungen der Voraussetzungen können die Vergleichbarkeit der Evaluationsdaten beeinträchtigen, aber ein dauerhaft niedriger Implementationsgrad verhindert, dass zentrale Hypothesen (Reduktion des illegalen Marktes, Produktsicherheit) überhaupt testbar sind.

Aus der Bewertung abgeleitete Forderungen der DHS

Die DHS stellt daher fest, dass im Sinne einer **Weiterentwicklung des Modells der Anbauvereinigungen** folgende Maßnahmen eine Verbesserung bewirken würden:

Kapazitäts- und Genehmigungsrealismus: Verfahren müssen so gestaltet werden, dass innerhalb planbarer Fristen eine kritische Masse funktionsfähiger Vereine entsteht. Dies umfasst Standardisierung (bundeseinheitliche Musterunterlagen), digitale Verfahren, klare Prüfkriterien und risikobasierte Inspektionskonzepte.

Harmonisierung der Länderpraxis: Mindeststandards (Verfahrensfristen, Transparenzanforderungen, Kriterienkataloge) sollten bundesweit vereinheitlicht werden, z. B. über koordinierte Verwaltungsvorschriften und gemeinsame Vollzugshilfen.

Transparenz- und Dateninfrastruktur: Eine bundesweit konsolidierte, zeitnahe Berichterstattung zu Anträgen, Erlaubnissen, Produktions- und Weitergabemengen sowie Aufsichtsereignissen ist erforderlich. Dies dient sowohl der Steuerung als auch der gesetzlich vorgesehenen Evaluation (BMG, 2024a; Deutscher Bundestag, 2025a).

Weiterentwicklung zu *Social Clubs* im Sinne eines Public-Health-Ansatzes: Die Vereine sollten nicht nur als Produktionsstätten verstanden werden, sondern als Settings für Prävention, Risikokommunikation und Peer-gestützte Gesundheitskompetenz – unter strikter Einhaltung von Jugendschutz und Konsumrestriktionen.

Prävention in Behördenstrukturen: Vollzugsbehörden benötigen standardisierte Schulungen, Schnittstellen zu Suchtprävention und einheitliche Leitlinien, um Prävention nicht nur von Vereinen zu verlangen, sondern in Aufsicht und Beratung systematisch zu integrieren (BMG, 2024b).

Verbesserungen im Modell der Anbauvereinigungen / Weiterentwicklung zu *Social Clubs*:

Zur Erreichung der Ziele der Teillegalisierung (Reduktion des illegalen Marktes, Produktsicherheit, Jugend- und Gesundheitsschutz) bedarf es im Modell der Anbauvereinigungen einer bedarfsrelevanten Realisierung, vereinfachter Genehmigungsprozesse und harmonisierter Länderspraxis. Dazu zählen:

- Standardisierte, digitale Antrags- und Aufsichtsverfahren; klare Prüfkriterien und Verfahrensfristen.
- Risikobasierte Aufsicht und Kapazitätsaufbau in Behörden; bundesweite Transparenz- und Berichtspflichten.
- *Social Club*-Weiterentwicklung mit verbindlichen Präventionsstandards und qualifizierten Präventionsbeauftragten; Schnittstellen zur Suchthilfe.
- Ermöglichung des Konsums in *Social Clubs* zur Kanalisierung öffentlichen Konsums. Um öffentlichen und privaten Konsum gezielt von Aufenthaltsorten von Kindern und Jugendlichen fernzuhalten (auch eigener Wohnraum), sollte ein (gemeinschaftlicher) Konsum in *Social Clubs* gestattet sein.

Die Schaffung der Möglichkeiten einer **kontrollierten Abgabe in Fachgeschäften ist ein alternativer oder komplementärer Weg** der Verbesserung eines regulierten legalen Angebotes.

Kontrollierte Abgabe in Fachgeschäften (Regulierung): Die Diskussion um kommerzielle Abgabe („Säule 2“ in der ursprünglichen Konzeption der Cannabislegalisierung) zielt auf eine stärkere Bedarfsdeckung durch regulierte Lieferketten und Abgabestellen. Aus Sicht der Verhältnisprävention wäre dies nicht als „Liberalisierung“, sondern als Regulierung zu verstehen: Der rechtliche Rahmen bestimmt Verfügbarkeit, Attraktivität, Produktportfolio, Potenz/Preisrelation und Informationsumgebung – und damit die gesundheitlichen und sozialen Folgen (Pacula et al., 2014).

Für die Einführung einer kontrollierten Abgabe in Fachgeschäften müssen Regulierungs- und Vollzugsbehörden auf allen Ebenen so aufgestellt und ausgestattet sein, dass sie Steuerung, Kontrolle und Durchsetzung wirksam gewährleisten können. Erforderlich sind ausreichende personelle und fachliche Ressourcen, standardisierte Verfahren, ein kontinuierliches

Monitoring sowie die konsequente Regulierung und Überwachung von Werbung, Marketing und Promotion.

