

Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung
Lokstedter Weg 24
20251 Hamburg

Cannabiskonsum – Risiken und Mythen (CaRM)

Christian Schütze, Dr. Bernd Schulte, Dr. Sven Buth, Dr. Peter Degkwitz,
Moritz Rosenkranz, Harald Lahusen

— Abschlussbericht —

Inhalt

1	Zusammenfassung	6
2	Fragestellungen & Vorgehen	10
2.1	Cannabis-Mythen & Projektziele	10
2.2	Forschungshaltung & -vorgehen.....	11
2.3	Bindung der Erkenntnissuche an die gesellschaftlichen Verhältnisse.....	11
3	Methodik	13
3.1	Empirische Bestandsaufnahme: Die Auffassungen zu Cannabiswirkungen	13
3.1.1	Befragung der Bevölkerung via Online-Access-Panel zu eigenen Auffassungen.....	14
3.1.2	Befragung von Präventionsfachkräften zu Auffassungen ihrer Präventionsadressat:innen.....	17
3.1.3	Analyse der in (Online-) Medien auffindbaren Auffassungen zu Cannabiswirkungen	18
3.1.4	Integration der Ergebnisse.....	18
3.1.5	Formulierung von Thesen zur Prüfung in der Literaturanalyse zu Cannabiswirkungen.....	19
3.2	Durchführung der Literaturanalyse zu Cannabiswirkungen	19
3.2.1	Limitationen der Literatur zur Cannabisforschung.....	19
3.2.2	Literaturrecherche	20
3.3	Wissenschaftliche Klassifizierung der Auffassungen zu Cannabiswirkungen	21
3.4	Literaturanalyse: Zielgruppen von Cannabisprävention und ihre Erreichung.....	22
3.4.1	Recherche und Quellen.....	22
3.4.2	Zusammenstellung der Evidenz	22
3.5	Quantitative Befragung Voll- und Minderjähriger sowie von Cannabis-Konsument:innen zur Verbreitung der relevanten Auffassungen von Cannabiswirkungen	23
3.5.1	Befragungen, Stichproben & Datenmanagement	23
3.5.2	Analysestruktur & -indikatoren	26
3.6	Diskussion der Zwischenergebnisse mit Expert:innen.....	30
4	Ergebnisse	32
4.1	Prüfthesen zu Cannabis & wissenschaftliche Klassifikation	32
4.2	Zielgruppen, Medien und Inhalte wirksamer Cannabisprävention	34
4.2.1	Hintergrund.....	34
4.2.2	Zielgruppen cannabisbezogener Informations- und Präventionsbotschaften	34
4.2.3	Wege und Methoden zur Erreichung bzw. Ansprache der Zielgruppen	36
4.2.4	Art, Ausgestaltung und Inhalte der Präsentation von cannabisbezogenen Informations- und Präventionsbotschaften.....	42
4.3	Mythen: Kenntnis, Bedeutung, richtige Beurteilung und Präventionsbedeutung in Zielgruppen	47
4.3.1	Kenntnis der Mythen	47
4.3.2	Bedeutung der Mythen für den eigenen Umgang mit Cannabis.....	49
4.3.3	Richtigkeit der Beurteilung der Mythen	51
4.3.4	Individuelle Präventionsbedeutung der Mythen.....	55
4.3.5	Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung der Mythen unter allen Voll- und Minderjährigen.....	57
4.4	Kenntnis der rechtlichen Regeln zum Cannabiskonsum nach dem Konsumcannabisgesetz	60
4.5	Wege zur Aufklärung: Nutzung und Potentiale	61
4.5.1	Direkte Informationssuche	61
4.5.2	Indirekte Informationswahrnehmung	63
4.5.3	Vertrauen in die Informationskanäle.....	64
4.5.4	Präventionspotential der Informationskanäle.....	65
4.6	Anmerkungen zu den Projektergebnissen aus Sicht von Expert:innen	67
4.6.1	Zielgruppen	67
4.6.2	Auswahl und Priorisierung von Auffassungen für die Cannabisprävention	68
4.6.3	Erreichungswege in der Cannabisprävention	69
4.6.4	Generelle Anmerkungen aus der Expert:innendiskussion zur Cannabisprävention	70

5	Anhang I: Bestandsaufnahme Mythen	72
5.1	Analyse von (Online-) Medien & (Fach-) Publikationen: Eingeschlossene Literatur	72
5.2	Relevante Themenbereiche: Ergebnis der drei empirischen Module	73
6	Anhang II: Tabellen: Mythen in den Zielgruppen & Soziodemografie	74
7	Anhang III: Fact-Sheets Cannabismythen.....	96
7.1	Prüfthese 1: „Cannabis ist ein Allheilmittel.“	98
7.2	Prüfthese 2: „Cannabiskonsum ist harmlos.“	101
7.3	Prüfthese 3: „Cannabiskonsum durch Heranwachsende führt in stärkerem Maße als bei Erwachsenen zu gesundheitlichen Schäden.“	103
7.4	Prüfthese 4: „Cannabis ist weniger schädlich als Alkohol.“	107
7.5	Prüfthese 5: „Cannabis ist schwierig zu dosieren.“	109
7.6	Prüfthese 6: „Mischkonsum von Cannabis mit anderen Substanzen ist besonders risikoreich.“	111
7.7	Prüfthese 7: „Zusätze im Cannabis führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken.“	114
7.8	Prüfthese 8: „Cannabiskonsum schädigt den Fötus.“	116
7.9	Prüfthese 9: „Eine Überdosierung von Cannabis führt nicht zum Tod.“	118
7.10	Prüfthese 10: „Cannabis wirkt gegen Schmerzen.“	120
7.11	Prüfthese 11: „Cannabis bewirkt Übelkeit und Erbrechen.“	122
7.12	Prüfthese 12: „Cannabis hemmt Entzündungen.“	124
7.13	Prüfthese 13: „Cannabiskonsum löst Spasmen.“	126
7.14	Prüfthese 14: „Cannabiskonsum verursacht Herz-Kreislauf-Erkrankungen.“	127
7.15	Prüfthese 15: „Inhalativer Cannabiskonsum bewirkt Atemwegserkrankungen.“	129
7.16	Prüfthese 16: „Cannabis verursacht Krebserkrankungen.“	131
7.17	Prüfthese 17: „Cannabiskonsum hilft beim Abnehmen.“	133
7.18	Prüfthese 18: „Cannabiskonsum hilft bei Schlafproblemen.“	134
7.19	Prüfthese 19: „Cannabiskonsum verändert die Wahrnehmungen.“	136
7.20	Prüfthese 20: „Cannabiskonsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten.“	137
7.21	Prüfthese 21: „Cannabiskonsum gefährdet die Verkehrssicherheit.“	139
7.22	Prüfthese 22: „Cannabis ist eine Einstiegsdroge.“	141
7.23	Prüfthese 23: „Cannabis verursacht keine Abhängigkeit.“	143
7.24	Prüfthese 24: „Cannabiskonsum verursacht Psychosen.“	145
7.25	Prüfthese 25: „Cannabiskonsum wirkt gegen Angst.“	147
7.26	Prüfthese 26: „Cannabiskonsum wirkt gegen Depressionen.“	149
7.27	Prüfthese 27: „Cannabiskonsum wirkt gegen ADHS.“	151
7.28	Prüfthese 28: „Cannabiskonsum verursacht einen generellen Motivationsverlust.“	153
7.29	Prüfthese 29: „Cannabiskonsum verbessert die Gemütslage.“	155
7.30	Prüfthese 30: „Cannabiskonsum führt zu Suizidgedanken.“	157
7.31	Prüfthese 31: „Cannabiskonsum entspannt ...“ (a) „und macht nicht aggressiv.“ (b).....	159
7.32	Prüfthese 32: „Cannabiskonsum macht kreativ.“	161
7.33	Prüfthese 33: „Cannabiskonsum schädigt soziale Beziehungen.“	162
7.34	Prüfthese 34: „Cannabiskonsum:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln.“	164
7.35	Prüfthese 35: „Cannabiskonsum führt zu niedrigen Leistungen...“ (a) „... und geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau.“ (b)	166
7.36	Prüfthese 36: „Cannabiskonsum ist cool.“	169
7.37	Prüfthese 37: „Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis.“	171
7.38	Prüfthese 38: „Cannabiskonsum ist nun für alle überall erlaubt.“	173
7.39	Prüfthese 39: „Die Teillegalisierung wird zu einem Anstieg des Cannabiskonsums führen...“ (a) „... insbesondere unter Minderjährigen.“ (b).....	175

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.1	Überblick: Arbeitsprozess empirische Bestandsaufnahme.....	14
Tabelle 3.2	Erfassung Mythen, Zusammensetzung Bevölkerungspanel	15
Tabelle 3.3	Verbreitung Mythen, Zusammensetzung Bevölkerungs- und Minderjährigenpanel sowie Befragung Anbauvereinigungen.....	25
Tabelle 3.4	Indikatoren der quantitativen Analyse	29
Tabelle 4.1	Prüfthesen zu Cannabiswirkungen und ihre wissenschaftliche Klassifizierung	32
Tabelle 4.2	Übersicht über zu erreichende Zielgruppen	34
Tabelle 4.3	Übersicht über Wege und Methoden der mediengestützten Zielgruppenerreichung.....	37
Tabelle 4.4	Übersicht über Wege und Methoden der personengestützten Zielgruppenerreichung.....	40
Tabelle 4.5	Übersicht über Inhalte und Darstellung der präventiven Botschaften.....	42
Tabelle 4.6	Kenntnis der Mythen, nach Zielgruppe.....	49
Tabelle 4.7	Bedeutung der Mythen für den eigenen Umgang mit Cannabis, nach Zielgruppe	51
Tabelle 4.8	Richtigkeit der Beurteilung der Mythen, nach Zielgruppe.....	54
Tabelle 4.9	Präventionsbedeutung der Mythen, nach Zielgruppe	57
Tabelle 4.10	Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung der Mythen, Voll- und Minderjährige.....	59
Tabelle 4.11	Kenntnis aktueller Konsumregeln zu berauschendem Cannabis, nach Zielgruppe	61
Tabelle 4.12	Aktive Wege der Beschaffung von Gesundheitsinformationen, u. a. zu Cannabis, nach Zielgruppe	63
Tabelle 4.13	Ungeplante Wahrnehmung von Gesundheitsinformationen, u. a. zu Cannabis, nach Zielgruppe	64
Tabelle 4.14	Vertrauen in verschiedene Wege zur Beschaffung von Gesundheitsinformationen, u. a. zu Cannabis, nach Zielgruppe	65
Tabelle 4.15	Präventionspotential verschiedener Wege zur Erreichung mit Gesundheitsinformationen, u. a. zu Cannabis, nach Zielgruppe.....	66
Tabelle 6.1	Zielgruppe 18-70-Jährige: Kenntnis der Mythen, soziodemografisch	75
Tabelle 6.2	Zielgruppe 18-70-Jährige: individuelle Bedeutung der Mythen für eigenen Cannabisumgang, soziodemografisch	76
Tabelle 6.3	Zielgruppe 18-70-Jährige: Richtigkeit der Beurteilung der Mythen, soziodemografisch	77
Tabelle 6.4	Zielgruppe 18-70-Jährige: Präventionsbedeutung der Mythen, soziodemografisch.....	78
Tabelle 6.5	Zielgruppe 16-17-Jährige: Kenntnis der Mythen, soziodemografisch	79
Tabelle 6.6	Zielgruppe 16-17-Jährige: individuelle Bedeutung der Mythen für eigenen Cannabisumgang, soziodemografisch	80
Tabelle 6.7	Zielgruppe 16-17-Jährige: Richtigkeit der Beurteilung der Mythen, soziodemografisch	81
Tabelle 6.8	Zielgruppe 16-17-Jährige: Präventionsbedeutung der Mythen, soziodemografisch.....	82
Tabelle 6.9	Zielgruppe Konsum: Kenntnis der Mythen, soziodemografisch	83
Tabelle 6.10	Zielgruppe Konsum (30 Tage): individuelle Bedeutung der Mythen für eigenen Cannabisumgang, soziodemografisch.....	84
Tabelle 6.11	Zielgruppe Konsum: Richtigkeit der Beurteilung der Mythen, soziodemografisch	85
Tabelle 6.12	Zielgruppe Konsum: Präventionsbedeutung der Mythen, soziodemografisch	86
Tabelle 6.13	Zielgruppe 18-26-Jährige: Kenntnis der Mythen, soziodemografisch	87
Tabelle 6.14	Zielgruppe 18-26-Jährige: individuelle Bedeutung der Mythen für eigenen Cannabisumgang, soziodemografisch	88
Tabelle 6.15	Zielgruppe 18-26-Jährige: Richtigkeit der Beurteilung der Mythen, soziodemografisch	89
Tabelle 6.16	Zielgruppe 18-26-Jährige: Präventionsbedeutung der Mythen, soziodemografisch.....	90
Tabelle 6.17	Zielgruppe Eltern: Kenntnis der Mythen, soziodemografisch.....	91
Tabelle 6.18	Zielgruppe Eltern: individuelle Bedeutung der Mythen für eigenen Cannabisumgang, soziodemografisch	92
Tabelle 6.19	Zielgruppe Eltern: Richtigkeit der Beurteilung der Mythen, soziodemografisch.....	93
Tabelle 6.20	Zielgruppe Eltern: Präventionsbedeutung der Mythen, soziodemografisch	94
Tabelle 7.1	Prüfthesen und Fact-Sheets	96

Abkürzungen

CBD:	Cannabidiol
DSM:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen
ICD:	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Internationale Klassifikation der Krankheiten
THC:	Tetrahydrocannabinol

1 Zusammenfassung

Forschungsfragen

Das Forschungsprojekt will auf Basis empirischer Evidenz dazu beitragen, die Voraussetzungen zur Förderung von Kenntnissen zum risikoarmen Konsum von Cannabis und entsprechende Präventionskampagnen zu verbessern. Im Mittelpunkt standen die Analyse von Einstellungen und Wissensständen zu Risiken und Effekten des Cannabiskonsums in der Allgemeinbevölkerung und bei relevanten Zielgruppen, die Erfassung der Verbreitung korrekter und irrtümlicher Auffassungen sowie die Identifikation prioritärer Zielgruppen, Präventionswege und Inhalte für eine evidenzbasierte Prävention hinsichtlich falscher Auffassungen zu Cannabiswirkungen.

Methodik

Das methodische Vorgehen zur Beantwortung der Fragestellungen umfasste fünf quantitative (Panel-) Befragungen, eine Medienanalyse, zwei Literaturanalysen und eine abschließende Expert:innendiskussion.

Die grundlegende empirische Bestandsaufnahme von Auffassungen zu Cannabiswirkungen in der Bevölkerung erfolgte auf Basis einer quotierten Online-Befragung von 1.041 Personen, einer Online-Befragung von Präventionsfachkräften (n=60) zu den Ansichten ihrer Zielgruppen sowie einer Textanalyse einschlägiger (Online-)Medien. Die Ergebnisse wurden zu zentralen Themenbereichen zusammengefasst und bildeten die Grundlage für Prüfhypothesen, deren wissenschaftliche Evidenz durch eine Literatanalyse geprüft und auf einer vierstufigen Skala („richtig“, „eher richtig“, „eher falsch“, „falsch“) bewertet wurde.

Parallel erfolgte eine Literatanalyse zur Identifikation relevanter Zielgruppen, Medien und Inhalte der Cannabisprävention.

Im Mittelpunkt der zweiten quantitativen Befragung standen die Kenntnis der 42 identifizierten Auffassungen, das Wissen über deren Wahrheitsgehalt sowie die Bedeutung dieser Auffassungen für die persönliche Einstellung zu Cannabis. Befragt wurden 2.097 volljährige Personen (18–70 Jahre), 555 Minderjährige (16–17 Jahre) und 143 Mitglieder von Cannabis-Anbauvereinigungen. Mithilfe soziodemografischer Merkmale wurden Zielgruppen differenziert, so dass die Verbreitung der Cannabismythen in Deutschland differenziert für die Gruppen Volljährige, Minderjährige, Konsument:innen, junge Erwachsene und Eltern minderjähriger Kinder untersucht werden konnte. Derart zielgruppenspezifisch wurden die Mythen mit Hilfe von fünf Indikatoren analysiert: der Kenntnis, der individuellen Bedeutung, der Richtigkeit der eigenen Beurteilung (im Vergleich zur wissenschaftlichen Klassifizierung), der individuellen Präventionsbedeutung (als Produkt individueller Bedeutung und dem Ausmaß richtiger Beurteilung) sowie der bevölkerungsbezogenen Risikobedeutung (als Produkt von Präventionsbedeutung und Anteil der Kenntnis). Darüber hinaus wurden die Zugangswege zu Gesundheitsinformationen und die Kenntnis der geltenden Cannabiskonsumregeln analysiert.

Eine abschließende Expert:innendiskussion diente dazu, die vielfältigen Perspektiven von Expert:innen aus unterschiedlichen Bereichen der Cannabisprävention einzubeziehen. In offenen Diskussionsrunden wurden die Projektergebnisse hinsichtlich Zielgruppendifferenzierung, Auswahl und Priorisierung der identifizierten Auffassungen eingeordnet.

Ergebnisse

- Die extrahierten **Mythen** (Übersicht: Tab. 4.1) gliedern sich in substanzbezogene (n=3) und rechtliche (n=2), soziale (n=5) und übergreifende (n=4), sowie körperliche (n=10), psychische (n=11) oder auch kombiniert körperlich-psychische (n=4). 16 Mythen wurden als „richtig“ klassifiziert, acht als „falsch“, die ande-

ren waren entweder „eher richtig“ oder „eher falsch“. Zwei Mythen konnten fachlich nicht eingeordnet werden.

- Zu allen extrahierten Mythen werden hoch verdichtete **Fact-Sheets** vorgelegt (Anhang III), die den aktuellen internationalen wissenschaftlichen Kenntnisstand bezüglich der Mythen zusammenfassen und das Ergebnis ihrer jeweiligen Klassifikation wiedergeben.
- Evidenz zur Bestimmung als **Zielgruppe** von Cannabisprävention besteht für Schüler:innen bzw. Jugendliche, junge Erwachsene, Eltern mit minderjährigen Kindern sowie Fach- und Lehrkräfte.
- Für einige Online-**Kommunikationswege** (Social Media, Videoplattformen) existieren Hinweise zur wirksamen Erreichung ausgewählter Zielgruppen. Das Gleiche gilt bei personengestützter Erreichung für einige peer-orientierte Vermittlungswege in der Cannabisprävention (Peer-Education, Interaktionen Peers / Zielgruppe).
- Einige **Mittel der Ansprache** zeigen sich wirksam, die gesetzten Vermittlungsziele zu erreichen: Faktenboxen, personalisiertes Feedback und einzelne Präsentationsformen statistischer Kennwerte.
- Mehrheitlich **gekannt** werden in allen Zielgruppen die Mythen „Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit“, „Konsum verändert die Wahrnehmungen“, „Cannabis ist eine Einstiegsdroge“ und „Konsum entspannt“. Von einem sehr großen Teil einiger Zielgruppen werden einzelne Cannabismythen gekannt (z. B.: „Cannabis lindert Schmerzen“). Konsument:innen kennen z. T. andere Mythen in herausragendem Maße als die übrigen Zielgruppen. Minderjährige kennen keinen Mythos in sehr hohem Maße.
- Eine hohe **Bedeutung** für den eigenen Umgang mit der Substanz besitzt für alle Zielgruppen allein ein Mythos: „Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken“. Ansonsten sind die Einflüsse auf den Umgang vielfältig. Während sich für Voll- und Minderjährige, junge Erwachsene und Eltern insbesondere Mythen als bedeutsam herauskristallisieren, die mit dem Konsum verbundene Gefahren thematisieren, sind für Konsument:innen Mythen ausschlaggebend, die vermeintliche positive Effekte oder relativierende Aussagen betonen.
- Weitgehend **richtig beurteilt** wird in fast allen Zielgruppen insgesamt etwa ein Viertel aller Mythen, sie thematisieren bestimmte Gefährdungen (z. B. Verkehr, Fötus, kognitive Fähigkeiten, Suizidalität) und auch angenommene positive Effekte (z. B. Entspannung, Linderung von Spastiken). Durchgehend in fast allen Zielgruppen besteht eine deutlich **falsche Beurteilung** einiger Mythen, die vermeintliche soziale Zusammenhänge und bestimmte heilende Wirkungen formulieren (z. B. niedriges soziales Niveau, genereller Motivationsverlust, breiter Bevölkerungskonsum, Cannabis als Allheilmittel, Hilfe gegen Depressionen oder auch Schmerzen).
- Zwei Mythen besitzen eine gehobene **individuelle Präventionsbedeutung** in einzelnen Zielgruppen: „Konsum hilft gegen Depressionen“ sowie „Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust“. Weitere Themen haben eine mittelhohe Präventionsbedeutung: Konsum und soziales Niveau, Bevölkerungskonsum, Hilfe bei Schlafproblemen, Schmerzlinderung und Abhängigkeit. Die Zielgruppe der Konsument:innen unterscheidet sich von den anderen bzgl. der bedeutsamen Themen.
- Kein Mythos besitzt bezüglich der Gesamtgruppen aller Volljährigen wie auch aller Minderjährigen eine hohe oder auch nur mittlere **bevölkerungsbezogene Risikobedeutung**. In diesem Sinne ranghöchste Mythen sind „Cannabis lindert Schmerzen“ und „Cannabis ist eine Einstiegsdroge“ (Volljährige) und „Das neue Gesetz wird einen Anstieg des Cannabiskonsums bei Minderjährigen bewirken“ (Minderjährige).

- Die richtige **Kenntnis** der wesentlichen **rechtlichen Regeln** zum individuellen Konsum und Besitz von beauschendem Cannabis ist lückenhaft. In Bezug auf zentrale Cannabispräventionsaspekte (Jugendschutz, Distribution) bestehen in fast allen Zielgruppen Wissensdefizite. Unter Konsument:innen bestehen diese in geringerem Maße.
- Um sich über gesundheitsbezogene Themen, u. a. auch zu Cannabis, zu **informieren**, ist das Internet mit seinen unterschiedlichen Zugangspunkten für alle cannabispräventiven Zielgruppen ein relevanter Ort. Darüber hinaus wählen Volljährige und Eltern den Weg über Ärzt:innen sowie Apotheken und Minderjährige den über Angehörige, um entsprechende Informationen zu erhalten. Nicht aktiv gesuchte Gesundheitsinformationen werden von allen Adressat:innen mehrheitlich auch in kurzen Beiträgen in Radio und/oder Fernsehen wahrgenommen.
- Bezüglich gesuchter Gesundheitsinformationen **vertrauen** alle in der Studie betrachteten Zielgruppen in sehr hohem Maße den Auskünften von Ärzt:innen, Apotheker:innen, Mitarbeiter:innen von Beratungsstellen, Krankenkassen und Angehörigen. Medizinischen Seiten im Internet vertrauen fast alle Zielgruppen ebenfalls in hohem Maße. Sozialen Medien wird in geringerem Maße Vertrauen entgegengebracht.
- Gesundheits- bzw. cannabisbezogene **Präventionspotentiale** ergeben sich für die Kommunikationswege in unterschiedlichem Ausmaß. Die Kommunikation über Apotheken und Arztpraxen besitzt für Volljährige, Eltern und junge Erwachsene die größten, tatsächlich aber: mittlere, gesundheitsbezogene Präventionspotentiale. Für Konsument:innen besteht das größte Potential in medizinischen Seiten bzw. Portalen des Internets, diese erfolgreich mit cannabispräventiver Kommunikation zu erreichen. Bei Minderjährigen zeigt nur der Weg über Angehörige (niedrige) mittlere Erfolgsaussichten.
- Die zur Diskussion herangezogenen **Expert:innen in der Cannabisprävention** betonten, dass Jugendliche und Minderjährige zentrale Zielgruppen für die Cannabisprävention seien. Alle Zielgruppen der Cannabisprävention seien vielfältig differenziert, dies müsse praktische Bedeutung finden. Vulnerable Gruppen seien besonders zu berücksichtigen. Eine Priorisierung einzelner Zielgruppen greife zu kurz. Die Ergebnisse der CaRM-Studie könnten für eine kombinierte Präventionsstrategie (gesellschaftliche Kampagne plus Ansprache spezifischer Zielgruppen) genutzt werden. Auswahl und Priorisierung von in der Cannabisprävention zu thematisierenden Mythen seien komplex. Auswahlleitende Faktoren sollten etwa sein: Zielgruppe, Setting, Kenntnis, richtige Beurteilung, zu vermittelnde Botschaft, erwartete Wirkung in einer Kampagne. Ein ausschließlicher Bezug bei der Wahl der Mythen auf die Bedeutsamkeit und Falschheit der Beurteilung, wie als empirisches Instrument von der CaRM-Projektgruppe angewendet, greift aus Sicht der Expert:innen zu kurz. Insbesondere sei auch ein kontinuierlicher kommunikativer Transport grundlegender Zusammenhänge erforderlich (z. B.: fehlende Harmlosigkeit des Cannabiskonsums, besondere Schädigung Heranwachsender, mögliche Abhängigkeit). Eltern nähmen eine bedeutende Rolle als Multiplikator:innen in der Cannabisprävention mit jungen Menschen ein. Gleiches gälte für Jugendliche als Peers. Schulische Präventionspotentiale würden nicht angemessen genutzt, dort könnten sowohl Lehrer:innen als auch Eltern stärkere Funktionen als vernetzte cannabispräventive Mittler:innen einnehmen. Neben besser zu vernetzenden digitalen Auftritten von Fachstellen und anderen digitalen Angeboten hätten Broschüren (auch in digitaler Form) weiterhin Berechtigung als seriöse Grundlage von Aufklärungsangeboten.

Die hier vorgelegten Erkenntnisse können als Basis einer reflektierten und empirisch fundierten Diskussion verstanden werden, welche präventiven Maßnahmen für welche cannabispezifische Zielgruppe gewählt, geändert oder auch auf welche Art und Weise neu durchgeführt werden.

- Für Überlegungen zur Frage ‚Welche Themen sollen in welcher Zielgruppe überhaupt angesprochen werden?‘ können die gewonnenen, vielfältigen Erkenntnisse zur Mythen-Kennntnis einfließen, ebenso das nun vorliegende, breite Wissen über die unterschiedliche Bedeutung der Themen in den einzelnen Zielgruppen. Rückt die Frage in den Vordergrund, in welche inhaltliche Richtung besonders großer Aufklärungsbedarf besteht, liefern die ausdifferenzierten Erkenntnisse zur richtigen und falschen Einschätzung der Mythen – mit Hilfe der vorliegenden Fact-Sheets – zielgruppenspezifisch viele Hinweise.
- Verknüpft mit der von den Adressat:innen der Präventionsarbeit selbst zugewiesenen Bedeutung der jeweiligen Mythen stehen mit den vielfältigen Erkenntnissen zur Präventionsbedeutung evidente Hinweise zur Verfügung, die den inhaltlichen Fokus in der Auswahl leiten können. Rationale Prävention könnte entsprechend in Bezug auf die Zielgruppe der Konsument:innen bedeuten, die fehlende Wirksamkeit von Cannabis zur Linderung von Depressionen herauszustellen. Zur Aufklärung wäre auch darüber zu reflektieren, neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu vermitteln, die den allgemeinen, cannabisbedingten Motivationsverlust verneinen. Solcherart evidenzbasierte Prävention, die die Selbstbestimmung der Menschen adressiert, rückt zielgruppenspezifisch entsprechende Aufklärung über z. T. bereits seit Langem bestehende, Konsument:innen betreffende, soziale Vorurteile und falsche, insbesondere bei User:innen, den Konsum legitimierende Auffassungen in den Vordergrund.
- Ein für bevölkerungsweite Kampagnen erweiterter Fokus kann auf die wenigen Hinweise zur Bevölkerungsrelevanz zugreifen. Aufklärung über die insofern ranghöchsten Mythen bedeutete, über die ihnen tatsächlich zugrunde liegenden Zusammenhänge aufzuklären: Das wären die, gerade bei nicht medizinischem Cannabis, fehlenden Nachweise grundsätzlich schmerzstillender Eigenschaften, die Bedeutung von Nikotin und insbesondere Alkohol für den Einstieg in berauschenden Substanzkonsum und die konsumverhindernden Regelungen der neuen Cannabisgesetzgebung sowie die Bedeutung ihrer Beachtung.
- Die differenziert gewonnenen Erkenntnisse zur zielgruppenspezifischen (Un-) Kenntnis der rechtlichen Regeln zum Umgang mit berauschendem Cannabis liefern Argumente für eine verstärkte Aufklärung über die jugendschützenden Vorgaben des Konsumcannabisgesetzes.
- Die ermittelten Präventionspotentiale verschiedener Wege der Gewinnung von Gesundheitsinformationen verdeutlichen die Relevanz zielgruppenspezifischer Kommunikationszugänge. „One fits all“ scheint als Maxime einer cannabispräventiven Kommunikation nicht erfolgsversprechend.

2 Fragestellungen & Vorgehen

2.1 Cannabis-Mythen & Projektziele

Das Forschungsprojekt „Cannabiskonsum – Risiken und Mythen (CaRM)“ will dazu beitragen, die Voraussetzungen zur Förderung von Kenntnissen zum risikoarmen Konsum von Cannabis zu verbessern. So sollen effektive Präventionskampagnen unterstützt werden, die die Gesundheitskompetenz in Bezug auf Cannabis wirksam stärken, um einen verantwortungsvollen Umgang mit dieser Substanz zu fördern.

Sobald das Verständnis aufgeklärter Cannabisprävention (auch) darauf beruht, die Gefahren des Cannabiskonsums richtig einschätzen zu können, bedarf es der Überprüfung existierender Cannabis-Mythen auf ihren Wahrheitsgehalt.

Einem allgemeinen Begriffsverständnis folgend, können Mythen als weit verbreitete, „im Kern wahre, beim Hörer Sinn stiftende Erzählung“ begriffen werden.^[1] Sie gehen damit – in Bezug auf Cannabiswirkungen – über Einzelmeinungen zu Teilbereichen hinaus und vermögen es, Teilauffassungen zu kombinieren und zu integrieren. Damit ist auch der Geltungsanspruch angedeutet: Mythen bieten Erklärung und Orientierung in einer unübersichtlichen Realität.

Solchen theoretischen Überlegungen steht die praktische Verwendung des Mythenbegriffs in der (Fach-) Öffentlichkeit entgegen: „Fakt oder Fake? 13 Cannabismythen“^[2] oder auch: „Elf Mythen über Cannabis: Wir klären die größten Hanf- und Halbwahrheiten“.^[3] Ein Mythos reduziert sich so auf einen Anspruch, einen Teilbereich (der Cannabiswirkungen) vereinfacht, aber angemessen zu beschreiben. Er ist überprüfbar und als richtig und auch falsch klassifizierbar. Gleichzeitig entwickelt sich eine negative Konnotation – Mythen können nun auch „Fake“ oder die Unwahrheit sein (oder auf diesen beruhen).

Solcherart praktische Verwendung des Mythenbegriffs verliert nicht nur den Anspruch auf Breite („Sinn stiftende Erzählung“). Es wird an den hier beispielhaft herangezogenen zwei Mythenzusammenstellungen deutlich, dass auch keine Übereinstimmung über das Gesamtbild besteht, das sich aus der Auswahl der Teilmythen bildet. Denn lediglich drei der von den Autor:innen insgesamt 21 bearbeiteten Mythen tauchen auf beiden Listen auf.

Diese Ablösung des praktischen vom theoretischen Cannabis-Mythenbegriff ist nicht verwunderlich, denn es fehlt die empirische Basis, die den bearbeiteten Gegenstandsbereich erfasst: sowohl in Bezug auf seine Teilbereiche als auch auf deren Verbreitung. Es existiert selbstverständlich keine übergeordnete Instanz, die a priori festlegen könnte, welche auffindbaren Auffassungen zu Cannabiswirkungen als Mythen (z. B. in Abgrenzung zu etwa Gerüchten) gelten dürfen – und ob diese nun nur „richtige“ oder auch „falsche“ Auffassungen einschließen.

Diese Lücke kann auch die hier vorgelegte Arbeit nicht schließen, da sie ausschließlich die für den Mythenbegriff relevanten ‚Auffassungen über Cannabiswirkungen‘ erfasst.

Das Projekt CaRM bearbeitete diese Forschungsfragen:

1. Welche Auffassungen in Bezug auf die Risiken bzw. positiven Effekte von Cannabis bestehen in der Bevölkerung bzw. einzelnen Zielgruppen von Cannabisprävention in Deutschland?
2. Welches (falsche und richtige) Wissen zu den gesundheitlichen Auswirkungen des Cannabiskonsums ist verbreitet?
3. Welche Zielgruppen, Medien und Inhalte sollten in den Mittelpunkt einer wirksamen Prävention von falschen Auffassungen der Cannabiswirkungen gestellt werden?

2.2 Forschungshaltung & -vorgehen

Die Haltung der beteiligten Wissenschaftler war eine klar an empirischer Evidenz ausgerichtete. Diese wirkte sich auf den Anspruch zur Erhebung bestehenden Cannabiswissens in der Bevölkerung aus (welche Überzeugungen zu den Cannabiswirkungen existieren tatsächlich?), ebenso wie auf den Umgang mit wissenschaftlicher Erkenntnis (welche Erkenntnisse zu den Wirkungen des Cannabiskonsums können als gesichert gelten?).

Damit wird nichts Abschließendes gesagt über notwendig zu betrachtende weitere Aspekte, die für eine wirksame Prävention ebenfalls untersucht werden müssten. Zudem sind Entscheidungen über präventive Anliegen legitimerweise auch normative. Damit sich diese aber nicht von der Empirie lösen (und dann vornehmlich die Setzungen der Entscheider:innen spiegeln), muss Wissenschaft die Empirie reflektiert und soweit (aktuell) möglich klären. Empirische Wissenschaft bedeutet gerade, sich im Detail mit dem Vorfindbaren auseinanderzusetzen. Das schließt die unkritische Übernahme vorausgehender oder nachgelagerter normativer Setzungen, die keine (schlüssige) Anbindung an die Empirie haben, aus. Mit diesem Anspruch wurde die vorliegende Untersuchung durchgeführt.

Den Ausgangspunkt der Projektarbeit bildete folglich die Erhebung vorhandener Auffassungen über existierende Cannabiswirkungen. Die empirisch relevanten Auffassungen von Cannabiswirkungen wurden verarbeitet und sodann anhand bestehender wissenschaftlicher Erkenntnisse auf ihre inhaltliche Richtigkeit geprüft.

Parallel startete eine Auseinandersetzung mit der wissenschaftlichen Evidenz für die wirksame Erreichung möglicher Adressat:innen von zielgruppenspezifischer Cannabisprävention.

Quantifiziert wurden die falschen und richtigen Auffassungen von Cannabiswirkungen in mehreren quantitativen Befragungsmodulen (Sommer 2025). Eingordnet und integriert diskutiert wurden die Ergebnisse abschließend in einer Expert:innendiskussion (November 2025).

2.3 Bindung der Erkenntnissuche an die gesellschaftlichen Verhältnisse

Die Inhalte der Literaturanalyse basieren auf der Erhebung der aktuellen Auffassungen zu Cannabiswirkungen (in der Bevölkerung, unter Fachkräften und in den Medien). Das bedeutet: Die geleistete Literaturarbeit war keine enzyklopädische Aufbereitung der Antworten auf eine vorgelagerte, theoretische Frage, etwa: Welche (Aus-) Wirkungen hat Cannabiskonsum (in dieser Gesellschaft)? Folglich sind die Inhalte und Fokusse der Literaturanalyse auch eine Spiegelung eines (anzunehmenden) reduzierten Bildes der Cannabiswirkungen in der aktuellen Gesellschaft. Die Auffassungen zu Cannabis sind (auch) geprägt vom gesellschaftlichen Umgang mit dieser Substanz (etwa der jahrzehntelangen Prohibition): Das meint Regeln und Umgangsweisen, die wiederum bestimmte Wirkungen prägen (und andere ausschließen).^[4]

Infolgedessen entsteht für diese Arbeit eine doppelte Bindung an die bestehenden Verhältnisse: Nicht nur zu untersuchende Auffassungen werden der Literaturanalyse vorgegeben und damit die Themenfelder und Perspektiven der Analysen gesellschaftlich (vor)bestimmt. Auch die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Auffassungen muss auf die gesellschaftlichen Verhältnisse bezogen sein – zumindest in den Fällen, in denen die Auffassungen sich nicht ausschließlich auf pharmakologische Wirkweisen der Substanz Cannabis beziehen. Denn Inhalte und Ergebnisse der Auseinandersetzung mit den Auffassungen können nur solche sein, die aus den empirisch vorfindbaren (gesellschaftlichen) Verhältnissen gewonnen werden.

Ein reflektiertes Vorgehen ist sich dieser doppelten Bindung und auch Beschränkung bewusst.

Das genaue methodische Vorgehen der Literaturanalyse wird in Kapitel 3.2 erläutert.

Referenzen

1. Engels, J., *Historisches Wörterbuch der Rhetorik*. Must-Pop. 2003, Tübingen.
2. Hoch, E. and U.W. Preuss, *Cannabis - Konsum, Gefahr, Mythen, Nutzen*. 2024, München.
3. Kiel, V., Elf Mythen über Cannabis., in *Die Zeit*. 2024.
4. Zinberg, N.E., *Drug, set, and setting : the basis for controlled intoxicant use*. 1984.