Zielkonsistenz und Begründung: Eine kontrollierte Abgabe kann – unter strikter Regulierung – die Ziele der Teillegalisierung stärken, sofern sie (1) den illegalen Markt substanziell verdrängt und (2) Produktsicherheit sowie Risikoaufklärung verbessert und die Möglichkeiten der Marktregulierung nutzt, um Konsumanreize zu verhindern. Internationale Evidenz ist heterogen, zeigt aber konsistent: Designentscheidungen (Preis, Marketing, Verfügbarkeit, Produkttypen) beeinflussen maßgeblich Konsummuster und gesundheitliche Belastungen (Pacula et al., 2014; Yimer et al., 2025). Damit ist die Frage weniger ‚kommerziell oder nicht-kommerziell?‘, sondern ‚welche Regulierung minimiert Schaden bei gleichzeitiger Reduktion des illegalen Marktes?‘.

Nach Vorbild des Regulierungsmodells der kanadischen Provinz Quebec könnte ein staatliches Monopol für die Abgabe eingeführt werden (vgl. die staatseigene Gesellschaft SQDC (Société québécoise du cannabis)). Staatlich kontrollierte Verkaufsstellen ermöglichen weitgehende Kontrolle über die Modalitäten des Verkaufs und die Vermeidung von Kauf- und Konsumanreizen sowie die Umsetzung von Präventions- und Interventionskonzepten. Privatwirtschaftliche Gewinnmaximierung steht nicht im Konflikt zum Gesundheitsschutz in diesem Abgabemodell. Die Einführung eines staatlichen Abgabemodells erscheint in Deutschland wenig realistisch. Umso wichtiger ist, dass die Potenziale der Verhältnisprävention im Rahmen einer kommerziellen Abgabe ausgeschöpft werden, um Gesundheitsschutz herzustellen.

Die folgenden Instrumente gelten als zentral, um ein kommerzielles Modell gesundheitsorientiert zu steuern.

Verhältnisprävention: Regulierungsinstrumente (Auswahl):

- Lizenzmodell („fit and proper“): Zulassungsvoraussetzungen, Zuverlässigkeitsprüfung, Schulungspflichten, Compliance-Audits, Sanktionskaskade bis Lizenzentzug.
- Abgabestellendichte und Standortregeln: Begrenzung der Outlet-Dichte, Mindestabstände zu Schulen/Jugendeinrichtungen, kommunale Steuerungsmöglichkeiten. Empirische Synthesen deuten darauf hin, dass eine höhere physische Verfügbarkeit von Cannabisabgabestellen mit häufigerem Konsum und gesundheitsbezogenen Belastungen assoziiert sein kann (Cantor et al., 2024).
- Abgabezeiten: Einschränkungen der Öffnungszeiten als Verfügbarkeitssteuerung (analoge Logik aus Alkohol-/Tabakregulierung, übertragen auf Cannabis; Pacula et al., 2014).
- Altersgrenzen und Alterskontrollen: robuste Identitätsprüfung, ggf. höheres Mindestalter für hochpotente Produkte; konsequente Sanktionen bei Verstößen.
- Werbe-, Sponsoring- und Promotionsverbote: Minimierung von Normalisierung und Marktexpansion durch kommerzielle Kommunikation, standardisierte Verpackungen und Warnhinweise.
- Preispolitik und Steuern: Mindestpreise/THC-basierte Abgaben können hochpotente Produkte relativ verteuern und Konsumreduktion unterstützen, zugleich muss Preisgestaltung Anreize des illegalen Marktes berücksichtigen (Pacula et al., 2014).
- Zweckbindung von Einnahmen: Prävention, Suchtbehandlung, Forschung/Monitoring sowie kommunale Gesundheitsförderung sollten strukturell aus den Einnahmen finanziert werden.

- Produktregulierung: Zulassungskatalog (Blüten, Extrakte, Edibles, Vapes, etc.), Ausschluss bestimmter Hochrisikoformate, THC-Grenzwerte bzw. THC-pro-Portion, Laborpflichten, Kontaminanten-Grenzen, Chargenrückverfolgbarkeit (seed-to-sale).

Verhaltensprävention und Aufklärung in Abgabestellen

- Standardisierte Risikoaufklärung zu THC-Wirkungen, Dosistitration³, Interaktionen (z. B. mit Alkohol, Sedativa), Fahrfähigkeit/DUIC und psychischen Risiken; Hochrisikogruppen (Jugendliche, Schwangere, Personen mit Psychose-Vulnerabilität) explizit adressieren (Di Forti et al., 2019; Volkow et al., 2014).
- Höchstmengen gekoppelt an Wirkstoffgehalt: Kauf-/Abgabebegrenzungen sollten nicht nur grammbezogen, sondern THC-bezogen ausgestaltet werden, um die Potenzentwicklung als Risikotreiber zu adressieren (Freeman et al., 2021; Petrilli et al., 2022).
- Verpflichtende Mitarbeiterschulungen (ähnlich Jugendschutz-/Suchtpräventionsschulungen bei Alkohol/Tabak), inklusive standardisierter Kurzinterventionen und Weitervermittlung in Hilfesysteme.

Lizenzierung möglicher Abgabestellen (Fachgeschäfte und Apotheken)

Aus Public-Health-Sicht spricht viel für eine restriktive Lizenzvergabe an spezialisierte, kontrollierbare Abgabeformate. In Betracht kommen insbesondere lizenzierte Fachgeschäfte sowie – unter spezifischen Bedingungen – Apotheken. Eine breite Lizenzierung über unspezialisierte Einzelhandelsformate (z. B. Kioske/Spätis) würde Verfügbarkeit und Normalisierung erhöhen und erschwert eine qualifizierte Beratung. Sie ist daher aus Verhältnispräventionssicht riskanter (Pacula et al., 2014; Cantor et al., 2024).