3 Methodik

3.1 Empirische Bestandsaufnahme: Die Auffassungen zu Cannabiswirkungen

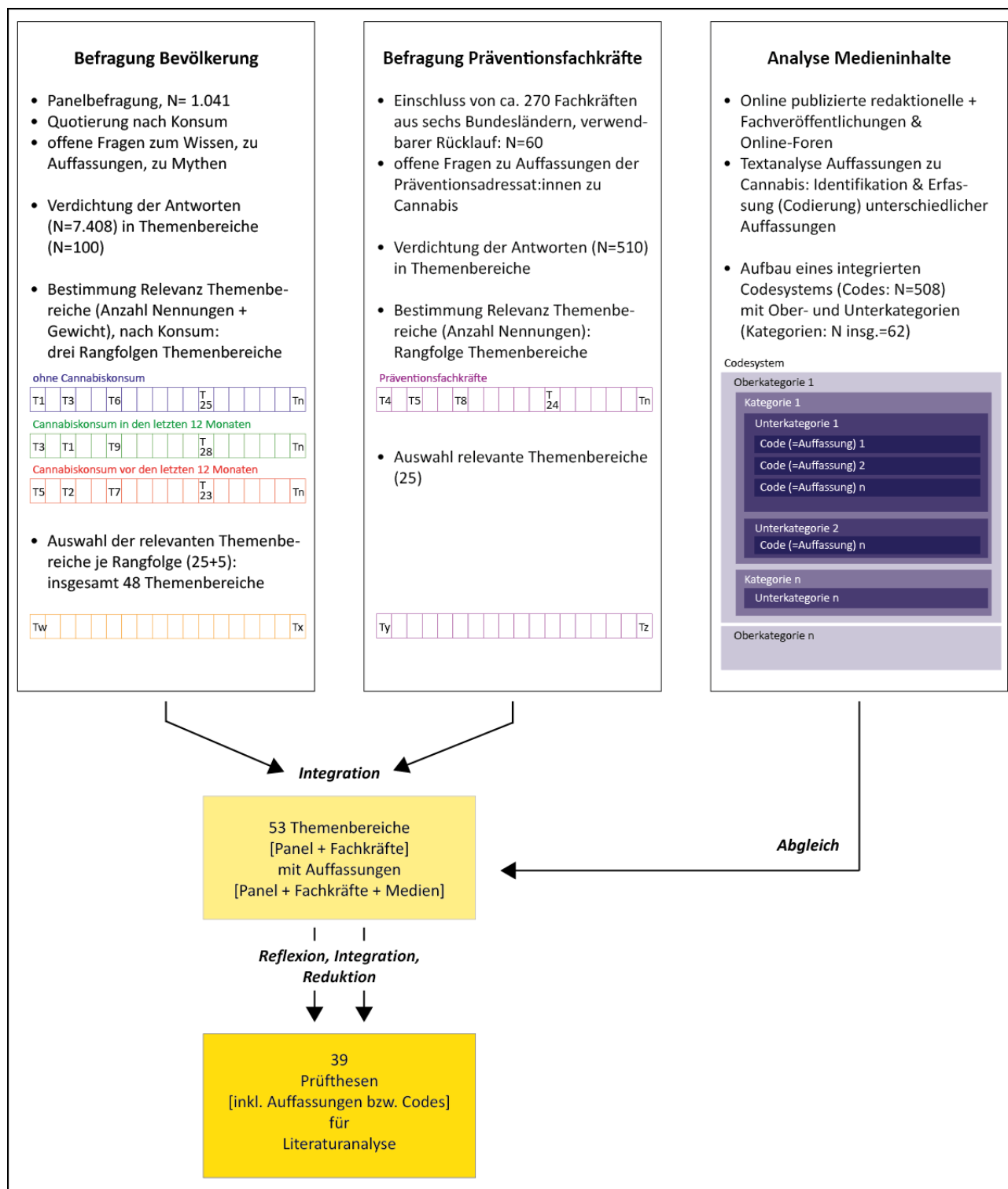
Die offene Erfassung von Auffassungen und Wissen zu Cannabiswirkungen in der aktuellen Gesellschaft Deutschlands hatte drei Grundlagen:

1. die Befragung der Bevölkerung via Online-Access-Panel zu eigenen Auffassungen bzw. eigenem Wissen,
2. die Befragung von Präventionsfachkräften zu Auffassungen ihrer Präventionsadressat:innen und
3. die Aufnahme der in (Online-) Medien auffindbaren Auffassungen.

Ziele dieser Erfassung und Verarbeitung waren:

- die Detektion vorhandener Auffassungen, Überzeugungen bzw. Meinungen zu Cannabiswirkungen in der Gesellschaft,
- die Integration der über die verschiedenen Zugangswege gefundenen Auffassungen,
- die Extraktion der empirisch relevanten Auffassungen als Grundlage der literaturgestützten Evidenzprüfung.

Tabelle 3.1 Überblick: Arbeitsprozess empirische Bestandsaufnahme



3.1.1 Befragung der Bevölkerung via Online-Access-Panel zu eigenen Auffassungen

Panelbeschreibung

Für die Online-Access-Panel Befragung zu den cannabisbezogenen Auffassungen wurde eine Stichprobe des Payback-Panels Deutschlands genutzt. Aus der Grundgesamtheit von etwa 160.000 aktiven Panelist:innen wurden im Zeitraum zwischen August und Oktober 2024 insgesamt 1.041 Personen quotiert nach ihrem Cannabiskonsum befragt. Etwa die Hälfte der Befragten (n=516, 49,6%) gab an, noch nie Cannabis konsumiert zu haben (Tabelle 3.2). Von den 525 Befragten mit Cannabiskonsumerfahrungen gaben 323 (31%) an, in den letz-

ten 12 Monaten konsumiert zu haben, davon 154 in den letzten 30 Tagen. Bei 202 Befragten lag der letzte Konsum länger als 12 Monate zurück. Die Befragten erhielten für die erfolgreiche Teilnahme (durch den Panelbetreiber) eine Aufwandsentschädigung in Form von Payback-Punkten.

Hinsichtlich soziodemografischer Merkmale wies die Stichprobe einen leicht erhöhten Anteil an männlichen Teilnehmern (52,3%) auf. Mit etwa 57 % gehörte der Großteil der Befragten der Altersgruppe der 27- bis 45-Jährigen an (Tabelle 3.2). In Bezug auf den Bildungsstand verfügte der Großteil (94,8%) der Befragten mindestens über einen Abschluss der Mittleren Reife. Fast zwei Drittel waren in Vollzeit erwerbstätig. Die meisten Teilnehmer:innen gaben an, in Städten mit einer Einwohnerzahl von mehr als 100.000 zu leben.

Tabelle 3.2 Erfassung Mythen, Zusammensetzung Bevölkerungspanel

	N	%
Erreichte	1.041	100,0%
Cannabiskonsum		
in den letzten 30 Tagen	154	14,8%
in den letzten 12 Monaten	169	16,2%
früher einmal, aber nicht in den letzten 12 Monaten	202	19,4%
nie	516	49,6%
Geschlecht		
männlich	544	52,3%
weiblich	496	47,6%
divers	1	0,1%
Alter		
18-26 Jahre	148	14,2%
27-35 Jahre	371	35,6%
36-45 Jahre	224	21,5%
46-55 Jahre	130	12,5%
56-65 Jahre	135	13,0%
66 Jahre + älter	33	3,2%
höchster Bildungsabschluss		
Studium (Master / Bachelor)	380	36,5%
Abitur / Fachabitur / Fachhochschulreife	311	29,9%
Mittlere Reife / POS	296	28,4%
Hauptschule	48	4,6%
kein Abschluss	2	0,2%
anderer	4	0,4%
Erwerbstätigkeit		
Vollzeit	679	65,2%
Teilzeit	152	14,6%
Elternzeit, Rehabilitation, Rente, Pension	74	7,1%
Studium, Ausbildung, Schule	81	7,8%
nicht berufstätig	45	4,3%
andere	10	1,0%

	N	%
Größe des Wohnortes (N=1.020)		
mehr als 500.000	306	29,4%
mehr als 100.000	192	18,4%
mehr als 50.000	101	9,7%
mehr als 10.000	212	20,4%
mehr als 1.000	147	14,1%
weniger als 1.000 Einwohner	62	6,0%

Erhebung

Die Auffassungen der Befragten zu Cannabiswirkungen wurden umfangreich mit mehreren offenen Fragen erfasst.¹ Dies war trichterartig organisiert: zunächst inhaltlich unbestimmt („Was wissen Sie zu Cannabis und zum Cannabiskonsum?“), dann mit unterschiedlichen thematischen Rahmensetzungen versehen und mit einer Auffangfrage abgeschlossen („Was wissen Sie zu den Risiken von Cannabis?“, „Was wissen Sie zu möglichen positiven Effekten von Cannabis?“, „Was wissen Sie zu möglichen körperlichen oder psychischen Wirkungen des Cannabiskonsums?“, „Welche zwischenmenschlichen, sozialen und/oder gesellschaftlichen Folgen hat Cannabiskonsum noch?“, „Gibt es noch weitere Auswirkungen des Cannabiskonsums, die Sie kennen oder von denen Sie gehört haben?“). Zusätzlich wurde eine Fokusänderung ergänzt („Wenn Sie nun bitte einmal an Ihren Freundes- und Bekanntenkreis denken: Gibt es dort Auffassungen zu Cannabis, die von Ihren Auffassungen abweichen oder über diese hinausgehen?“).

Die Befragten konnten zu allen offenen Fragen bis zu sechs Antworten geben.

Zusätzlich wurden weitere Aspekte und soziodemografische Variablen erhoben.

Insgesamt standen zur Analyse der Auffassungen zu Cannabiswirkungen 7.408 getrennte, frei formulierte Angaben der Befragten zur Verfügung.

Verdichtung

Aus den frei formulierten Einzelangaben wurden inhaltliche Themenbereiche gewonnen (z. B.: „Abhängigkeit“). Diesen Themenbereichen wurden sodann syntaxgestützt (SPSS) die zugehörigen Einzelangaben zugeordnet (z. B.: „macht abhängig“, „macht nur psychisch abhängig“, „keine Abhängigkeit“). Unsinnige und inhaltsleere Angaben wurden entfernt. Dieser Prozess vollzog sich in mehreren Schleifen, in denen z. B. themenzugehörige Unterthemen den Oberkategorien zugeordnet und die Zuordnungen der Einzelangaben hinterher kontrolliert wurden. Insgesamt wurden aus mehr als 5.900 inhaltlich verwertbaren Einzelnennungen 100 Themenbereiche gebildet.

Ermittlung der empirischen Gewichte der Themenbereiche

Zur Ermittlung der Relevanz des Themenbereichs wurde die eingeschlossene Anzahl an Einzelangaben und deren Bedeutung für die Befragten ausgewertet. Denn zusätzlich zur Formulierung der freien Angaben sollten die Befragten diese auf einer vierstufigen Likert-Skala (unwichtig (0) bis sehr wichtig (3)) danach bewerten, welche Bedeutung diese Auffassung für ihre eigene Gesamteinstellung zum Thema Cannabis habe. Das empirische Gewicht des Themenbereichs wurde berechnet als Summe der enthaltenen Einzelnennungen multipliziert mit ihren Einzelgewichten.

¹ Damit schließt diese Arbeit methodisch z. B. an eine Erhebung in Kanada an. (Leos-Toro, C., et al. *Cannabis health knowledge and risk perceptions among Canadian youth and young adults*. Harm Reduction Journal. 2020. 17. (1): p. 54. 10.1186/s12954-020-00397-w).

Ergebnis: Rangfolgen der Themenbereiche

Da die Erhebung quotiert nach Prävalenz des Cannabiskonsums erfolgte, wurden drei Themenbereichsrangfolgen für drei Gruppen gebildet: Befragte ohne Konsum, mit Konsum im letzten Jahr und Befragte mit Konsum länger zurück als ein Jahr. Die drei Rangreihen unterschieden sich.

Auswahl der relevanten Themenbereiche

Aus den drei Rangreihen wurden die jeweils ersten 25 Themenbereiche ausgewählt. Hinzu kamen jeweils fünf Themenbereiche aus den drei Reihen mit den dort höchsten, durchschnittlichen Bedeutungen, die mindestens fünf Nennungen hatten. Auf diese Weise wurden mögliche Verzerrungen durch die Erhebungstechnik (Möglichkeiten zu antworten) aufgehoben. Aufgenommen wurden ebenfalls die durchschnittlich sehr hoch bewerteten, aber selten genannten Themenbereiche Schwangerschaft/Fötus + Parkinson-Erkrankung. Insgesamt wurden 48 Themenbereiche ausgewählt.

3.1.2 Befragung von Präventionsfachkräften zu Auffassungen ihrer Präventionsadressat:innen

Online-Befragung

Etwa 270 Präventionsfachkräfte wurden gebeten, sich an der Online-Befragung zu beteiligen. In den Ländern Nordrhein-Westfalen, Thüringen und Sachsen-Anhalt wurden diese vollständig und direkt angeschrieben, in den Ländern Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern und Berlin indirekt über die jeweiligen Landesstellen für Suchtprävention bzw. die regionalen Koordinierungsstellen, die diese Befragung damit freundlicherweise unterstützten. In die Analyse konnten die vollständig ausgefüllten Fragebogen von insgesamt 60 Fachkräften einbezogen werden.

Erhebung

Die Präventionsfachkräfte sollten die Auffassungen der Teilnehmer:innen ihrer Präventionsmaßnahmen zu Cannabiswirkungen wiedergeben. Dies geschah über mehrere, offene Fragen; immer waren bis zu sechs offene Antworten möglich. Mit den Fragen wurden trichterförmig generelle und spezifischere Auffassungen zu Cannabis erhoben („Welche generellen Auffassungen von Cannabis und dem Cannabiskonsum haben die Personen, mit denen Sie präventiv arbeiten?“, „Welche körperlichen und/oder psychischen Auswirkungen verbinden die Adressat:innen Ihrer Präventionsmaßnahmen mit Cannabiskonsum?“, „Welche sozialen und/oder gesellschaftlichen Folgen verbinden die Adressat:innen Ihrer Präventionsmaßnahmen mit Cannabis bzw. dem Cannabiskonsum?“, „Gibt es noch weitere Mythen zu Cannabis, denen Ihre Präventionsadressat:innen anhängen?“).

Es wurden weitere Aspekte erhoben.

510 frei formulierte, offene Antworten zu den (angenommenen) Cannabis-Auffassungen der Präventionsadressat:innen konnten in die Auswertung einbezogen werden.

Zusätzlich wurde nach einem besonders bedeutsamen Cannabis-Mythos gefragt.

Verdichtung

Die freien Antworten auf die offenen Fragen wurden syntaxgestützt (SPSS) einzelnen Themenbereichen zugeordnet. Dies geschah in Übereinstimmung mit den Themenbereichen, die für die Analyse der freien Antworten der Panel-Befragung etabliert waren und ergänzt um zusätzliche, die spezifisch aus der Fachkräftebefragung gewonnen wurden. Dieser Prozess vollzog sich in mehreren Schleifen.

Ermittlung der empirischen Bedeutung der Themenbereiche

Zur Ermittlung der Relevanz des Themenbereichs wurde die eingeschlossene Anzahl an Einzelangaben herangezogen.

Auswahl der relevanten Themenbereiche

Die 25 ranghöchsten Themenbereiche wurden ausgewählt (unter Einschluss ranggleicher waren dies tatsächlich 28 Themenbereiche).

3.1.3 Analyse der in (Online-) Medien auffindbaren Auffassungen zu Cannabiswirkungen

Textanalyse

Redaktionelle und Fachpublikationen, die online publiziert waren, wurden in Bezug auf transportierte Auffassungen zu Cannabiskonsumwirkungen analysiert. Verarbeitet wurden redaktionelle Veröffentlichungen auf Seiten wie z. B. bild.de, zeit-online.de, sueddeutsche.de. Auch die in den jeweils zugehörigen Kommentaren enthaltenen Überzeugungen der Leser:innen wurden betrachtet. Daneben wurden verschiedene Internetforen systematisch durchgesehen und die dortigen Beiträge analysiert, etwa: kifferforum.de, hanfverband-forum.de, land-der-traeume.de und auch reddit.com (/Cannabis, /Deutschland). Einbezogen wurden des Weiteren diverse Fachpublikationen, die sich überblicksartig auch mit Cannabismythen beschäftigen.²

Erhebung

Ziel dieser Analyse war die Identifikation der vertretenen Auffassungen, nicht deren Quantifizierung. Deshalb wurden die identifizierten Auffassungen zu Cannabiswirkungen codiert und in ein sich durch die Ergebnisse der Suche bildendes, umfangreiches Codesystem aufgenommen (MAXQDA). Die (Unter- und Ober-) Kategorien entwickelten sich also systematisch aus den detektierten Inhalten der Auffassungen.

Ergebnis: Codesystem

Das integrierte Codesystem der Auffassungen zu Cannabiswirkungen besteht aus acht Ober- (z. B. Cannabis und Gesundheit, Cannabiskonsum oder auch Cannabis und soziale Folgen) mit mehr als 50 Untergruppen (z. B. Cannabis und Abhängigkeit, Depression, kognitive Fähigkeiten, Schmerz, Schlaf, Mischkonsum, Konsumformen, Konsum bei jungen Menschen, Beziehungen, Teillegalisierung). Insgesamt enthält es mehr als 500 codierte einzelne Auffassungen.

3.1.4 Integration der Ergebnisse

Die ausgewählten Rangreihen als Ergebnisse der unter 3.1.1 und 3.1.2 geschilderten Arbeiten wurden abgeglichen und integriert. Aus der Fachkräftebefragung wurden fünf weitere Themenbereiche in die Themenliste aus der Panelbefragung aufgenommen. Insgesamt ergaben sich 53 Themenbereiche. Diese bildeten die finale Themenauswahl für die Formulierung von Prüfthesen für die Literaturanalyse.

Die Ober- und Untergruppen des Codesystems (3.1.3) wurden mit der finalen Themenauswahl (3.1.1 und 3.1.2) abgeglichen. Die Codes der entsprechenden Ober- und Unterkategorien des Codesystems wurden mit den Cannabisauffassungen der finalen Themenbereiche abgeglichen und ggf. ergänzt.

² Eine Aufstellung der verarbeiteten (Fach-) Publikationen findet sich im Anhang.

3.1.5 Formulierung von Thesen zur Prüfung in der Literaturanalyse zu Cannabiswirkungen

Unter erneuter inhaltlicher Reflexion der Auffassungen zu Cannabiswirkungen, ihrer Zuordnung zu den ausgewählten, einzelnen Themenbereichen und deren erneuter Verdichtung, wurden konkrete Formulierungen gefunden, die als zu prüfende These die Grundlage der Evidenzprüfung bildeten. Diese Formulierungen nahmen prototypisch zentrale Aspekte des ausgewählten Themenbereichs auf. Insgesamt wurden 39 Thesen formuliert.

3.2 Durchführung der Literaturanalyse zu Cannabiswirkungen

3.2.1 Limitationen der Literatur zur Cannabisforschung

Die Literatur zur Cannabisforschung weist generelle und spezifische Limitationen³ auf, die die Interpretation von Studienergebnissen und die Ableitung von Schlussfolgerungen erschweren können. Eine generelle Herausforderung in der Forschung ist die Differenzierung zwischen Assoziationen und Kausalität. In Studien beobachtete Zusammenhänge zwischen Cannabiskonsum und beispielsweise gesundheitlichen Auswirkungen implizieren nicht zwangsläufig, dass der Konsum die Effekte direkt verursacht oder allein für den Effekt verantwortlich ist. Insbesondere wenn relevante Faktoren wie genetische Prädispositionen, psychische Vor- oder Begleiterkrankungen, der gleichzeitige Konsum anderer Substanzen (zum Beispiel Alkohol oder Tabak) sowie unterschiedliche Konsumformen (Rauchen, Vapen, Essen) nicht berücksichtigt oder nicht hinreichend kontrolliert werden, kann dies zu falschen Interpretationen der Ergebnisse führen.

Zur Prüfung von Kausalität geeignete Forschungsdesigns wie randomisierte kontrollierte Studien (RCTs), Längsschnittstudien und Kohortenstudien sind jedoch nicht immer ethisch vertretbar (insbesondere Menschen kontrolliert Cannabis zu verabreichen, um eintretende Schäden zu messen) und nicht zu allen Themenfeldern in der Cannabisforschung verfügbar. In der Folge umfasst die Datengrundlage einiger der einbezogenen Meta-Analysen nicht ausreichend viele Studien, um z. B. auch kleine bis moderate Effekte zu identifizieren. In einigen Studien fehlen zudem ausreichend große Fallzahlen, was zuverlässige Schlussfolgerungen über die Auswirkungen des Cannabiskonsums, beispielsweise auf die Gesundheit, erschwert.

Zudem stützen sich einige Studien nicht auf objektive Messinstrumente wie toxikologische Tests oder validierte Gesundheitsfragebögen, sondern verwenden nicht-standardisierte Selbstberichte zur Erfassung des Cannabiskonsums und der damit verbundenen Effekte. Cannabiswirkungen beziehen sich daher in manchen Studien auf laienhaft empfundene Auswirkungen (etwa auf Probleme z. B. mit dem Schlaf), nicht auf diagnostizierte Störungen im medizinisch-klassifikatorischen Sinne. Zu Bedenken ist auch, dass Cannabis (bislang weitgehend) unter Bedingungen der Illegalität konsumiert wird. Dies kann zu Verzerrungen führen, wenn die Teilnehmer:innen wissentlich oder unwissentlich Angaben unterschiedlich (also nicht reliabel) oder sozial erwünscht wiedergeben. Darüber hinaus besteht eine Heterogenität bei den in Studien verwendeten Instrumenten zur Definition von Störungen, wie beispielsweise Cannabisgebrauchsstörungen, oder psychischen Begleiterkrankungen, wie Depressionen, was zur erschwerten Vergleichbarkeit zwischen Studienergebnissen beiträgt. Teilweise werden in Studien keine klinischen Diagnoseinstrumente genutzt, sondern es wird auf Screeninginstrumente zurückgegriffen.

³ National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Population Health and Public Health Practice; Committee on the Health Effects of Marijuana: An Evidence Review and Research Agenda. The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research. Washington (DC): National Academies Press (US); 2017 Jan 12. 15, Challenges and Barriers in Conducting Cannabis Research. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK425757/>

Ein historisches Problem der Cannabisforschung ergibt sich aus dem unbekanntem Wirkstoffgehalt (sowie ggfs. beigemengten Streckmitteln/Verunreinigungen) von „Straßencannabis“, der erheblich schwanken kann und in Studien oftmals nicht ausreichend berücksichtigt wird. Dies gilt insbesondere in Bezug auf den deutlich gestiegenen THC-Gehalt. Während Cannabis in den vergangenen Jahrzehnten in der Regel einen THC-Gehalt von 5 - 15 % aufwies, zeigen sich bei heutigen Produkten Wirkstoffgehalte von bis zu über 30 %, bei Konzentraten („dabs“) bis zu 80 %. Eine Vergleichbarkeit von früheren mit heutigen Studienergebnissen wird dadurch erschwert. Auch haben sich die Konsummuster im Laufe der Zeit gewandelt. Verbraucher:innen nutzen heute eine Vielzahl unterschiedlicher Cannabisprodukte und Konsumformen. Dies führt zu gemischten Konsumgruppen und macht die Analyse von beispielsweise gesundheitlichen Auswirkungen komplexer.

Die genannten Aspekte erfordern eine entsprechend differenzierte Betrachtung in der Interpretation von Studienergebnissen in der Cannabisforschung.

3.2.2 Literaturrecherche

Um die gesundheitlichen und sozialen Effekte von Cannabis zu ermitteln, wurden strukturierte Literaturrecherchen durchgeführt. Für jede Prüfthese fand eine spezifische Recherche in einschlägigen Datenbanken wie PubMed, PsychInfo, SocIndex und Google Scholar statt. Hierbei kamen spezifische Schlüsselbegriffe wie „Cannabis“, „Cannabinoid“, „THC“ und „CBD“ sowie die jeweiligen Schlüsselbegriffe zu den möglichen Effekten zum Einsatz, ergänzt durch boolesche Operatoren wie „AND“, „OR“ und „NOT“, um relevante Artikel in deutscher und englischer Sprache zu identifizieren und die Suchergebnisse gezielt zu filtern.

Beispiel der Suchsyntax für eine PubMed Literatursuche zur Prüfthese: „Cannabis hilft bei Depressionen“:

```
("Cannabis" OR "Marijuana" OR "Cannabinoids" OR "THC" OR "CBD") AND ("Depression" OR "Depressive Disorder" OR "Depressive Symptoms") AND ("Humans" OR "Adults" OR "Adolescents") AND ("Meta-Analysis" OR "Randomized Controlled Trial" OR "RCT" OR "Prospective Cohort Studies" OR "Retrospective Cohort Studies" OR "Cross-Sectional Studies" OR "Case-Control Studies" OR "Longitudinal Studies" OR "Controlled Clinical Trials" OR "Interventional Studies" OR "Clinical Registry Studies" OR "Population-Based Studies") AND ("2008"[Date - Publication] : "2025"[Date - Publication]) NOT ("Animal" OR "Animal Studies" OR "Animal Models" OR "Animal Research")
```

Ein zentraler Aspekt bei der Auswahl der Studien war die Hierarchisierung der wissenschaftlichen Evidenz. Dabei wurden verschiedene Studienarten und -designs nach ihrer methodischen Robustheit und Aussagekraft eingestuft, wobei systematische Reviews mit Metaanalysen an oberster Stelle standen, gefolgt von randomisierten kontrollierten Studien (RCTs). Bei fehlenden Metaanalysen oder RCTs oder zur Ergänzung eines umfassenden Bildes der gesundheitlichen und sozialen Effekte von Cannabis wurden auch nicht randomisierte Interventionsstudien, Längsschnittstudien, Kohortenstudien, querschnittliche Beobachtungsstudien sowie epidemiologische Studien und Registerstudien einbezogen. Zudem erfolgte dort, wo möglich und sinnvoll, eine zeitliche Hierarchisierung, das heißt, neuere Studien wurden primär berücksichtigt (vgl. auch Abschnitt 3.2.1), um die aktuellste wissenschaftliche Evidenz sicherzustellen.

Bei Prüfthesen ohne spezifische Zielgruppen wurden Studienteilnehmer:innen jeden Geschlechts und aus unterschiedlichen Altersgruppen einbezogen. Für spezifische Konsument:innengruppen, wie beispielsweise Jugendliche, wurde die Literatursuche entsprechend angepasst. Um die Effekte des Freizeitkonsums von Cannabis angemessen zu adressieren, wurde ein besonderer Fokus auf Studien gelegt, in denen „Straßencannabis“

oder legal erworbenes Cannabis untersucht wurde. In Einzelfällen wurden auch Studien mit medizinischem Cannabis berücksichtigt, sofern die Untersuchungsgruppe auf die Zielgruppe der jeweiligen Prüfthese übertragbar war.

Studien mit Tierversuchen wurden zur Beantwortung der Prüfthesen ausgeschlossen: Sie eignen sich nur sehr eingeschränkt für die Untersuchung gesundheitlicher und nicht sozialer Effekte von Cannabis. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den Menschen ist stark limitiert. Wichtige soziale Interaktionen sowie das Konsumverhalten, die von individuellen und kulturellen Faktoren geprägt sind, können in Tierversuchsstudien nicht adäquat abgebildet werden. Zudem sind Tierversuche nicht geeignet, die komplexen gesundheitlichen und sozialen Langzeitfolgen des Cannabisgebrauchs zu erfassen.

Im Rahmen der Literaturrecherche erfolgte ein Screening-Prozess anhand von Titel und Abstract. Potenziell relevante Studien wurden anschließend mithilfe der Volltexte auf ihre inhaltliche Relevanz und methodische Qualität bewertet. Um zusätzliche relevante Studien zu identifizieren und die Evidenzbasis zu erweitern, wurde das Literaturverzeichnis der ausgewählten Arbeiten überprüft (Referenztracking).

Die relevanten Studien wurden in einer Datenbank (EndNote) gespeichert, um eine strukturierte Verwaltung und einfache Zugänglichkeit der Daten sicherzustellen. Nach der Zusammenfassung der Studienergebnisse in Fact-Sheets erfolgte eine fachliche und methodische Prüfung der Zusammenfassungen der Studienergebnisse durch fünf wissenschaftliche Projektmitarbeiter. Nachfolgend wurden die Fact-Sheets durch zwei Mitarbeiter finalisiert.

3.3 Wissenschaftliche Klassifizierung der Auffassungen zu Cannabiswirkungen

Die Auffassungen zu Cannabiswirkungen, die sich in der empirischen Bestandsaufnahme als bedeutsam erwiesen haben, wurden in 39 Prüfthesen verdichtet (siehe Kap. 4.1). Gemessen wurden diese Thesen sodann anhand der aktuellen, thematisch zugeordneten wissenschaftlichen Literatur (Stand: September 2025; siehe Kap. 3.2).

Das Ergebnis der Prüfung wurde in eine vierstufige Skala komprimiert (richtig, eher richtig, eher falsch, falsch). Konnte keine Zuordnung vorgenommen werden, wird dies angegeben.

Die Klassifizierung geschah nach diesen Regeln:

- richtig:** Es liegen überzeugende bzw. eindeutige Erkenntnisse vor, die die Prüfthese bestätigen.
- eher richtig:** Es existieren widersprüchliche Erkenntnisse (z. B. wegen unterschiedlicher Aussagebereiche). Insgesamt überwiegen die zustimmenden Erkenntnisse oder sie haben eine höhere Geltungskraft (z. B. aufgrund der Qualität der Arbeiten). Evtl. bietet sich eine klare (zustimmende) Erkenntnis auch nur für einen begrenzten Aussagebereich.
- eher falsch:** Es existieren widersprüchliche Erkenntnisse (z. B. wegen unterschiedlicher Aussagebereiche). Insgesamt überwiegen die ablehnenden Erkenntnisse oder sie haben eine höhere Geltungskraft (z. B. aufgrund der Qualität der Arbeiten). Evtl. bietet sich eine klare (ablehnende) Erkenntnis auch nur für einen begrenzten Aussagebereich.
- falsch:** Es liegen überzeugende bzw. eindeutige Erkenntnisse vor, die die Prüfthese widerlegen.
- keine Aussage möglich:** Es fehlt aktuell ausreichend belastbare wissenschaftliche Evidenz zu dieser Auffassung. Auch weitgehend widersprüchliche Erkenntnisse zu einer These werden so klassifiziert.

3.4 Literaturanalyse: Zielgruppen von Cannabisprävention und ihre Erreichung

3.4.1 Recherche und Quellen

Die Literatur zu bereits bestehenden Erkenntnissen aus Wissenschaft und Praxis zu Zielgruppen, Medien und Inhalten von Cannabisprävention wurde mit einschlägigen Suchbegriffen recherchiert und analysiert (Januar und Februar 2025). Als Quellen zur Informationsbeschaffung dienten: eine Suche nach Publikationen in wissenschaftlichen Datenbanken (letzte 15 Jahre; PubMed, Web of Science) und eine Recherche im „Xchange prevention registry“ bzw. im „Best Practice Portal“ der EUDA (European Union Drugs Agency, vormals EMCDDA). In beiden sind evidenzbasierte Erkenntnisse für drogenbezogene (Präventions-)Interventionen zusammengestellt. Auch der Internetauftritt des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG, vormals BZgA) wurde diesbezüglich durchsucht. Außerdem wurde eine Internetrecherche nach sogenannter „graue Literatur“ in Form von Leitfäden, Berichten, Präsentationen und Manualen von Präventionsprogrammen durchgeführt. Ergänzend wurden Suchtpräventionsexpert:innen kontaktiert und um Hinweise auf Zielgruppen und erfolgversprechende Vermittlungswege gebeten.

3.4.2 Zusammenstellung der Evidenz

Im Zuge der Ergebnissichtung traten einige grundsätzliche Schwierigkeiten zu Tage. Nahezu alle Publikationen und evaluierten Präventionsprogramme prüfen Zusammenhänge präventiver Maßnahmen mit einer Veränderung des Konsums, zumeist in Form einer Verringerung der Konsumprävalenz oder Konsumfrequenz, einer Verhinderung/Verzögerung des Erstkonsums oder einer Veränderung der Konsumart (z. B. vom Rauchen zum „Vaping“). Die Veränderung von Wissen und Einstellungen zum Konsum einer bestimmten Substanz und dessen Folgen oder zur effektiven Vermittlung von präventiven Botschaften wird zumeist nicht oder nur als Randaspekt betrachtet. Eine weitere Einschränkung liegt darin, dass vor allem in wissenschaftlichen Publikationen Präventionsmaßnahmen aus Nordamerika untersucht werden, die sich nur mit Einschränkungen auf Europa oder Deutschland übertragen lassen. Zum einen ist Cannabiskonsum in Nordamerika seit Jahrzehnten deutlich verbreiteter, etablierter und kulturell integrierter als in Deutschland (und weiten Teilen Europas). Zum anderen lassen sich die in Kanada und großen Teilen der USA teilweise seit Jahren etablierten legalen Märkte für Cannabis zum Freizeitkonsum mit ausgedehntem Angebot verschiedener Cannabisprodukte mit der Situation in Deutschland kaum vergleichen. Schließlich adressieren viele Programme oftmals nicht ausschließlich Cannabis, sondern auch den Konsum von Tabak, Alkohol und anderen Drogen.

Im Ergebnis konnten keine relevanten wissenschaftlichen Publikationen in peer reviewed Journals identifiziert werden, die konkret die Effektivität verschiedener Vermittlungs-Medien oder die effektive Präsentation *cannabisbezogener* Präventionsbotschaften untersucht haben. Auch die Recherche in den beiden oben genannten Best-Practice-Portalen der EUDA erbrachte keine Treffer. Selbst Versuche, die Anfragen allgemeiner zu stellen, also die Suche nach Programmen zur Verbesserung von „knowledge“ oder „education“ nicht explizit für Cannabis und/oder nicht explizit für Deutschland waren erfolglos. In einem Beitrag zur Evidenzbasierung in der Prävention und Gesundheitsförderung heißt es dementsprechend auch: „Wir stehen am Anfang eines Gestaltungsprozesses, durch den Evidenzgenerierung und die Evidenzverfügbarkeit in Forschung, Praxis und Politik erst implementiert werden sollen“^[1].

Die Suche nach der grauen Literatur (Berichte, Manuale, Präsentationen) erbrachte einige Treffer, die Hinweise zur Beantwortung der Forschungsfrage enthalten. Auch wenn eine strukturierte oder gar externe Evaluation zumeist nicht vorlag, vermitteln die Ergebnisse zumindest einen Eindruck davon, was in einzelnen Maßnahmen und Pilotprojekten umgesetzt wurde und welche Zielgruppen avisiert wurden. Verschiedentlich wird die mangelnde Evidenz selbst bei der Vermittlung von allgemeinen Gesundheitsbotschaften beklagt.^[2, 3]

Die kontaktierten Präventionsexpert:innen (Dr. Jens Kalke, Dr. Heike Zurhold, Veronika Möller; alle ZIS/ISD Hamburg) bestätigten im Gespräch den Mangel an belastbaren, extern validierten Ergebnissen zur Vermittlung und effektiven Präsentation von cannabisbezogenen Präventionsbotschaften. Ebenso wurde bestätigt, dass es abseits der bereits seit Jahren adressierten Zielgruppen (v. a. Jugendliche bzw. Schüler:innen) kaum aktualisierte Erkenntnisse dazu gibt, ob durch die Liberalisierung der Cannabismärkte möglicherweise neue Präventions-Zielgruppen angesprochen werden sollten (Ausnahme: Präventionsbeauftragte in Anbauvereinigungen, siehe Kapitel 4.2.2).

Angesichts dieser defizitären Situation wurden die Suche ausgeweitet und auch Veröffentlichungen, Manuale, Leitlinien etc. gesammelt und beurteilt, die das Thema allgemeine Suchtprävention (inklusive betrieblicher Suchtprävention) bearbeiten. In einem nächsten Verallgemeinerungsschritt wurden Ergebnisse geprüft, die erfolgversprechende Wege und Mittel in der Kommunikation genereller Gesundheitsinformationen bzw. -botschaften beschreiben, wie sie beispielsweise in der allgemeinen Gesundheitsaufklärung zum Einsatz kommen.

Referenzen

1. Trojan, A. and P. Kolip. *Evidenzbasierung in der Prävention und Gesundheitsförderung*, in *Prävention und Gesundheitsförderung*. M. Tiemann and M. Mohokum, Editors. 2020. Springer Berlin Heidelberg: Berlin, Heidelberg. p. 1-24. 10.1007/978-3-662-55793-8_122-1.
2. Hastall, M.R. *Effective health communication: Foundations, barriers, and success factors from a communication science perspective*. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 2019. 149. p. 66-72. 10.1016/j.zefq.2020.01.003.
3. Schwarz, U. *Gesundheitsaufklärung über digitale audiovisuelle Medien: Strategien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2020. 63. (6): p. 715-720. 10.1007/s00103-020-03145-4.

3.5 Quantitative Befragung Voll- und Minderjähriger sowie von Cannabis-Konsument:innen zur Verbreitung der relevanten Auffassungen von Cannabiswirkungen

3.5.1 Befragungen, Stichproben & Datenmanagement

Online-Befragung

Das Ziel der Befragung bestand darin, die Verbreitung cannabisbezogener Auffassungen in der Bevölkerung zu erfassen sowie Zugangsmöglichkeiten zu geeigneten Präventionsmaßnahmen abzubilden. Im Juli und August 2025 wurden hierfür volljährige Personen im Alter von 18 bis 70 Jahren, minderjährige Personen im Alter von 16 bis 17 Jahren sowie Cannabiskonsument:innen mittels eines anonymen, quantitativen Online-Fragebogens befragt. Die Befragung von Volljährigen und Minderjährigen erfolgte anhand von Panelstichproben (Payback-Panel Deutschland bzw. Horizoom). In der Volljährigen-Erhebung wurde nach dem Cannabiskonsum quotiert erhoben. Für die Rekrutierung von Cannabiskonsument:innen wurden Anbauvereinigungen angeschrieben und gebeten, den Fragebogen an ihre Mitglieder weiterzuleiten.

Erhebung

Im Mittelpunkt der Erhebung standen die Kenntnis der 42 identifizierten Auffassungen, das Wissen über deren Wahrheitsgehalt sowie die Bedeutung dieser Auffassungen für die persönliche Einstellung zu Cannabis. Um aufgrund der großen Anzahl abgefragter Auffassungen Auswahleffekte zu verhindern, wurde die Reihenfolge der Kenntnisabfrage zufällig generiert. Bei den anschließenden Fragen zum Wissensstand und zur individuellen Bedeutung wurden jeweils nur die zuvor ausgewählten Auffassungen erneut vorgelegt.

Potenzielle Zugänge für Präventionsmaßnahmen wurden erfasst, um zu identifizieren, aus welchen Quellen die Befragten aktiv Informationen zu gesundheitlichen Fragen präferieren, ob sie gesundheitliche Informationen über Medien im öffentlichen Raum oder Kampagnen wahrnehmen und wie sie die Vertrauenswürdigkeit der jeweiligen Informationsquellen einschätzen. Zusätzlich wurden soziodemografische Angaben sowie Informationen zum Cannabiskonsum erhoben, um die Stichprobe zu charakterisieren und nach Zielgruppen differenzieren zu können.

Datenintegration

Nach Abschluss der Datenerhebung erfolgten eine Überprüfung und Bereinigung der Daten. Abschließend wurden alle bereinigten Daten in einen konsolidierten Datensatz integriert, der für die anschließenden Auswertungen genutzt wurde.

Beschreibung der Teilstichproben

Insgesamt flossen die Daten von 2.777 Personen in die Auswertung ein (Tabelle 3.3).

Teilstichprobe: Volljährige (n=2.079)

Unter den volljährigen Befragten lag der Anteil der Männer mit 54,4 % (1.132 Personen) etwas über dem der Frauen. Insgesamt lag der Schwerpunkt der Altersverteilung zwischen 27 und 65 Jahren, die größte Altersgruppe stellten die 36- bis 45-Jährigen. Die Gruppen der 18- bis 26-Jährigen und der ab 66-Jährigen waren jeweils am geringsten vertreten (vgl. Tabelle 3.3). Über 90 % der Befragten gaben mindestens die Mittlere Reife als höchsten Bildungsabschluss an, fast 60 % waren in Voll- oder Teilzeit erwerbstätig. Mit Blick auf den Wohnort lebte etwa die Hälfte (50,5 %) in Städten mit mehr als 50.000 Einwohner:innen, 19,6 % in Großstädten mit über 500.000 Einwohner:innen. Die Mehrheit (53,2 %) gab an, noch nie Cannabis konsumiert zu haben, während mehr als jede:r Fünfte angab, früher, jedoch nicht in den letzten 12 Monaten konsumiert zu haben. 502 Befragte berichteten, in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert zu haben, davon 225 Personen auch in den 30 Tagen vor der Befragung.

Teilstichprobe: Minderjährige (n=555)

Bei den Minderjährigen war der Anteil weiblicher Befragter (62,7 %) deutlich höher als der männlicher Teilnehmender (Tabelle 3.3). Wie zu erwarten, befand sich der Großteil (83,6 %) zum Befragungszeitpunkt in einer schulischen Ausbildung. Die Minderjährigen stammten zu ähnlichen Anteilen aus kleinen, mittleren und großen Kommunen. Drei Viertel der Befragten berichteten, noch nie Cannabis konsumiert zu haben, während 102 Minderjährige in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert hatten; 46 davon taten dies in den vergangenen 30 Tagen.

Teilstichprobe: Mitglieder von Cannabisanbauvereinigungen (n=143)

Die Hälfte der teilnehmenden Mitglieder der Anbauvereinigungen war zwischen 27 und 45 Jahre alt, wobei die 36- bis 45-Jährigen die größte Altersgruppe stellte (38,5 %). Das Bildungsniveau war in dieser Gruppe vergleichsweise höher: 73,4 % der Befragten gaben die Hochschulreife als höchsten Bildungsabschluss an. Etwa jede:r Fünfte lebte in Städten mit mehr als 500.000 Einwohner:innen, weitere 17,3 % in Städten mit mehr als 100.000 Einwohner:innen. Wie aufgrund der Rekrutierung über Anbauvereinigungen zu erwarten war, war der Anteil der Befragten mit Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen hoch (n= 133; 93,0 %) (Tabelle 3.3).

Tabelle 3.3 Verbreitung Mythen, Zusammensetzung Bevölkerungs- und Minderjährigenpanel sowie Befragung Anbauvereinigungen

	Bevölkerungspanel Volljährige		Minderjährigenpanel 16-17-Jährige		Mitglieder Anbauvereinigungen	
	N	%	N	%	N	%
Erreichte	2.079	100%	555	100%	143	100%
Cannabiskonsum						
in den letzten 30 Tagen	225	10,8%	46	8,3%	133	93,0%
in den letzten 12 Monaten	277	13,3%	56	10,1%	7	4,9%
früher, aber nicht in den letzten 12 Monaten	470	22,6%	34	6,1%	3	2,1%
nie	1.107	53,2%	419	75,5%	0	0,0%
Geschlecht						
männlich	1.132	54,4%	202	36,4%	115	80,4%
weiblich	940	45,2%	348	62,7%	27	18,9%
divers	7	0,3%	5	0,9%	1	0,7%
Alter						
18-26 Jahre	300	14,4%	-	-	6	4,2%
27-35 Jahre	395	19,0%	-	-	19	13,3%
36-45 Jahre	509	24,5%	-	-	55	38,5%
46-55 Jahre	350	16,8%	-	-	27	18,9%
56-65 Jahre	383	18,4%	-	-	20	14,0%
66 + älter	141	6,8%	-	-	16	11,2%
höchster Bildungsabschluss						
aktuell in Schulausbildung	15	0,7%	464	83,6%	1	0,7%
kein Schulabschluss	12	0,6%	3	0,5%	0	0,0%
Volks-/ Hauptschulabschluss	165	7,9%	14	2,5%	5	3,5%
Mittlerer Schulabschluss	678	32,6%	60	10,8%	32	22,4%
Hochschulreife	1.209	58,2%	14	2,5%	105	73,4%
angestrebter Schulabschluss			(N=464)			
Hauptschulabschluss	-	-	29	6,3%	-	-
Mittlere Reife	-	-	80	17,2%	-	-
(Fach-) Abitur	-	-	339	73,1%	-	-
anderen Abschluss	-	-	16	3,4%	-	-
Erwerbstätigkeit						
Vollzeit erwerbstätig	1.254	60,3%	-	-	91	63,6%
Teilzeit erwerbstätig	394	19,0%	-	-	27	18,9%
Nicht erwerbstätig	431	20,7%	-	-	25	17,5%

	Bevölkerungspanel Volljährige		Minderjährigenpanel 16-17-Jährige		Mitglieder Anbauver- einigungen	
aktuelle Beschäftigung			(N=91)			
keine	-	-	15	16,5%	-	-
berufliche Ausbildung	-	-	38	41,8%	-	-
freiwilliges soziales / ökolo- gisches Jahr oder Ähnliches	-	-	8	8,8%	-	-
Wehrdienst	-	-	2	2,2%	-	-
Studium	-	-	6	6,6%	-	-
berufliche Tätigkeit	-	-	6	6,6%	-	-
andere	-	-	16	17,6%	-	-
Größe des Wohnortes						
mehr als 500.000	397	19,1%	91	16,4%	31	21,7%
mehr als 100.000	408	19,6%	96	17,3%	23	16,1%
mehr als 50.000	225	10,8%	62	11,2%	14	9,8%
mehr als 10.000	499	24,0%	129	23,2%	44	30,8%
mehr als 1.000	392	18,9%	106	19,1%	23	16,1%
weniger als 1.000 Einwohner	158	7,6%	71	12,8%	8	5,6%

Auswertung

Der integrierte Datensatz wurde nach fünf Zielgruppen cannabispräventiver Adressat:innen ausgewertet, die mit Hilfe der erhobenen, soziodemografischen Variablen gebildet wurden (Voll- und Minderjährige, junge Erwachsene (18-26 Jahre), aktuelle Konsument:innen (30-Tages-Prävalenz) und Eltern mit minderjährigen Kindern). In die Gruppe der Volljährigen (18-70 Jahre) flossen ausschließlich Daten des Bevölkerungspanels (Payback) ein. Die Gruppe der Minderjährigen (16-17 Jahre) setzt sich ausschließlich aus Befragten des Minderjährigen-Panels zusammen (Horizoom).

Für die Auswertungen zu den Zielgruppen Volljährige und Minderjährige wurden deren Daten anhand soziodemografischer Variablen gewichtet, um eine bevölkerungsähnliche Zusammensetzung zu erzielen. Gewichtet wurde nach aktuellen Daten des statistischen Bundesamtes.⁴ Es wurden Informationen zum Geschlecht, zum Alter, zum Schulabschluss und zum Migrationshintergrund einbezogen.

3.5.2 Analysestruktur & -indikatoren

Zielgruppenstruktur

Die Ergebnisse der integrierten Datenauswertung wurden nach anvisierten Zielgruppen der Cannabisprävention, wie sie auch die Literaturanalyse beschrieben hat (s. Kap 4.2.2), gruppiert. Minderjährige bilden eine Kerngruppe suchtpreventiver Bemühungen, Volljährige zu betrachten, hat in Hinblick auf universelle Präventionsmaßnahmen eine Berechtigung.⁵ Die realisierte Stichprobengröße ermöglichte keine differenzierte Betrachtung der Teilgruppe „Schwangere“ (vgl. Kap. 4.2.2), so dass auf entsprechende Auswertungen verzichtet wurde. Gleiches gilt für die Berufsgruppen der Präventionsfachkräfte oder auch Lehrer:innen. Die Untergruppen „Studierende“ und „Auszubildende“ konnten hingegen prüfend ausgewertet werden: Ihre Ergebnisse unter-

⁴ www.demografie-portal.de/DE/Fakten/bevoelkerung-alterstruktur.html.

<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/Downloads-Migration/statistischer-bericht-migrationshintergrund-erst-2010220247005.html>

<https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/21111/table/21111-0004/table-toolbar/search/s/>

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Bildungsindikatoren/_inhalt.html#621092

⁵ Die Daten der Voll- und Minderjährigen wurden nach soziodemografischen Variablen gewichtet, um möglichst bevölkerungsähnliche Ergebnisse für beiden Gruppen abzubilden (s. Kap 3.5).

schieden sich nur marginal und punktuell von denen der dargestellten Zielgruppe der jungen Erwachsenen (18-26 Jahre) und werden deshalb nicht separat aufgeführt. Als eigene Zielgruppen konnten des Weiteren aktuelle Cannabis-Konsument:innen (30-Tages-Prävalenz) und Eltern von minderjährigen Kindern betrachtet werden. Somit wurden die Analysen über fünf Gruppen durchgeführt: Volljährige, Minderjährige, Konsument:innen, junge Erwachsene, Eltern minderjähriger Kinder.

Analyseindikatoren

Die Analyse der integrierten Daten erfolgte anhand mehrerer Indikatoren (siehe Tab. 3.4).

Die Befragten beurteilten die in der empirischen Bestandaufnahme (s. Kap. 3.1) gewonnenen 39 Mythen, die in 42 Einzelaussagen operationalisiert wurden (=Prüfthesen, s. Kap 4.1), in mehrerlei Hinsicht. Ausgangspunkt war die Frage nach der **Kenntnis**⁶ des Mythos zur Cannabiswirkung (Antwortmöglichkeit: ja / nein). Nur wenn die Kenntnis bejaht wurde, wurden weitere Fragen gestellt: Zunächst nach der **Bedeutung**⁷ des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (vierstufige Likert-Skala: sehr wichtig, eher wichtig, eher unwichtig, unwichtig). Die in den Kapiteln 4.3.1 (Kenntnis) und 4.3.2 (Bedeutung) dargestellten Daten spiegeln die empirischen Ergebnisse direkt wider: als prozentualer Anteil (der Kenntnis) oder als Angabe zum Mittelwert (der individuellen Bedeutung).

Auch nach der **Richtigkeit**⁸ des vorgelegten Mythos (vierstufige Likert-Skala: richtig, eher richtig, eher falsch, falsch) wurde nur bei Kenntnis des Mythos gefragt. Die dargestellten Kategorien zur Richtigkeit der Beurteilung des gekannten Mythos (Kap. 4.3.3) resultieren aus dem fallweisen Abgleich der Befragtenangaben mit den Erkenntnissen der wissenschaftlichen Klassifizierung der Prüfthesen (s. Kap. 4.1 und Anhang III, Kap. 7). So besteht eine komplett richtige Einschätzung, wenn die Befragtenbeurteilung hinsichtlich der Richtigkeit des Mythos (Wert auf der Likert-Skala, s. o.) genau der Klassifikation nach wissenschaftlicher Erkenntnis entspricht (s. Kap. 3.3). Weichen Befragteneinschätzung und wissenschaftliche Klassifikation voneinander ab, so kann dieser Unterschied gering oder deutlich sein. Er kann aus einer Abweichung bzw. einer Differenz von einem bis zu drei „Schritten“ auf der Likert-Skala bestehen (z. B. zwischen „richtig“ und „eher richtig“: = 1 Schritt oder z. B. zwischen „falsch“ und „richtig“ = 3 Schritte). Auf Grundlage dieser Differenzen wurden Mittelwerte gebildet, die die Abweichung der Einschätzung der Befragten von der empirisch belegten Richtigkeit der vorgelegten Mythen widerspiegeln.

Die **individuelle Präventionsbedeutung** (Ergebnisse im Kap. 4.3.4) stellt eine Kombination der individuellen Bedeutung des (bekannten) Mythos für den eigenen Cannabisumgang (Ergebnisse im Kap 4.3.2) mit der Richtigkeit der eigenen Beurteilung dieses Mythos (Ergebnisse im Kap. 4.3.3) dar. Dem Begriff „Präventionsbedeutung“ liegt eine Setzung zugrunde: Je bedeutsamer der Mythos individuell und je falscher seine Beurteilung ist, desto größer ist die angenommene individuelle Präventionsbedeutung für die einzelne Person im Sinne einer rationalen Cannabisprävention, bei der Aufklärung die Basis bildet. Daher sind für diesen Präventionsindikator fallweise individuelle Bedeutung und Richtigkeit der Beurteilung miteinander multipliziert worden. Die Mittelwerte repräsentieren die unterschiedlichen Präventionsbedeutungen (der Mythen in den Zielgruppen).

Für die nach soziodemografischen Variablen gewichteten Angaben der Zielgruppen Voll- und Minderjährige konnte das Ausmaß der Kenntnis über die einzelnen Mythen in einen weiteren Indikator einbezogen werden, die Bevölkerungsrelevanz. Dazu wurde die (zielgruppenspezifische) Kenntnis, die bislang als alleinstehender

⁶ „Kennen Sie diese Meinungen bzw. Überzeugungen?“

⁷ „Wie wichtig sind Ihnen persönlich diese Meinungen/Überzeugungen für Ihren Umgang mit Cannabis?“

⁸ „Sind diese Meinungen/Überzeugungen zu Cannabis tatsächlich richtig oder falsch?“

Indikator betrachtet wurde, mit der (individuellen) Präventionsbedeutung (Produkt aus Bedeutung und Falschheit der Beurteilung) multipliziert, um für Voll- und Minderjährige Aussagen zur **bevölkerungsbezogenen Risikobedeutung** der Mythen generieren zu können (Ergebnisse im Kap 4.3.5). Auf diese Weise wird die Relevanz erkennbar, in der betrachteten Gesamtgruppe über den jeweils betrachteten Mythos aufzuklären – losgelöst von der Voraussetzung, dass der Mythos bereits bekannt ist.

Für die berechneten Mittelwerte der verschiedenen Indikatoren wurde eine Standardisierung vorgenommen, um die Ausprägungen der Mittelwerte vergleichbar und intuitiv verständlich zu gestalten. 0 Punkte repräsentieren in den nachfolgenden Tabellen und Ausführungen immer die niedrigste mögliche Ausprägung (z. B. keinerlei Bedeutung), 50 Punkte stehen für eine mittlere Ausprägung (z. B. eine mittlere Übereinstimmung in der richtigen Beurteilung des Mythos), 100 Punkte entsprechen der höchsten möglichen Ausprägung (z. B. allergrößte Präventionsbedeutung). 25 Punkte oder weniger werden im Folgenden als niedrige oder auch geringe Ausprägung bezeichnet, 75 Punkte oder mehr als hohe.

Tabelle 3.4 Indikatoren der quantitativen Analyse

Indikator	Befragte	Frage	Operationalisierung	Messung	Kennwert	Einheit
Kenntnis	alle	„Kennen Sie diese Meinungen bzw. Überzeugungen?“	direkte Übernahme aus FB	ja/nein	Anteil	Prozent
Bedeutung	nur bei Kenntnis	„Wie wichtig sind Ihnen persönlich diese Meinungen / Überzeugungen für Ihren Umgang mit Cannabis?“	direkte Übernahme aus FB	Likert, 4-stufig	Mittelwert	Punkte, standardisiert, 0-100
Richtigkeit	nur bei Kenntnis	„Sind diese Meinungen / Überzeugungen zu Cannabis tatsächlich richtig oder falsch?“	fallweiser Abgleich Richtigkeit mit wiss. Klassifizierung, Messung 4-stufiger Übereinstimmung	Likert, 4-stufig	Mittelwert	Punkte, standardisiert, 0-100
individuelle Präventionsbedeutung	-	-	Bedeutung * Richtigkeit (invers)	Skala, 1-16	Mittelwert	Punkte, standardisiert, 0-100
bevölkerungsbezogene Risikobedeutung	-	-	Präventionsbedeutung * Kenntnis (dezimaler Anteil)	Skala, 0-16	Mittelwert	Punkte, standardisiert, 0-100

An dieser Stelle wird das strikt empirische Vorgehen der Analysearbeiten dieser Studie deutlich: Jenseits der grundlegenden Definition des Begriffes der Präventionsbedeutung fließen keinerlei (vorausgehender, externer) Bewertungen über die Wichtigkeit einzelner Cannabiswirkungen (auf den Körper, die Psyche oder für die Gesellschaft) ein, die dazu führen würden, dass bestimmte Mythen etwa für Präventionsmaßnahmen eher zu berücksichtigen seien als andere. Die Präventionsbedeutung wird allein durch die individuelle Bedeutungszuweisung der Befragten und deren eigene richtige oder falsche Beurteilung des Wirkungszusammenhanges geprägt.

Damit soll die Diskussion über solcherart externe Argumente bzw. inhaltliche Priorisierung aber nicht ausgeschlossen werden. Es lassen sich etwa diese Fragen formulieren: Muss nicht eine Wissensgrundlage zu den erheblichen somatischen und psychischen Konsumwirkungen umrissen werden, die z. B. in Schulungsmaßnahmen immer vermittelt wird? Welche Mythen wären dann wichtiger als andere? Welche Auswahlargumente setzen sich durch? Welches Ausmaß darf die Unkenntnis in einer Gruppe maximal haben, um Mythen aus einem „Kerncurriculum“ nicht zu thematisieren?

Solche Diskussionen, die ausdrücklich vorgelagerte, normative Festlegungen einbeziehen, sind z. B. mit den geladenen Expert:innen (s. Kap. 3.6 und Kap. 4.6) über die Studienergebnisse ausdrücklich geführt worden.

Die Analysen beschränkten sich aber nicht nur auf die in den Kap. 4.3.1 bis Kap. 4.3.5 dargestellten Indikatoren und Zielgruppen. Vielmehr wurden weitere „verschachtelte“ Zusammenhänge unter Berücksichtigung soziodemografischer Variablen betrachtet, und zwar des Geschlechts, der verschiedenen Konsumprävalenzen, des Migrationshintergrunds und der Wohnortgröße. Wenn deutliche Erkenntnisse aus diesen differenzierten Blickwinkeln vorlagen, werden sie an den entsprechenden Stellen im Text aufgegriffen. Alle detaillierten Daten hierzu finden sich in den Tabellen im Anhang II (Kap. 6).

Mit Hilfe dieser Daten und Indikatoren können in den folgenden Unterkapiteln Antworten auf wesentliche Forschungsinteressen des Forschungsprojektes CaRM gefunden werden:

1. Welche Auffassungen in Bezug auf die Risiken bzw. positiven Effekte von Cannabis bestehen in der Bevölkerung bzw. einzelnen Zielgruppen von Cannabisprävention in Deutschland?
2. Welches (falsche und richtige) Wissen zu den gesundheitlichen Auswirkungen des Cannabiskonsums ist verbreitet?

3.6 Diskussion der Zwischenergebnisse mit Expert:innen

Das methodische Design zur Expert:innendiskussion war durch einen zweistufigen, partizipativen Ansatz geprägt. Ziel war es, die vielfältigen Perspektiven von Expert:innen aus unterschiedlichen Bereichen der Cannabisprävention (z. B. Präventionsforschung sowie Entwicklung und Umsetzung von Präventionsprojekten bzw. -kampagnen) möglichst umfassend zu erschließen, so dass Dimensionen von Bewertung und möglicher Weiterentwicklung der empirisch erhobenen Zwischenergebnisse erkennbar werden.

In einem ersten Schritt erhielten alle Teilnehmenden im Vorfeld der Präsenzveranstaltung eine tabellarisch aufbereitete Übersicht der Ergebnisse der quantitativen Befragung von Voll- und Minderjährigen sowie von Cannabiskonsumt:innen zur Verbreitung der relevanten Auffassungen von Cannabiswirkungen (vgl. Kapitel 4.3). Die Art der Aufbereitung der Daten ermöglichte es den Expert:innen, die Verbreitung, das Wissen bezüglich sowie die individuelle Bedeutung der identifizierten Auffassungen eigenständig für Zielgruppen zu sortieren, Schwerpunkte zu setzen und verschiedene Auswertungslogiken auf die Daten anzuwenden. Zur besseren Orientierung wurden die Tabellen durch Lesebeispiele und umfassende Begriffserklärungen ergänzt. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse wurden die Expert:innen gebeten, einen anonymisierten Online-Fragebogen auszufüllen. Dieser orientierte sich an den Kernthemen der geplanten Diskussion, insbesondere an der Relevanz spezifischer Auffassungen für verschiedene Zielgruppen der Prävention sowie an den aus Sicht der Teilnehmenden wichtigsten Wegen der Gesundheitskommunikation. Die Online-Rückmeldungen dienten nicht nur der individuellen Reflexion, sondern wurden von der Projektgruppe systematisch ausgewertet, um zentrale Themen und Diskussionsfelder für die Präsenzdiskussion vorzubereiten.

Das halbtägige, moderierte Treffen fand in Kassel statt. Es wurden blockweise offene Fragestellungen diskutiert, die jeweils durch inhaltliche Zusammenfassungen zu den Online-Rückmeldungen der Expert:innen eröffnet wurden. Auf diese Weise gelang eine Kontextualisierung der Zwischenergebnisse des Projektes mit dem Praxiswissen der Expert:innen. Folgende Themenblöcke wurden zur Diskussion gestellt:

- a. Zielgruppendifferenzierung
- b. Auswahl und Priorisierung von Auffassungen
- c. Erreichungswege

Die Expert:innengruppe setzte sich aus acht Fachkräften aus den Bereichen Jugend- und Suchtberatung, Suchtpräventionszentren sowie Landes- und Hauptfachstellen für Suchtfragen zusammen.

4 Ergebnisse

4.1 Prüfthesen zu Cannabis & wissenschaftliche Klassifikation

Die 39 verdichteten Aussagen, die die per empirischer Bestandsaufnahme gewonnene Auffassungen zu möglichen Wirkungen des Cannabiskonsums bzw. Konsequenzen in seinem Umgang widerspiegeln, wurden anhand der aktuellen wissenschaftlichen Literatur geprüft und entsprechend klassifiziert (s. Kap. 3.1 und 3.2). Die Aussagen lassen sich in die Bereiche Übergreifendes, Substanz, Körper, Körper & Psyche, Psyche, Soziales und Rechtliches unterteilen (siehe Tab. 4.1).

Die verdichteten Inhalte der wissenschaftlichen Prüfungen, die zur nachfolgend ablesbaren Klassifizierung geführt haben, finden sich in den 39 Fact-Sheets. Sie sind Teil des Anhangs dieses Berichtes (siehe Anhang III).

Tabelle 4.1 Prüfthesen zu Cannabiswirkungen und ihre wissenschaftliche Klassifizierung

Prüfthesen		Klassifizierung				
		richtig	eher richtig	eher falsch	falsch	keine Aussage möglich
übergreifend						
1	Cannabis ist ein Allheilmittel.				•	
2	Cannabiskonsum ist harmlos.				•	
3	Cannabiskonsum durch Heranwachsende führt in stärkerem Maße als bei Erwachsenen zu gesundheitlichen Schäden.		•			
4	Cannabis ist weniger schädlich als Alkohol.	•				
Substanz						
5	Cannabis ist schwierig zu dosieren.	•				
6	Mischkonsum von Cannabis mit anderen Substanzen ist besonders risikoreich.	•				
7	Zusätze im Cannabis führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken.	•				
Körper						
8	Cannabiskonsum schädigt den Fötus.	•				
9	Eine Überdosierung von Cannabis führt nicht zum Tod.	•				
10	Cannabis wirkt gegen Schmerzen.			•		
11	Cannabiskonsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen.	•				
12	Cannabis hemmt Entzündungen.					•
13	Cannabiskonsum löst Spasmen.	•				
14	Cannabiskonsum verursacht Herz-Kreislaufkrankheiten.	•				
15	Inhalativer Cannabiskonsum bewirkt Atemwegserkrankungen.	•				
16	Cannabiskonsum verursacht Krebserkrankungen.	•				
17	Cannabiskonsum hilft beim Abnehmen.					•
Körper & Psyche						
18	Cannabiskonsum hilft bei Schlafproblemen.			•		
19	Cannabiskonsum verändert die Wahrnehmungen.	•				
20	Cannabiskonsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten.	•				
21	Cannabiskonsum gefährdet die Verkehrssicherheit.	•				

Prüfthesen		Klassifizierung				
		richtig	eher richtig	eher falsch	falsch	keine Aussage möglich
Psyche						
22	Cannabis ist eine Einstiegsdroge.			•		
23	Cannabis verursacht keine Abhängigkeit.				•	
24	Cannabiskonsum verursacht Psychosen.	•				
25	Cannabiskonsum wirkt gegen Angst.			•		
26	Cannabiskonsum wirkt gegen Depressionen.				•	
27	Cannabiskonsum wirkt gegen ADHS.			•		
28	Cannabiskonsum verursacht einen generellen Motivationsverlust.				•	
29	Cannabiskonsum verbessert die Gemütslage.		•			
30	Cannabiskonsum führt zu Suizidgedanken.		•			
31	Cannabiskonsum entspannt (a) und macht nicht aggressiv (b).		a	b		
32	Cannabiskonsum macht kreativ.			•		
Soziales						
33	Cannabiskonsum schädigt soziale Beziehungen.			•		
34	Cannabiskonsum:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln.			•		
35	Cannabiskonsum führt zu niedrigen Leistungen (a) und geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau (b).			a	b	
36	Cannabiskonsum ist cool.				•	
37	Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis.				•	
Rechtliches						
38	Cannabiskonsum ist nun für alle überall erlaubt.				•	
39	Die Teillegalisierung wird zu einem Anstieg des Cannabiskonsums führen (a), insbesondere unter Minderjährigen (b).	a		b		

Prüfthesen 31, 35 + 39: (a) / (b): geteilte Klassifizierung

4.2 Zielgruppen, Medien und Inhalte wirksamer Cannabisprävention

4.2.1 Hintergrund

Im Zusammenhang mit einigen Fragen dieses Forschungsprojektes (siehe Kap. 2.1) war es das Ziel dieser Literaturanalyse, effektive Zugänge bzw. Medien zu bestimmen, mit Hilfe derer die in den Mittelpunkt zu stellenden Präventionszielgruppen erreicht werden können und die präventiven Erfolge erwarten lassen. Die zugehörige Forschungsfrage 3 lautet: *Welche Zielgruppen, Medien und Inhalte sollten in den Mittelpunkt einer wirksamen Prävention von Risiken und Mythen des Cannabiskonsums gestellt werden?*

Zur Beantwortung der Forschungsfrage war es demnach notwendig, Informationen zu drei Bereichen zu ermitteln und bereitzustellen: Im Abschnitt 4.2.2 werden die Zielgruppen der Informations- und Präventionsbotschaften bestimmt und beschrieben und unter 4.2.3 finden sich Informationen darüber, auf welchen Wegen und mit welchen Medien diese effektiv angesprochen und erreicht werden können. Im Abschnitt 4.2.4 werden schließlich Erkenntnisse darüber präsentiert, wie die cannabisbezogenen Informations- und Präventionsbotschaften ausgestaltet sein sollten, damit sie das Interesse der Zielgruppen wecken, von den jeweiligen Personen verstanden und idealerweise im Gedächtnis behalten werden.

Den einzelnen Ergebnisteilen ist jeweils eine tabellarische Übersicht der Ergebnisse in gekürzter und verdichteter Form vorangestellt. Details, nähere Erläuterungen und Quellen finden sich in den nachfolgenden Ausführungen.

4.2.2 Zielgruppen cannabisbezogener Informations- und Präventionsbotschaften

Table 4.2 Übersicht über zu erreichende Zielgruppen

Zielgruppe	Begründung	Evidenzgrad*
Schüler:innen/Jugendliche/ junge Erwachsene	<ul style="list-style-type: none"> - Cannabis-Konsumprävalenz in der Altersgruppe 18-25 Jahre am höchsten - Junges Alter bei Erstkonsum erhöht Wahrscheinlichkeit für spätere Konsumprobleme - Gehirnentwicklung bei Jugendlichen noch nicht vollständig abgeschlossen, vor allem intensiver Konsum kann die Entwicklung stören 	hoch
Auszubildende/ Berufsschüler:innen	<ul style="list-style-type: none"> - befinden sich zumeist in der Altersgruppe mit erhöhten Konsumrisiken (s.o.) - erhöhte Prävalenz von Berufsschüler:innen bzgl. gesundheitsriskanter Verhaltensweisen im Vergleich mit Gleichaltrigen 	mittel
Schwangere Frauen	<ul style="list-style-type: none"> - Erkenntnisse aus Nordamerika über Cannabiskonsum zur Linderung schwangerschaftsbedingter Beschwerden - Konsum könnte Wahrscheinlichkeit einer Risikoschwangerschaft erhöhen und Entwicklung des Fötus/Säuglings schädigen - Cannabiskonsum oft in Kombination mit Tabak: Risiken durch Tabak sind gut belegt 	schwach / unklar (bzgl. Tabak hoch)
(Konsumierende) Eltern	<ul style="list-style-type: none"> - Konsumverhalten der Eltern hat Einfluss auf Konsumverhalten der Kinder - Eltern sind wichtiger Sozialisationsagent 	hoch
Fach- und Lehrkräfte	<ul style="list-style-type: none"> - Wichtige Vermittler:innen von Informationen zum Konsum und dessen Risiken 	hoch

Zielgruppe	Begründung	Evidenzgrad*
Präventionsbeauftragte in Anbauvereinigungen	<ul style="list-style-type: none"> - Kommen mit vielen Konsumierenden in Kontakt - sind glaubwürdig bzgl. der Vermittlung von Informationen - sind potenziell erfahrene Konsumierende mit möglicherweise falschem/veraltetem Erfahrungswissen zu Cannabis 	unklar

* Die Einschätzung des Evidenzgrades basiert auf einer zusammenfassenden Einschätzung der Projektgruppe aufgrund der vorgefundenen Studienlage

Jugendliche und Schüler:innen

Seit Jahren sind die primären Zielgruppen der meisten cannabisbezogenen Präventionskampagnen Jugendliche bzw. Schüler:innen. Viele Studienergebnisse legen nahe, dass das Erreichen dieser Zielgruppen zentral ist.^[1, 2] Zum einen machen in der Altersspanne zwischen 12 und 18 Jahren die meisten Jugendlichen ihre ersten Erfahrungen mit psychoaktiven Substanzen wie Alkohol, Tabak oder Cannabis^[3] und im besten Fall sind sie schon vorher über Dosierung, Wirkungen und Risiken informiert. Zum anderen ist gut belegt, dass ein früherer Erstkonsum (v. a. in Kombination mit hohen Konsummengen) mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für (spätere) Konsumprobleme sowie dem Auftreten von psychosozialen Problemen assoziiert ist.^[4] Die Aufklärung über mögliche Mythen, z. B. dass Cannabis nicht abhängig machen kann, könnte diesbezüglich frühzeitig ein vorsichtigeres Verhalten der Jugendlichen bzgl. Erstkonsum, Menge und Frequenz befördern.

Auch bei der vorliegenden Recherche nach potenziellen Zielgruppen für die Aufklärung über cannabisbezogene Mythen wurden fast ausschließlich Präventionskampagnen gefunden, die sich an Jugendliche richten. An erster Stelle wären hier die Online-Informationsangebote des BIÖG zu nennen. Auf www.infos-cannabis.de sowie www.cannabispraevention.de steht inhaltlich, sprachlich und gestalterisch die Zielgruppe der Jugendlichen im Fokus. Allerdings gibt es auch kleinere Bereiche in den Portalen, die sich an Eltern der Zielgruppe richten bzw. in denen allgemeine Informationen wie beispielsweise Safer Use Empfehlungen für Erwachsene über 18 Jahren bereitgestellt werden. Eine Durchsicht der Linksammlung auf cannabispraevention.de (<https://www.cannabispraevention.de/barrierefrei/links/>) erbrachte ebenfalls ausschließlich Präventionsprogramme, die sich an Jugendliche richten bzw. im schulischen Setting angesiedelt sind. Das Gleiche gilt für das Factsheet der BIÖG zur wirkungsorientierten Prävention des Konsums von Cannabis^[5]. Auch in einer großen, substanzübergreifenden „Expertise zur Suchtprävention 2020“ wurden bei der Auswahl der Literaturliste lediglich Studien aufgenommen, die Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis zu einem Alter von 25 Jahren als Stichproben berücksichtigen.^[6] Schließlich werden auch in einem Dokument der Europäischen Werkstatt Suchtprävention,^[7] in dem Best-Practice-Präventionsprogramme aus Europa zusammengestellt wurden, in allen Beispielen (auch) Kinder und Jugendliche als Zielgruppe benannt.

Auszubildende/Berufsschüler:innen

In Programmen, die sich an die Gruppe der jungen Erwachsenen als Ganze richten, wird vereinzelt differenziert und beispielsweise mit „ready4life“^[8] die Gruppe der Auszubildenden als Zielgruppe benannt, allerdings nicht cannabispezifisch, sondern allgemein bezogen auf „Prävention bei Auszubildenden in Bezug auf Rauschmittelkonsum und internetbezogene Störungen“.

Lediglich vereinzelt werden in den gefundenen Materialien Zielgruppen jenseits von Jugendlichen/jungen Erwachsenen adressiert. In der vom BIÖG geförderten Studie CanPrät,^[9] in der es neben inhaltlichen Anpassungen bestehender Kampagnen auch um neue Zielgruppen der Cannabisprävention nach der Teillegalisierung geht, wurden neben der Hauptzielgruppe „Jugendliche“ folgende Adressat:innen genannt: konsumierende

Erwachsene insbesondere Eltern, schwangere Frauen, Fachkräfte von Beratungsstellen, Arbeitgeber:innen (Reihenfolge nach postulierter Relevanz).

Schwangere Frauen und stillende Mütter

Die Zielgruppe der schwangeren Frauen bzw. stillenden Mütter taucht immer wieder in Präventionsangeboten aus Nordamerika auf.^[10] Verschiedene Studien zeigen,^[11] dass schwangere Frauen in den USA und/oder Kanada Cannabis zur Linderung von schwangerschaftsbedingter Übelkeit oder Schmerzen, aber auch depressiven Verstimmungen oder Angstzuständen im Zuge der Schwangerschaft nutzen. Als Gründe für die Versuche, die genannten Beschwerden mit Hilfe von Cannabis zu lindern, nennt bis zu einem Drittel der Frauen, sie seien der Ansicht, der Konsum schade ihrem (ungeborenen) Kind nicht. Viele Untersuchungen belegen jedoch potentielle negative Auswirkungen des Konsums auf den Verlauf der Schwangerschaft bzw. die Gesundheit des Fötus.^[12] Die Befunde zeigen, dass bei der Zielgruppe der schwangeren/stillenden Frauen diesbezüglich offensichtlich ein Informationsdefizit bzw. eine falsche Auffassung vorliegt. Dabei gibt es hier durchaus ein Bedürfnis nach glaubwürdigen und verlässlichen Informationen.^[13] Naheliegenderweise dürfte das ebenfalls für die entsprechende Zielgruppe in Deutschland der Fall sein. So findet sich auch im Infolyer „Für einen bewussten Umgang mit Cannabis“ der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen^[14] ein entsprechender Punkt, der die Gefahren des Cannabiskonsums für schwangere und stillende Frauen thematisiert. Abseits davon eignet sich diese Informationsbroschüre im Allgemeinen zur Aufklärung (neu-)konsumierender Erwachsener.

(Konsumierende) Eltern, Fach- und Lehrkräfte

Das Konsumverhalten der Eltern hat Einfluss auf das Konsumverhalten der Kinder.^[15] Von Berufs wegen spielen Fachkräfte der Suchtprävention und -beratung eine wichtige Rolle bei der Vermittlung von Informationen zu Cannabiskonsum bzw. dessen Risiken. (Konsumierende) Eltern sowie Fach- und Lehrkräfte als Zielgruppe für Informationen zu Cannabis werden folglich auf der vom BIÖG betriebenen Seite www.cannabispraevention.de/ mit eigenen Bereichen adressiert.