Apotheken als Abgabestellen: differenzierte Vor- und Nachteile

Potenzielle Vorteile:

- Fachliche Beratungskompetenz (Pharmakologie, Interaktionen, Risiken), etablierte Standards zur Arzneimittelsicherheit und zur Abgabe kontrollierter Produkte.
- Strukturierte Dokumentation und Compliance-Kultur: Apotheken sind an umfangreiche regulatorische Vorgaben (Dokumentation, Qualitätssicherung, Aufsicht) gewöhnt. Dies erleichtert Monitoring und Sanktionierung.
- Niedrigere Marketinganreize und höhere Vertrauenswürdigkeit im Vergleich zu kommerziellen Lifestyle-Stores; potenziell geringere Normalisierungswirkung durch ‚Eventisierung‘ des Konsums.
- Eignung für THC-bezogene Höchstmengen und Beratung zur Dosistitration; Möglichkeit, problematischen Konsum früh zu erkennen und in Versorgungssysteme zu vermitteln.

³ Dosistitration bezeichnet die Anpassung der Dosis eines Medikamentes im Rahmen einer Behandlung.

Potenzielle Nachteile/Risiken:

- Rollenkonflikt: Apothekenauftrag ist gesundheitliche Versorgung; Freizeitabgabe kann als normativer Widerspruch wahrgenommen werden und Vertrauen in die heilberufliche Rolle beeinträchtigen.
- Normalisierung durch medizinischen Kontext: Wenn Freizeitprodukte in einer Gesundheitsinstitution abgegeben werden, kann dies Risiken unterschätzen lassen („medical halo“).
- Betriebs- und Sicherheitsrisiken: Erhöhte Attraktivität für Diebstahl/Überfälle; zusätzlicher Aufwand für Sicherheitsmaßnahmen und Personal.
- Kapazitäts- und Fortbildungsbedarf: Beratung zu Freizeitcannabis erfordert spezifische Schulung. Zudem besteht das Risiko, dass wirtschaftliche Anreize (Umsatz) in Konflikt mit Präventionszielen geraten.
- Regulatorische Trennschärfe: Ohne klare Trennung (räumlich, organisatorisch, kommunikativ) könnte die Grenze zwischen medizinischer und Freizeitabgabe weiter verwischt werden – gerade vor dem Hintergrund der aktuellen Debatten um Werbung und Fernbehandlung (BMG, 2025c; OLG Frankfurt a. M., 2025; BGH, 2026).

Konsequenz: Wenn Apotheken in ein kommerzielles Modell einbezogen werden, sollten Mindestbedingungen gelten: Separate Abgabestrukturen („counter-separation“), strikte Werbeverbote, verpflichtende Schulungen, THC-bezogene Mengengrenzen, erweitertes Monitoring (z. B. Abgaberegister) sowie klare organisatorische Trennung von Medizinal- und Freizeitsegment.

Die Vorbeugung von Konsumstörungen und Versorgung

Problembeschreibung

Das Konsumcannabisgesetz (KCanG) weist dem Suchthilfesystem, insbesondere den örtlichen Sucht- und Drogenberatungsstellen, eine zentrale Rolle in den Bereichen Aufklärung, Prävention und Frühintervention zu. Ziel dieser Maßnahmen ist es, den Konsumbeginn möglichst zu vermeiden oder hinauszuzögern sowie missbräuchliche Entwicklungen und Abhängigkeitserkrankungen zu reduzieren (DHS, 2023). Die Relevanz früher Intervention ist empirisch gut belegt: Ein früher Einstieg in den Cannabiskonsum steht in Zusammenhang mit erhöhten Risiken für schulische Problemlagen, kognitive Beeinträchtigungen sowie die Entwicklung einer Substanzgebrauchsstörung.

Daten aus dem European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) zeigen, dass Cannabis zu den am häufigsten konsumierten illegalen Substanzen unter Jugendlichen in Europa gehört (EUDA, 2025a). Auch in Deutschland weist die KiGGS-Studie daraufhin, dass ein relevanter Anteil von Jugendlichen bereits im frühen Alter Erfahrungen mit Cannabis macht (RKI, 2026).

Ergänzend betont das European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), dass insbesondere ein früher Konsumbeginn sowie hochfrequenter Gebrauch mit einem erhöhten Risiko für gesundheitliche und psychosoziale Folgeschäden einhergehen (EUDA, 2025b). Diese Befunde unterstreichen die Notwendigkeit frühzeitiger und zielgruppenspezifischer Interventionen.

Vor diesem Hintergrund ist ein niedrigschwelliger und frühzeitiger Zugang zu Hilfsangeboten als zentrale Voraussetzung wirksamer Prävention zu bewerten. Gleichzeitig zeigen sich jedoch strukturelle Spannungsfelder zwischen dem normativen Anspruch des KCanG und den realen Bedingungen der Versorgungspraxis.

Ein wesentliches Problem besteht in der strukturell unsicheren Finanzierung vieler Suchtberatungsstellen und Fachstellen für Suchtprävention. Diese sind nicht Bestandteil einer verbindlichen kommunalen Pflichtversorgung, sondern häufig projektbasiert oder anteilig finanziert. Daraus resultieren eingeschränkte Planungssicherheit, begrenzte personelle Ressourcen sowie erschwerte Bedingungen für die nachhaltige Implementierung und Evaluation neuer Präventions- und Interventionskonzepte. Hinweise aus Praxisberichten deuten darauf hin, dass in einzelnen Regionen Angebote bereits reduziert werden mussten oder nicht bedarfsgerecht ausgebaut werden können, was das Risiko regionaler Versorgungsdisparitäten erhöht.

Bewertung durch die DHS

Unter Gesichtspunkten des Gesundheitsschutzes begrüßt die DHS die Abkehr der strafrechtlichen Verfolgung Konsumierender und einen dadurch potenziellen Abbau von Zugangshürden zu Präventions- Beratungs- und Behandlungsangeboten sowie Teilhabebeschränkungen und Stigmatisierung.

Der beobachtete Rückgang der Inanspruchnahme von Beratung und Frühintervention in Folge des KCanGs erfordert, dass Beratungsstellen neue Konzepte entwickeln, vorhandene Konzepte in den Beratungsalltag implementieren und erfahrene Fachkräfte zur Lösungsfindung hinzuziehen, um eine adäquate Versorgung sicherzustellen. Die Ressourcen für diese Schritte stehen jedoch nicht verlässlich zur Verfügung, sodass viele Ansätze nicht umsetzbar sind. Durch die mangelnde, unverlässliche Finanzierung droht bereits jetzt eine regionale Mangelversorgung. Die Suchtprävention betreffen die genannten Herausforderungen ebenfalls. Das KCanG setzt einen formalen Zugang aller Bürgerinnen und Bürger zu Beratungsangeboten voraus, faktisch ist dieser nicht flächendeckend vorhanden, was die praktische Umsetzung des Gesetzes untergräbt.

Zusätzliche Herausforderungen ergeben sich aus der praktischen Umsetzung der im KCanG formulierten Zuständigkeitsregelungen. Gemäß § 7 KCanG soll die öffentliche Jugendhilfe darauf hinwirken, dass Kinder und Jugendliche geeignete Frühinterventionsangebote in Anspruch nehmen. Dies setzt jedoch voraus, dass entsprechende Auffälligkeiten bekannt werden. Da Cannabiskonsum und -besitz bei Jugendlichen als Ordnungswidrigkeit eingeordnet werden, erfolgt eine Weiterleitung relevanter Informationen nicht systematisch und ist von lokalen Verfahrensweisen abhängig.

Diese potenziell mehrstufigen Zuständigkeitsstrukturen können zu Verzögerungen und Reibungsverlusten im Zugang zu Hilfsangeboten führen. Insbesondere die Weiterleitung über mehrere Institutionen birgt das Risiko, dass zeitkritische Interventionsfenster nicht optimal genutzt werden. Vor dem Hintergrund der durch ESPAD und EMCDDA belegten Risiken eines frühen und intensiven Konsums ist jedoch gerade eine zeitnahe Intervention von zentraler Bedeutung.

Neben Maßnahmen der Frühintervention und Präventionsmaßnahmen, die zielgruppengerichtet vulnerable und gefährdete Personengruppen adressieren, braucht es auch verstärkt Maßnahmen der universellen Prävention, die über Risiken des Konsums aufklären und Vorteile des Nicht-Konsums aufzeigen sowie entsprechende Einstellungen und Absichten stärken. Insbesondere an Kinder und Jugendliche gerichtet Maßnahmen zur Stärkung von

Lebenskompetenzen und der Selbstwirksamkeit können allgemein Suchtmittelkonsum verhindern oder hinauszögern sowie Resilienz stärken. Für konsumierende vulnerable und gefährdete Gruppen sind Maßnahmen, die zur Risikominderung bei Konsum beitragen hilfreich.

Aus der Bewertung abgeleitete Forderungen der DHS

In ihren grundsätzlichen Zielen der Suchtpolitik formulierte die DHS hinsichtlich des Zugangs zu Hilfen zur Konsumbeendigung und Zugang zu Therapie: „Konsumierende, deren Suchtmittelkonsum zu Problemen führt, erhalten möglichst früheffektive Hilfen zur Reduzierung der mit dem Konsum verbundenen Risiken und Schäden.“ Sowie: „Konsumierende, die ihren Konsum beenden möchten, erhalten uneingeschränkten Zugang zu Beratung, Behandlung und Rehabilitation nach den jeweils aktuellen wissenschaftlichen Standards“ (z.B. in DHS, 2023).

In der Gesamtschau der Auswirkungen durch das Cannabisgesetz deutet sich ein strukturelles Spannungsfeld an: Das KCanG setzt implizit einen flächendeckenden, niedrigschwelligen Zugang zu Präventions- und Beratungsangeboten voraus, ohne die hierfür erforderlichen finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen verbindlich zu regeln. Daraus können regionale Unterschiede in der Versorgung sowie Zugangsbarrieren entstehen, die insbesondere vulnerable Zielgruppen betreffen.