Präventionsbeauftragte in Anbauvereinigungen („Cannabis Clubs“)

Schließlich richtet sich das Mustercurriculum für die Anbauvereinigungen: „Schulung zur Cannabisprävention für Präventionsbeauftragte nach dem Konsumcannabisgesetz“ an zu schulende Präventionsbeauftragte als Zielgruppe. Es wird erwartet, dass unter den Anwärter:innen auf die Position als Präventionsbeauftragte:r u. a. Personen zu finden sind, die eine gefestigte und/oder verharmlosende Position zu Cannabis haben. Außerdem könnten Personen, die schon lange konsumieren, das daraus entstandene Erfahrungswissen fälschlicherweise als gesichertes Präventionswissen verstehen, womit sie ebenfalls Zielgruppe von Aufklärung über falsche Vorstellungen zum Thema Cannabis wären.

4.2.3 Wege und Methoden zur Erreichung bzw. Ansprache der Zielgruppen

Wie in Kapitel 3.4 beschrieben, konnte – spezifisch bezogen auf Cannabis – keine wissenschaftliche Evidenz dazu gefunden werden, auf welchem Weg bzw. mit welchen Methoden Zielgruppen mit potenziell falschen Vorstellungen und vermeintlichem Wissen (Mythen) über Wirkung und Konsumfolgen im Rahmen einer Präventionsaktivität erreicht werden können. Allerdings gibt es einzelne Projekte und Präventionsinitiativen, die sich der Aufgabe auf praktischem Weg angenommen haben und Ergebnisse in Form von „grauer Literatur“ (z.B. Projektberichte) veröffentlicht haben.

Darüber hinaus gibt es vereinzelt Erkenntnisse zur Zielgruppenerreichung aus der allgemeinen Suchtprävention (auch wenn es in diesen Projekten, wie bereits erwähnt, fast immer um eine Verhinderung oder Veränderung des Konsums an sich geht und nicht um Wissensvermittlung bzw. -veränderung).

Wenn der Fokus noch etwas mehr geweitet wird, bieten sich Erkenntnisse aus der allgemeinen Gesundheitskommunikation an. Hierzu gibt es verschiedene wissenschaftliche Studien, die zumindest in Nebenfragestellungen Wege und Methoden zur Erreichung der Zielgruppen untersucht haben. Die wissenschaftliche Evidenz wurde für Deutschland in einer „Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation“^[16] zusammengestellt, um wissenschaftsbasierte und laienverständliche Informationen bereitzustellen und den Patient:innen somit informierte Entscheidungen z. B. zu Behandlungsoptionen zu ermöglichen. Dies lässt sich für das vorliegende Projekt auf die (informierte und nicht mythenbasierte) Entscheidung übertragen, ob eine Person Cannabis konsumieren möchte oder nicht. Denn wie in einem Handbuch zur Prävention und Gesundheitsförderung definiert wird, kann „Gesundheitskommunikation [...] als die Produktion, Verarbeitung, Weitergabe, Rezeption und Wirkung von gesundheitsbezogenen Informationen, Texten und Bildern durch Personen und Organisationen“ definiert werden. Mit dem Begriff Gesundheitskommunikation sind also alle Informations- und Kommunikationsprozesse angesprochen, die einen Bezug zu Gesundheitsthemen haben^[17].

Im Folgenden werden Informationen „vom Allgemeinen zum Speziellen“ bereitgestellt. Das bedeutet, dass zunächst Erkenntnisse aus der allgemeinen Gesundheitskommunikation berichtet werden, die besser wissenschaftlich untersucht wurden, andererseits aber nicht suchtpreventions- bzw. cannabisspezifisch sind. Auf der nächsten Ebene geht es um Erkenntnisse geeigneter Vermittlungswege von Informationen aus der allgemeinen Suchtprävention und zuletzt – soweit vorhanden – um cannabisspezifische Ansätze.

4.2.3.1 Mediengestützte Methoden

Tabelle 4.3 Übersicht über Wege und Methoden der mediengestützten Zielgruppenerreichung

Zugangsmethode	Begründung	
Mediengestützt	<ul style="list-style-type: none"> - Informationssuche (nicht nur) junger Menschen findet hauptsächlich im Internet statt - intensive Nutzung von „Social Media“ unter jungen Erwachsenen - einfache Möglichkeiten hohe Reichweite zu erreichen - Bewegtbilder werden bevorzugt - viele auch interaktive Möglichkeiten der Informationsvermittlung und Selbstreflexion - spielerischer Zugang zu ernsten Themen 	
Zugangsweg	Darstellung/Vermittlung	Evidenzgrad*
Social Media	- Vermittlung der Botschaften über bekannte Influencer:innen	hoch
Videoplattformen (YouTube, etc.)	- Vermittlung über (prominente) Personen, die selbst von Konsumproblemen betroffen sind (oder waren)	hoch
Textnachrichten	- jugendgerechte (nicht anbietende) Sprache	mittel
Apps	- aktuelles Design/Ästhetik und gute Funktionalität	mittel
Präventionswebsites	- kurze, neutrale Texte	mittel
Serious games	- hochwertig produziert	unklar

* Die Einschätzung des Evidenzgrades basiert auf einer zusammenfassenden Einschätzung der Projektgruppe aufgrund der vorgefundenen Studienlage

Gesundheitskommunikation allgemein

In der Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation^[16] wird zusammenfassend empfohlen, dass Gesundheitsinformationen in unterschiedlichen Formaten über verschiedene Medien bereitgestellt werden sollten.

Konkret benannt werden: „Printangebote wie Broschüren oder Flyer, audiovisuelle Formate wie Videos, CDs, DVDs oder auch computer- bzw. internetgestützte Angebote wie CD-ROMs oder Websites“. Zudem wird betont, dass bei der Auswahl des Formats die Zielgruppe eine bedeutende Rolle spielt.

Insbesondere bei digitalen Formaten ist die Geschwindigkeit der technischen Innovation sehr hoch. So dürften die in der acht Jahre alten Leitlinie genannten Formate CD, DVD und CD-ROM insbesondere bei einer jüngeren Zielgruppe heutzutage kaum noch eine Rolle spielen, nicht zuletzt deshalb, weil die erforderlichen Abspielgeräte zumeist gar nicht mehr vorhanden sind.

Ebenso erscheinen „klassische“ Printerzeugnisse in Form von Postern oder Flyern für einen Großteil der zumeist jüngeren Zielgruppen nicht passgenau und haben zudem durch ein tendenziell verstaubtes Image eine geringe Attraktivität und erregen kaum die benötigte Aufmerksamkeit. Auch „Fernsehen und Kino [sind] heute für die auf große Reichweiten zielenden institutionellen Gesundheitsbotschaften schwierigere Verbreitungspartner“^[18].

Die Informationssuche jüngerer Menschen (nicht nur) zu Gesundheitsthemen findet seit Jahren fast ausschließlich im Internet statt,^[19, 20] wobei digitale Bewegtbildangebote bevorzugt werden.^[18] Zunehmend gilt dies auch für die mittlere und ältere Altersgruppe.^[21] Das Internet wird mittlerweile als das Leitmedium für die Kommunikation von Gesundheitsthemen und präventiven Botschaften gesehen.^[22] In den meisten Leitlinien, Strategiepapieren und Handbüchern zur Gesundheitskommunikation,^[16-18, 23, 24] die größtenteils auf wissenschaftlicher Evidenz basieren, wird dann auch die Bedeutung von digitalen audiovisuellen Medien und im Speziellen „Social Media“ als geeignete und Erfolg versprechende Kommunikationsmedien für Gesundheitsbotschaften betont. Die Gründe hierfür sind die vielen Möglichkeiten, Botschaften durch digitale Formate anschaulich und lebendig darzustellen. Die dadurch bewirkte kognitiv und affektiv starke Ansprache wird als besonders effektiv hinsichtlich einer Verhaltensbeeinflussung angesehen.^[18]

Ein narratives Review zum Einfluss von Social Media auf die öffentliche Gesundheit berichtet von einem großen Potential und vielen Möglichkeiten von Social Media bzgl. öffentlicher Gesundheitskampagnen und einem Einfluss auf Gesundheitserziehung und Verhaltensänderungen.^[23]

Insbesondere die Videoplattform „YouTube“ bietet in verschiedener Hinsicht einen vielversprechenden Raum, um Präventionsbotschaften und Videos zur Mythenaufklärung bereitzustellen. Denn YouTube ist nach Google die von Jugendlichen am häufigsten genutzte „Suchmaschine“ (bei allen Nutzer:innen auf Platz 2), insbesondere bei der Suche nach Bewegtbildern, „wenn [die Jugendlichen] sich etwas zeigen oder erklären lassen wollen“^[18]. Medienpädagog:innen sehen in den Videos auf YouTube eine partizipative und vielfältige Erklärkultur, in der Lernen und Verstehen hauptsächlich durch praktisches Ausprobieren, Übung und reflektierendes Nachdenken unterstützt werden. Dadurch entsteht in den Videos eine Lernatmosphäre, die offen, fehlertolerant und positiv gestaltet ist.^[25] Dieses Lernen und Verstehen wird von den Rezipient:innen oftmals so empfunden, als ob es gemeinsam mit den Ersteller:innen des Videos stattfinden würde. Dadurch kann ein Gefühl von Kommunikation auf Augenhöhe erzeugt und die Glaubwürdigkeit der vermittelten Botschaften erhöht werden (siehe auch die Ausführungen zu Peer-gestützten Angeboten weiter unten).

Suchtprävention allgemein

Im EU-Drogenaktionsplan 2021 - 2025^[26] wird in Maßnahme 29 ganz allgemein darauf hingewiesen, dass „neue digitale Kommunikationskanäle und soziale Medien im Gesundheitsbereich genutzt werden [sollten]“.

Über Video transportierte Botschaften zeigten in einem systematischen Review keine Effekte im Bereich Substanzkonsum/Sucht, insbesondere wenn sie thematisch nicht sehr zielgerichtet und präzise ausgestaltet waren.^[27]

In einer „Expertise zur Suchtprävention“^[28] werden zwei übergeordnete Formen von Suchtpräventionsansätzen (nicht speziell zur Wissensvermittlung) im Handlungsfeld Medien benannt: Massenmediale Kampagnen (Fernsehen, Radio, Printmedien, Social Media) und verhaltenspräventive Ansätze, die zumeist im Internet (oder offline im Rahmen von sogenannten „Serious Games“^{9 [29, 30]}) über personalisiertes Feedback vorrangig Verhaltensänderungen beim Konsum unterschiedlicher Substanzen herbeiführen sollen. Reviews zeigen, dass massenmediale Kampagnen keine präventiven Effekte auf den Konsum illegaler Substanzen haben.^[31-33] Einige Studien geben Hinweise darauf, dass computerbasierte Ansätze sowie Serious Games zwar nicht unmittelbar aber zumindest kurz- und mittelfristig (bis zu 6 Monate) Effekte auf die Konsumhäufigkeit von illegalen Substanzen haben können. Es ist aber unklar, welche Inhalte genau die Wirksamkeit erzeugen.^[28]

Kleine Effekte hinsichtlich der Verbesserung der Sozialkompetenz und beim Umgang mit Stress konnten bei einer App-basierten Intervention („ready4life“) zur Suchtprävention bei Berufsschüler:innen gezeigt werden.^[8]

In einem „best practice“ - Beispiel der Europäischen Werkstatt Suchtprävention^[7] aus Belgien („My health – my choice“) wird wiederum – bezogen auf allgemeine Suchtprävention – auf die Möglichkeit hingewiesen, im Rahmen von massenmedialen Kampagnen auch „unbeliebte Maßnahmen“ zu erläutern und ins Gespräch zu bringen. Außerdem wird als ein Fazit der Diskussion der Mitglieder der europäischen Werkstatt Suchtprävention betont, dass der „Einbezug digitaler Medien [...] unumgänglich [sei]“^[7].

SMS-basierte Programme (zur Alkohol- und Tabakprävention) zeigen, dass Jugendliche und junge Erwachsene auf diesem Weg gut zu erreichen sind und sich die Maßnahmen positiv auf die Verringerung des Konsums auswirken.^[34]

Die grundsätzliche Umsetzbarkeit sowie die Wirksamkeit (zumeist hinsichtlich einer Reduktion des Konsums verschiedener Substanzen) von Internet-basierten Präventionsangeboten konnte in mehreren Studien gezeigt werden.^[35] Das gilt auch für Social Media Interventionen, wobei hier (zumeist bzgl. „Facebook“) explizit auch positive Effekte auf die Vermittlung und Verbesserung von Wissen festgestellt wurden.^[32]

Im Rahmen der u. a. von Krankenkassen finanzierten Plattform bluprevent.de wird eine Online-Lehrplattform (blu:interact) für Schüler:innen zur Verfügung gestellt, auf der interaktiv Wissensvermittlung und Anleitung zur Selbstreflexion ermöglicht wird.^[36]

Suchtprävention Cannabis

Im Best Practice Portal zu drogenspezifischen (Präventions-) Interventionen der EUDA^[37] findet sich nur ein einziges Review, das zumindest am Rande Aussagen über die Verbesserung des Wissens im Zusammenhang mit Cannabis macht (alle anderen untersuchen Verhaltensänderungen in Form einer Konsumreduktion), allerdings handelt es sich um das spezielle Risikoverhalten des Fahrens unter Cannabiseinfluss („driving under the influence of cannabis“, DUIC). Demnach gibt es Hinweise darauf, dass Medienkampagnen zur Wissensvermittlung, die sich an jüngere oder bereits aufgefallene Kraftfahrzeugfahrer:innen richten, das Wissen über die Risiken von DUIC verbessern könnten. Eine sehr gute Evidenz gibt es hinsichtlich einer Verbesserung des Wissens über DUIC, wenn auf Verpackungen von Cannabisprodukten, Informationen bzw. Warnhinweise bzgl. DUIC abgedruckt sind.^[38]

Eine randomisiert kontrollierte Studie aus den USA konnte zeigen, dass die Nutzung eines online-gestützten Tools, mit dem personalisiertes Feedback zum Konsum von Alkohol und Cannabis angefordert werden konnte, mit reduziertem Cannabiskonsum assoziiert war und von der Zielgruppe als sehr hilfreich angesehen wurde.^[39]

⁹ Serious Games sind Computerspiele, die darauf ausgerichtet sind, auf unterhaltsame Weise neues Wissen oder Kompetenzen zu vermitteln. Typischerweise zeichnen sich diese Spiele durch einen hohen Unterhaltungsfaktor aus, was es Kindern und Jugendlichen erleichtert, sich mit ernsthaften Themen auseinanderzusetzen. Im Fokus eines Serious Games steht ein konkretes Lernziel.

In einer qualitativen Studie wurde ebenfalls eine spezielle Untergruppe von Cannabiskonsumierenden nämlich schwangere bzw. stillende Frauen eingeschlossen. Als genutzte Informationsquellen bzw. -medien hinsichtlich Risiken wurden mehrheitlich Onlinequellen und das soziale Umfeld benannt, während ärztliches Personal als wenig unterstützend und wenig glaubwürdig wahrgenommen wurde.^[13]

4.2.3.2 Personengestützte Methoden

Tabelle 4.4 Übersicht über Wege und Methoden der personengestützten Zielgruppenerreichung

Zugangsmethode	Begründung	
Personengestützt	<ul style="list-style-type: none"> - Peers wird eine hohe Glaubwürdigkeit und Kompetenz zugeschrieben - Respektierte oder bewunderte Personen (Prominente aber auch Lehr- und Fachkräfte sowie Eltern) haben einen relevanten Einfluss auf Wissen, Einstellung und Verhalten der Zielgruppe - kognitiv und affektiv starke Ansprache der Zielgruppe durch Influencer:innen 	
Zugangsweg	Darstellung/Vermittlung	Evidenzgrad*
Peers	- Peer-Education / productive peer talk moves	hoch
Prominente / Influencer:innen	- Interaktion zwischen Peers und Zielgruppe	hoch
Fach- und Lehrkräfte	- Vermittlung von Erfahrungen aus subjektiver Betroffenseinsicht	mittel
Eltern	- Erstellung der Inhalte und Vermittlungswege in Zusammenarbeit mit der Zielgruppe	mittel

* Die Einschätzung des Evidenzgrades basiert auf einer zusammenfassenden Einschätzung der Projektgruppe aufgrund der vorgefundenen Studienlage

Neben den berichteten Medien, mit denen die Zielgruppen cannabisbezogener Informationen und Botschaften erreicht werden können, gibt es auch die Möglichkeit, dies über Personen wie medizinisches/therapeutisches Personal, Lehrkräfte, Peers sowie öffentliche Personen wie z. B. Influencer:innen (ggfs. in Kombination mit digitaler Präsentation) zu realisieren.

Gesundheitskommunikation allgemein

Eine Meta-Analyse, in der auf allgemeiner Ebene die Wirksamkeit von „productive peer talk moves“ untersucht wurde, bestätigt mit gut belegter Evidenz die positiven Auswirkungen der Interaktion unter Peers zu Gesundheitsthemen auf Lernen sowie Problemlösungskompetenz.^[40]

Ein großes Review konnte ebenfalls belegen, dass „Peer Education“ insbesondere das Wissen zu verschiedenen Gesundheitsthemen verbessern kann.^[41]

Bei einer Mischform findet Peer-to-Peer Gesundheitskommunikation mit Hilfe von Social Media (inkl. Foren, Blogs, Videoplattformen, Online-Communitys aber auch Apps) statt.^[42] Als positiv wird hier zum einen die Unabhängigkeit von Zeit und Ort hervorgehoben. Zum anderen „[werden] bestimmte Personen als Vorbilder sichtbar [...], die in den traditionellen Massenmedien (bislang) so nicht vertreten sind, und die den jeweils Interessierten und Betroffenen dabei helfen, ihre gesundheitsbezogenen Fragen zu beantworten, ihre Identität und ihren Selbstwert zu stärken sowie sie darin unterstützen, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen umzusetzen“. ^[42] Dies gilt insbesondere für Nutzer:innen, die sich intensiv an der Kommunikation beteiligen.

Ein Review zu Public-Health-relevanten Aspekten von Social Media betont das Potential der Interaktion von Expert:innen bzw. Fachkräften mit den Zielgruppen zu Gesundheitsthemen über Social Media und die Möglichkeit, auf diesem Weg falsche Behauptungen richtigzustellen bzw. eine Plattform für Faktenchecks zur Verfügung zu haben.^[23]

In einem anderen Review zu gesundheitsbezogener Kommunikation durch Social Media / Influencer:innen wird berichtet, dies sei ein wirksamer Weg für Kommunikationskampagnen im Bereich öffentliche Gesundheit, wodurch positive Einstellungen zu erwünschten Verhaltensweisen gefördert werden können.^[43]

Im Allgemeinen ist der Einsatz von Testimonials (medizinisches Personal, Betroffene, Prominente) ein wirksames Mittel, um persuasive Gesundheitsbotschaften zu vermitteln.^[24]

Suchtprävention allgemein

Es gibt verschiedene evaluierte Peer-to-Peer Interaktionen bzw. Peeredukation hinsichtlich der Prävention von Alkohol- und Tabakkonsum. Allerdings wurden die Effekte auf konsumbezogenen Variablen evaluiert (Reduktion von Frequenz oder Menge) und nicht die Effektivität der *Vermittlung* über Peers.^[28, 44] Diese Effektivität wird zumeist vorausgesetzt, wofür es durchaus Belege aus Reviews gibt.^[45, 46]

Wenn Präventionsbotschaften von als kompetent angesehenen Peers über Social Media verbreitet werden, kann dies eine erhebliche Wirkung haben. Die Kompetenzzuschreibung übersteigt bisweilen diejenige, die Fachpersonal entgegengebracht wird.^[32]

Ähnlich sieht es bei Präventionsansätzen aus, die durch Eltern vermittelt werden sollen. Ein Review konnte die Effektivität solcher Interventionen hinsichtlich Verhinderung oder Reduktion des Substanzkonsums zeigen. Die Effektivität des Vermittlungsweges wurde nicht direkt untersucht, allerdings gibt es Hinweise auf eine allgemeine Verbesserung der Eltern-Kind-Kommunikation.^[47]

Im Fazit des Berichts von euro net (Europäisches Netzwerk praxisorientierter Suchtprävention) zu Themenschwerpunkten wird berichtet, dass Eltern nach wie vor eine wichtige Instanz sind, um das Konsumverhalten junger Menschen zu beeinflussen.^[7]

Suchtprävention Cannabis

In den USA gibt es verschiedene Programme, bei denen Eltern sich zunächst selbst mit diversen Materialien Wissen über Cannabis aneignen sollen und dieses Wissen dann an ihre Kinder vermitteln sollen.^[10]

Der Vergleich der Vermittlung einer Kurzintervention u. a. zur Reduktion des Cannabiskonsums durch medizinisches Personal vs. computergestützt konnte keine Überlegenheit eines der Ansätze feststellen.^[48]

In einer qualitativen Studie aus Schweden unter Jugendlichen konnte gezeigt werden, dass Präventionsbotschaften am besten von Personen vermittelt werden sollten „zu denen die Jugendlichen aufschauen“, wie z. B. Influencer:innen.^[49]

Im Rahmen des Suchtpräventionsprojektes blu:prevent gab es Versuche, Influencer:innen (z. T. aktuell oder früher selbst von Konsumproblemen betroffen) in Social-Media-basierte Präventionsaktivitäten einzubinden, denn sie vermitteln „ihre Erfahrungen aus subjektiver Betroffenensicht, treffen die Jugendsprache und kommen bei vielen Jugendlichen erstmal besser an als professionelle Präventionsfachkräfte“. Allerdings ist die (längerfristige) Wirksamkeit dieses Zugangs nicht belegt.^[36]

In Deutschland stehen komplexe Programme zur Verfügung, die offline im schulischen Kontext eingesetzt werden können und ebenfalls Elemente zur Wissensvermittlung enthalten, wie z.B. der erfolgreich eingesetzte „Cannabis-Präventions-Parcours“,^[50] der „Grüne Koffer“^[51] oder erlebnispädagogische Angebote wie Kletterevents.^[52]

In einer Evaluation einer App-basierten Intervention zur Reduktion des Cannabiskonsums von Jugendlichen wurde von diesen besonders der integrierte „peer social support“ als relevant und hilfreich hervorgehoben.^[53]

In einem Review zur Sensibilisierung von Jugendlichen zum Thema Cannabis via Textnachrichten konnte gezeigt werden, dass die Strategie, Risiko- und Schutzfaktoren im Zusammenhang mit Cannabiskonsum mit Ju-

gendlichen gemeinsam zu erstellen und die Informationen dann von diesen unter ihren Peers verbreiten zu lassen, sehr effektiv war.^[54]

4.2.4 Art, Ausgestaltung und Inhalte der Präsentation von cannabisbezogenen Informations- und Präventionsbotschaften

Tabelle 4.5 Übersicht über Inhalte und Darstellung der präventiven Botschaften

Darstellungsinhalt	Darstellung	Evidenzgrad*
statistische Informationen: Häufigkeiten, Wahrscheinlichkeiten, etc.	- sprachlich und numerisch	mittel
	- absolutes Risiko statt relatives Risiko	mittel
	- natürliche Häufigkeiten statt Prozentangaben	hoch
	- gleiche statt wechselnde Bezugsgrößen	hoch
Grafiken	- genereller Einsatz	niedrig
	- kein Unterschied zwischen Piktogrammen, Torten- oder Balkendiagrammen	mittel
	- sortierte, statische Piktogramme	mittel
	- anthropomorphe Piktogramme besser als unsortierte, animierte sowie geometrische Piktogramme	niedrig
	- einfache statt kombinierte Darstellung von Risiken (z. B. Risiko mit und ohne Teilnahme an Präventionsaktivität)	mittel
Bilder	- Cartoons, Piktogramme und illustrierende Zeichnungen können Verständnis von Informationen verbessern	mittel
Erfahrungsberichte	- Sachinformationen ergänzt durch Erfahrungsberichte zeigen keine Effekte im Vergleich mit Sachinformationen allein	niedrig
Interaktive Elemente	- Quizformate zu Wissen und zur Konsumreflexion	mittel
Faktenboxen	- Verdichtete Informationen (in Tabellenform)	hoch
Personalisiertes Feedback	- computergestützte personalisierte Aufklärung	hoch
	- Information zu protektiven Verhaltensstrategien	hoch
Furchtappelle	- vereinzelte Befunde auf Wirksamkeit von furchterregenden Botschaften - aber: reine Fokussierung auf furchterregende Aspekte grundsätzlich nicht empfehlenswert (kann Ablehnung der Botschaften erzeugen)	mittel
Humorappelle	- können ernste oder langweilige Themen attraktiv für (jugendliche) Rezipient:innen machen - Gefahr der Ablenkung vom eigentlichen Thema und von Stigmatisierung	gering/unklar

* Die Einschätzung des Evidenzgrades basiert auf einer zusammenfassenden Einschätzung der Projektgruppe aufgrund der vorgefundenen Studienlage

Neben den Herausforderungen die verschiedenen Zielgruppen zur Richtigstellung von verbreiteten Cannabismythen zu *erreichen*, stellt sich die Frage, wie die Botschaften und Fakten inhaltlich und gestalterisch aussehen sollten, um ihre Zwecke zu erfüllen. Hierbei sollte grundsätzlich auf eine den Zielgruppen angemessene Sprache geachtet werden.^[16] Analog zum obigen Vorgehen werden zunächst Erkenntnisse aus der allgemeinen Gesundheitskommunikation, dann aus der Suchtprävention und schließlich aus der Cannabisprävention berichtet.

Gesundheitskommunikation allgemein

Wenn Gesundheitsinformationen bzw. präventive Botschaften mit empirischen Informationen aus Studien belegt werden, kann dies die Glaubwürdigkeit der Aussagen unterstützen. Insbesondere bei quantitativen

Studien ergibt sich die Herausforderung *statistische Informationen* wie z. B. Häufigkeiten, in einer Form zu präsentieren, die für Laien verständlich ist und nicht abschreckt.

Die Leitlinie zur evidenzbasierten Gesundheitskommunikation^[16] bietet hierfür Hinweise. Untersuchungen zeigen der Leitlinie zufolge, dass statistische Informationen wie Häufigkeiten oder Wahrscheinlichkeiten, die nur sprachlich umschrieben werden (gelegentlich, häufig, wahrscheinlich, etc.), sowohl interindividuell als auch zwischen Laien und Fachpersonal sehr unterschiedlich interpretiert werden. Es wird folglich empfohlen, Risiken oder Nutzen nicht (allein) verbal zu präsentieren, sondern (auch) durch numerische Darstellungen, was zu besserem Verstehen und besserem Wissen führt. Weitere Empfehlungen, die sich auf die Verbesserung von Verstehen und/oder Wissen beziehen, betreffen die bessere Verständlichkeit des absoluten Risikos im Vergleich mit dem relativen Risiko, die Darstellung natürlicher Häufigkeiten (z. B. 3 von 100 Personen) vs. Prozentangaben (3%), der Verwendung gleicher vs. wechselnder Bezugsgrößen (z. B. immer: x von 100 Personen).

Der Einsatz von *Grafiken* zur Erleichterung des Verständnisses quantitativer Daten ist nach vorliegender Evidenz empfehlenswert. Allerdings werden die Grafiken nicht von allen Personen richtig verstanden. Zusammenfassend gibt es Evidenz niedriger/mittlerer Qualität für den Einsatz von Grafiken im Allgemeinen, wobei es keinen relevanten Unterschied zwischen Torten- oder Balkendiagrammen sowie Piktogrammen gibt. Wenn Piktogramme eingesetzt werden, sind sortierte und/oder statische und/oder Piktogramme mit menschenähnlichen Symbolen (anthropomorph) zu empfehlen.

Auch die Ergänzung von Informationen durch *Bilder* (Cartoons, (anatomische) Fotos und illustrierende Zeichnungen) können zu einem besseren Verständnis beitragen. Cartoons und illustrierende Zeichnungen zeigen positive Effekte hinsichtlich Verstehen und Akzeptanz, zu (anatomischen) Fotos konnte keine Empfehlung abgegeben werden. Insgesamt basieren diese Ergebnisse auf wenigen Studien und die Darstellungsmöglichkeiten durch Bilder sind sehr vielfältig, weshalb in der Leitlinie keine eindeutige Empfehlung abgegeben wurde.

Narrative (Erfahrungsberichte) werden immer häufiger zur Gesundheitsinformation eingesetzt, da sie leichter verständlich und besser erinnerbar sind als statistische Informationen, eher Interesse an einem Thema wecken können und Risikowahrnehmung und Motivation fördern. Ein Vergleich von Sachinformationen allein mit Sachinformationen ergänzt durch Erfahrungsberichte zeigte keine Effektivität von Letzterem, weshalb der Einsatz nicht empfohlen wird.

Faktenboxen, also eine (tabellarisch) verdichtete Kurzform der Präsentation von Informationen, werden ebenfalls als effektiv empfohlen, insbesondere hinsichtlich des Findens, Verstehens und der Nutzung von Informationen.

Des Weiteren gibt es in der Leitlinie die Empfehlung, bei digitalen Angeboten Informationen mit Hilfe von *interaktiven Elementen* (z. B. im Rahmen von Serious Games oder Quizformaten) zu verwenden, um die Risikowahrnehmung zu verbessern und die Akzeptanz der präventiven Maßnahme zu erhöhen.

Inhaltlich gibt es zwar vereinzelt Befunde zur Wirksamkeit von sog. „*Furchtappellen*“, allerdings zeigt die aktuelle Evidenz, dass die reine Fokussierung auf furchterregende Aspekte grundsätzlich nicht empfehlenswert ist, da dies zu einer Ablehnung der Botschaften führen kann. Ein Vorteil humoristischer Botschaften, die über Social Media präsentiert werden, ist die Möglichkeit der Anschlusskommunikation über Kommentarfunktionen sowie das leichte Teilen (Weiterverbreiten) der Botschaften.^[24] Wenn (ernste) präventive Botschaften auf lustige Weise über Humorappelle transportiert werden, kann dies nach der vorhandenen (sehr begrenzten) Evidenz durchaus positive Wirkungen haben (z.B. die HIV/AIDS-Präventionskampagnen der BZgA), insbesondere bei einem jüngeren Adressat:innenkreis. Allerdings muss darauf geachtet werden, dass es nicht zur Stigmatisierung z. B. von Konsumierenden kommt und diese lächerlich gemacht werden. Zudem kann es passieren, dass der lustige Inhalt die Aufmerksamkeit bindet und vom eigentlichen Thema ablenkt.^[24]

Suchtprävention allgemein

Auch in der Suchtprävention sind digitale, interaktive Angebote verfügbar, wie z.B. die „blu:app for school“, die im Kontext Alkoholprävention dazu animieren soll, sich mit dem eigenen Konsumverhalten auseinanderzusetzen, unter anderem durch Einbindung eines Quiz.^[36]

Im Allgemeinen scheint eine Entertainment-Education-Strategie (Entwicklung und Umsetzung von Medienbotschaften, die zugleich unterhaltend und bildend sind) ein wirksames Konzept, um spezifische Zielgruppen mit Gesundheitsthemen zu erreichen. Dies kann auch in einem völlig anderen Kontext als einem Präventionsprogramm implementiert werden. So gab es eine erfolgreiche Kooperation des Bundesministeriums für Gesundheit und den Produzenten der Daily Soap „Gute Zeiten, schlechte Zeiten“, im Rahmen derer das Thema Koka-insucht und die Folgen in der Serie fachlich ausgewogen thematisiert wurde. Die nachfolgenden Reaktionen von Zuschauer:innen legen nahe, dass die Adressierung dieses Themas dazu beigetragen hatte, eine Diskussion über Substanzkonsum und Sucht im Freundes- und Familienkreis anzustoßen.^[24]

In der Expertise zur Suchtprävention 2020 wird in Bezug auf das Handlungsfeld Medien ebenfalls empfohlen, internet- und computergestützte Maßnahmen an Schulen durchzuführen, die „personalisiertes Feedback mit Aufklärung, Informationen zu protektiven Verhaltensstrategien und eventueller Vermittlung ins therapeutische Hilfesystem kombinieren“.^[28]

In einem Best-Practice-Beispiel der „Europäischen Werkstatt Suchtprävention“ wird darauf hingewiesen, dass Medienkampagnen dann erfolgreich sind, wenn sie mit subtilen Appellen und verständlichen Informationen zu überzeugen versuchen und eine positive angstfreie Stimmung erzeugen.^[7]

Suchtprävention Cannabis

Das BIÖG bietet vielfältige Materialien (Bilder, Social Media-Kacheln, Videos), mit Hilfe derer in jugendgerechter Sprache und entsprechender grafischer Aufmachung verschiedene cannabisbezogene Auffassungen kurz thematisiert und eingeordnet werden.^[55]

Ergänzt wird diese Vermittlungsart durch ebenfalls interaktive aber nicht digitale Angebote wie "Cannabis - Quo Vadis?"- einen Parcours der Villa Schöpflin zur Cannabisprävention, sowie den „Berliner Präventionsparcours Cannabis“. Dieser wurde durch die Fachstelle für Suchtprävention in Berlin aktuell an die neue Gesetzeslage angepasst und dient der Informationsvermittlung, Beseitigung von Unklarheiten zum Thema Cannabis, Förderung eines offenen Dialogs und der Stärkung einer kritischen Haltung.^[56]

Eine qualitative Studie zur Wahrnehmung von cannabisbezogenen Präventionsbotschaften aus Schweden konnte zeigen, dass die vorhandenen öffentlichen Informationen als weniger glaubwürdig empfunden wurden, da sie eine übermäßige Fokussierung auf die Schäden des Konsums beinhalten. Gewünscht wurden neutrale Informationen, die von glaubwürdigen Absender:innen (u. a. Respektpersonen aber auch Social Media-Stars) vermittelt werden. Zudem wurde betont, dass die Adressat:innen selbst bei der Erstellung der Materialien und Botschaften einbezogen werden sollten.^[49] Die genannten Charakteristika wurden auch schon in anderen Studien aus Nordamerika als relevant beschrieben.^[57-59]

Referenzen

1. Gomes de Matos, E., et al. *Ist Cannabisprävention an Schulen wirksam, und wann? – Ein Review of Reviews*. Suchttherapie. 2025. 26. p. 69-76. 10.1055/a-2563-3317.
2. Norberg, M.M., S. Kezelman, and N. Lim-Howe. *Primary prevention of cannabis use: a systematic review of randomized controlled trials*. PLoS One. 2013. 8. (1): p. e53187. 10.1371/journal.pone.0053187.
3. Quednow, B., et al. High Prevalence and Early Onsets: Legal and Illegal Substance Use in an Urban Cohort of Young Adults in Switzerland. *European Addiction Research*. 2022. 28. p. 1-13. 10.1159/000520178.

4. Poudel, A. and S. Gautam. Age of onset of substance use and psychosocial problems among individuals with substance use disorders. *BMC Psychiatry*. 2017. 17. (1): p. 10. 10.1186/s12888-016-1191-0.
5. Bühler, A. and H. Kuttler. Wirkungsorientierte Prävention des Konsums von Cannabis und anderen illegalen Drogen. Factsheet zur BZgA-Expertise Suchtprävention. 2020.
6. Bühler, A., J. Thruhl, and E.G. de Matos, *Expertise zur Suchtprävention 2020*. 2020: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Köln, Germany.
7. LWL-Koordinationsstelle Sucht, *Europäische Werkstatt Suchtprävention*. S.u.K.S. LWL-Landesjugendamt, Editor. 2022: Münster.
8. Brandt, D., et al. Prävention bei Auszubildenden in Bezug auf Rauschmittelkonsum und Internetbezogene Störungen (PARI). 2023.
9. Kalke, J., et al. Wie sollte die verhaltensbezogene Cannabisprävention nach der Teil-Legalisierung gestaltet werden? Ergebnisse einer Expert*innen-Befragung. *Suchttherapie*. 2025. 26. (02): p. 61-68. 10.1055/a-2562-8154.
10. von Meduna, M., E. Rühling, and J. Kalke, *Cannabis-Präventionsmaterialien in den USA und Kanada*. 2025.
11. Manning, S. and A. Drover. *Parental perceptions and patterns of cannabis use during pregnancy and breastfeeding at a Canadian tertiary obstetrics centre*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2020. 42. (5): p. 681. 10.1016/j.jogc.2020.02.063.
12. Metz, T.D. and E.H. Stickrath. *Marijuana use in pregnancy and lactation: a review of the evidence*. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2015. 213. (6): p. 761-778. 10.1016/j.ajog.2015.05.025.
13. Taneja, S., et al. Making informed choices about cannabis use during pregnancy and lactation: A qualitative study of information use. *Birth*. 2023. 50. (3): p. 504-512. 10.1111/birt.12668.
14. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, *Care Instructions - Für einen bewussten Umgang mit Cannabis*. 2024. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
15. Szutorisz, H., et al. Parental THC Exposure Leads to Compulsive Heroin-Seeking and Altered Striatal Synaptic Plasticity in the Subsequent Generation. *Neuropsychopharmacology*. 2014. 39. (6): p. 1315-1323. 10.1038/npp.2013.352.
16. Lühnen, J., et al., Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. 2017: Hamburg.
17. Lütke Lanfer, H. and C. Rossmann. *Grundlagen der Gesundheitskommunikation in der Prävention und Gesundheitsförderung*. 2019. p. 1-11. 10.1007/978-3-662-55793-8_12-1.
18. Schwarz, U. *Gesundheitsaufklärung über digitale audiovisuelle Medien: Strategien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)*. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2020. 63. (6): p. 715-720. 10.1007/s00103-020-03145-4.
19. László, E., S. Sendatzki, and K. Rathmann. Informationssuchverhalten und digitale Gesundheitskompetenz von Schüler*innen in Deutschland während der Coronapandemie. *Prävention und Gesundheitsförderung*. 2024. 10.1007/s11553-024-01141-z.
20. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, *JIM-Studie 2024. Jugend, Information, Medien. Basisuntersuchung zum Medienumgang 12-bis 19-Jähriger*, in *JIM-Studie*. M.F. Südwest, Editor. 2024. Landesanstalt für Kommunikation (Stuttgart).
21. Anonymous. *ARD/ZDF-Online-Studie*. 2019 11.05.2025]; Available from: <http://www.ardzdf-onlinestudie.de/>.
22. Rossmann, C., M.R. Hastall, and E. Baumann. Kommunikationswissenschaftliche Grundlagen der Gesundheitskommunikation, in *Handbuch Gesundheitskommunikation*. 2014.
23. Kanchan, S. and A. Gaidhane. *Social Media Role and Its Impact on Public Health: A Narrative Review*. *Cureus*. 2023. 15. (1): p. e33737. 10.7759/cureus.33737.
24. Rossmann, C. and M.R. Hastall, *Handbuch der Gesundheitskommunikation*. 2019: Springer.
25. Wolf, K.D. Bildungspotenziale von Erklärvideos und Tutorials auf YouTube. *Audiovisuelle Enzyklopädie, adressatengerechtes Bildungfernsehen, Lehr-Lern-Strategie oder partizipative Peer Education? Medien + Erziehung*. 2015. 59. (1): p. 30-36.
26. Rat der europäischen Union, *EU-Drogenaktionsplan 2021-2025*. E. Union, Editor. 2021.
27. Tuong, W., E.R. Larsen, and A.W. Armstrong. *Videos to influence: a systematic review of effectiveness of video-based education in modifying health behaviors*. *Journal of Behavioral Medicine*. 2014. 37. (2): p. 218-233. 10.1007/s10865-012-9480-7.
28. Bühler, A., J. Thruhl, and E. Gomes de Matos, *Expertise zur Suchtprävention 2020*. Aktualisierte Neuauflage der »Expertise zur Suchtprävention 2013«. in *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*. B.f.g.A. (BZgA), Editor. 2020: Köln.
29. Martínez-Miranda, J. and I.E. Espinosa-Curiel. *Serious Games Supporting the Prevention and Treatment of Alcohol and Drug Consumption in Youth: Scoping Review*. *JMIR Serious Games*. 2022. 10. (3): p. e39086. 10.2196/39086.
30. Lampert, C., C. Schwinge, and D. Tolks. *Der gespielte Ernst des Lebens: Bestandsaufnahme und Potenziale von Serious Games (for Health)*. *Medienpädagogik: Zeitschrift für Theorie und Praxis der Medienbildung*. 2009. 15. (Computerspiele und Videogames): p. 1-16. 10.21240/mpaed/15_16/2009.03.11.X.
31. Ferri, M., et al. *Media campaigns for the prevention of illicit drug use in young people*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013. 2013. (6): p. Cd009287. 10.1002/14651858.CD009287.pub2.

32. Buller, D.B., B.J. Walkosz, and W. Gill Woodall. *Use of Media and Social Media in the Prevention of Substance Use*, in *Prevention of Substance Use*. Z. Sloboda, et al., Editors. 2019. Springer International Publishing: Cham. p. 319-334. 10.1007/978-3-030-00627-3_20.
33. Allara, E., et al. Are mass-media campaigns effective in preventing drug use? A Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2015. 5. (9): p. e007449. 10.1136/bmjopen-2014-007449.
34. Mason, M., et al. *Text Messaging Interventions for Adolescent and Young Adult Substance Use: a Meta-Analysis*. *Prevention Science*. 2015. 16. (2): p. 181-188. 10.1007/s11121-014-0498-7.
35. Boumparis, N. and M.P. Schaub. *Recent advances in digital health interventions for substance use disorders*. *Curr Opin Psychiatry*. 2022. 35. (4): p. 246-251. 10.1097/ycp.0000000000000798.
36. blu:prevent. *blu:interact*. 2025 [cited 2025 11.05.2025]; Available from: <https://interact.bluprevent.de/>.
37. EUDA. *Best practice portal – evidence database*. 2025 [cited 2025 24.05.2025].
38. Razaghizad, A., et al. *Interventions to Prevent Drugged Driving: A Systematic Review*. *Am J Prev Med*. 2021. 61. (2): p. 267-280. 10.1016/j.amepre.2021.03.012.
39. Choi, M., et al. Bridging the gap between genetic epidemiological research and prevention: A randomized control trial of a novel personalized feedback program for alcohol and cannabis use. *Drug and Alcohol Dependence*. 2023. 249. p. 110818. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.110818>.
40. Hu, L. and G. Chen. *A Systematic Review and Meta-Analysis of Productive Peer Talk Moves*. *Journal of Behavioral Education*. 2024. 33. (4): p. 798-830. 10.1007/s10864-023-09513-9.
41. Topping, K.J. *Peer Education and Peer Counselling for Health and Well-Being: A Review of Reviews*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. 19. (10): p. 6064.
42. Döring, N. Peer-to-Peer-Gesundheitskommunikation mittels Social Media., in *Handbuch Gesundheitskommunikation*. K. Hurrelmann and E. Baumann, Editors. 2014. Huber: Bern.
43. Kaňková, J., B. Alice, and J. and Matthes. *Health-Related Communication of Social Media Influencers: A Scoping Review*. *Health Communication*. 2024. p. 1-14. 10.1080/10410236.2024.2397268.
44. Kern-Scheffeldt, W. *Peer Education und Suchtprävention*. *SuchtMagazin*. 2005. 5. (05): p. 3-10.
45. McKeganey, S.P.N. *The Rise and Rise of Peer Education Approaches*. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2000. 7. (3): p. 293-310. 10.1080/09687630050109961.
46. Cuijpers, P. *Peer-Led and Adult-Led School Drug Prevention: A Meta-Analytic Comparison*. *Journal of Drug Education*. 2002. 32. (2): p. 107-119. 10.2190/lpn9-kbdc-hpvb-jptm.
47. Kuntsche, S. and E. Kuntsche. Parent-based interventions for preventing or reducing adolescent substance use - A systematic literature review. *Clin Psychol Rev*. 2016. 45. p. 89-101. 10.1016/j.cpr.2016.02.004.
48. Gryczynski, J., et al. Computer- vs. nurse practitioner-delivered brief intervention for adolescent marijuana, alcohol, and sex risk behaviors in school-based health centers. *Drug and Alcohol Dependence*. 2021. 218. p. 108423. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108423>.
49. Kvillemo, P., A.K. Strandberg, and J. Gripenberg. Attitudes to Cannabis Use and Public Prevention Information Among Young Adults: A Qualitative Interview Study With Implications for Prevention Practice. *Front Public Health*. 2022. 10. p. 830201. 10.3389/fpubh.2022.830201.
50. Suchert, V., et al. *Cannabisprävention in der Schule: Ergebnisse einer cluster-randomisierten Studie*. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2024. 92. (09): p. 347-354. 10.1055/a-2364-3055.
51. Isensee, B., et al. *Wirksamkeit eines Cannabispräventionsprogramms in der Schule: Ergebnisse einer randomisiert-prospektiven Studie*. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2024. 67. (4): p. 446-455. 10.1007/s00103-023-03816-y.
52. Schütze, C., et al., *Evaluation des Projektes: „Niedrigschwellige Cannabis-Prävention für Jugendliche in schwierigen sozialen Lagen“*. I. Hamburg, Editor. 2024.
53. Bagot, K., et al. End User-Informed Mobile Health Intervention Development for Adolescent Cannabis Use Disorder: Qualitative Study. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2019. 7. (10): p. e13691. 10.2196/13691.
54. Grills, T.A., A. Rajendiran, and A. Sawatzky. Engaging youth in cannabis awareness messaging: A literature review for the Wellington Guelph drug strategy. *Community Engaged Scholarship Institute*. 2018.
55. BIÖG. *Cannabis: Besserer Jugend- und Gesundheitsschutz*. 2024 [cited 2025 24.05.2025]; Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/infos-cannabis.html>.
56. Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin. *Präventionsparcours Cannabis*. 2025 [cited 2025 24.05.2025]; Available from: <https://www.berlin-suchtprevention.de/berliner-praeventionsparcours-cannabis-neu/>.
57. Ventresca, M., E. Truman, and C. Elliott. *Assessing public health messaging about cannabis edibles: perspectives from canadian young adults*. *DRUGS-EDUCATION PREVENTION AND POLICY*. 2021. 10.1080/09687637.2021.1937943.
58. Winstock, A.R., et al. Perceptions of cannabis health information labels among people who use cannabis in the U.S. and Canada. *Int J Drug Policy*. 2021. 91. p. 102789. 10.1016/j.drugpo.2020.102789.
59. Moffat, B.M., E.K. Jenkins, and J.L. Johnson. Weeding out the information: an ethnographic approach to exploring how young people make sense of the evidence on cannabis. *Harm Reduct J*. 2013. 10. p. 34. 10.1186/1477-7517-10-34.

4.3 Mythen: Kenntnis, Bedeutung, richtige Beurteilung und Präventionsbedeutung in Zielgruppen

4.3.1 Kenntnis der Mythen

Zielgruppenübergreifend und -vergleichend: hohe Kenntnis

Die empirische Erfassung (vgl. Kap. 3.5.2) der in der Gesellschaft Deutschlands verbreiteten Cannabismythen hat eine breite Auswahl an Auffassungen zutage gefördert. Tatsächlich werden nur einzelne Cannabismythen von einem sehr großen Teil – mehr als zwei Drittel – der einzelnen Zielgruppen gekannt (s. Tab. 4.6): Dies gilt insbesondere für „Cannabis lindert Schmerzen“ (Volljährige, junge Erwachsene, Eltern und Konsument:innen; 77 % - 67 %). Eltern kennen zu einem gehobenen Teil auch die Auffassung „Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit“ (66 %), während dies bei jungen Erwachsenen für „Konsum entspannt“ (68 %) gilt. Letztere Auffassung wird in sehr hohem Maße auch von den Konsument:innen (80 %) gekannt, ebenso wie „Cannabis ist weniger schädlich als Alkohol“ (73 %) und „Konsum hilft bei Schlafproblemen“ (71 %). Im Gegensatz dazu kennen Minderjährige gar keinen Mythos in solch hohem Maße.

Ein Set von vier Mythen wird in allen Zielgruppen von mindestens der Hälfte ihrer Mitglieder gekannt („Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit“, „Konsum verändert die Wahrnehmungen“, „Cannabis ist eine Einstiegsdroge“ und „Konsum entspannt“).

Insbesondere die jungen Erwachsenen, aber erst recht die Konsument:innen kennen mehr Mythen als die anderen Zielgruppen (Kenntnis mindestens 50 %: 10 bzw. 16 Mythen). Es sind v. a. Mythen, die sich auf die Psyche beziehen, die von den Konsument:innen solcherart häufiger als von anderen Zielgruppen gekannt werden (Themen: Psychosen, Gemütslage, Depressionen, Angst, Aggressivität, Kreativität).

Insgesamt bleibt die Anzahl der mehrheitlich gekannten Cannabismythen damit überschaubar.

Zielgruppenübergreifend und -vergleichend: niedrige Kenntnis

Unkenntnis über etwa die Hälfte der abgefragten Mythen herrscht bei einem bedeutenden Teil der Volljährigen: 19 Mythen werden von mindestens drei Viertel dieser Gruppe nicht gekannt. Dies bezieht sich auf ein breites Spektrum von Auffassungen: übergreifende („Konsum ist harmlos“, „Cannabis ist ein Allheilmittel“), konkrete körperliche Konsumkonsequenzen (Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen, Übelkeit), psychische Auswirkungen (keine Abhängigkeit) oder auch soziale Konsequenzen („Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln“ oder „ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis“). Auch unter den Eltern sind ähnlich viele Mythen weitgehend unbekannt.

Übergreifende Auffassungen, die vermeintlich positive Cannabiswirkungen pauschal in den Vordergrund stellen („Allheilmittel“) oder negative Wirkungen pauschal abstreiten („harmlos“, „keine Abhängigkeit“) sind in fast allen Zielgruppen weitgehend unbekannt (ca. 15 - 20 %). Allein unter den Konsument:innen sind sie bei maximal einem Drittel der Gruppe bekannt („Konsum ist harmlos“, „Cannabis verursacht keine Abhängigkeit“). Ebenfalls grundsätzlich nicht weit verbreitet sind Mythen zu sozialen Aspekten des Cannabiskonsums; allein unter den Minderjährigen und den Konsument:innen wird nur je ein solcher Mythos von etwa 40 % der Gruppen gekannt (Minderjährige: „Konsum schädigt soziale Beziehungen“, Konsument:innen: „Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis“).

Subgruppen

Menschen mit Migrationshintergrund kennen die weiter verbreiteten Mythen tendenziell seltener als solche ohne eigene bzw. familiäre Zuzugsgeschichte nach Deutschland. Für die Auffassungen „Konsum lindert Schmerzen“, „Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit“ und „Einstiegsdroge“ gilt dies über alle Zielgruppen hinweg (s. Tabellen im Anhang II).

Geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen kaum: Unter den Konsument:innen sind es insbesondere die Frauen, die den Mythos „Konsum hilft gegen ADHS“ kennen, Männer kennen in dieser Zielgruppe häufiger die Auffassung „Konsum hilft gegen Depressionen“. Weibliche Jugendliche kennen eher als männliche die Auffassung, dass Cannabis die Wahrnehmungen verändert.

Nr.	Mythos	Adressat:innen bzw. Zielgruppen				
		Voll-jährige (18-70 J.) %	Minderjährige (16-17 J.) %	Konsum (30 Tage) %	jung Erwachsene (18-26 J.) %	Eltern minderj. Kinder %
1	Cannabis ist ein Allheilmittel	12%	20%	22%	16%	12%
2	Konsum ist harmlos	18%	21%	33%	21%	21%
3	Konsum durch Heranwachsende führt - stärker als bei Erwachsenen - zu gesundheitlichen Schäden	49%	46%	59%	49%	51%
4	Weniger schädlich als Alkohol	35%	35%	73%	54%	40%
5	Schwierig zu dosieren	16%	28%	18%	17%	19%
6	Mischkonsum ist besonders risikoreich	44%	49%	52%	52%	45%
7	Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken	35%	43%	45%	43%	36%
8	Konsum schädigt den Fötus	42%	42%	35%	44%	48%
9	Überdosierung führt nicht zum Tod	21%	26%	56%	35%	21%
10	Cannabis lindert Schmerzen	68%	49%	77%	67%	69%
11	Konsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen	18%	36%	19%	33%	19%
12	Cannabis hemmt Entzündungen	23%	17%	43%	25%	27%
13	Konsum lindert Spastiken	29%	18%	48%	34%	33%
14	Konsum bewirkt Herz-Kreislaufkrankheiten	15%	34%	18%	18%	17%
15	Inhalativer Konsum bewirkt Atemwegserkrankungen	16%	29%	30%	21%	18%
16	Konsum verursacht Krebserkrankungen	10%	28%	15%	15%	13%
17	Konsum hilft beim Abnehmen	6%	13%	11%	6%	7%
18	Konsum hilft bei Schlafproblemen	39%	31%	71%	54%	45%
19	Konsum verändert die Wahrnehmungen	61%	57%	60%	62%	64%
20	Konsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten	44%	46%	47%	50%	47%
21	Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit	64%	53%	58%	58%	66%
22	Cannabis ist eine Einstiegsdroge	58%	52%	52%	56%	64%
23	Cannabis verursacht keine Abhängigkeit	16%	18%	31%	17%	16%
24	Konsum löst Psychosen aus	39%	41%	50%	50%	41%
25	Konsum hilft gegen Angst	32%	35%	44%	44%	33%
26	Konsum hilft gegen Depressionen	31%	30%	51%	35%	35%
27	Konsum hilft bei ADHS	30%	34%	56%	47%	33%
28	Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust	26%	27%	38%	32%	29%
29	Konsum verbessert die Gemütslage	33%	34%	56%	39%	36%
30	Konsum führt zu Suizidgedanken	14%	24%	11%	15%	13%
31	Konsum entspannt	57%	55%	80%	68%	62%
32	Konsum macht nicht aggressiv	24%	25%	58%	36%	30%
33	Konsum macht kreativ	19%	28%	55%	35%	22%
34	Konsum schädigt soziale Beziehungen	30%	41%	24%	34%	30%
35	Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln	14%	26%	14%	13%	16%
36	Konsum führt zu niedrigen Leistungen	28%	33%	34%	33%	31%
37	Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau	12%	20%	13%	17%	12%
38	Konsum ist cool	14%	25%	25%	25%	15%
39	Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis	18%	31%	40%	29%	17%
40	Konsum ist nun für alle überall erlaubt	18%	19%	13%	16%	18%
41	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums* bewirken	48%	48%	41%	42%	48%
42	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums* bei Minderjährigen bewirken	42%	48%	36%	40%	41%

*Konsum = Cannabiskonsum

4.3.2 Bedeutung der Mythen für den eigenen Umgang mit Cannabis

Zielgruppenübergreifend und -vergleichend: hohe Bedeutung

Die Motivlage, die Einfluss auf den Umgang hat, ist durchaus vielfältig. Nur ein Mythos besitzt für alle Zielgruppen gleichermaßen eine hohe empirische (vgl. Kap. 3.5.2) Bedeutung (mindestens 75 von 100 Punkten, s. Kap.

4.3): „Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken“ (s. Tab. 4.7). Bei vier Zielgruppen (den Voll- und Minderjährigen, den jungen Erwachsenen und Eltern) gibt es Übereinstimmung darüber, dass die Mythen „Mischkonsum ist besonders risikoreich“ und „Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit“ ebenfalls eine hohe Bedeutung haben. Die Überzeugung von der Verkehrsgefährdung ist für drei cannabispräventive Zielgruppen die für den eigenen Umgang mit der Substanz bedeutsamste Auffassung (Voll- und Minderjährige sowie Eltern; 83, 83 bzw. 85 Punkte). In der Zielgruppe der Konsument:innen verortet sich dieser Mythos bei 74 Punkten und damit knapp unterhalb der hier gezogenen Schwelle.

Weitere Auffassungen sind für drei Zielgruppen hoch bedeutsam: „Konsum bewirkt Herz-Kreislaufkrankungen“ sowie „Konsum durch Heranwachsende führt - stärker als bei Erwachsenen - zu gesundheitlichen Schäden“ (Volljährige, Eltern, junge Erwachsene). Für Volljährige und Eltern ist des Weiteren die Auffassung „Konsum schädigt den Fötus“ von großer Wichtigkeit. Alle soweit bedeutsamen Auffassungen thematisieren direkt mit der Substanz verbundene Risiken bzw. durch ihren Konsum drohende Schäden.

Konsument:innen unterscheiden sich erkennbar in ihrer Bedeutungszuweisung von den anderen Zielgruppen: Für sie sind (neben den Gefahren durch Substanzzusätze) des Weiteren besonders wichtig: „Konsum entspannt“, „Überdosierung führt nicht zum Tod“, „Konsum verbessert die Gemütslage“, „Weniger schädlich als Alkohol“ und „Konsum hilft bei Schlafproblemen“.

Fünf bis sieben verschiedene Mythen haben damit, je nach Zielgruppe, eine hohe Bedeutung (mindestens 75 Punkte) für den eigenen Umgang mit Cannabis. Obwohl diese also zahlenmäßig begrenzt sind, gibt es in allen Zielgruppen eine große Anzahl von Mythen, die mindestens eine mittlere oder höhere Bedeutung haben.

Zielgruppenübergreifend und -vergleichend: niedrige Bedeutung

Nur ganz vereinzelt bekommen Mythen eine geringe Bedeutung zugewiesen, am häufigsten in der Gruppe der Konsument:innen, die damit deutlicher als die anderen Zielgruppen unwichtige Auffassungen definieren. Dies sind insbesondere Auffassungen zu sozialen (Schädigung sozialer Beziehungen, niedrige Leistungen), rechtlichen (neue Gesetzeslage führt zu mehr Konsum) und psychischen (Psychosen, Suizidgedanken) Aspekten, die in mehreren anderen Zielgruppen eine zumindest in Teilen höhere Bedeutung besitzen.

Subgruppen

Geschlechtsspezifisch zeigt sich ein differenziertes Bild: Mythen, die vermeintlich positive Effekte des Cannabis thematisieren (Voll- und Minderjährige, junge Erwachsene) werden von Männern tendenziell als bedeutsamer beurteilt als durch Frauen (s. Tabellen im Anhang II). Unter jungen Erwachsenen betonen Frauen tendenziell stärker die Bedeutung von Mythen, die körperliche und psychische Risiken des Cannabiskonsums thematisieren. Dies gilt auch für die Konsument:innen, wobei Frauen in dieser Zielgruppe ebenfalls vereinzelt die Auffassungen zu vermeintlich positiven Effekten stärker herausstellen als Männer.

Unterschiede in der Bedeutungszuweisung zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund sind grundsätzlich gering. Nur in einigen Fällen zeigen sich (uneinheitliche) Differenzen. Personen mit Migrationshintergrund betonen sowohl die Bedeutung einiger Cannabismythen, die negative Wirkungen beschreiben (junge Erwachsene, Konsument:innen, Eltern) als auch solche, die positive Konsequenzen herausstellen, stärker als nicht migrantische (Konsument:innen).

Nr.	Mythos	Adressat:innen bzw. Zielgruppen				
		Voll-jährige (18-70 J.) Punkte	Minderjährige (16-17 J.) Punkte	Konsum (30 Tage) Punkte	jung Erwachsene (18-26 J.) Punkte	Eltern minderj. Kinder Punkte
1	Cannabis ist ein Allheilmittel	53	49	54	53	52
2	Konsum ist harmlos	53	54	61	61	49
3	Konsum durch Heranwachsende führt - stärker als bei Erwachsenen - zu gesundheitlichen Schäden	77	78	70	70	80
4	Weniger schädlich als Alkohol	62	62	75	67	65
5	Schwierig zu dosieren	69	68	54	67	64
6	Mischkonsum ist besonders risikoreich	77	78	68	75	76
7	Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken	76	76	78	76	81
8	Konsum schädigt den Fötus	76	73	69	72	81
9	Überdosierung führt nicht zum Tod	67	64	77	71	65
10	Cannabis lindert Schmerzen	70	61	72	67	70
11	Konsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen	60	62	43	58	55
12	Cannabis hemmt Entzündungen	69	59	70	62	70
13	Konsum lindert Spastiken	60	56	61	47	56
14	Konsum bewirkt Herz-Kreislaufkrankheiten	76	74	63	75	75
15	Inhalativer Konsum bewirkt Atemwegserkrankungen	70	72	59	71	68
16	Konsum verursacht Krebserkrankungen	72	79	66	69	73
17	Konsum hilft beim Abnehmen	49	45	53	59	50
18	Konsum hilft bei Schlafproblemen	62	56	75	62	63
19	Konsum verändert die Wahrnehmungen	72	70	67	71	72
20	Konsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten	71	72	58	72	72
21	Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit	83	83	74	78	85
22	Cannabis ist eine Einstiegsdroge	67	59	37	56	65
23	Cannabis verursacht keine Abhängigkeit	58	63	71	62	69
24	Konsum löst Psychosen aus	70	72	50	72	66
25	Konsum hilft gegen Angst	60	60	66	60	57
26	Konsum hilft gegen Depressionen	63	56	69	65	62
27	Konsum hilft bei ADHS	60	56	65	57	62
28	Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust	67	65	47	66	60
29	Konsum verbessert die Gemütslage	59	57	77	65	57
30	Konsum führt zu Suizidgedanken	73	70	45	70	71
31	Konsum entspannt	62	57	84	68	63
32	Konsum macht nicht aggressiv	62	62	72	63	63
33	Konsum macht kreativ	51	52	63	54	54
34	Konsum schädigt soziale Beziehungen	71	73	52	70	73
35	Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln	67	63	48	56	64
36	Konsum führt zu niedrigen Leistungen	69	68	48	66	65
37	Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau	55	60	40	53	62
38	Konsum ist cool	31	40	33	30	30
39	Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis	55	57	47	53	51
40	Konsum ist nun für alle überall erlaubt	52	58	54	58	55
41	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bewirken	66	68	39	58	64
42	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bei Minderjährigen bewirken	72	69	47	64	71

*Konsum = Cannabiskonsum

Punkte: standardisierte Mittelwerte der Zielgruppen, Range: 0 - 100

4.3.3 Richtigkeit der Beurteilung der Mythen

Zielgruppenübergreifend und -vergleichend: (eher) richtige Beurteilung

Grundsätzlich zeigt sich das Bild richtiger Mythenbeurteilung über die verschiedenen Zielgruppen hinweg empirisch (vgl. Kap. 3.5.2) ähnlich: Es gibt ein Set von sieben Mythen, das in allen Zielgruppen in hoher Übereinstimmung mit der wissenschaftlichen Klassifizierung richtig beurteilt wird (mindestens 75 Punkte, s. Tab.

4.8¹⁰): „Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit“, „Konsum schädigt den Fötus“, „Mischkonsum ist besonders risikoreich“, „Konsum verändert die Wahrnehmungen“, „Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken“, „Konsum verbessert die Gemütslage“, „Konsum entspannt“. Darüber hinaus werden in vier Zielgruppen in hohem und in einer Gruppe in gehobenem Maße (67-74 Punkte) folgende Mythen richtig beurteilt: „Konsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten“, „Konsum führt zu Suizidgedanken“, „Konsum lindert Spastiken“, „Konsum führt nicht zum Tod“.

Bei den vorgenannten elf Mythen besteht also in großen Teilen aller Zielgruppen ein (weitgehend oder zumindest eher) angemessenes Urteil über die Auffassungen zu den Wirkungen dieser Substanz bzw. der mit ihr auch verbundenen sozialen Aspekte.

Das größte Ausmaß der Übereinstimmung in richtiger Beurteilung besteht in den Zielgruppen für die Auffassungen „Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit“ (Volljährige: 92 Punkte, Minderjährige und junge Erwachsene: 89 Punkte), „Überdosierung führt nicht zum Tod“ (Konsument:innen: 89 Punkte) und „Konsum schädigt den Fötus“ (Eltern: 92 Punkte).

Substanzbezogene Mythen werden tendenziell richtig beurteilt. Zwei der drei übergreifenden Mythen werden in gehobenem oder hohem Maße richtig beurteilt („Konsum durch Heranwachsende führt - stärker als bei Erwachsenen - zu gesundheitlichen Schäden“, „weniger schädlich als Alkohol“).

Zielgruppenübergreifend und -vergleichend: (eher) falsche Beurteilung

Es gibt eine Gruppe von fünf Mythen, bei denen durchgehend in allen Zielgruppen eine erhebliche Abweichung in der Beurteilung der Richtigkeit von der wissenschaftlichen Klassifizierung besteht (es werden maximal 50 Punkte erreicht): „Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust“, „ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis“, „Konsum hilft gegen Depressionen“, „Konsum ist nun für alle überall erlaubt“ und „Cannabis ist ein Allheilmittel“. Eine deutliche Abweichung von der wissenschaftlichen Klassifizierung zeigt die Beurteilung zweier Mythen noch in vier Zielgruppen: „Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau“ sowie „Cannabis lindert Schmerzen“.

Insbesondere bei diesen sieben Mythen besteht also über die fünf Cannabispräventionsgruppen hinweg ein deutliches Defizit, sie richtig zu beurteilen.

Die größten Wissensdefizite bestehen in den Zielgruppen hinsichtlich der Auffassungen „Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust“ (Voll- und Minderjährige: 25 und 32 Punkte) sowie „ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis“ (Konsument:innen, junge Erwachsene und Eltern: 22, 26 und 26 Punkte). Mit nur 26 Punkten bleibt auch der Mythos „Konsum hilft gegen Depressionen“ in der Gruppe der Konsument:innen ausgesprochen weit von einer richtigen Einschätzung entfernt.

Für die Zielgruppe der Konsument:innen zeigt sich, dass von ihr besonders viele Mythen nicht angemessen bzgl. der Richtigkeit beurteilt werden: 13 der Mythenbeurteilungen werden mit einem maximalen Punktwert von 50 verortet. In den anderen Zielgruppen erreichen lediglich 7 bzw. 8 Mythen nur dieses mittlere Richtigkeitsniveau.

Auffällige Abweichungen in der Beurteilung der Richtigkeit bestehen zwischen den anderen Zielgruppen und den Konsument:innen (zu Lasten letzterer) insbesondere bei diesen Mythen: „Neues Gesetz wird Anstieg des Cannabiskonsums bewirken“, „Konsum löst Psychosen aus“, „Konsum bewirkt Herz-Kreislaufkrankheiten“, „Konsum führt zu Suizidgedanken“, „Konsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten“ und „Konsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen“. Die Abweichung bei der Auffassung „schwierig zu dosieren“ geht mit der hohen Ge-

¹⁰ Da für die Aussagen „Cannabis hemmt Entzündungen“ und „Konsum hilft beim Abnehmen“ keine wissenschaftliche Klassifizierung vorgenommen werden konnte, kann auch die Richtigkeit der Beurteilung durch die Zielgruppen nicht bestimmt werden.

brauchsexpertise der Konsument:innen einher. Eine angemessenere Einschätzung besteht bei den Konsument:innen (im Vergleich zu den anderen Zielgruppen) hinsichtlich der Mythen „weniger schädlich als Alkohol“, „Konsum schädigt soziale Beziehungen“ sowie „neues Gesetz wird Anstieg des Cannabiskonsums bei Minderjährigen bewirken“.

Cannabisbezogene Auffassungen, die soziale Aspekte zum Inhalt haben (niedrige Leistungen, niedriges soziales Niveau, cool, Einhalten sozialer Regeln, Schädigung sozialer Beziehungen, ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert), werden (mit einer Ausnahme) in keiner Zielgruppe in hohem Maße richtig beurteilt.

Subgruppen

Geschlechtsspezifisch bestehen bezüglich der richtigen Beurteilung der Mythen in den Zielgruppen fast keine Unterschiede (s. Tabellen im Anhang II). Frauen beurteilen den Mythos „Konsum ist harmlos“ allerdings richtiger als die Männer (Volljährige, junge Erwachsene). Dagegen ist die Einschätzung der Männer bezüglich der Auffassung „Überdosierung führt nicht zum Tod“ angemessener als die der Frauen (Minderjährige, Eltern).

Auch in Hinblick auf den Migrationshintergrund zeigen sich bezüglich der richtigen Beurteilung der Mythen in den Zielgruppen grundsätzlich (mit Ausnahme ganz vereinzelter Aspekte) keine Differenzen.

Nr.	Tabelle 4.8 Richtigkeit der Beurteilung der Mythen, nach Zielgruppe Maßstab: wissenschaftliche Klassifikation Mythos	wissenschaftliche Klassifikation Mythos	Adressat:innen bzw. Zielgruppen				
			Voll-jährige (18-70 J.) Punkte	Minderjährige (16-17 J.) Punkte	Konsum (30 Tage) Punkte	jung Erwachsene (18-26 J.) Punkte	Eltern minderj. Kinder Punkte
1	Cannabis ist ein Allheilmittel	falsch	49	47	43	47	46
2	Konsum ist harmlos	falsch	64	67	46	53	69
3	Konsum durch Heranwachsende führt - stärker als bei Erwachsenen - zu gesundheitlichen Schäden	eher richtig	78	75	78	79	77
4	Weniger schädlich als Alkohol	richtig	70	61	87	78	72
5	Schwierig zu dosieren	richtig	76	67	57	74	75
6	Mischkonsum ist besonders risikoreich	richtig	89	88	85	88	88
7	Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken	richtig	86	82	87	86	85
8	Konsum schädigt den Fötus	richtig	90	85	85	87	92
9	Überdosierung führt nicht zum Tod	richtig	74	67	88	79	75
10	Cannabis lindert Schmerzen	eher falsch	50	56	46	49	48
11	Konsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen	richtig	72	73	53	67	72
12	Cannabis hemmt Entzündungen	keine Klass.					
13	Konsum lindert Spastiken	richtig	78	69	88	78	82
14	Konsum bewirkt Herz-Kreislaufkrankheiten	richtig	76	76	64	70	71
15	Inhalativer Konsum bewirkt Atemwegserkrankungen	richtig	79	74	72	77	77
16	Konsum verursacht Krebserkrankungen	richtig	74	77	65	70	68
17	Konsum hilft beim Abnehmen	keine Klass.					
18	Konsum hilft bei Schlafproblemen	eher falsch	56	60	46	55	53
19	Konsum verändert die Wahrnehmungen	richtig	88	88	84	87	90
20	Konsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten	richtig	83	80	73	81	84
21	Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit	richtig	92	89	82	89	91
22	Cannabis ist eine Einstiegsdroge	eher falsch	52	55	70	63	51
23	Cannabis verursacht keine Abhängigkeit	falsch	64	63	46	64	61
24	Konsum löst Psychosen aus	richtig	74	76	56	72	71
25	Konsum hilft gegen Angst	eher falsch	61	65	55	59	61
26	Konsum hilft gegen Depressionen	falsch	30	37	26	31	32
27	Konsum hilft bei ADHS	eher falsch	56	60	50	56	55
28	Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust	falsch	25	32	48	31	28
29	Konsum verbessert die Gemütslage	eher richtig	84	84	82	86	85
30	Konsum führt zu Suizidgedanken	eher richtig	83	82	71	79	83
31	Konsum entspannt	eher richtig	82	81	75	81	81
32	Konsum macht nicht aggressiv	eher falsch	58	62	46	55	55
33	Konsum macht kreativ	eher falsch	61	62	53	61	57
34	Konsum schädigt soziale Beziehungen	eher falsch	54	56	77	57	54
35	Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln	eher falsch	63	68	71	71	63
36	Konsum führt zu niedrigen Leistungen	eher falsch	55	60	73	60	55
37	Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau	falsch	36	33	63	38	38
38	Konsum ist cool	falsch	62	62	45	55	59
39	Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis	falsch	25	30	22	26	26
40	Konsum ist nun für alle überall erlaubt	falsch	36	47	50	50	38
41	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bewirken	richtig	79	78	49	73	76
42	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bei Minderjährigen bewirken	eher falsch	53	55	72	57	55

*Konsum = Cannabiskonsum

Punkte: standardisierte Mittelwerte der Zielgruppen, Range: 0 - 100

4.3.4 Individuelle Präventionsbedeutung der Mythen

Zielgruppenübergreifend und -vergleichend: hohe Bedeutung

Kein Mythos besitzt eine empirisch herausgehobene (>67 Punkte; s. Tab. 4.9) Präventionsbedeutung, indem er besonders wichtig für den eigenen Umgang mit Cannabis und besonders falsch in der Beurteilung der Richtigkeit wäre (vgl. Kap. 3.5.2), in keiner Zielgruppe.

Die höchsten empirisch belegbaren Präventionsbedeutungen befinden sich im gehobenen Bereich von 56 bis 67 Punkten. Nur bei zwei Mythen liegen diese vor: „Konsum hilft gegen Depressionen“ (Konsument:innen (62 Punkte); junge Erwachsene (56 Punkte)) und „Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust“ (Volljährige (60 Punkte); junge Erwachsene sowie Eltern (je 56 Punkte)).

Insgesamt gibt es wenige Mythen mit einer Präventionsbedeutung im mittleren Bereich mit mindestens 50 Punkten: Es sind in den einzelnen Zielgruppen vier (Konsument:innen) bzw. drei (Voll- + Minderjährige, junge Erwachsene, Eltern). Neben den bereits genannten Mythen sind es diese: „Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau“, „ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis“, „Konsum hilft bei Schlafproblemen“, „Cannabis lindert Schmerzen“ und „Cannabis verursacht keine Abhängigkeit“.

Zwischen den vier Zielgruppen Voll- bzw. Minderjährige, junge Erwachsene sowie Eltern besteht in Hinblick auf präventiv bedeutsame Mythen große Übereinstimmung: Die Themen Motivationsverlust, Bevölkerungskonsum, soziales Niveau der Konsumentinnen und Konsumenten sowie Depressionen sind hier (fast durchgängig) die ranghöchsten. Nur das Thema Depressionen bildet die Schnittmenge zu den präventiv wichtigen Themen in der Zielgruppe der Konsument:innen, diese zeigt sich also insgesamt different. Insbesondere dort erscheint das Thema Schmerzlinderung präventiv bedeutsam. Die dort ebenfalls wichtigen Themen Schlafprobleme sowie Abhängigkeit sind in den vier anderen Zielgruppen erheblich weniger bedeutsam.

Übergreifend zeigen sich damit psychische und soziale Aspekte des Cannabiskonsums eher bedeutsam als körperliche Wirkungen der Substanz.

Zielgruppenübergreifend und -vergleichend: niedrige Bedeutung

In allen Zielgruppen gibt es eine z. T. beträchtliche Anzahl an Mythen, die nur eine geringe Präventionsbedeutung aufweisen (maximal 25 Punkte – sie sind also (im Mittel der gesamten Zielgruppe) individuell nicht bedeutsam bzw. werden i. d. R. richtig beurteilt). In der Gruppe der Konsument:innen sind es 14 Mythen, bei den Volljährigen, jungen Erwachsenen und Eltern 12 bzw. 11 Mythen; nur bei den Minderjährigen sind es lediglich 8 Auffassungen zu vermeintlichen Cannabiswirkungen, auf die dies zutrifft.

Inhaltlich unterscheiden sich diese solcherart wenig bedeutsamen Mythen z. T. erheblich zwischen der Zielgruppe der Konsument:innen auf der einen und den übrigen vier Zielgruppen auf der anderen Seite. Während die Mythen „Cannabis ist eine Einstiegsdroge“, „Konsum schädigt soziale Beziehungen“, „Konsum führt zu niedrigen Leistungen“ sowie „neues Gesetz wird Anstieg des Cannabiskonsums bei Minderjährigen bewirken“ für die Konsument:innen eine geringe Präventionsbedeutung besitzen, erlangen sie für die anderen Zielgruppen eine Präventionsbedeutung im (niedrigen) mittleren Bereich. Dies rührt insbesondere daher, dass diese Mythen in den Zielgruppen Voll- und Minderjährige, junge Erwachsene und Eltern in höherem Ausmaß falsch beurteilt werden als unter den Konsument:innen.