Vor diesem Hintergrund erscheint es erforderlich, sowohl die strukturelle Finanzierung der Suchthilfe stärker abzusichern als auch die Schnittstellen zwischen Ordnungsbehörden, Jugendhilfe und Suchthilfe klarer und verbindlicher zu gestalten. Nur unter diesen Bedingungen kann das präventive Potenzial des KCanG tatsächlich wirksam entfaltet werden.

Die DHS fordert die flächendeckende Umsetzung von Prävention und Maßnahmen der Frühintervention. Verhaltensprävention sollte auf allen Ebenen (universell, selektiv und indiziert) zielgruppengerichtet ausgebaut und dauerhaft umgesetzt werden. Die Angebote der Prävention und Beratung müssen daher auf allen politischen Ebenen (Bund, Länder und Kommunen) mit ausreichenden Ressourcen ausgestattet werden, um ein flächendeckendes Angebot nachhaltig bereitzustellen.

Die Abgrenzung des medizinischen vom nichtmedizinischen Gebrauch

Problembeschreibung

Medizinischer Cannabiskonsum ist normativ und regulatorisch als Arzneimitteltherapie zu verstehen: indikationsbezogen, ärztlich verantwortet, mit Nutzen-Risiko-Abwägung, Dosissteuerung und Monitoring. Freizeit(Rausch-)konsum dient hingegen nicht der Therapie, sondern der psychoaktiven Wirkung. Eine klare Trennung ist für den Gesundheitsschutz wesentlich, weil Zugangslogik, Zielgruppen und Risikoakzeptanz grundverschieden sind (BMG, 2025b; Whiting et al., 2015).

Seit April 2024 wurden medizinische Cannabisprodukte in Deutschland regulatorisch entlastet (u. a. Wegfall betäubungsmittelrechtlicher Verschreibungsvorgaben), was den Zugang erleichtert (BMG, 2025b; BfArM, 2024). Parallel zeigen Daten einen sehr starken Anstieg medizinischer Cannabisimporte. Im ersten Halbjahr 2025 etwa stiegen Importe im Vergleich zum Vorjahreszeitraum nach Angaben des BMG um mehr als 400 %, während GKV-Verordnungen nur im einstelligen Prozentbereich zunahmen (BMG, 2025c). Dieser divergierende Befund ist zwar kein direkter Beweis für einen „Fehlgebrauch“, ist aber kompatibel mit der Hypothese eines wachsenden Graumarktes bzw. Ausweichverhaltens der Konsumenten.

Graumarktmechanismen: Telemedizin, Versand und Werbung

Mehrere Mechanismen begünstigen ein Ausweichen in den medizinischen Markt: (1) fehlende legale Freizeit-Abgabestellen, (2) niedrigere Hürden für (privat finanzierte) Verschreibungen, (3) telemedizinische Angebotsmodelle inkl. Versandlogistik und (4) aggressive an Verbraucher gerichtete Werbung. Dass diese Dynamik politisch als Problem erkannt ist, zeigt der Gesetzesentwurf zur Änderung des MedCanG, der u. a. einen verpflichtenden persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt für die Verschreibung von Cannabisblüten vorsieht und ein Versandhandelsverbot für Cannabisblüten diskutiert (BMG, 2025d; Deutscher Bundestag, 2025d).

Auch rechtlich führt die Werbedimension zu Kontroversen: Das OLG Frankfurt a. M. untersagte 2025 Teilen eines Online-Vermittlungsportals die an Verbraucher gerichtete Werbung für medizinisches Cannabis (OLG Frankfurt a. M., 2025). Der Bundesgerichtshof kündigte 2026 eine Prüfung an, ob und in welchem Umfang Portale mit Cannabis-Behandlungsangeboten gegen das Heilmittelwerbegebot verstoßen (BGH, 2026). Unabhängig vom konkreten Ausgang ist die Grundproblematik unter Public-Health Gesichtspunkten relevant: Laienwerbung kann Nachfrage induzieren und die Trennlinie zwischen Therapie und Freizeitkonsum verwischen.

Wirkstoffgehalt (THC) und gesundheitliche Risiken

Ein evidenzbasiertes Risikoverständnis muss die Potenzentwicklung berücksichtigen. Hochpotente Cannabisprodukte sind mit erhöhten Risiken für Abhängigkeit, psychische Störungen (insbesondere psychotische Störungen) und andere Gesundheitsfolgen assoziiert (Di Forti et al., 2019; Petrilli et al., 2022; Robinson et al., 2022; Volkow et al., 2014). Für Deutschland liegen zudem Hinweise vor, dass steigende THC-Gehalte mit einem Anstieg cannabisbezogener Diagnosen assoziiert sein können (Manthey et al., 2024a).

Für den medizinischen Markt ist bedeutsam, dass ein hoher THC-Gehalt bei Cannabisblüten häufig ist. In der bundesweiten Begleiterhebung zu Cannabisarzneimitteln entfielen bei Verordnungen von Cannabisblüten große Anteile auf Produkte mit THC-Gehalten $\geq 20\%$ (BfArM, 2022). Bei indikationsfremdem Gebrauch erhöht dies das Risiko einer unkontrollierten Hochdosis-Exposition, zumal inhalative Applikationsformen rasche Blutspiegel und damit akute Intoxikationsrisiken erzeugen können (Volkow et al., 2014).