Thematisch berühren die Mythen mit geringer Präventionsbedeutung alle Bereiche: soziale (Konsum ist cool), körperliche (Schädigung des Fötus), psychische (Gemütslage), körperlich-psychische (Gefährdungen Verkehrslage, kognitive Beeinträchtigungen), rechtliche (neues Gesetz bewirkt Konsumanstieg) und die Substanz selbst (Mischkonsum, Zusätze).

Subgruppen

Geschlechtsspezifisch zeigen sich vereinzelt Differenzen (s. Tabellen im Anhang II). Für Männer ist die Präventionsbedeutung bei den Mythen „Allheilmittel“ (Volljährige), „Konsum ist harmlos“ (Volljährige, Eltern), „keine Abhängigkeit“ (Minderjährige, Eltern), „Konsum lindert Schlafprobleme“ sowie „Konsum hilft gegen Depressionen“ (beides: Minderjährige) und „Konsum ist cool“ (Eltern) größer. Aufklärungsbedarf besteht also tendenziell in Bezug auf vermeintlich positive Auswirkungen. Für Frauen besteht eine höhere Präventionsbedeutung für die Mythen „Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust“ sowie „neues Gesetz wird Anstieg des Cannabiskonsums bei Minderjährigen bewirken“ (beide: Eltern). Hier stehen in beiden Fällen vermeintlich negative Auswirkungen im Mittelpunkt.

In Hinblick auf den Migrationshintergrund bestehen nur vereinzelt Unterschiede. Einige Mythen besitzen für Personen mit Migrationshintergrund insbesondere in der Zielgruppe der Eltern eine höhere Präventionsbedeutung: „Konsum macht kreativ“, „Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau“, „Konsum ist cool“, „ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis“ und auch „Konsum ist nun für alle überall erlaubt“ sowie „Konsum ist harmlos“. In anderen Zielgruppen gilt dies auch hinsichtlich der Auffassungen „Allheilmittel“ (Konsument:innen), „Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust“ (Minderjährige, junge Erwachsene) sowie „Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln“ und „Konsum führt zu niedrigen Leistungen“ (beides: junge Erwachsene). Übergreifend besteht hier also tendenziell hinsichtlich sozialer Themen ein höherer Aufklärungsbedarf.

Nr.	Mythos	wissenschaftliche Klassifikation Mythos	Adressat:innen bzw. Zielgruppen				
			Voll- jährige (18-70 J.) Punkte	Minderjährige (16-17 J.) Punkte	Konsum (30 Tage) Punkte	jung Erwachsen (18-26 J.) Punkte	Eltern minderj. Kinder Punkte
1	Cannabis ist ein Allheilmittel	falsch	41	38	46	43	43
2	Konsum ist harmlos	falsch	32	32	46	41	28
3	Konsum durch Heranwachsende führt - stärker als bei Erwachsenen - zu gesundheitlichen Schäden	eher richtig	30	33	28	28	32
4	Weniger schädlich als Alkohol	richtig	27	32	22	24	27
5	Schwierig zu dosieren	richtig	26	31	31	28	25
6	Mischkonsum ist besonders risikoreich	richtig	22	23	21	21	22
7	Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken	richtig	24	25	24	23	26
8	Konsum schädigt den Fötus	richtig	21	22	22	21	21
9	Überdosierung führt nicht zum Tod	richtig	28	30	22	25	26
10	Cannabis lindert Schmerzen	eher falsch	47	39	50	45	47
11	Konsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen	richtig	26	26	29	28	23
12	Cannabis hemmt Entzündungen	keine Klass.					
13	Konsum lindert Spastiken	richtig	23	26	18	19	20
14	Konsum bewirkt Herz-Kreislaufkrankheiten	richtig	30	29	32	34	32
15	Inhalativer Konsum bewirkt Atemwegserkrankungen	richtig	26	30	26	27	27
16	Konsum verursacht Krebserkrankungen	richtig	30	30	33	31	34
17	Konsum hilft beim Abnehmen	keine Klass.					
18	Konsum hilft bei Schlafproblemen	eher falsch	39	35	51	39	41
19	Konsum verändert die Wahrnehmungen	richtig	21	21	22	21	20
20	Konsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten	richtig	24	26	26	25	23
21	Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit	richtig	21	23	25	21	22
22	Cannabis ist eine Einstiegsdroge	eher falsch	44	38	22	34	44
23	Cannabis verursacht keine Abhängigkeit	falsch	34	35	50	36	39
24	Konsum löst Psychosen aus	richtig	28	28	31	31	29
25	Konsum hilft gegen Angst	eher falsch	36	33	42	35	35
26	Konsum hilft gegen Depressionen	falsch	55	47	62	56	53
27	Konsum hilft bei ADHS	eher falsch	38	35	44	37	39
28	Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust	falsch	60	55	37	56	56
29	Konsum verbessert die Gemütslage	eher richtig	21	20	28	22	20
30	Konsum führt zu Suizidgedanken	eher richtig	26	25	21	26	25
31	Konsum entspannt	eher richtig	24	22	35	26	25
32	Konsum macht nicht aggressiv	eher falsch	38	36	49	40	40
33	Konsum macht kreativ	eher falsch	32	32	42	33	35
34	Konsum schädigt soziale Beziehungen	eher falsch	44	45	23	42	45
35	Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln	eher falsch	37	31	25	29	37
36	Konsum führt zu niedrigen Leistungen	eher falsch	43	40	24	39	41
37	Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau	falsch	48	53	27	44	51
38	Konsum ist cool	falsch	24	28	34	25	26
39	Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis	falsch	51	50	49	51	49
40	Konsum ist nun für alle überall erlaubt	falsch	44	42	42	38	45
41	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bewirken	richtig	23	26	27	24	24
42	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bei Minderjährigen bewirken	eher falsch	46	43	25	40	45

*Konsum = Cannabiskonsum

Punkte: standardisierte Mittelwerte der Zielgruppen, Range: 0 - 100

4.3.5 Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung der Mythen unter allen Voll- und Minderjährigen

Bezüglich aller Volljährigen bzw. aller Minderjährigen – unabhängig von der Kenntnis einzelner Mythen – besitzen fast alle Cannabismythen eine empirisch (vgl. Kap. 3.5.2) nur sehr geringe, bevölkerungsbezogene Risi-

kobedeutung. Jeweils 37 Mythen in beiden Bevölkerungsgruppen erlangen maximal 19 von 100 möglichen Punkten (s. Tab. 4.10). Dieses Analyseergebnis bedeutet nicht, dass bezüglich aller Volljährigen bzw. aller Minderjährigen kein Aufklärungsbedarf zu den hier diskutierten Aspekten bestehen würde.

Da auch dieser Analyseindikator ein empirischer ist (siehe Kap. 3.5.2), deuten diese Ergebnisse eher darauf hin, dass bevölkerungsbezogen zum einen einige Aspekte der Cannabiswirkungen in hohem Maße unbekannt sind (vgl. dazu Kap. 4.3.1; weit unbekannt sind z. B.: „Konsum ist harmlos“, „Konsum bewirkt Herz-Kreislauf-Erkrankungen“, „Konsum verursacht Krebserkrankungen“, „Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln“). Und es bedeutet zum anderen, dass gut bekannte Mythen in hohem Maße richtig beurteilt werden (vgl. dazu: Kap. 4.3.3; dies gilt z. B. für die Mythen: „Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit“, „Konsum schädigt den Fötus“, „Mischkonsum ist besonders risikoreich“, „Konsum verändert die Wahrnehmungen“, „Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken“).

Es wird also gerade anhand der vorausgehend benannten Mythen deutlich, dass mit der Entscheidung über eine z. B. kampagnenleitende Themensetzung immer auch eine die Empirie begleitende normative Priorisierung einhergeht, die bewusst reflektiert sein sollte. Und es ist eine Erinnerung an die doppelte Bindung dieser Studie an die bestehenden Verhältnisse (vgl. Kap. 2.3).

Lediglich zwei Mythen erreichen für die Gesamtgruppe aller Volljährigen mehr als 25 Punkte: „Cannabis lindert Schmerzen“ (34 Punkte) und „Cannabis ist eine Einstiegsdroge“ (28 Punkte). In der Gruppe aller Minderjährigen erreicht kein Mythos in Bezug auf die Relevanz für die Gesamtgruppe 25 Punkte. Ranghöchster Mythos ist „Das neue Gesetz wird einen Anstieg des Cannabiskonsums bei Minderjährigen bewirken“ mit 23 Punkten.

Übereinstimmend sind in beiden Gesamtgruppen diese drei Mythen die drei ranghöchsten.

Unter empirischen Gesichtspunkten – also ausgehend von den vorgefunden Kenntnisanteilen, den von den Befragten selbst zugewiesenen individuellen Bedeutungen und der tatsächlichen Richtigkeit der Mythenbeurteilungen – verdienen es die zuletzt benannten drei Mythen, bei bevölkerungsbezogenen Maßnahmen besonders beachtet zu werden. Das bedeutet, über fehlende Nachweise grundsätzlich schmerzstillender Cannabiseigenschaften, die Bedeutung von Nikotin und insbesondere Alkohol für den Einstieg in berauschenden Substanzkonsum und die konsumverhindernden Regelungen der neuen Cannabisgesetzgebung sowie die Bedeutung ihrer Beachtung, aufzuklären.

Nr.	Tabelle 4.10 Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung der Mythen, Voll- und Minderjährige Basis: Alle Mitglieder der jeweiligen Gruppe Mythos	wissenschaftliche Klassifikation Mythos	Zielgruppen	
			Voll-jährige (18-70 J.) Punkte	Minderjährige (16-17 J.) Punkte
1	Cannabis ist ein Allheilmittel	falsch	6	9
2	Konsum ist harmlos	falsch	6	8
3	Konsum durch Heranwachsende führt - stärker als bei Erwachsenen - zu gesundheitlichen Schäden	eher richtig	17	17
4	Weniger schädlich als Alkohol	richtig	11	13
5	Schwierig zu dosieren	richtig	5	10
6	Mischkonsum ist besonders risikoreich	richtig	12	14
7	Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken	richtig	10	13
8	Konsum schädigt den Fötus	richtig	11	11
9	Überdosierung führt nicht zum Tod	richtig	7	9
10	Cannabis lindert Schmerzen	eher falsch	34	21
11	Konsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen	richtig	5	11
12	Cannabis hemmt Entzündungen	keine Klass.		
13	Konsum lindert Spastiken	richtig	8	5
14	Konsum bewirkt Herz-Kreislaufkrankheiten	richtig	5	11
15	Inhalativer Konsum bewirkt Atemwegserkrankungen	richtig	5	10
16	Konsum verursacht Krebserkrankungen	richtig	3	9
17	Konsum hilft beim Abnehmen	keine Klass.		
18	Konsum hilft bei Schlafproblemen	eher falsch	17	12
19	Konsum verändert die Wahrnehmungen	richtig	16	14
20	Konsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten	richtig	13	14
21	Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit	richtig	17	15
22	Cannabis ist eine Einstiegsdroge	eher falsch	28	22
23	Cannabis verursacht keine Abhängigkeit	falsch	6	7
24	Konsum löst Psychosen aus	richtig	13	13
25	Konsum hilft gegen Angst	eher falsch	13	13
26	Konsum hilft gegen Depressionen	falsch	18	15
27	Konsum hilft bei ADHS	eher falsch	13	13
28	Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust	falsch	17	16
29	Konsum verbessert die Gemütslage	eher richtig	9	9
30	Konsum führt zu Suizidgedanken	eher richtig	4	7
31	Konsum entspannt	eher richtig	16	15
32	Konsum macht nicht aggressiv	eher falsch	10	10
33	Konsum macht kreativ	eher falsch	7	10
34	Konsum schädigt soziale Beziehungen	eher falsch	14	19
35	Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln	eher falsch	6	9
36	Konsum führt zu niedrigen Leistungen	eher falsch	13	14
37	Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau	falsch	6	11
38	Konsum ist cool	falsch	4	8
39	Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis	falsch	10	17
40	Konsum ist nun für alle überall erlaubt	falsch	9	9
41	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bewirken	richtig	13	15
42	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bei Minderjährigen bewirken	eher falsch	21	23

*Konsum = Cannabiskonsum

Punkte: standardisierte Mittelwerte der Zielgruppen, Range: 0 - 100

4.4 Kenntnis der rechtlichen Regeln zum Cannabiskonsum nach dem Konsumcannabisgesetz

Zum April 2024 wurde in Deutschland der Umgang mit Cannabis zum eigenen Konsum und zur medizinischen Anwendung auf eine neue rechtliche Grundlage gestellt. Die entscheidenden Regelungen zum Freizeitkonsum finden sich nun im Konsumcannabisgesetz und nicht mehr im Betäubungsmittelgesetz.

Aufklärungsbedarf über die geltenden Regeln entsteht insbesondere überall dort, wo richtiges Wissen nicht vorhanden ist.

Die in dieser Studie gebildeten Zielgruppen für Cannabisprävention sind in unterschiedlichem Ausmaß in der Lage, sieben Fragen zu den aktuell geltenden Konsumregeln für berauschendes Cannabis korrekt zu beantworten. Die meisten Fragen beantworten die Konsument:innen richtig (durchschnittlich 5,6 Fragen), am wenigsten die Minderjährigen (3,8) (s. Tab. 4.11). Jeweils durchschnittlich etwa 4,5 Fragen werden in den anderen Zielgruppen fehlerfrei beantwortet (Volljährige, junge Erwachsene und Eltern).

In allen Gruppen ist in hohem bis sehr hohem Maße (77 % - 93 %) richtig bekannt, dass der Cannabiskonsum in Sichtweite zu Kinder- und Jugendeinrichtungen verboten ist. In vergleichbar hohem Maße ist ebenfalls bekannt, dass Jugendliche kein Cannabis kaufen dürfen (77 % - 91 %). Bedenkenswert scheint trotzdem, dass etwa ein Viertel der Eltern und auch ein ebenso großer Anteil der Volljährigen diese Regel nicht korrekt replizieren können. Noch klarer werden die Wissensdefizite bei der allgemeinen Frage nach der – nach wie vor rechtlich ausgeschlossenen – Möglichkeit, jetzt berauschendes Cannabis in Geschäften zu kaufen: Im Unterschied zu den Konsument:innen (richtige Antwort: 75 %) beantworten die vier anderen Zielgruppen diese Frage zu 40 % – 60 % falsch. Das höchste Informationsdefizit existiert bei den Minderjährigen.

In Bezug auf die Frage zu dem Jugendschutzaspekt, ob Eltern ihren minderjährigen Kindern zu Hause den Cannabiskonsum unter Aufsicht erlauben dürfen, besteht in einigen Zielgruppen teilweise Unklarheit: Rund ein Drittel der Volljährigen und der Eltern beantworten diese Frage nicht korrekt – es ist tatsächlich verboten. Von den Minderjährigen bleiben 4 von 10 die richtige Antwort schuldig.

Deutliche Wissensdefizite bestehen in Bezug auf den erlaubten Besitz, aber auch die illegale Weitergabe von Cannabis: Nur etwa je die Hälfte der Zielgruppen Voll- und Minderjährige, junge Erwachsene und Eltern wissen, wie viel Gramm Cannabis genau in der Öffentlichkeit mitgeführt werden darf – von den Konsument:innen wissen es $\frac{3}{4}$. Noch deutlich weniger Personen wissen, dass vom selbst angebauten Cannabis eben keine 10 g an andere Erwachsene weitergegeben werden dürfen: Es sind lediglich 25 % - 28 % (Volljährige, junge Erwachsene und Eltern) bzw. nur 16 % der Minderjährigen, die richtig antworten. Allein die Hälfte der Konsument:innen (53 %) beantwortet diese Frage korrekt. Tatsächlich darf gar kein Cannabis weitergegeben werden. In Bezug auf wesentliche Cannabispräventionsaspekte (Jugendschutz, Distribution) bestehen in den relevanten Zielgruppen (Minderjährige, Eltern, junge Erwachsene), aber auch der breiten Bevölkerung (Volljährige), Wissensdefizite.

Tabelle 4.11 Kenntnis aktueller Konsumregeln zu berauschendem Cannabis, nach Zielgruppe	korrekte Antwort	korrekte Antwort, Anteil				
		18-70 -Jährige %	16-17 -Jährige %	Konsum (30-T) %	18-26 -Jährige %	Eltern minderj. Kinder %
„Cannabis darf jetzt auch in Geschäften verkauft werden.“	falsch	52%	39%	75%	54%	51%
„Jugendliche (14 bis 17 Jahre) dürfen Cannabis kaufen.“	falsch	77%	80%	91%	87%	78%
„Erwachsene dürfen bis zu 25 g Cannabis in der Öffentlichkeit bei sich tragen.“	richtig	56%	43%	78%	56%	60%
„Cannabiskonsum in der Öffentlichkeit ist überall verboten.“	falsch	64%	64%	87%	78%	69%
„Vom Cannabis, das selbst zu Hause angebaut wurde, dürfen an andere Erwachsene maximal 10 g pro Monat abgegeben werden.“	falsch	25%	16%	53%	28%	28%
„Eltern dürfen ihren minderjährigen Kindern den Cannabiskonsum zu Hause und unter ihrer Aufsicht erlauben.“	falsch	69%	60%	79%	73%	70%
„Cannabiskonsum in Sichtweite zu Kinder- und Jugendeinrichtungen, Schulen, Spiel- + Sportplätzen ist verboten.“	richtig	83%	77%	93%	84%	83%
Anzahl korrekter Antworten insgesamt, MW		4,3	3,8	5,6	4,6	4,4
N		2.071	550	404	306	516

4.5 Wege zur Aufklärung: Nutzung und Potentiale

Mythen, Auffassungen über und Wissen zu Cannabis (-wirkungen) entstehen durch die Nutzung vielfältiger Kommunikationswege. Kommunikation kann in verschiedenen Ausprägungen – stärker aktiv oder passiv – und in verschiedenen Formen der Ausdifferenzierung – Beschränkung auf wenige Quellen oder auch breite Inanspruchnahme - stattfinden. Solche (von den Adressat:innen) selbst wählbaren oder auch in weitem Maße passiv rezipierbaren Kommunikationswege kommen grundsätzlich für die gezielte Aussendung / Weitergabe aufklärender, cannabispräventiver Botschaften in Frage.¹¹ Sie können, z. B. neben Sozialisationsinstanzen, eigenständige Wirkung entfalten. Von Interesse ist daher, in welchem Maße welche Kommunikationswege von den cannabispräventiven Zielgruppen genutzt werden und in welchem Maße diese ihnen vertrauen. Wegen, die in hohem Maße genutzt werden und denen in hohem Maße vertraut wird, wird ein großes Präventionspotential für aufklärende Kommunikation zugeordnet.

4.5.1 Direkte Informationssuche

Das Internet als Informationsquelle zu gesundheitlichen Fragen ist in der Mitte der Gesellschaft angekommen (s. Tab. 4.12). Medizinische Seiten oder auch Gesundheitsportale würden von allen fünf möglichen cannabispräventiven Zielgruppen in mittlerem Maße zu Rate gezogen, um Gesundheitsinformationen, z. B. auch zu Cannabis, zu gewinnen.¹² Aktuelle Konsument:innen (30-Tages-Prävalenz) (57 %) und auch Eltern minderjähriger Kinder (58 %) würden diesen Weg deutlich häufiger nutzen als insbesondere Jugendliche (41 %). Etwa ebenso große Anteile verweisen auf Suchmaschinen im Internet, die ihnen entsprechende Informationen liefern sollen. Dieser eher breite Einstieg in die Suche wird von Minderjährigen etwas häufiger genannt (46 %) als der bereits spezielle Blick auf Gesundheitsportale. Für Cannabis-Konsument:innen, junge Erwachsene und Eltern mit minderjährigen Kindern sind diese die präferierten Informationszugänge. Aber auch jede:r zweite Volljährige benennt Internet-Suchmaschinen bzw. medizinische Portale als gewählte Informationswege. Eltern geben des Weiteren mehrheitlich (54 %) an, sich in Arztpraxen oder Apotheken um gesuchte Informationen zu Gesundheitsthemen zu bemühen. Sie entscheiden sich dabei insbesondere für den persönlichen Kon-

¹¹ Kommunikationsmöglichkeiten über präventive Maßnahmen, denen die Adressat:innen nicht ausweichen können, weil sie z. B. an ihnen teilnehmen müssen – wie etwa schulische Präventionsmaßnahmen – stehen hier nicht im Fokus.

¹² „Nehmen wir an, Sie möchten etwas zu einer gesundheitlichen Frage wissen (z. B. auch zu Cannabis). Wo würden Sie versuchen, die Information zu bekommen?“

takt und in geringerem Maße für den über das Internet. Gleiches gilt für die Gesamtgruppe der Volljährigen (60 %), wobei der Kontakt zu Ärzt:innen oder Apotheken hier der wichtigste Informationskanal bei aktiver Suche ist.

Anders verhält es sich bei Minderjährigen: Sie setzen am stärksten auf die Angehörigen, die sie – im deutlichen Unterschied zu den anderen Zielgruppen von Cannabisprävention – mehrheitlich bei der Suche nach gesundheitsbezogenen Informationen aktiv einbeziehen würden (53 %; andere Zielgruppen: 29 % – 39 %).

Insgesamt dominieren die so beschriebenen Informationskanäle die Suche der fünf Zielgruppen; Volljährige und Eltern sind dabei noch stärker als die anderen drei Gruppen auf diese Wege konzentriert. Internetsuchseiten werden von 40 % der Minderjährigen als Mittel der Suche angeführt, Internetforen von 37 % der Konsument:innen ebenfalls als Weg aktiver Informationssuche beschrieben. Beratungsstellen sind für noch jeweils 30 % der Eltern und auch der Volljährigen denkbare Wege der Informationsbeschaffung.

Die anderen erfragten Kanäle werden in allen Zielgruppen von – z. T. deutlich – geringeren Anteilen als Wege aktiver Informationssuche zu Gesundheitsthemen (wie auch zu Cannabis) benannt. So besitzen die sogenannten Sozialen Medien nur in der Gruppe der Minderjährigen eine untergeordnete Bedeutung bei der aktiven Suche (27 %), noch geringer ist sie bei den jungen Erwachsenen (20 %) und den weiteren Zielgruppen (13 % - 8 %). Im Vergleich hierzu haben Videosammlungen im Internet (26 %), Beratungsstellen (26 %) oder auch Fachzeitschriften (24%) für Konsument:innen eine etwas größere Bedeutung.

Nr.	Mythos	Adressat:innen bzw. Zielgruppen				
		Voll-jährige (18-70 J.) Nutzung %	Minderjährige (16-17 J.) Nutzung %	Konsum (30 Tage) Nutzung %	jung Erwachsene (18-26 J.) Nutzung %	Eltern minderj. Kinder Nutzung %
1	Angehörige	29%	53%	37%	39%	29%
2	Apotheke / Arztpraxis*	60%	37%	47%	48%	54%
3	Apotheke / Arztpraxis - persönlich**	50%	23%	38%	33%	46%
4	Apotheke / Arztpraxis - Internet**	22%	23%	23%	30%	22%
5	Krankenkasse*	18%	9%	10%	14%	15%
6	Krankenkasse - persönlich**	9%	3%	4%	6%	6%
7	Krankenkasse - Internet**	10%	5%	7%	10%	12%
8	Beratungsstelle*	30%	21%	26%	24%	30%
9	Beratungsstelle - persönlich**	20%	10%	15%	13%	18%
10	Beratungsstelle - Internet**	15%	14%	18%	19%	20%
11	Behörde / städt Verwaltung / Kommune / Landkreis*	4%	5%	3%	6%	3%
12	Behörde / städt Verwaltung / Kommune / Landkreis - persönlich**	2%	1%	1%	2%	1%
13	Behörde / städt Verwaltung / Kommune / Landkreis - Internet**	2%	2%	2%	3%	2%
14	Internet - Nachrichtenseiten	27%	40%	31%	37%	30%
15	Internet - med Seiten / Gesundheitsportale	51%	41%	57%	50%	58%
16	Internet - Foren	23%	30%	37%	28%	27%
17	Internet - Suchmaschinen	51%	46%	56%	57%	56%
18	Internet - Videosammlungen	15%	24%	26%	25%	17%
19	Internet - Podcasts	7%	12%	14%	12%	10%
20	Internet - Influencer:innen	3%	17%	5%	7%	3%
21	Soziale Medien*	8%	27%	13%	20%	8%
22	Soziale Medien - Posts öffentl Einrichtungen**	5%	20%	10%	15%	5%
23	Soziale Medien - Posts Privatpersonen**	5%	14%	9%	13%	6%
24	Radio - Info- / Diskussionssendungen	8%	5%	9%	6%	9%
25	Fernsehen - Info- / Diskussionssendungen	20%	10%	16%	11%	17%
26	Zeitung, gedruckt	9%	5%	11%	5%	8%
27	Fachzeitschrift	13%	8%	24%	10%	20%
28	Zeitung, kostenlos (Anzeigenblatt)	3%	5%	3%	3%	2%
29	Zeitschrift, kostenlos (Apothekenumschau)	12%	9%	8%	5%	11%
30	Bibliothek*	7%	9%	13%	9%	9%
31	Bibliothek - persönlich**	4%	5%	9%	5%	7%
32	Bibliothek - Internet**	4%	4%	9%	6%	5%

*bereinigte Mehrfachnennung, **Mehrfachnennung

4.5.2 Indirekte Informationswahrnehmung

Bei vielen Gelegenheiten des täglichen Lebens besteht die Möglichkeit, mit Informationen, Nachrichten oder Botschaften zu Gesundheitsthemen in Berührung zu kommen, die gar nicht aktiv gesucht, aber doch wahrgenommen werden. Zwischen den hier betrachteten, cannabispräventiven Zielgruppen zeigen sich weitestgehend keine Unterschiede in solch indirekter Informationswahrnehmung (s. Tab. 4.13).¹³

Allein kurze Beiträge in Radio und/oder Fernsehen werden mehrheitlich in allen Zielgruppen als solche genannt, die unerwartete und nicht aktiv gesuchte Gesundheitsinformationen (u. a. zu Cannabis) liefern (52 % - 60 %).

Jeweils etwa vier von zehn Mitglieder der Zielgruppen geben an, ebenfalls auf Plakaten (bei Ärzt:innen, im Nahverkehr, im Sportverein, in Schule, Hochschule oder am Arbeitsplatz) und auch in Internet-Newslettern solche Informationen ungeplant wahrzunehmen.

Gesundheitsbezogene Botschaften auf Infoscreens in der Öffentlichkeit werden stärker von jungen Erwachsenen (30 %) als den anderen Zielgruppen wahrgenommen (18 % - 25 %).

¹³ „Manchmal nimmt man auch Informationen wahr, ohne dass man direkt nach ihnen gesucht hat. Wie ist das bei Ihnen: Wo haben Sie schon einmal gesundheitsbezogene Informationen wahrgenommen?“

Nr.	Mythos	Adressat:innen bzw. Zielgruppen				
		Voll-jährige (18-70 J.) Nutzung %	Minderjährige (16-17 J.) Nutzung %	Konsum (30 Tage) Nutzung %	jung Erwachsene (18-26 J.) Nutzung %	Eltern minderj. Kinder Nutzung %
1	Plakat / Flyer*	38%	40%	44%	42%	43%
2	Plakat / Flyer - Arzt**	30%	24%	31%	31%	34%
3	Plakat / Flyer - Sportverein**	2%	4%	4%	1%	3%
4	Plakat / Flyer - U- + S-Bahn**	16%	20%	24%	23%	20%
5	Plakat / Flyer - Berufsschule + Uni**	4%	11%	9%	10%	3%
6	Plakat / Flyer - Betrieb + Firma**	6%	3%	10%	8%	7%
7	Infoscreen*	18%	21%	25%	30%	22%
8	Infoscreen - im Ort**	6%	7%	11%	8%	8%
9	Infoscreen - an der Straße**	10%	14%	14%	18%	12%
10	Infoscreen - im Nahverkehr **	9%	10%	14%	16%	12%
11	kurzer Beitrag Fernsehen + Radio	60%	52%	59%	53%	59%
12	Internet Newsletter	42%	45%	39%	37%	41%

*bereinigte Mehrfachnennung, **Mehrfachnennung

4.5.3 Vertrauen in die Informationskanäle

Das Vertrauen¹⁴ in Gesundheitsinformationen unterscheidet sich nach dem Weg, auf dem sie erlangt werden. Grundsätzlich ist zu erkennen, dass „nebenbei“ gefundenen Informationen in geringerem Ausmaß vertraut wird, als solchen, die über selbst gewählte Kommunikationswege gewonnen werden.

Die cannabispräventiven Zielgruppen (Voll- und Minderjährige, junge Erwachsene, Konsument:innen und Eltern) vertrauen einem Set von sechs Kommunikationswegen in mindestens hohem Maße (mindestens 75 Punkte) bzgl. Gesundheitsinformationen (s. Tab. 4.14). Zum Teil ist dieses sogar ausgesprochen hoch (> 85 Punkte). Unterschiede zwischen den Zielgruppen bestehen hier nur im Einzelfall und sind gering ausgeprägt.

Insbesondere der Kommunikation von Ärzt:innen und Apotheker:innen (92 – 89 Punkte) wird in höchstem Maße vertraut, ebenso wie denen der Mitarbeiter:innen von Beratungsstellen (92 – 90 Punkte; Minderjährige: 83 Punkte). Krankenkassen besitzen ebenfalls zielgruppenübergreifend in Bezug auf Gesundheitsinformationen ein sehr hohes Vertrauen (90 – 85 Punkte; Minderjährige: 79 Punkte). Immer noch hoch ist das Vertrauen auch zielgruppenübergreifend in Fachzeitschriften, Bibliotheken und Angehörige. Dies gilt – mit Ausnahme der Minderjährigen – auch für kostenlose Zeitschriften (wie z. B. die Apothekenumschau). Medizinische Seiten bzw. Portale im Internet sind der einzige non-personale Kommunikationsweg, dem fast alle Zielgruppen ein hohes Vertrauen entgegenbringen (79 – 75 Punkte; Volljährige: 72 Punkte). Eltern und Volljährige vertrauen (nach wie vor) auch Informationen aus dem „linearen“ Rundfunk in hohem Maße (Fernsehen oder Radio).

Nachrichten bzw. Messages („Posts“) in Sozialen Medien wird – je nachdem von wem sie stammen – ein unterschiedliches Vertrauen entgegengebracht: Öffentlichen Einrichtungen wird in Bezug auf Gesundheitsinformationen auf diesem Kommunikationsweg eher vertraut (gehobenes Niveau; 72 – 65 Punkte) als Privatpersonen (mittleres Vertrauen; 55 – 52 Punkte). Auf ähnlichem mittleren Niveau befindet sich auch das Vertrauen in sogenannte Internet-Influencer:innen (55 – 49 Punkte) – dies ebenfalls zielgruppenübergreifend. Letztere bilden damit zusammen mit den Internet-Newslettern das Ende der Rangreihe vertrauensvoller Kommunikationswege.

¹⁴ „Wenn Sie Gesundheitsinformationen (z. B. auch zu Cannabis) wahrnehmen oder erhalten – in welchem Maße vertrauen Sie diesen Informationen?“

Das Vertrauen in gesundheitsbezogene Veröffentlichungen bzw. Auskünfte städtischer oder kommunaler Verwaltung unterscheidet sich erheblich zwischen den möglichen Adressat:innen von Cannabispräventionsmaßnahmen. Sehr hoch (und am höchsten) ist das Vertrauen bei Eltern minderjähriger Kinder (85 Punkte), am niedrigsten bei Jugendlichen (unteres mittleres Niveau: 46 Punkte (niedrigster insgesamt gemessener Wert)). Das Vertrauen der Konsument:innen und jungen Erwachsenen liegt dazwischen und befindet sich auf gehobenerem Niveau (71 bzw. 69 Punkte).

Nicht aktiv gesuchten Gesundheitsinformationen (u. a. zu Cannabis) bringen die hier betrachteten fünf Zielgruppen ein mittleres Vertrauen entgegen: Gegenüber kurzen Beiträgen in Fernsehen oder Radio ist es geringfügig höher (63 – 59 Punkte) als gegenüber Plakaten oder Flyern (57 – 50 Punkte) oder auch Infoscreens (56 – 49 Punkte).

Nr.	Mythos	Adressat:innen bzw. Zielgruppen				
		Voll-jährige (18-70 J.) Punkte	Minderjährige (16-17 J.) Punkte	Konsum (30 Tage) Punkte	jung Erwachsene (18-26 J.) Punkte	Eltern minderj. Kinder Punkte
1	Angehörige	79	79	78	76	78
2	Apotheke / Arztpraxis	92	91	89	94	91
3	Krankenkasse	90	79	85	88	89
4	Beratungsstelle	92	83	90	91	91
5	Behörde / städt. Verwaltung / Kommune / Landkreis	80	46	71	69	85
6	Internet - Nachrichtenseiten	66	73	66	68	66
7	Internet - med. Seiten / Gesundheitsportale	72	79	75	78	75
8	Internet - Foren	59	56	60	55	62
9	Internet - Suchmaschinen	61	66	64	62	61
10	Internet - Videosammlungen	59	62	65	62	61
11	Internet - Podcasts	62	61	65	65	68
12	Internet - Influencer:innen	49	55	52	49	50
13	Soziale Medien - Posts öffentl. Einrichtungen	66	66	70	72	65
14	Soziale Medien - Posts Privatpersonen	55	52	55	53	53
15	Radio - Info- / Diskussionssendungen	76	69	74	72	78
16	Fernsehen - Info- / Diskussionssendungen	74	70	71	74	78
17	Zeitung, gedruckt	72	69	73	81	77
18	Fachzeitschrift	85	78	84	86	88
19	Zeitung, kostenlos (Anzeigenblatt)	63	51	67	67	63
20	Zeitschrift, kostenlos (Apothekenumschau)	80	62	77	81	81
21	Bibliothek	83	75	83	84	84
22	Plakat / Flyer	56	56	50	56	57
23	Infoscreen	56	59	49	56	54
24	kurzer Beitrag Fernsehen + Radio	62	62	59	60	63
25	Internet - Newsletter	50	53	49	47	50

4.5.4 Präventionspotential der Informationskanäle

Das cannabispräventive Potential der gesundheitsbezogenen Informationskanäle ergibt sich aus der Kombination der Nutzungsanteile der Kanäle mit dem Vertrauen, das die verschiedenen Zielgruppen diesen entgegenbringen.

In dieser integrierten Perspektive zeigt sich, dass kein Kommunikationsweg ein herausgehoben cannabisbezogenes Präventionspotential besitzt (>67 Punkte; s. Tab. 4.15). Dieses würde entstehen, wenn ein Weg zu sehr großen Teilen genutzt und ihm gleichzeitig auch ein sehr hohes oder höchstes Vertrauen entgegengebracht würde. Für wenige Kommunikationskanäle werden mittlere Präventionspotentiale erkennbar. Sie unterscheiden sich zwischen den Zielgruppen.

Die Kommunikation über Apotheken und Arztpraxen besitzt für drei Zielgruppen die größten, gesundheitsbezogenen Präventionspotentiale. Aber allein für die Gruppe der Volljährigen zeichnet sich hier ein hohes middle-

res (cannabisbezogenes) Präventionspotential (57 Punkte) ab. Für Eltern minderjähriger Kinder besitzt dieser Kommunikationskanal ein mittleres Präventionspotential (51 Punkte) und für junge Erwachsene noch ein niedriges mittleres Potential (46 Punkte).

In Bezug auf Konsument:innen besteht das größte Potential in medizinischen Seiten bzw. Portalen des Internets, diese erfolgreich mit cannabispräventiver Kommunikation zu erreichen – es befindet sich auf niedrigem mittlerem Niveau (46 Punkte). Dieser Kommunikationskanal zeigt sich ähnlich erfolgsversprechend (47 Punkte), um Eltern minderjähriger Kinder cannabispräventiv zu erreichen. Für sie ist es der Kanal mit dem zweithöchsten Potential.

Anders verhält es sich bei den Minderjährigen: weder Apotheken, Arztpraxen noch gesundheitsbezogene Internetseiten besitzen für sie ein vergleichbares, cannabisbezogenes Präventionspotential. Nur der Weg über die Angehörigen (45 Punkte) zeigt in Bezug auf diese Zielgruppe (niedrige) mittlere Erfolgsaussichten.

Für einzelne Zielgruppen zeigen Internetsuchmaschinen (Konsument:innen, junge Erwachsene, Eltern) oder auch kurze Beiträge im Rundfunk (Volljährige, Eltern, Konsument:innen) Potentiale für erfolgreiche Gesundheitskommunikation, die sich dem mittleren Niveau nähern.

Alle anderen hier geprüften Kanäle, um die verschiedenen Adressat:innen von Cannabisprävention zu erreichen, besitzen z. T. deutlich geringere Potentiale für eine erfolgreiche Kommunikation. Dies gilt insbesondere auch für die verschiedenen Wege über Soziale Medien – für alle Zielgruppen.

Nr.	Mythos	Adressat:innen bzw. Zielgruppen				
		Voll-jährige (18-70 J.) Punkte	Minderjährige (16-17 J.) Punkte	Konsum (30 Tage) Punkte	jung Erwachsene (18-26 J.) Punkte	Eltern minderj. Kinder Punkte
1	Angehörige	24	45	31	32	24
2	Apotheke / Arztpraxis	57	35	43	46	51
3	Krankenkasse	17	7	9	13	14
4	Beratungsstelle	28	18	24	22	28
5	Behörde / städt Verwaltung / Kommune / Landkreis	4	3	3	4	3
6	Internet - Nachrichtenseiten	20	32	23	28	22
7	Internet - med Seiten / Gesundheitsportale	40	34	46	42	47
8	Internet - Foren	16	20	26	19	19
9	Internet - Suchmaschinen	36	35	41	41	40
10	Internet - Videosammlungen	11	17	19	18	12
11	Internet - Podcasts	5	8	10	9	8
12	Internet - Influencer:innen	2	11	3	4	2
13	Soziale Medien - Posts öffentl Einrichtungen	4	15	8	12	4
14	Soziale Medien - Posts Privatpersonen	3	9	6	8	4
15	Radio - Info- / Diskussionssendungen	7	4	7	5	8
16	Fernsehen - Info- / Diskussionssendungen	16	8	13	9	14
17	Zeitung, gedruckt	7	4	8	4	7
18	Fachzeitschrift	12	7	21	9	18
19	Zeitung, kostenlos (Anzeigenblatt)	2	3	3	2	1
20	Zeitschrift, kostenlos (Apothekenumschau)	11	6	6	4	10
21	Bibliothek	6	7	11	8	8
22	Plakat / Flyer	26	27	27	28	29
23	Infoscreen	12	15	15	20	14
24	kurzer Beitrag Fernsehen + Radio	43	37	41	37	42
25	Internet - Newsletter	26	29	24	22	26

4.6 Anmerkungen zu den Projektergebnissen aus Sicht von Expert:innen

Die acht Expert:innen aus Präventionsforschung sowie Entwicklung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen diskutierten die Zwischenergebnisse des Projektes CaRM. Sie hinterfragten im Kontext ihrer Erfahrungen die entwickelten und angewendeten Indikatoren für die Mythenauswahl, die betrachteten Zielgruppen von Prävention und die geprüften Kommunikationswege, um die Präventionsadressat:innen mit Maßnahmen zu erreichen. Die Diskussion wurde – bis auf Erläuterungen zum Verständnis der Projekt-Zwischenergebnisse und die blockweise Themensetzung – weitgehend frei von inhaltlicher Steuerung der CaRM-Beteiligten geführt. Nachfolgend werden die zentralen Anmerkungen der Expert:innen zu den großen drei Themenblöcken (Zielgruppen, Mythenauswahl, Erreichungswege) gebündelt wiedergegeben.

4.6.1 Zielgruppen

Sechs Themenkomplexe wurden offenbar, die aus Sicht der Expert:innen bei der Entscheidung über Zielgruppen und entsprechende -strategien für die Cannabisprävention relevant sind.

1. Notwendigkeit einer tiefgehenden Zielgruppendifferenzierung

Im Rahmen der Diskussion wurde deutlich, dass Cannabisprävention, um erfolgreich zu sein, weit über klassische Zielgruppenzuschreibungen hinausgehen sollte. Die Expert:innen betonen, dass Gruppen wie „Erwachsene“, „Jugendliche“ oder „Fachkräfte“ keine homogenen Einheiten seien. Individuen in Gruppen unterschieden sich erheblich in Lebensrealitäten, Rollen, Wissensständen und Informationsbedarfen. Erwachsene könnten beispielweise Eltern, Freizeitkonsumierende und Konsument:innen von medizinischem Cannabis sein, die jeweils über unterschiedliches Wissen, spezifische Motivlagen und einen unterschiedlichen Zugang zu Risiken und Präventionsmaßnahmen verfügen. Für Konsument:innen von medizinischem Cannabis wäre die weitere Unterscheidung nach ärztlicher Begleitung wichtig, um passende Präventionsangebote entwickeln zu können.

2. Relevanz von Querschnittsthemen

Die Expert:innen heben hervor, dass Querschnittsthemen, wie mögliche psychische Belastungen und das Geschlecht, immer mitberücksichtigt werden sollten. Eine gendersensible Prävention z. B. für Menschen mit Kinderwunsch sollte beispielsweise nicht auf schwangerschaftsbezogene Informationen für Frauen reduziert sein, sondern auch werdende Väter adressieren. Dadurch werde verhindert, dass die Präventionsverantwortung allein bei Frauen liege und die unterschiedlichen gendersensiblen Bedarfe besser berücksichtigt werden.

3. Besondere Berücksichtigung vulnerabler Gruppen

Sozial benachteiligte und vulnerable Gruppen wie Obdachlose oder Schüler:innen an Förderschulen gerieten in der Präventionspraxis oft aus dem Blickfeld. Die Expert:innen sehen hier eine besondere Verantwortung, diesen Gruppen gezielte Angebote und mehr Sichtbarkeit zu verschaffen.

4. Jugendliche als zentrale Zielgruppe

Jugendliche und Minderjährige seien zentrale Zielgruppen für die Cannabisprävention. Bezüglich Minderjähriger besteht aus Sicht der Expert:innen Klärungsbedarf hinsichtlich des präventionsgeeigneten Alters. Einigkeit herrscht jedoch darin, dass Jugendliche unabhängig vom Alter eine zentrale Zielgruppe der Prävention darstellen.

5. Zielgruppenpriorisierung und Präventionsstrategie

Die Expert:innen betonen, dass eine Zielgruppenpriorisierung vor dem Hintergrund begrenzter Mittel nötig, aber schwierig sei. Eine ausschließliche Priorisierung nach Prävalenzen und Risikopotenzialen greift aus Sicht der Expert:innen zu kurz. Daher wird die Bereitstellung der Ergebnisse des CaRM-Projekts als wichtig erachtet. Sie sprechen sich für eine kombinierte Strategie aus, die normsetzende Maßnahmen (z. B. groß angelegte gesellschaftliche Kampagnen für die breite Masse) mit Interventionen auf Basis von Materialien zu relevanten Auffassungen in spezifischen Zielgruppen verbindet.

6. Kontext- und settingbezogene Prävention

Abschließend wurde auf die Bedeutung kontextueller Settings, wie sie in Unternehmen besonders deutlich werden, hingewiesen. Die Cannabislegalisierung mache neue Strategien im betrieblichen Umfeld notwendig. Neben Auszubildenden sollten künftig auch ältere Mitarbeitende in die betriebliche Gesundheitsförderung eingeschlossen, aber auch Personalschulungen (z. B. leitender Mitarbeiter:innen) stärker in Präventionsmaßnahmen integriert werden.

4.6.2 Auswahl und Priorisierung von Auffassungen für die Cannabisprävention

1. Komplexität der inhaltlichen Gewichtung

Die Diskussion macht deutlich, dass die Auswahl und Priorisierung von Auffassungen in der Cannabisprävention komplex ist und stark von Zielgruppe, Setting sowie den gewählten Bewertungskriterien abhängt. Bestimmte Auffassungen, wie: „Konsum ist harmlos“, „Cannabis macht nicht abhängig“ und „Cannabis ist jetzt für alle erlaubt“, sollten laut Expert:innen in diesem Prozess besonders beachtet werden, da sie in zahlreichen Zielgruppen verbreitet seien.

2. Kriterien der Auswahl

Die Expert:innen betonen, dass die Auswahl der wichtigsten Auffassungen nicht ausschließlich danach erfolgen sollte, wie falsch sie beurteilt werden oder wie bedeutsam sie in einer Zielgruppe erscheinen. Auch wenn die CaRM-Projektgruppe diese Kriterien anwendet, weist die Expert:innenrunde darauf hin, dass auch andere Faktoren – etwa die vermittelte Botschaft und deren Wirkung im Rahmen einer Kampagne – entscheidend seien. Beispielhaft wird genannt, dass die Aufklärung über die Auffassung „Cannabis macht nicht antriebslos“ in bestimmten Kontexten Aufmerksamkeit erzeugen und Diskussionen anregen, jedoch bei kurzen Kampagnen problematisch sein könne, da die gewünschte Präventionsaussage untergraben werden könnte.

3. Psychologische Wirkmechanismen

Aus psychologischer Sicht weisen die Expert:innen auf Reihenfolgeeffekte hin (mit der Aufklärung welcher Auffassung wird begonnen, mit welcher wird fortgefahren). Darüber hinaus betonen sie, dass Zielgruppen nur eine begrenzte Menge an Informationen aufnehmen könnten („Magical Number 7“). Zudem sollten bei der Präventionsbedeutung neben kognitiven auch emotionale Faktoren berücksichtigt werden (Stichwort: knowledge-behavior-gap).

4. Zielgruppenspezifische Gestaltung

Bei Jugendlichen bzw. im Setting „Schule“ böten sich beispielsweise Auffassungen wie „Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust“ oder „Weniger schädlich als Alkohol“ als Einstieg an, um eine offene Gesprächsatmosphäre zu schaffen. Auch soziale Normauffassungen („Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis“) seien aus Sicht der Expert:innen besonders relevant, da sie das Verhalten stark beeinflussen

würden. Um diese gezielt zu thematisieren, sollten Forschungsergebnisse zur Gesundheitskommunikation mitberücksichtigt werden.

5. Kontinuierliche Kommunikation grundlegender Auffassungen

Die Expert:innen heben hervor, dass grundlegende Auffassungen, etwa zur erhöhten Vulnerabilität Jugendlicher oder dass Cannabis nicht harmlos ist, auch weiterhin vermittelt werden sollten, selbst wenn diese in Teilen der Zielgruppe bereits bekannt seien. Dies sei notwendig, da stets neue Generationen erreicht werden müssen und kontinuierliche Aufklärung erforderlich sei.

6. Empfehlungen für die Ausgestaltung von Präventionsbotschaften

Abschließend empfehlen die Expert:innen, die zu thematisierenden Auffassungen je nach Zielgruppe sehr spezifisch zu formulieren: Auffassungen sollten verständlich dargestellt, mit Beispielen unterlegt und in ihrer Zielgruppenrelevanz erklärt werden (z. B. psychische Vorerkrankungen bei Konsumierenden).

Die Expert:innen sehen die bisherige Auswahl und Diskussion der Auffassungen als Zwischenschritt und betonen, dass eine fortlaufende Überarbeitung und die Rückkopplung mit neuen Erkenntnissen entscheidend für eine wirkungsvolle Cannabisprävention sind.

4.6.3 Erreichungswege in der Cannabisprävention

1. Zugangswege zur Prävention und deren Wahrnehmung

Die Expert:innen zeigen sich überrascht über die Ergebnisse der Panelbefragung, dass Gesundheitsinformationen häufig in Apotheken und Arztpraxen gesucht würden. Sie führen dies auf eine nicht ausreichende Differenzierung zwischen Freizeitkonsum und medizinischem Cannabisgebrauch zurück, zumal die Trennlinie zwischen Freizeitkonsum und medizinischem Konsum durch Online-Verschreibungen aufgeweicht worden sei. Arztpraxen und Apotheken werden von den Expert:innen zwar als vertrauenswürdige Anlaufstellen grundsätzlich bestätigt, bieten jedoch aus ihrer Sicht nur wenig Kontaktpotenzial für junge Zielgruppen.

2. Rolle von Eltern und Peer-Groups

Aus den Ergebnissen wird abgeleitet, dass junge Menschen sich häufig über Angehörige zu Gesundheitsaspekten informieren, wodurch Eltern eine sehr bedeutende Rolle als Multiplikator:innen einnehmen. Gleichzeitig wird auf die große Bedeutung von Prävention über Peer-Groups hingewiesen: Jugendliche sollten direkt angesprochen und in ihrer Rolle als Beeinflusser:innen ihrer Freundeskreise einbezogen werden.

3. Schule als Präventionssetting und Prävention über verschiedene Settings

Die Diskussion zeigt, dass schulische Wege der Prävention aus Sicht der Expert:innen häufig zu kurz kommen, obwohl hier großes Potenzial liege. Jugendliche sprächen ungern mit Lehrpersonal über Konsum, weil sie Benotung und Verurteilung fürchteten. Es sei daher wichtig, weitere Ansprechpersonen an der Schule bereitzustellen. Prävention im Schulkontext sollte Teil eines Gesamtkonzepts sein, das Haltungen der Lehrkräfte, Peer-to-Peer-Ansätze, weitergehende Projekte sowie die Elternarbeit verbindet. Verschiedene Programme sollten stärker vernetzt werden. Auch die Weiterbildung von Lehrkräften, etwa durch die Vergabe von Fortbildungspunkten, wird empfohlen. Hier könnten Aufklärungsangebote auch über Eltern als Multiplikator:innen auf junge Menschen und Kinder wirken und die Reichweite von settingspezifischen Präventionsmaßnahmen deutlich erhöhen.

4. Digitale Informationssuche und Künstliche Intelligenz

Ein Thema, das noch zu wenig beachtet werde, sei die Nutzung von Künstlicher Intelligenz (KI) durch junge Menschen zur Informationssuche. Die Expert:innen sehen einerseits das Risiko unkritischer Übernahme von Informationen, andererseits werden auch positive Erfahrungen berichtet, etwa wenn ChatGPT auf seriöse Quellen und Beratungsstellen verweist.

5. Bedeutung von Präsenzangeboten und professioneller Unterstützung

Präventionsveranstaltungen in Präsenz bleiben aus Expert:innensicht weiterhin relevant. Es wird empfohlen, bei der Erstellung von Präventionsprogrammen eng mit Professionellen aus anderen Bereichen (z. B. bewährte Projekte wie ESIC) zusammenzuarbeiten.

6. Print- und digitale Materialien

Es besteht weiterhin Konsens darüber, dass Broschüren eine feste Grundlage im Aufklärungsangebot darstellen sollten, da sie wichtige Orientierung böten und häufig mit höherer Seriosität wahrgenommen würden als die Ergebnisse reiner Internetrecherche. Allerdings erreichten Printmedien nicht alle Zielgruppen optimal, weshalb auch digitale Broschüren und andere Online-Angebote nötig seien (auf die Bedeutung von Google Analytics wird hingewiesen). Broschüren sollten Hinweise auf seriöse Internetquellen enthalten. Auch Marktlogiken sollten berücksichtigt werden, da Interessensgruppen wie Hanfverbände ihre Ansichten beispielsweise über Social Media wirksam einbringen.

7. Sichtbarkeit und Verweisstrukturen

Da bestimmte digitale Informationsangebote durch kommerziell geprägte Anbieter verdrängt werden könnten, sei es für Präventionsstellen wichtig, ihre Online-Sichtbarkeit sicherzustellen z. B. durch eine prominentere Platzierung bei Suchanfragen. Nicht jede Beratungsstelle müsse hierfür eigene Mittel aufwenden, vielmehr sollten wenige seriöse Quellen erstellt und zentral aufeinander verweisen, auch über Social Media Kanäle.

4.6.4 Generelle Anmerkungen aus der Expert:innendiskussion zur Cannabisprävention

1. Bedeutung von Multiplikator:innenschulungen

Die Expert:innen sehen Multiplikator:innenschulungen als zentralen Baustein für nachhaltigen Präventionserfolg. Fachkreise wie Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen und Apotheker:innen sollten gezielt fortgebildet werden, da auch in diesen Gruppen zahlreiche Mythen vorherrschen. Fortbildungen, zum Beispiel Veranstaltungen bei Landesärztekammern oder Apothekenkammern, werden als wirksame Instrumente zur Sensibilisierung hervorgehoben.

2. Anpassung an Praxisbedingungen und Ressourcen

Es wird betont, dass Präventionsansätze an die realen Bedingungen und begrenzten Ressourcen vieler Akteur:innen angepasst werden müssten. Gerade in schulischen und pädagogischen Kontexten seien Kurzformate, Broschüren und kompakte Leitfäden – etwa zur Unterstützung von Nachwuchskräften – wichtige niedrigschwellige Lösungen. Gleichzeitig sollten Schulen nicht überfrachtet werden, da sie häufig bereits mit anderen drängenden Themen wie Gewalt oder Sprachproblemen konfrontiert seien, ähnlich wie Hausärzte im Bereich Alkoholprävention.

3. Ganzheitliche Präventionsansätze

Präventionsarbeit sollte nicht auf reines Substanzwissen begrenzt sein. Die Expert:innen fordern, dass die Förderung von Ressourcen, Resilienz und allgemeiner Gesundheitskompetenz Bestandteil jeder Präventionsstrategie sein sollte, um Mythen und Fehlannahmen langfristig entgegenzuwirken.

4. Notwendigkeit besserer Koordination und Lobbyarbeit

Nach Einschätzung der Expert:innen fehlt es aktuell an überregionaler Koordination sowie an verstärkter begleitender Unterstützung durch Bundesinstitutionen – insbesondere bei der Umsetzung gesetzlicher Neuerungen wie dem Cannabiskonsumgesetz. Die Förderung entsprechender Lobbyarbeit, auch im Hinblick auf die Bereitstellung finanzieller Mittel für Prävention, wird als notwendig bewertet.

5. Forschung und zielgruppenspezifische Identifikation von Mythen

Die Diskussion regt dazu an, Mythen gezielt auf Ebene der Multiplikator:innen tiefergehend zu erforschen. Für die Praxis wird empfohlen, Mythen für verschiedene Zielgruppen systematisch zu identifizieren und diese niedrigschwellig, verständlich und übersichtlich – etwa mithilfe interaktiver digitaler Tools oder Tabellen – aufzubereiten. So könnten Akteur:innen die Erkenntnisse situationsbezogen für ihre jeweilige Zielgruppe anpassen.

6. Empfehlungen für Präventionsveranstaltungen

Abschließend raten die Expert:innen, Präventionsveranstaltungen mit zielgruppenspezifischen Mythen als Einstieg zu gestalten. Dies könne Aufmerksamkeit, Aha-Erlebnisse und Motivation für weiterführende Diskussionen schaffen.

5 Anhang I: Bestandsaufnahme Mythen

5.1 Analyse von (Online-) Medien & (Fach-) Publikationen: Eingeschlossene Literatur

Medien

- ARD alpha Online
- Beobachter.ch
- Berliner Morgenpost Online
- Bild Online
- BR24 Online
- Deutsche Apothekerzeitung Online
- Deutsche Welle Online
- Dt. Ärzteblatt Online
- Focus Online
- Hörzu Online
- Stiftung Warentest Online
- Watson.ch
- Wikipedia
- Zeit Online
- Zeitjung
- Bundesministerium für Gesundheit
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)
- Deutsche Herzstiftung e.V. Magazin Herzblatt Online
- Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)
- Helios Gesundheitsmagazin Online
- Portal Niedersachsen: Niedersachsen. Klar. (Informationen zum Cannabisgesetz)
- Stark statt breit
- Stiftung Gesundheitswissen
- Sucht Schweiz
- Techniker Krankenkasse
- Volksverpetzer

Fachpublikationen

- Hoch, E.; Preuss, U. W. (2024): Cannabis: Konsum, Gefahr, Mythen, Nutzen. München.
- Schneider, W. (2006): „Die Seuche Cannabis“: Fakten zur Mythenrekonstruktion. In: Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/ Acceptance-Oriented Drug Work. 3. 7-18.

Internetseiten, Blogs

- AOK-Gesundheitsmagazin Online
- Barmer Ersatzkasse
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
- 420brokoli.de
- canatura.com
- cannabis-anbau-vereinigung.de
- Grow.de
- Hanf-Magazin.com
- Hanfseite.de
- Kifferforum.de
- Reddit.com
- RoyalQueenSeeds.de
- TheCut.com
- Vice.com
- Weed.de
- Zambeza.de

5.2 Relevante Themenbereiche: Ergebnis der drei empirischen Module

- Abhängigkeit
- Absturz
- ADHS
- Aggressionen
- alle konsumieren
- Ängste
- Appetit
- Beruf / Schule
- Bewusstseinsänderung
- Depression
- Dosierung, Verunreinigung
- Droge
- Einstiegsdroge
- Entspannung
- Entwicklungsverzögerung
- Entzündungen
- Familie
- Finanzielles
- Gefährlichkeit im Vergleich
- Gehirnentwicklung
- gesundheitliche Schäden, allg.
- gesundheitsförderlich, allg.
- Herzerkrankungen
- Kontrollverlust
- Konzentration
- Kreativität
- Krebserkrankung
- Kriminalität
- Legalität
- Leistungsfähigkeit
- Lungenerkrankungen
- Medikament
- Müdigkeit
- Nervenschädigung
- Parkinson-Erkrankung
- positive Stimmungsregulation
- psychische Probleme
- Psychose
- Rausch
- Schädlichkeit für Jugendliche
- Schlaf
- Schmerz
- Schwangerschaft, Fötus
- soziale Kontakte
- soziales Verhalten
- Tod
- Trägheit
- Übelkeit, Erbrechen, Durchfall
- verbindet/Geselligkeit
- Vereinsamung
- Verkehrsteilnahme
- Wahnvorstellungen
- Wesensänderung

6 Anhang II: Tabellen: Mythen in den Zielgruppen & Soziodemografie

Zur Erläuterung der Indikatoren (Kenntnis, individuelle Bedeutung, Beurteilung der Richtigkeit, Präventionsbedeutung) und der Einheit ‚Punkte‘: siehe Kap. 4.3.

Nr.	Mythos	alle %	Geschlecht		Konsum				Migra.hintergrund		Ort, Einwohner	
			Männer %	Frauen %	30 Tage %	12 Monate %	Lebens- zeit %	nie %	mit %	ohne %	ab 50.000 %	max 50.000 %
1	Cannabis ist ein Allheilmittel	12%	13%	12%	26%	23%	10%	8%	13%	12%	13%	12%
2	Konsum ist harmlos	18%	18%	18%	34%	20%	19%	14%	16%	19%	19%	17%
3	Konsum durch Heranwachsende führt - stärker als bei Erwachsenen - zu gesundheitlichen Schäden	49%	46%	51%	48%	48%	49%	49%	39%	52%	48%	49%
4	Weniger schädlich als Alkohol	35%	39%	31%	64%	54%	44%	22%	35%	35%	39%	31%
5	Schwierig zu dosieren	16%	15%	17%	15%	16%	14%	17%	19%	15%	17%	16%
6	Mischkonsum ist besonders risikoreich	44%	41%	47%	46%	50%	47%	41%	43%	44%	44%	43%
7	Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken	35%	33%	37%	34%	36%	32%	36%	34%	35%	35%	35%
8	Konsum schädigt den Fötus	42%	34%	51%	35%	38%	44%	44%	43%	42%	41%	44%
9	Überdosierung führt nicht zum Tod	21%	23%	18%	50%	30%	23%	12%	21%	21%	23%	18%
10	Cannabis lindert Schmerzen	68%	65%	71%	76%	71%	74%	64%	62%	70%	67%	70%
11	Konsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen	18%	15%	21%	15%	25%	18%	17%	22%	16%	18%	18%
12	Cannabis hemmt Entzündungen	23%	24%	22%	45%	28%	24%	18%	22%	24%	23%	24%
13	Konsum lindert Spastiken	29%	29%	28%	47%	33%	38%	20%	25%	30%	29%	29%
14	Konsum bewirkt Herz-Kreislaufkrankheiten	15%	14%	16%	14%	13%	13%	16%	17%	14%	15%	15%
15	Inhalativer Konsum bewirkt Atemwegserkrankungen	16%	18%	15%	26%	17%	17%	14%	17%	16%	18%	14%
16	Konsum verursacht Krebserkrankungen	10%	11%	9%	11%	11%	9%	10%	12%	9%	11%	9%
17	Konsum hilft beim Abnehmen	6%	6%	5%	12%	8%	5%	4%	7%	5%	6%	6%
18	Konsum hilft bei Schlafproblemen	39%	38%	39%	66%	57%	47%	26%	39%	39%	41%	36%
19	Konsum verändert die Wahrnehmungen	61%	57%	64%	52%	56%	67%	61%	59%	61%	58%	63%
20	Konsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten	44%	42%	47%	40%	43%	50%	43%	40%	46%	45%	44%
21	Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit	64%	61%	68%	52%	59%	67%	67%	54%	68%	62%	67%
22	Cannabis ist eine Einstiegsdroge	58%	55%	61%	44%	52%	58%	62%	52%	60%	56%	60%
23	Cannabis verursacht keine Abhängigkeit	16%	15%	18%	26%	15%	19%	14%	14%	17%	17%	16%
24	Konsum löst Psychosen aus	39%	35%	43%	42%	41%	44%	36%	38%	39%	41%	37%
25	Konsum hilft gegen Angst	32%	31%	33%	43%	39%	37%	27%	29%	33%	32%	32%
26	Konsum hilft gegen Depressionen	31%	34%	28%	49%	37%	34%	26%	31%	31%	32%	31%
27	Konsum hilft bei ADHS	30%	31%	29%	54%	43%	36%	21%	30%	31%	31%	29%
28	Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust	26%	27%	25%	32%	29%	32%	22%	31%	25%	29%	24%
29	Konsum verbessert die Gemütslage	33%	36%	30%	50%	43%	37%	26%	32%	33%	32%	33%
30	Konsum führt zu Suizidgedanken	14%	14%	15%	8%	12%	11%	17%	17%	13%	14%	14%
31	Konsum entspannt	57%	58%	57%	74%	70%	69%	47%	55%	58%	57%	57%
32	Konsum macht nicht aggressiv	24%	28%	20%	47%	39%	31%	13%	24%	24%	26%	22%
33	Konsum macht kreativ	19%	23%	15%	45%	32%	21%	10%	19%	19%	21%	16%
34	Konsum schädigt soziale Beziehungen	30%	27%	33%	22%	21%	31%	34%	32%	30%	30%	31%
35	Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln	14%	15%	13%	14%	11%	12%	15%	16%	13%	14%	14%
36	Konsum führt zu niedrigen Leistungen	28%	30%	26%	29%	31%	27%	27%	33%	26%	29%	27%
37	Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau	12%	12%	13%	11%	12%	11%	13%	16%	11%	14%	11%
38	Konsum ist cool	14%	15%	13%	27%	23%	13%	10%	16%	13%	14%	14%
39	Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis	18%	18%	19%	39%	28%	17%	13%	19%	18%	21%	16%
40	Konsum ist nun für alle überall erlaubt	18%	16%	19%	16%	18%	18%	18%	19%	17%	19%	17%
41	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bewirken	48%	42%	53%	35%	39%	46%	52%	42%	49%	46%	49%
42	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bei Minderjährigen bewirken	42%	36%	49%	30%	35%	40%	47%	40%	43%	41%	43%

Nr.	Mythos	alle Punkte	Geschlecht		Konsum				Migra.hintergrund		Ort, Einwohner	
			Männer Punkte	Frauen Punkte	30 Tage Punkte	12 Monate Punkte	Lebens- zeit Punkte	nie Punkte	mit Punkte	ohne Punkte	ab 50.000 Punkte	max 50.000 Punkte
1	Cannabis ist ein Allheilmittel	53	58	47	65	56	51	45	52	53	51	54
2	Konsum ist harmlos	53	58	47	68	65	52	43	60	51	53	52
3	Konsum durch Heranwachsende führt - stärker als bei Erwachsenen - zu gesundheitlichen Schäden	77	75	78	72	68	74	81	76	77	75	78
4	Weniger schädlich als Alkohol	62	65	59	73	68	62	53	66	61	62	62
5	Schwierig zu dosieren	69	65	71	60	62	66	72	70	68	68	69
6	Mischkonsum ist besonders risikoreich	77	76	78	70	75	75	80	80	76	77	77
7	Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken	76	73	79	71	74	75	78	82	75	76	77
8	Konsum schädigt den Fötus	76	72	79	68	75	73	80	81	75	74	78
9	Überdosierung führt nicht zum Tod	67	64	69	78	67	67	57	67	66	68	65
10	Cannabis lindert Schmerzen	70	70	70	75	75	70	68	69	71	69	71
11	Konsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen	60	60	60	43	55	59	65	65	58	57	63
12	Cannabis hemmt Entzündungen	69	70	68	77	73	70	65	67	70	65	73
13	Konsum lindert Spastiken	60	58	62	65	51	57	63	59	60	59	61
14	Konsum bewirkt Herz-Kreislaufkrankheiten	76	73	78	59	77	72	79	83	73	72	79
15	Inhalativer Konsum bewirkt Atemwegserkrankungen	70	67	73	62	58	71	75	78	66	68	71
16	Konsum verursacht Krebserkrankungen	72	72	73	65	67	68	76	78	70	71	73
17	Konsum hilft beim Abnehmen	49	50	48	57	69	42	39	58	45	50	48
18	Konsum hilft bei Schlafproblemen	62	66	58	75	73	57	53	62	62	61	63
19	Konsum verändert die Wahrnehmungen	72	72	72	67	71	69	74	74	71	71	72
20	Konsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten	71	69	73	59	65	69	76	72	71	71	72
21	Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit	83	83	83	77	81	82	85	83	83	81	84
22	Cannabis ist eine Einstiegsdroge	67	65	68	45	49	65	74	67	67	65	69
23	Cannabis verursacht keine Abhängigkeit	58	60	57	72	62	58	53	61	58	60	57
24	Konsum löst Psychosen aus	70	64	74	52	60	70	76	76	67	70	69
25	Konsum hilft gegen Angst	60	62	59	68	72	60	55	61	60	61	60
26	Konsum hilft gegen Depressionen	63	63	62	74	67	63	57	61	63	61	64
27	Konsum hilft bei ADHS	60	59	62	68	57	61	58	67	58	60	61
28	Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust	67	65	68	53	64	65	72	72	65	66	68
29	Konsum verbessert die Gemütslage	59	64	53	79	75	54	49	59	59	61	58
30	Konsum führt zu Suizidgedanken	73	69	78	50	66	69	78	76	72	74	73
31	Konsum entspannt	62	65	60	84	76	61	52	63	62	63	61
32	Konsum macht nicht aggressiv	62	65	59	73	68	62	51	59	63	60	64
33	Konsum macht kreativ	51	53	49	66	55	48	39	52	51	52	50
34	Konsum schädigt soziale Beziehungen	71	71	71	54	70	69	74	76	69	69	73
35	Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln	67	66	67	50	62	68	70	67	67	66	68
36	Konsum führt zu niedrigen Leistungen	69	68	71	56	66	67	74	78	66	69	70
37	Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau	55	59	52	45	58	45	60	57	55	57	54
38	Konsum ist cool	31	32	29	42	34	28	25	31	31	32	29
39	Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis	55	55	55	49	51	53	61	62	52	54	56
40	Konsum ist nun für alle überall erlaubt	52	54	51	61	56	47	52	55	51	50	55
41	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bewirken	66	64	68	50	54	62	72	72	65	64	68
42	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bei Minderjährigen bewirken	72	72	72	56	61	68	77	74	71	70	74

Nr.	Mythos	wissenschaftl. Klassifikation	alle Punkte	Geschlecht		Konsum				Migra.hintergrund		Ort, Einwohner	
				Männer Punkte	Frauen Punkte	30 Tage Punkte	12 Monate Punkte	Lebenszeit Punkte	nie Punkte	mit Punkte	ohne Punkte	ab 50.000 Punkte	max 50.000 Punkte
1	Cannabis ist ein Allheilmittel	falsch	49	41	58	32	46	51	60	48	49	50	48
2	Konsum ist harmlos	falsch	64	56	71	37	48	70	77	57	66	62	65
3	Konsum durch Heranwachsende führt - stärker als bei Erwachsenen - zu gesundheitlichen Schäden	eher richtig	78	77	78	79	79	80	77	78	78	79	77
4	Weniger schädlich als Alkohol	richtig	70	73	66	86	77	70	56	73	69	72	67
5	Schwierig zu dosieren	richtig	76	75	78	67	68	78	79	76	77	75	77
6	Mischkonsum ist besonders risikoreich	richtig	89	88	90	84	87	89	91	89	89	88	89
7	Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken	richtig	86	85	86	82	84	85	87	84	86	84	87
8	Konsum schädigt den Fötus	richtig	90	86	92	87	87	88	92	87	91	89	91
9	Überdosierung führt nicht zum Tod	richtig	74	79	69	85	79	76	62	75	74	74	74
10	Cannabis lindert Schmerzen	eher falsch	50	49	51	47	48	50	51	52	49	50	49
11	Konsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen	richtig	72	69	74	58	63	77	75	73	71	70	74
12	Cannabis hemmt Entzündungen	keine Klass.											
13	Konsum lindert Spastiken	richtig	78	79	77	89	79	78	74	75	79	77	79
14	Konsum bewirkt Herz-Kreislaufkrankheiten	richtig	76	74	78	61	66	74	81	80	75	74	78
15	Inhalativer Konsum bewirkt Atemwegserkrankungen	richtig	79	79	79	72	76	81	81	77	79	78	79
16	Konsum verursacht Krebserkrankungen	richtig	74	75	72	66	70	69	77	74	73	74	73
17	Konsum hilft beim Abnehmen	keine Klass.											
18	Konsum hilft bei Schlafproblemen	eher falsch	56	54	59	46	54	57	62	57	56	57	55
19	Konsum verändert die Wahrnehmungen	richtig	88	88	87	85	88	87	88	87	88	87	88
20	Konsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten	richtig	83	83	83	78	82	83	85	84	83	83	84
21	Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit	richtig	92	91	92	84	89	92	93	91	92	90	93
22	Cannabis ist eine Einstiegsdroge	eher falsch	52	53	50	66	63	52	47	53	51	54	50
23	Cannabis verursacht keine Abhängigkeit	falsch	64	58	69	44	56	64	72	64	64	63	64
24	Konsum löst Psychosen aus	richtig	74	71	76	60	67	73	80	74	74	73	76
25	Konsum hilft gegen Angst	eher falsch	61	60	61	50	57	62	64	61	61	60	61
26	Konsum hilft gegen Depressionen	falsch	30	29	31	22	27	30	34	30	30	30	30
27	Konsum hilft bei ADHS	eher falsch	56	55	57	48	54	57	60	55	56	56	56
28	Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust	falsch	25	26	24	35	32	25	21	23	26	26	24
29	Konsum verbessert die Gemütslage	eher richtig	84	83	86	81	83	85	86	84	85	84	84
30	Konsum führt zu Suizidgedanken	eher richtig	83	82	84	74	78	87	84	85	82	81	84
31	Konsum entspannt	eher richtig	82	81	83	75	80	83	85	83	82	82	82
32	Konsum macht nicht aggressiv	eher falsch	58	56	61	48	53	58	67	56	59	59	57
33	Konsum macht kreativ	eher falsch	61	60	62	50	58	63	70	61	61	61	61
34	Konsum schädigt soziale Beziehungen	eher falsch	54	55	54	74	59	57	50	52	55	56	52
35	Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln	eher falsch	63	63	64	69	71	64	61	63	63	65	62
36	Konsum führt zu niedrigen Leistungen	eher falsch	55	56	55	66	59	55	52	53	56	57	54
37	Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau	falsch	36	34	37	46	38	45	31	35	36	37	34
38	Konsum ist cool	falsch	62	56	68	39	49	67	78	58	63	62	61
39	Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis	falsch	25	25	26	21	22	26	29	21	27	25	27
40	Konsum ist nun für alle überall erlaubt	falsch	36	40	32	34	44	38	33	32	37	38	34
41	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bewirken	richtig	79	79	79	65	70	76	84	80	79	79	80
42	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bei Minderjährigen bewirken	eher falsch	53	55	52	66	62	53	50	52	53	55	52

Nr.	Mythos	wissenschaftl. Klassifikation	alle Punkte	Geschlecht		Konsum				Migra.hintergrund		Ort, Einwohner	
				Männer Punkte	Frauen Punkte	30 Tage Punkte	12 Monate Punkte	Lebenszeit Punkte	nie Punkte	mit Punkte	ohne Punkte	ab 50.000 Punkte	max 50.000 Punkte
1	Cannabis ist ein Allheilmittel	falsch	41	48	34	58	44	40	31	41	42	40	43
2	Konsum ist harmlos	falsch	32	39	25	54	44	28	21	38	30	33	31
3	Konsum durch Heranwachsende führt - stärker als bei Erwachsenen - zu gesundheitlichen Schäden	eher richtig	30	30	31	28	27	28	33	30	31	29	32
4	Weniger schädlich als Alkohol	richtig	27	27	28	22	26	27	32	28	27	26	29
5	Schwierig zu dosieren	richtig	26	27	26	28	29	24	26	27	26	27	26
6	Mischkonsum ist besonders risikoreich	richtig	22	22	22	22	22	21	22	23	22	22	22
7	Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken	richtig	24	24	25	24	24	24	24	26	23	25	23
8	Konsum schädigt den Fötus	richtig	21	22	20	20	23	21	21	24	20	21	21
9	Überdosierung führt nicht zum Tod	richtig	28	24	32	24	26	27	32	28	27	28	27
10	Cannabis lindert Schmerzen	eher falsch	47	47	46	51	50	46	45	44	47	46	47
11	Konsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen	richtig	26	28	24	26	29	23	26	26	25	25	26
12	Cannabis hemmt Entzündungen	keine Klass.											
13	Konsum lindert Spastiken	richtig	23	21	24	18	20	22	26	24	22	23	23
14	Konsum bewirkt Herz-Kreislaufkrankheiten	richtig	30	30	30	31	38	31	28	30	30	30	30
15	Inhalativer Konsum bewirkt Atemwegserkrankungen	richtig	26	25	26	28	24	25	26	30	24	26	26
16	Konsum verursacht Krebserkrankungen	richtig	30	29	31	32	30	31	29	31	29	30	30
17	Konsum hilft beim Abnehmen	keine Klass.											
18	Konsum hilft bei Schlafproblemen	eher falsch	39	42	37	52	45	37	32	39	40	38	40
19	Konsum verändert die Wahrnehmungen	richtig	21	21	22	22	21	21	22	22	21	22	21
20	Konsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten	richtig	24	23	25	23	23	23	24	24	24	24	24
21	Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit	richtig	21	22	21	24	22	21	21	22	21	22	21
22	Cannabis ist eine Einstiegsdroge	eher falsch	44	43	46	28	30	43	50	43	45	42	46
23	Cannabis verursacht keine Abhängigkeit	falsch	34	38	30	52	37	34	26	35	33	35	33
24	Konsum löst Psychosen aus	richtig	28	28	29	30	29	30	27	31	28	29	27
25	Konsum hilft gegen Angst	eher falsch	36	37	35	46	42	35	32	35	36	36	35
26	Konsum hilft gegen Depressionen	falsch	55	55	54	67	59	55	49	53	55	54	55
27	Konsum hilft bei ADHS	eher falsch	38	38	39	46	38	38	35	42	37	38	39
28	Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust	falsch	60	59	62	45	55	59	66	65	58	59	62
29	Konsum verbessert die Gemütslage	eher richtig	21	24	19	29	27	19	17	22	21	22	21
30	Konsum führt zu Suizidgedanken	eher richtig	26	24	27	21	26	22	27	25	26	27	25
31	Konsum entspannt	eher richtig	24	25	22	35	29	23	19	24	24	24	23
32	Konsum macht nicht aggressiv	eher falsch	38	41	35	49	44	38	28	38	39	37	40
33	Konsum macht kreativ	eher falsch	32	33	31	44	35	29	22	32	32	32	32
34	Konsum schädigt soziale Beziehungen	eher falsch	44	44	45	25	41	41	48	48	43	42	46
35	Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln	eher falsch	37	37	37	27	30	37	40	37	37	36	38
36	Konsum führt zu niedrigen Leistungen	eher falsch	43	42	44	31	38	42	47	48	41	41	45
37	Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau	falsch	48	51	46	37	50	37	53	49	48	47	50
38	Konsum ist cool	falsch	24	27	19	42	29	19	14	27	22	24	23
39	Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis	falsch	51	52	51	50	50	50	53	58	49	51	52
40	Konsum ist nun für alle überall erlaubt	falsch	44	44	45	52	43	40	45	48	43	42	47
41	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bewirken	richtig	23	23	24	23	24	24	23	25	23	23	24
42	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bei Minderjährigen bewirken	eher falsch	46	45	47	32	36	43	50	47	45	44	48