Bewertung durch die DHS

Eine klare Trennung von medizinischem und Freizeitkonsum ist sowohl aus ethischer als auch aus regulatorischer Perspektive geboten. Der medizinische Markt darf nicht als Surrogat für fehlende Freizeitregulierung dienen. Daraus ergeben sich abgestufte, verhältnismäßige Forderungen:

Trennschärfe im Zugang: Erstverschreibung von Cannabisblüten nur nach persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt; strukturierte Anamnese (inkl. Sucht- und Psychoserisiko), Indikationsbegründung und Therapieziele dokumentieren (BMG, 2025d; Deutscher Bundestag, 2025d).

Werberegulierung und Plattformaufsicht: konsequente Durchsetzung des Heilmittelwerberechts; Transparenzpflichten für Vermittlungsportale; Verbot von Anreizsystemen zur Rezeptinduktion (OLG Frankfurt a. M., 2025; BGH, 2026).

Bessere Kontrolle von Menge, Dosierung und Wirkstoffgehalt: Einführung von THC-bezogenen Orientierungs- oder Höchstwerten (z. B. initiale THC-Exposition, Maximaldosis pro Tag/Zeitraum), abgestuft nach Indikation und Patientenerfahrung; verpflichtende Titrations- und Monitoringpläne.

Pharmakovigilanz und Monitoring: systematische Erfassung von Nebenwirkungen, Abhängigkeitssymptomen und Missbrauchsindikatoren; Verknüpfung mit Routinedaten (GKV/PKV, Notaufnahmen) sowie Sentinel-Systeme in Apotheken.

Wenn ein kommerzielles Freizeitmodell eingeführt wird: Apotheken können als Lizenznehmer ergänzend geprüft werden, jedoch nur unter strikter organisatorischer Trennung von Medizinal- und Freizeitabgabe, mit erweiterten Präventions- und Dokumentationspflichten.

Aus der Bewertung abgeleitete Forderungen der DHS

- Trennschärfe im Zugang erhöhen (z. B. persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt für Erstverschreibung von Cannabisblüten; strukturierte Risikoanamnese; Dokumentation von Indikation und Therapiezielen) (BMG, 2025d; Deutscher Bundestag, 2025d).
- Werberegulierung und Plattformaufsicht konsequent durchsetzen (Heilmittelwerberecht; Transparenzpflichten; Verbot von Rezeptinduktion und Anreizsystemen) (OLG Frankfurt a. M., 2025; BGH, 2026).
- Mengen, Dosierung und Wirkstoffgehalt stärker steuern (THC-bezogene Orientierung/Höchstmengen, Titration, Monitoring); Ausbau der Pharmakovigilanz und Missbrauchsindikatoren (Volkow et al., 2014; Petrilli et al., 2022).
- Legale Freizeit-Zugänge bedarfsrelevant machen, um Ausweichdruck auf den medizinischen Markt zu reduzieren (Manthey et al., 2025b).
- Bei Einführung eines kommerziellen Freizeitmodells Apotheken als Lizenznehmer nur unter strikter organisatorischer Trennung sowie erweiterten Präventions- und Dokumentationspflichten prüfen (siehe Abschnitt zu Apotheken).

Aktueller Forschungsbedarf

Das KCanG sieht eine engmaschige Evaluation vor (erste Evaluation zum 01.10.2025; Zwischenbericht zum 01.04.2026; abschließende Evaluation bis spätestens 01.04.2028) und verpflichtet Länder/Behörden zur Übermittlung von Daten der Anbauvereinigungen an das Begleitprojekt (BMG, 2024a; BMG, 2025a). Unabhängig von laufenden Arbeiten bestehen aus wissenschaftlicher Sicht folgende prioritäre Forschungsbedarfe:

Implementationsforschung Anbauvereinigungen: Determinanten von Genehmigungsdauer, Ablehnungsgründen, behördlicher Kapazität, Kostenstruktur, Qualitäts- und Präventionsumsetzung; Vergleich föderaler Vollzugsmodelle (Utzon et al., 2025; Deutscher Bundestag, 2025a).

Markt- und Schwarzmarktdynamik: Quantifizierung legaler vs. illegaler Marktanteile (Volumen und Umsatz), Rolle von Social Supply, Preis- und Potenzentwicklung; Identifikation der Nutzergruppen, die Umsätze im illegalen Markt dominieren (Manthey et al., 2025b; Hammond et al., 2025).

Produktsicherheit: Prävalenz von Kontaminanten/Verunreinigungen in illegalen vs. legalen Produkten, Wirksamkeit von Test- und Rückverfolgbarkeitssystemen; Auswirkungen auf akute Intoxikationen/Notaufnahmen.

Jugend- und Präventionswirkung: Auswirkungen von Konsumverboten, Präventionsangeboten, Settings-Ansätzen in Vereinen und (ggf.) Abgabestellen auf Konsumbeginn, Häufigkeit und Risikokonsum; Mechanismen der Normalisierung.

Psychische Gesundheit und Potenz: Zusammenhang zwischen THC-Gehalten/Produktformaten und cannabisbezogenen Diagnosen, Psychosen und Abhängigkeit; Dosis-Wirkungs-Analysen unter Nutzung von Routinedaten und Kohorten (Di Forti et al., 2019; Manthey et al., 2024a; Petrilli et al., 2022).

Konkrete Erfassung des vermuteten Fehlgebrauches und Fehlverschreibung von Medizinalcannabis: Anteil der Verordnungen mit plausibler Indikation, Anteil rekreativer Motivation; Methodenmix aus Verschreibungsdaten, Befragungen, Apotheken-Sentinels, Qualitätsaudits; Evaluation von Telemedizin- und Versandmodellen (BMG, 2025c; Deutscher Bundestag, 2026).

Evidenz und Regulierung von Cannabisblüten: Klinische Wirksamkeit und Sicherheit inhalativer Blüten im Vergleich zu standardisierten Präparaten; Standardisierung von Dosierung/Applikation; RCTs und pragmatische Studien für häufige Indikationen (Whiting et al., 2015; Schmidt-Wolf et al., 2021).

Abgabestellen im Rahmen wissenschaftlicher Modellprojekte: Vergleich unterschiedlicher Regulierungsintensitäten (Outlet-Dichte, Öffnungszeiten, Werbeverbote, THC-Steuern) und deren Effekte; bevorzugt als cluster-randomisierte oder stepped-wedge Designs mit Mindeststandards für Monitoring (Cantor et al., 2024; Deutscher Bundestag, 2025c).

Literaturverzeichnis

- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2024): Bundesopiumstelle/Medizinisches Cannabis: Informationen zum Inkrafttreten von CanG/MedCanG (Chronik). Bonn. https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Medizinisches-Cannabis/_node.html, Zugriff: 24.4.2026.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2022): Abschlussbericht der Begleiterhebung nach § 31 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Verschreibung und Anwendung von Cannabisarzneimitteln. Bonn. https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/Cannabis/Abschlussbericht_Begleiterhebung.pdf, Zugriff: 24.04.2026.
- Bundesgerichtshof (BGH) (2026): Verhandlungstermin am 12. Februar 2026 in Sachen I ZR 74/25 (Werbung für ärztliche Behandlung mit medizinischem Cannabis). Pressemitteilung 006/2026 vom 12.01.2026. <https://www.bundesgerichtshof.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2026/2026006.html>, Zugriff: 24.04.2026.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2025a). Evaluation des Konsumcannabisgesetzes (EKOCAN). Berlin. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/resortforschung/handlungsfelder/forschungsschwerpunkte/wissenschaftliche-evaluation-konsumcannabisgesetz/ekocan>, Zugriff: 24.04.2026.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2025b): Fragen und Antworten zum Cannabisgesetz (FAQ). Berlin. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/cannabis/faq-cannabisgesetz>, Zugriff: 24.04.2026.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2025c): Fragen und Antworten zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes (FAQ). Berlin. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-21-lp/aend-medcang/faq-medcang>, Zugriff: 24.04.2026.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2025d): Gesetz zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes (Chronik und Dokumente). Berlin. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/aenderung-medizinal-cannabisgesetzes.html>, Zugriff: 24.04.2026.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2024a): Begleitende wissenschaftliche Evaluation des Konsumcannabisgesetzes (KCanG): Förderrichtlinie. Berlin. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/B/Bekanntmachungen/Bekanntmachung_KCanG.pdf, Zugriff: 24.04.2026.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2024b): Schulung zur Cannabisprävention für Präventionsbeauftragte nach dem Konsumcannabisgesetz – Mustercurriculum. Berlin. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/kcang>, Zugriff: 24.04.2026.
- Cantor, N. et al. (2024): The association between physical availability of cannabis retail outlets and frequent cannabis use and related health harms. A systematic review. The Lancet Regional Health – Americas, 32, 100708. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100708>.

- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2025): Suchtpolitische Forderungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen an eine Regierungskoalition der Bundesrepublik Deutschland 2025-2029. Positionspapier. Hamm. [https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/2025-01-27 DHS Positionen zur Bundestagswahl.pdf](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/2025-01-27_DHS_Positionen_zur_Bundestagswahl.pdf), Zugriff: 24.04.2026.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2023): Stellungnahme zum Regierungsentwurf des Cannabisgesetz CanG. Hamm. [https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/2023-11-02 CanG Stellungnahme DHS .pdf](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/2023-11-02_CanG_Stellungnahme_DHS.pdf), Zugriff: 24.04.2026.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2018): Cannabispolitik. Maßnahmen zur Befähigung, zum Schutz und Hilfen für junge Menschen. [https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/2018 PositionspapierCannabis.pdf](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/2018_PositionspapierCannabis.pdf), Zugriff: 24.04.2026.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2015): Cannabispolitik in Deutschland. Maßnahmen überprüfen, Ziele erreichen. Hamm. [https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Cannabispolitik in Deutschland.pdf](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Cannabispolitik_in_Deutschland.pdf), Zugriff: 24.04.2026.
- Deutscher Bundestag (2026): Experten für Nachbesserungen am Medizinalcannabis-Gesetzentwurf. Anhörung vom 14.01.2026. (Textarchiv). <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2026/kw03-pa-gesundheit-1135486>, Zugriff: 24.04.2026.
- Deutscher Bundestag (2025a): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage: Ein Jahr Anbauvereinigungen und Cannabisgesetz (BT-Drs. 21/1093). <https://dserver.bundestag.de/btd/21/010/2101093.pdf>, Zugriff: 24.04.2026.
- Deutscher Bundestag (2025b): Anträge für Anbauvereinigungen nach dem Cannabisgesetz (hib-Kurzmeldung vom 24.01.2026). <https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-1040826>, Zugriff: 24.04.2026.
- Deutscher Bundestag (2025c): Anträge für Forschungsprojekte zur Abgabe von Cannabis (hib-Kurzmeldung vom 16.09.2025). <https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-1109938>, Zugriff: 24.04.2026.
- Deutscher Bundestag (2025d): Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Ersten Gesetzes zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes (BT-Drs. 21/3061). <https://dserver.bundestag.de/btd/21/030/2103061.pdf>, Zugriff: 24.04.2026.
- Di Forti, M. et al. (2019): The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI). A multicentre case-control study. The Lancet Psychiatry, 6(5), 427–436. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30048-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30048-3).
- European Union Drugs Agency (EUDA) (2025a): ESPAD Report 2024. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://www.espad.org/espad-report-2024>, Zugriff: 24.04.2026.
- European Union Drugs Agency (EUDA) (2025b): European Drug Report 2024. Trends and Developments. Lisbon. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en, Zugriff: 24.04.2026.
- Freeman, T. P. et al. (2021): Changes in delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) and cannabidiol (CBD) concentrations in cannabis over time. Systematic review and meta-analysis. Addiction, 116(5), 1000–1010. <https://doi.org/10.1111/add.15253>.

- Hammond, D. et al. (2025): Transitions to legal cannabis markets. Legal market capture of cannabis expenditures in Canada following federal cannabis legalization. *International Journal of Drug Policy*, 142, 104828. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2025.104828>.
- Hoch, Eva; Friemel, Chris Maria; Schneider Miriam (Hrsg.) (2019): Cannabis:.. Potenzial und Risiko. Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme. Berlin; Heidelberg: Springer. S. 21 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Hoch_et_al_Cannabis_Potential_u_Risiko_SS.pdf, Zugriff: 24.04.2026.
- Manthey, J. et al. (2026): Evaluation des Konsumcannabisgesetzes (EKOCAN). 2. Zwischenbericht. Hamburg. <https://www.fdr.uni-hamburg.de/record/18530>, Zugriff: 24.04.2026.
- Manthey, J. et al. (2025a): Evaluation des Konsumcannabisgesetzes (EKOCAN). 1. Zwischenbericht. Hamburg. <https://www.fdr.uni-hamburg.de/record/17993>, Zugriff: 24.04.2026.
- Manthey, J. et al. (2025b): Legal and illegal sources of cannabis in Germany shortly after legalisation. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-025-01574-3>.
- Manthey, J.; Rehm, J.; Verthein, U. (2024a): Germany's cannabis act. A catalyst for European drug policy reform? *The Lancet Regional Health – Europe*, 42, 100929. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100929>.
- Manthey, J. et al. (2024b): Can the THC concentration predict the number of patients with cannabis-related diagnoses in Germany? *Drug and Alcohol Review*, 43(7). <https://doi.org/10.1111/dar.13923>.
- OLG Frankfurt am Main (2025): Urteil 6 U 74/24: Produktbezogene Internetwerbung für medizinisches Cannabis verstößt gegen das Laienwerbverbot (§ 10 Abs. 1 HWG). 06.03.2025. <https://www.rv.hessenrecht.hessen.de/bshe/document/LARE250000349>, Zugriff: 24.04.2026.
- Pacula, R. L. et al. (2014): Developing public health regulations for marijuana. Lessons from alcohol and tobacco. *American Journal of Public Health*, 104(6), 1021–1028. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301766>.
- Petrilli, K. et al. (2022): Association of cannabis potency with mental ill health and addiction. A systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 9(9), 736–751. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00161-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00161-4).
- Robert Koch-Institut (RKI) (2026): KiGGS – Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Studien-und-Surveillance/Studien/KiGGS/kiggs_start_inhalt.html, Zugriff: 24.04.2026.
- Robinson, T. et al. (2022): Identifying risk-thresholds for the association between frequency of cannabis use and development of cannabis use disorder. A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 238, 109582. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109582>.
- Schmidt-Wolf, G.; Cremer-Schaeffer, Peter (2021): 3 Jahre Cannabis als Medizin – Zwischenergebnisse der Cannabisbegleiterhebung. *Bundesgesundheitsblatt –*

Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 64, 368–377.

<https://doi.org/10.1007/s00103-021-03285-1>.

Utzon, M. L.; Lehmann Kvamme, S.; Thylstrup, B. (2025): Growing pains. A study of administrative burden and regulatory compliance in German Cannabis Cultivation Associations under the Cannabis Act. *International Journal of Drug Policy*, 145, 105027.

<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2025.105027>.

Volkow, N. D. et al. (2014): Adverse health effects of marijuana use. *New England Journal of Medicine*, 370(23), 2219–2227. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1402309>.

Whiting, P. F. et al. (2015): Cannabinoids for medical use. A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 313(24), 2456–2473. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.6358>.

Yimer, T. M. et al. (2025): The adverse public health effects of non-medical cannabis legalisation in Canada and the USA. *The Lancet Public Health*, 10(2), e148–e159.

[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00299-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00299-8).