Nr.	Mythos	alle %	Geschlecht		Konsum				Migra.hintergrund		Ort, Einwohner	
			Männer %	Frauen %	30 Tage %	12 Monate %	Lebens- zeit %	nie %	mit %	ohne %	ab 50.000 %	max 50.000 %
1	Cannabis ist ein Allheilmittel	20%	20%	21%	26%	34%	32%	16%	22%	19%	21%	19%
2	Konsum ist harmlos	21%	16%	26%	26%	26%	38%	18%	18%	24%	22%	21%
3	Konsum durch Heranwachsende führt - stärker als bei Erwachsenen - zu gesundheitlichen Schäden	46%	40%	52%	36%	52%	49%	47%	36%	54%	45%	47%
4	Weniger schädlich als Alkohol	35%	36%	34%	59%	41%	38%	30%	35%	35%	35%	34%
5	Schwierig zu dosieren	28%	24%	31%	31%	28%	35%	26%	25%	30%	27%	29%
6	Mischkonsum ist besonders risikoreich	49%	46%	52%	50%	58%	37%	48%	41%	54%	52%	46%
7	Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken	43%	36%	49%	37%	38%	38%	45%	38%	46%	41%	44%
8	Konsum schädigt den Fötus	42%	35%	48%	32%	43%	42%	43%	36%	46%	39%	44%
9	Überdosierung führt nicht zum Tod	26%	29%	24%	44%	31%	46%	21%	27%	26%	25%	28%
10	Cannabis lindert Schmerzen	49%	49%	49%	58%	54%	52%	47%	44%	53%	48%	50%
11	Konsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen	36%	33%	40%	30%	50%	39%	35%	34%	38%	35%	38%
12	Cannabis hemmt Entzündungen	17%	17%	17%	16%	25%	37%	14%	19%	16%	19%	15%
13	Konsum lindert Spastiken	18%	20%	16%	22%	24%	34%	15%	16%	19%	19%	17%
14	Konsum bewirkt Herz-Kreislaufkrankheiten	34%	32%	36%	19%	38%	38%	35%	33%	35%	30%	37%
15	Inhalativer Konsum bewirkt Atemwegserkrankungen	29%	28%	30%	26%	30%	34%	29%	30%	28%	30%	28%
16	Konsum verursacht Krebserkrankungen	28%	27%	29%	22%	27%	40%	28%	31%	26%	27%	29%
17	Konsum hilft beim Abnehmen	13%	15%	12%	13%	17%	22%	12%	14%	13%	16%	12%
18	Konsum hilft bei Schlafproblemen	31%	25%	36%	60%	42%	47%	23%	27%	34%	31%	31%
19	Konsum verändert die Wahrnehmungen	57%	50%	63%	46%	50%	55%	59%	54%	58%	57%	56%
20	Konsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten	46%	45%	47%	38%	52%	43%	46%	46%	45%	41%	50%
21	Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit	53%	49%	57%	51%	53%	51%	54%	47%	58%	50%	56%
22	Cannabis ist eine Einstiegsdroge	52%	52%	53%	48%	64%	56%	51%	47%	57%	49%	55%
23	Cannabis verursacht keine Abhängigkeit	18%	18%	18%	21%	23%	33%	15%	19%	17%	19%	17%
24	Konsum löst Psychosen aus	41%	37%	44%	49%	39%	50%	39%	38%	43%	38%	43%
25	Konsum hilft gegen Angst	35%	30%	41%	49%	43%	60%	30%	33%	37%	33%	38%
26	Konsum hilft gegen Depressionen	30%	28%	32%	43%	29%	39%	27%	28%	32%	26%	33%
27	Konsum hilft bei ADHS	34%	32%	35%	50%	54%	49%	27%	36%	33%	33%	35%
28	Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust	27%	25%	30%	29%	37%	36%	25%	32%	24%	29%	26%
29	Konsum verbessert die Gemütslage	34%	30%	38%	43%	47%	32%	31%	25%	40%	33%	35%
30	Konsum führt zu Suizidgedanken	24%	21%	27%	18%	24%	22%	25%	26%	23%	22%	27%
31	Konsum entspannt	55%	55%	56%	65%	64%	51%	53%	50%	59%	58%	53%
32	Konsum macht nicht aggressiv	25%	28%	23%	49%	22%	31%	22%	27%	24%	27%	24%
33	Konsum macht kreativ	28%	29%	27%	53%	42%	26%	22%	25%	30%	29%	26%
34	Konsum schädigt soziale Beziehungen	41%	33%	47%	17%	39%	40%	45%	36%	44%	36%	45%
35	Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln	26%	20%	31%	24%	31%	30%	25%	24%	27%	24%	27%
36	Konsum führt zu niedrigen Leistungen	33%	30%	36%	26%	39%	38%	33%	34%	32%	38%	29%
37	Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau	20%	21%	19%	15%	23%	31%	19%	24%	17%	18%	21%
38	Konsum ist cool	25%	25%	26%	32%	29%	41%	22%	23%	27%	32%	19%
39	Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis	31%	26%	36%	25%	49%	52%	27%	30%	32%	28%	34%
40	Konsum ist nun für alle überall erlaubt	19%	20%	19%	7%	26%	28%	19%	21%	18%	22%	17%
41	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bewirken	48%	41%	55%	45%	49%	34%	50%	43%	52%	49%	47%
42	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bei Minderjährigen bewirken	48%	41%	56%	40%	51%	50%	49%	47%	50%	48%	49%

Nr.	Mythos	alle Punkte	Geschlecht		Konsum				Migra.hintergrund		Ort, Einwohner	
			Männer Punkte	Frauen Punkte	30 Tage Punkte	12 Monate Punkte	Lebens- zeit Punkte	nie Punkte	mit Punkte	ohne Punkte	ab 50.000 Punkte	max 50.000 Punkte
1	Cannabis ist ein Allheilmittel	49	45	52	47	51	52	48	45	52	46	51
2	Konsum ist harmlos	54	60	50	71	57	42	51	49	56	50	56
3	Konsum durch Heranwachsende führt - stärker als bei Erwachsenen - zu gesundheitlichen Schäden	78	79	77	73	75	72	80	81	76	75	80
4	Weniger schädlich als Alkohol	62	67	57	74	67	67	56	66	58	65	59
5	Schwierig zu dosieren	68	72	64	63	57	56	71	71	65	70	66
6	Mischkonsum ist besonders risikoreich	78	76	79	79	70	64	80	75	79	77	79
7	Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken	76	76	76	73	74	55	78	76	76	74	77
8	Konsum schädigt den Fötus	73	70	76	62	65	54	78	72	74	66	79
9	Überdosierung führt nicht zum Tod	64	71	57	79	59	56	62	70	60	61	67
10	Cannabis lindert Schmerzen	61	65	57	66	63	70	58	61	61	57	64
11	Konsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen	62	64	60	55	49	52	66	65	59	59	64
12	Cannabis hemmt Entzündungen	59	64	53	50	74	54	57	63	54	52	66
13	Konsum lindert Spastiken	56	59	53	68	53	40	58	54	58	60	53
14	Konsum bewirkt Herz-Kreislaufkrankheiten	74	73	74	79	55	53	78	76	72	68	78
15	Inhalativer Konsum bewirkt Atemwegserkrankungen	72	79	67	54	67	67	76	75	71	71	74
16	Konsum verursacht Krebserkrankungen	79	80	78	84	75	62	81	76	81	79	79
17	Konsum hilft beim Abnehmen	45	49	42	50	47	33	46	41	49	48	43
18	Konsum hilft bei Schlafproblemen	56	63	51	75	52	56	50	63	51	49	62
19	Konsum verändert die Wahrnehmungen	70	71	70	74	65	62	71	71	69	67	73
20	Konsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten	72	76	69	64	60	66	76	71	73	71	73
21	Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit	83	84	81	73	73	73	86	81	84	78	87
22	Cannabis ist eine Einstiegsdroge	59	59	58	58	61	54	59	59	59	58	59
23	Cannabis verursacht keine Abhängigkeit	63	69	58	75	59	64	62	64	63	64	63
24	Konsum löst Psychosen aus	72	73	71	61	61	65	76	72	72	72	71
25	Konsum hilft gegen Angst	60	62	58	66	61	72	56	57	61	56	62
26	Konsum hilft gegen Depressionen	56	61	52	69	57	49	54	54	57	52	59
27	Konsum hilft bei ADHS	56	58	55	61	68	63	50	59	54	56	57
28	Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust	65	68	63	67	65	55	67	72	59	60	71
29	Konsum verbessert die Gemütslage	57	64	53	73	62	49	54	54	59	57	58
30	Konsum führt zu Suizidgedanken	70	77	65	59	60	58	74	73	68	69	71
31	Konsum entspannt	57	62	53	82	63	63	52	61	55	57	58
32	Konsum macht nicht aggressiv	62	66	58	73	58	70	58	65	60	62	62
33	Konsum macht kreativ	52	62	41	57	56	66	47	55	49	51	52
34	Konsum schädigt soziale Beziehungen	73	73	74	81	50	79	76	79	70	72	75
35	Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln	63	59	65	64	60	71	63	63	63	60	66
36	Konsum führt zu niedrigen Leistungen	68	73	64	61	66	61	70	73	64	67	68
37	Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau	60	57	62	38	52	48	66	58	62	53	65
38	Konsum ist cool	40	44	36	51	37	22	40	33	43	39	41
39	Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis	57	60	55	58	66	39	57	60	55	55	59
40	Konsum ist nun für alle überall erlaubt	58	58	57	66	63	47	57	58	58	56	59
41	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bewirken	68	72	66	48	75	70	70	71	67	70	67
42	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bei Minderjährigen bewirken	69	66	71	51	54	67	73	65	71	66	71

Nr.	Mythos	wissenschaftl. Klassifikation	alle Punkte	Geschlecht		Konsum				Migra.hintergrund		Ort, Einwohner	
				Männer Punkte	Frauen Punkte	30 Tage Punkte	12 Monate Punkte	Lebenszeit Punkte	nie Punkte	mit Punkte	ohne Punkte	ab 50.000 Punkte	max 50.000 Punkte
1	Cannabis ist ein Allheilmittel	falsch	47	45	49	34	39	72	49	45	49	50	44
2	Konsum ist harmlos	falsch	67	64	69	53	68	72	68	71	65	73	61
3	Konsum durch Heranwachsende führt - stärker als bei Erwachsenen - zu gesundheitlichen Schäden	eher richtig	75	75	75	74	77	77	74	73	75	75	74
4	Weniger schädlich als Alkohol	richtig	61	66	57	83	70	45	55	57	65	60	63
5	Schwierig zu dosieren	richtig	67	67	68	70	55	65	69	73	64	66	69
6	Mischkonsum ist besonders risikoreich	richtig	88	87	89	88	79	73	91	90	87	86	91
7	Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken	richtig	82	81	82	85	77	66	83	78	84	79	84
8	Konsum schädigt den Fötus	richtig	85	83	87	83	78	76	88	82	87	83	87
9	Überdosierung führt nicht zum Tod	richtig	67	74	59	91	61	69	60	69	65	63	70
10	Cannabis lindert Schmerzen	eher falsch	56	53	59	50	57	57	57	57	55	57	55
11	Konsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen	richtig	73	70	75	64	59	65	78	72	73	71	74
12	Cannabis hemmt Entzündungen	keine Klass.											
13	Konsum lindert Spastiken	richtig	69	72	66	84	53	79	69	65	72	65	74
14	Konsum bewirkt Herz-Kreislaufkrankheiten	richtig	76	71	80	70	54	60	82	70	80	72	79
15	Inhalativer Konsum bewirkt Atemwegserkrankungen	richtig	74	73	75	84	76	54	74	74	74	70	77
16	Konsum verursacht Krebserkrankungen	richtig	77	80	75	86	78	66	78	78	77	77	77
17	Konsum hilft beim Abnehmen	keine Klass.											
18	Konsum hilft bei Schlafproblemen	eher falsch	60	57	62	43	66	75	62	59	60	63	57
19	Konsum verändert die Wahrnehmungen	richtig	88	91	86	83	88	84	89	87	89	88	88
20	Konsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten	richtig	80	84	76	72	78	69	82	77	82	78	81
21	Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit	richtig	89	90	88	90	83	89	90	88	90	88	90
22	Cannabis ist eine Einstiegsdroge	eher falsch	55	56	54	62	59	61	53	58	53	55	55
23	Cannabis verursacht keine Abhängigkeit	falsch	63	55	71	57	66	50	66	58	68	65	62
24	Konsum löst Psychosen aus	richtig	76	73	78	68	75	69	78	74	77	73	78
25	Konsum hilft gegen Angst	eher falsch	65	65	65	59	68	69	65	65	65	69	62
26	Konsum hilft gegen Depressionen	falsch	37	33	41	36	38	35	38	37	37	37	38
27	Konsum hilft bei ADHS	eher falsch	60	60	60	50	54	72	63	59	61	60	60
28	Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust	falsch	32	25	36	43	34	31	29	27	36	30	34
29	Konsum verbessert die Gemütslage	eher richtig	84	82	87	84	84	94	84	76	88	84	85
30	Konsum führt zu Suizidgedanken	eher richtig	82	77	86	89	86	75	81	79	85	80	83
31	Konsum entspannt	eher richtig	81	79	83	71	82	82	83	80	82	81	81
32	Konsum macht nicht aggressiv	eher falsch	62	59	66	49	57	73	66	61	63	63	61
33	Konsum macht kreativ	eher falsch	62	62	61	56	58	49	66	59	63	62	62
34	Konsum schädigt soziale Beziehungen	eher falsch	56	55	57	58	58	66	55	56	56	55	56
35	Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln	eher falsch	68	67	69	69	62	60	70	68	69	68	69
36	Konsum führt zu niedrigen Leistungen	eher falsch	60	57	62	62	68	73	57	59	60	61	59
37	Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau	falsch	33	33	32	52	35	43	28	32	33	35	31
38	Konsum ist cool	falsch	62	61	63	36	64	76	65	64	60	65	57
39	Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis	falsch	30	32	29	13	45	42	26	32	29	36	25
40	Konsum ist nun für alle überall erlaubt	falsch	47	47	47	33	32	55	50	53	42	48	46
41	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bewirken	richtig	78	77	79	70	72	83	80	73	81	75	81
42	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bei Minderjährigen bewirken	eher falsch	55	57	54	56	57	69	54	61	52	60	52

Nr.	Mythos	wissenschaftl. Klassifikation	alle Punkte	Geschlecht		Konsum				Migra.hintergrund		Ort, Einwohner	
				Männer Punkte	Frauen Punkte	30 Tage Punkte	12 Monate Punkte	Lebenszeit Punkte	nie Punkte	mit Punkte	ohne Punkte	ab 50.000 Punkte	max 50.000 Punkte
1	Cannabis ist ein Allheilmittel	falsch	38	36	40	44	42	26	38	36	40	35	42
2	Konsum ist harmlos	falsch	32	36	30	47	31	26	30	28	34	27	37
3	Konsum durch Heranwachsende führt - stärker als bei Erwachsenen - zu gesundheitlichen Schäden	eher richtig	33	34	32	32	30	28	34	35	32	31	34
4	Weniger schädlich als Alkohol	richtig	32	32	33	25	28	47	33	36	29	34	30
5	Schwierig zu dosieren	richtig	31	33	30	26	32	30	32	29	32	33	30
6	Mischkonsum ist besonders risikoreich	richtig	23	23	23	24	27	25	22	20	25	24	22
7	Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken	richtig	25	26	25	24	29	25	25	27	24	27	24
8	Konsum schädigt den Fötus	richtig	22	22	22	22	22	20	22	23	22	21	23
9	Überdosierung führt nicht zum Tod	richtig	30	29	31	20	33	28	33	31	30	31	30
10	Cannabis lindert Schmerzen	eher falsch	39	42	35	44	39	41	37	38	39	36	41
11	Konsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen	richtig	26	29	24	29	27	26	26	28	25	26	26
12	Cannabis hemmt Entzündungen	keine Klass.											
13	Konsum lindert Spastiken	richtig	26	27	25	20	32	17	27	28	24	31	21
14	Konsum bewirkt Herz-Kreislaufkrankheiten	richtig	29	32	26	33	34	31	27	34	25	30	28
15	Inhalativer Konsum bewirkt Atemwegserkrankungen	richtig	30	33	27	18	28	39	31	31	29	32	28
16	Konsum verursacht Krebserkrankungen	richtig	30	29	31	25	26	33	30	28	31	30	29
17	Konsum hilft beim Abnehmen	keine Klass.											
18	Konsum hilft bei Schlafproblemen	eher falsch	35	41	31	52	32	27	31	39	33	31	38
19	Konsum verändert die Wahrnehmungen	richtig	21	19	22	24	21	21	20	21	20	20	21
20	Konsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten	richtig	26	24	27	27	23	32	26	27	25	26	26
21	Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit	richtig	23	22	23	20	23	20	23	23	23	22	24
22	Cannabis ist eine Einstiegsdroge	eher falsch	38	37	38	34	36	32	39	36	39	38	38
23	Cannabis verursacht keine Abhängigkeit	falsch	35	41	30	44	29	41	34	37	34	35	36
24	Konsum löst Psychosen aus	richtig	28	29	27	28	24	32	28	29	28	31	26
25	Konsum hilft gegen Angst	eher falsch	33	34	32	39	31	35	32	32	34	30	36
26	Konsum hilft gegen Depressionen	falsch	47	52	42	54	47	44	45	47	47	45	48
27	Konsum hilft bei ADHS	eher falsch	35	36	34	41	44	31	31	37	33	34	35
28	Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust	falsch	55	60	51	49	51	47	57	61	49	53	56
29	Konsum verbessert die Gemütslage	eher richtig	20	24	17	26	21	14	20	23	19	20	20
30	Konsum führt zu Suizidgedanken	eher richtig	25	31	21	17	23	23	27	28	23	26	25
31	Konsum entspannt	eher richtig	22	24	20	37	23	24	19	24	21	21	23
32	Konsum macht nicht aggressiv	eher falsch	36	40	31	50	38	29	31	37	34	35	37
33	Konsum macht kreativ	eher falsch	32	36	28	37	35	45	28	35	30	32	32
34	Konsum schädigt soziale Beziehungen	eher falsch	45	45	44	46	34	37	47	47	43	44	45
35	Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln	eher falsch	31	30	32	33	30	41	30	32	31	31	32
36	Konsum führt zu niedrigen Leistungen	eher falsch	40	44	37	34	33	28	43	43	37	39	40
37	Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau	falsch	53	51	55	34	47	36	59	51	55	47	57
38	Konsum ist cool	falsch	28	31	26	46	25	14	28	23	32	26	32
39	Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis	falsch	50	52	50	60	45	35	53	52	49	45	54
40	Konsum ist nun für alle überall erlaubt	falsch	42	41	43	55	53	28	40	38	45	41	43
41	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bewirken	richtig	26	28	24	22	31	22	26	30	23	29	23
42	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bei Minderjährigen bewirken	eher falsch	43	40	45	36	35	32	46	39	46	39	47

Nr.	Mythos	alle %	Geschlecht		Migra.hintergrund		Ort, Einwohner	
			Männer %	Frauen %	mit %	ohne %	ab 50.000 %	max 50.000 %
1	Cannabis ist ein Allheilmittel	22%	22%	21%	20%	23%	22%	22%
2	Konsum ist harmlos	33%	33%	33%	30%	34%	31%	36%
3	Konsum durch Heranwachsende führt - stärker als bei Erwachsenen - zu gesundheitlichen Schäden	59%	59%	60%	46%	63%	57%	62%
4	Weniger schädlich als Alkohol	73%	74%	66%	66%	75%	77%	67%
5	Schwierig zu dosieren	18%	15%	23%	17%	18%	18%	18%
6	Mischkonsum ist besonders risikoreich	52%	50%	56%	52%	52%	50%	55%
7	Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken	45%	48%	38%	43%	46%	46%	45%
8	Konsum schädigt den Fötus	35%	31%	45%	29%	36%	32%	37%
9	Überdosierung führt nicht zum Tod	56%	57%	54%	52%	57%	55%	57%
10	Cannabis lindert Schmerzen	77%	75%	83%	69%	80%	77%	78%
11	Konsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen	19%	16%	26%	23%	17%	18%	19%
12	Cannabis hemmt Entzündungen	43%	44%	40%	38%	45%	44%	41%
13	Konsum lindert Spastiken	48%	49%	46%	38%	51%	46%	51%
14	Konsum bewirkt Herz-Kreislaufkrankheiten	18%	16%	25%	20%	18%	22%	13%
15	Inhalativer Konsum bewirkt Atemwegserkrankungen	30%	29%	35%	33%	30%	35%	25%
16	Konsum verursacht Krebserkrankungen	15%	14%	16%	17%	14%	16%	14%
17	Konsum hilft beim Abnehmen	11%	10%	16%	13%	11%	11%	12%
18	Konsum hilft bei Schlafproblemen	71%	69%	75%	63%	73%	71%	70%
19	Konsum verändert die Wahrnehmungen	60%	57%	65%	62%	59%	58%	62%
20	Konsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten	47%	47%	46%	47%	47%	48%	45%
21	Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit	58%	58%	59%	48%	61%	59%	58%
22	Cannabis ist eine Einstiegsdroge	52%	52%	50%	46%	54%	54%	49%
23	Cannabis verursacht keine Abhängigkeit	31%	32%	30%	27%	33%	32%	30%
24	Konsum löst Psychosen aus	50%	49%	50%	45%	51%	51%	49%
25	Konsum hilft gegen Angst	44%	42%	50%	42%	45%	46%	42%
26	Konsum hilft gegen Depressionen	51%	53%	43%	44%	53%	46%	57%
27	Konsum hilft bei ADHS	56%	51%	73%	51%	58%	54%	58%
28	Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust	38%	40%	34%	37%	39%	42%	34%
29	Konsum verbessert die Gemütslage	56%	58%	50%	52%	58%	53%	60%
30	Konsum führt zu Suizidgedanken	11%	10%	13%	10%	11%	12%	9%
31	Konsum entspannt	80%	80%	82%	80%	81%	81%	79%
32	Konsum macht nicht aggressiv	58%	58%	56%	54%	59%	54%	63%
33	Konsum macht kreativ	55%	54%	55%	55%	55%	54%	55%
34	Konsum schädigt soziale Beziehungen	24%	23%	27%	22%	25%	24%	24%
35	Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln	14%	13%	19%	20%	12%	13%	16%
36	Konsum führt zu niedrigen Leistungen	34%	35%	31%	29%	35%	37%	30%
37	Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau	13%	13%	13%	15%	13%	14%	12%
38	Konsum ist cool	25%	25%	25%	29%	24%	24%	27%
39	Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis	40%	40%	39%	42%	40%	38%	43%
40	Konsum ist nun für alle überall erlaubt	13%	14%	9%	12%	13%	13%	12%
41	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bewirken	41%	40%	41%	39%	41%	38%	44%
42	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bei Minderjährigen bewirken	36%	36%	33%	33%	36%	35%	36%

Nr.	Mythos	alle Punkte	Geschlecht		Migra.hintergrund		Ort, Einwohner	
			Männer Punkte	Frauen Punkte	mit Punkte	ohne Punkte	ab 50.000 Punkte	max 50.000 Punkte
1	Cannabis ist ein Allheilmittel	54	58	46	65	51	54	55
2	Konsum ist harmlos	61	63	57	65	60	63	59
3	Konsum durch Heranwachsende führt - stärker als bei Erwachsenen - zu gesundheitlichen Schäden	70	67	78	72	69	71	68
4	Weniger schädlich als Alkohol	75	75	77	77	75	74	77
5	Schwierig zu dosieren	54	57	51	63	52	56	52
6	Mischkonsum ist besonders risikoreich	68	66	75	73	66	67	68
7	Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken	78	77	80	83	76	79	76
8	Konsum schädigt den Fötus	69	68	76	74	68	67	71
9	Überdosierung führt nicht zum Tod	77	78	76	76	78	78	77
10	Cannabis lindert Schmerzen	72	71	75	72	72	69	75
11	Konsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen	43	41	47	52	40	40	47
12	Cannabis hemmt Entzündungen	70	70	73	70	70	66	76
13	Konsum lindert Spastiken	61	57	73	70	59	60	62
14	Konsum bewirkt Herz-Kreislaufkrankheiten	63	60	69	68	61	59	72
15	Inhalativer Konsum bewirkt Atemwegserkrankungen	59	58	64	62	58	59	60
16	Konsum verursacht Krebserkrankungen	66	62	79	79	61	66	65
17	Konsum hilft beim Abnehmen	53	50	58	56	52	55	51
18	Konsum hilft bei Schlafproblemen	75	75	75	78	74	74	77
19	Konsum verändert die Wahrnehmungen	67	66	69	74	65	67	67
20	Konsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten	58	57	61	68	55	62	52
21	Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit	74	74	76	72	75	74	74
22	Cannabis ist eine Einstiegsdroge	37	35	46	45	35	34	41
23	Cannabis verursacht keine Abhängigkeit	71	72	70	79	69	71	71
24	Konsum löst Psychosen aus	50	46	62	55	49	54	46
25	Konsum hilft gegen Angst	66	63	72	58	68	63	69
26	Konsum hilft gegen Depressionen	69	66	79	68	69	68	70
27	Konsum hilft bei ADHS	65	63	69	73	63	66	64
28	Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust	47	45	57	62	43	49	44
29	Konsum verbessert die Gemütslage	77	78	73	78	76	76	78
30	Konsum führt zu Suizidgedanken	45	38	62	67	39	51	35
31	Konsum entspannt	84	85	81	86	84	83	85
32	Konsum macht nicht aggressiv	72	72	73	72	72	67	77
33	Konsum macht kreativ	63	63	63	68	62	63	63
34	Konsum schädigt soziale Beziehungen	52	48	63	70	47	53	50
35	Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln	48	43	58	53	46	47	49
36	Konsum führt zu niedrigen Leistungen	48	48	49	68	43	51	43
37	Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau	40	40	42	43	39	36	47
38	Konsum ist cool	33	29	47	43	29	33	33
39	Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis	47	48	44	51	46	47	47
40	Konsum ist nun für alle überall erlaubt	54	59	48	61	53	56	53
41	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bewirken	39	39	40	48	36	38	41
42	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bei Minderjährigen bewirken	47	47	52	53	46	44	51

Nr.	Mythos	Tabelle 6.11 Zielgruppe Konsum: Richtigkeit der Beurteilung der Mythen, soziodemografisch	wissenschaftl. Klassifikation	alle Punkte	Geschlecht		Migra.hintergrund		Ort, Einwohner	
					Männer Punkte	Frauen Punkte	mit Punkte	ohne Punkte	ab 50.000 Punkte	max 50.000 Punkte
1	Cannabis ist ein Allheilmittel	falsch	43	42	44	32	46	41	46	
2	Konsum ist harmlos	falsch	46	45	45	42	47	45	46	
3	Konsum durch Heranwachsende führt - stärker als bei Erwachsenen - zu gesundheitlichen Schäden	eher richtig	78	78	80	78	79	78	79	
4	Weniger schädlich als Alkohol	richtig	87	88	87	88	87	87	88	
5	Schwierig zu dosieren	richtig	57	56	61	67	54	57	57	
6	Mischkonsum ist besonders risikoreich	richtig	85	84	85	86	84	83	86	
7	Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken	richtig	87	87	85	87	86	86	87	
8	Konsum schädigt den Fötus	richtig	85	84	85	80	86	84	85	
9	Überdosierung führt nicht zum Tod	richtig	88	89	86	92	87	88	89	
10	Cannabis lindert Schmerzen	eher falsch	46	45	48	48	45	46	45	
11	Konsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen	richtig	53	53	55	59	51	54	52	
12	Cannabis hemmt Entzündungen	keine Klass.								
13	Konsum lindert Spastiken	richtig	88	89	84	90	88	89	88	
14	Konsum bewirkt Herz-Kreislaufkrankheiten	richtig	64	61	69	72	61	61	71	
15	Inhalativer Konsum bewirkt Atemwegserkrankungen	richtig	72	74	67	77	70	71	74	
16	Konsum verursacht Krebserkrankungen	richtig	65	65	67	88	57	64	67	
17	Konsum hilft beim Abnehmen	keine Klass.								
18	Konsum hilft bei Schlafproblemen	eher falsch	46	45	48	47	46	48	44	
19	Konsum verändert die Wahrnehmungen	richtig	84	85	83	84	84	86	83	
20	Konsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten	richtig	73	72	75	79	71	77	68	
21	Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit	richtig	82	80	87	81	82	82	82	
22	Cannabis ist eine Einstiegsdroge	eher falsch	70	71	67	71	70	72	67	
23	Cannabis verursacht keine Abhängigkeit	falsch	46	44	49	43	46	47	44	
24	Konsum löst Psychosen aus	richtig	56	55	59	59	56	55	58	
25	Konsum hilft gegen Angst	eher falsch	55	55	53	51	56	56	54	
26	Konsum hilft gegen Depressionen	falsch	26	26	22	31	24	28	24	
27	Konsum hilft bei ADHS	eher falsch	50	48	53	48	50	50	49	
28	Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust	falsch	48	50	41	39	50	46	51	
29	Konsum verbessert die Gemütslage	eher richtig	82	80	87	80	83	82	82	
30	Konsum führt zu Suizidgedanken	eher richtig	71	68	79	81	69	65	80	
31	Konsum entspannt	eher richtig	75	74	76	76	74	76	73	
32	Konsum macht nicht aggressiv	eher falsch	46	44	51	45	46	48	44	
33	Konsum macht kreativ	eher falsch	53	52	54	51	53	54	52	
34	Konsum schädigt soziale Beziehungen	eher falsch	77	79	73	68	79	78	76	
35	Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln	eher falsch	71	71	70	68	72	68	74	
36	Konsum führt zu niedrigen Leistungen	eher falsch	73	72	74	67	75	74	72	
37	Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau	falsch	63	65	56	52	67	62	64	
38	Konsum ist cool	falsch	45	49	32	27	52	46	45	
39	Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis	falsch	22	21	24	21	22	22	23	
40	Konsum ist nun für alle überall erlaubt	falsch	50	47	52	45	51	52	47	
41	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bewirken	richtig	49	48	51	61	45	45	53	
42	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bei Minderjährigen bewirken	eher falsch	72	74	64	69	73	72	72	

Nr.	Mythos	wissenschaftl. Klassifikation	alle Punkte	Geschlecht		Migra.hintergrund		Ort, Einwohner	
				Männer Punkte	Frauen Punkte	mit Punkte	ohne Punkte	ab 50.000 Punkte	max 50.000 Punkte
1	Cannabis ist ein Allheilmittel	falsch	46	49	41	58	43	47	45
2	Konsum ist harmlos	falsch	46	47	44	51	45	46	46
3	Konsum durch Heranwachsende führt - stärker als bei Erwachsenen - zu gesundheitlichen Schäden	eher richtig	28	27	29	29	27	28	27
4	Weniger schädlich als Alkohol	richtig	22	22	23	22	22	22	22
5	Schwierig zu dosieren	richtig	31	32	28	29	31	31	30
6	Mischkonsum ist besonders risikoreich	richtig	21	21	24	22	21	22	21
7	Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken	richtig	24	23	26	25	23	24	23
8	Konsum schädigt den Fötus	richtig	22	22	24	26	21	21	23
9	Überdosierung führt nicht zum Tod	richtig	22	22	24	19	23	22	22
10	Cannabis lindert Schmerzen	eher falsch	50	50	50	48	50	48	52
11	Konsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen	richtig	29	29	30	30	29	27	32
12	Cannabis hemmt Entzündungen	keine Klass.							
13	Konsum lindert Spastiken	richtig	18	16	23	19	17	17	19
14	Konsum bewirkt Herz-Kreislaufkrankheiten	richtig	32	32	31	30	32	31	32
15	Inhalativer Konsum bewirkt Atemwegserkrankungen	richtig	26	24	32	24	27	27	26
16	Konsum verursacht Krebserkrankungen	richtig	33	31	38	24	36	34	31
17	Konsum hilft beim Abnehmen	keine Klass.							
18	Konsum hilft bei Schlafproblemen	eher falsch	51	52	50	52	51	49	53
19	Konsum verändert die Wahrnehmungen	richtig	22	22	23	24	22	21	23
20	Konsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten	richtig	26	26	26	26	25	25	26
21	Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit	richtig	25	25	23	24	25	25	25
22	Cannabis ist eine Einstiegsdroge	eher falsch	22	21	27	26	21	20	24
23	Cannabis verursacht keine Abhängigkeit	falsch	50	51	48	56	48	49	52
24	Konsum löst Psychosen aus	richtig	31	30	34	31	31	33	28
25	Konsum hilft gegen Angst	eher falsch	42	41	45	40	42	40	44
26	Konsum hilft gegen Depressionen	falsch	62	60	69	60	62	60	64
27	Konsum hilft bei ADHS	eher falsch	44	44	44	49	43	44	44
28	Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust	falsch	37	35	44	49	33	39	33
29	Konsum verbessert die Gemütslage	eher richtig	28	29	23	30	27	28	28
30	Konsum führt zu Suizidgedanken	eher richtig	21	20	22	21	20	25	13
31	Konsum entspannt	eher richtig	35	36	33	35	35	34	37
32	Konsum macht nicht aggressiv	eher falsch	49	50	47	50	49	45	53
33	Konsum macht kreativ	eher falsch	42	42	41	46	41	41	43
34	Konsum schädigt soziale Beziehungen	eher falsch	23	20	30	36	20	23	23
35	Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln	eher falsch	25	24	29	30	23	27	24
36	Konsum führt zu niedrigen Leistungen	eher falsch	24	24	25	36	21	25	23
37	Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau	falsch	27	25	32	34	24	26	27
38	Konsum ist cool	falsch	34	29	47	47	29	34	33
39	Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis	falsch	49	50	46	52	48	49	49
40	Konsum ist nun für alle überall erlaubt	falsch	42	45	40	45	41	42	42
41	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bewirken	richtig	27	29	24	26	28	29	25
42	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bei Minderjährigen bewirken	eher falsch	25	24	31	30	24	24	26

Nr.	Mythos	alle %	Geschlecht		Konsum				Migra.hintergrund		Ort, Einwohner	
			Männer %	Frauen %	30 Tage %	12 Monate %	Lebens- zeit %	nie %	mit %	ohne %	ab 50.000 %	max 50.000 %
1	Cannabis ist ein Allheilmittel	16%	18%	14%	29%	26%	8%	6%	15%	17%	15%	18%
2	Konsum ist harmlos	21%	21%	21%	32%	26%	17%	14%	19%	22%	20%	22%
3	Konsum durch Heranwachsende führt - stärker als bei Erwachsenen - zu gesundheitlichen Schäden	49%	50%	49%	49%	52%	54%	46%	41%	53%	49%	50%
4	Weniger schädlich als Alkohol	54%	57%	51%	69%	65%	60%	35%	50%	56%	59%	48%
5	Schwierig zu dosieren	17%	16%	18%	19%	14%	6%	23%	20%	15%	18%	15%
6	Mischkonsum ist besonders risikoreich	52%	48%	57%	47%	52%	58%	52%	48%	54%	52%	52%
7	Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken	43%	44%	43%	41%	48%	38%	44%	43%	44%	45%	42%
8	Konsum schädigt den Fötus	44%	37%	54%	39%	41%	44%	50%	41%	46%	41%	49%
9	Überdosierung führt nicht zum Tod	35%	36%	34%	59%	46%	29%	17%	30%	37%	35%	34%
10	Cannabis lindert Schmerzen	67%	64%	71%	68%	72%	69%	62%	57%	71%	65%	70%
11	Konsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen	33%	25%	42%	20%	33%	35%	38%	38%	30%	33%	32%
12	Cannabis hemmt Entzündungen	25%	28%	21%	37%	22%	29%	18%	19%	27%	26%	23%
13	Konsum lindert Spastiken	34%	40%	26%	53%	27%	46%	23%	22%	39%	30%	38%
14	Konsum bewirkt Herz-Kreislaufkrankheiten	18%	17%	20%	22%	17%	15%	18%	22%	17%	20%	15%
15	Inhalativer Konsum bewirkt Atemwegserkrankungen	21%	23%	19%	31%	22%	15%	18%	18%	23%	23%	18%
16	Konsum verursacht Krebserkrankungen	15%	19%	11%	19%	14%	12%	17%	15%	16%	15%	15%
17	Konsum hilft beim Abnehmen	6%	6%	5%	15%	5%	2%	3%	5%	6%	6%	5%
18	Konsum hilft bei Schlafproblemen	54%	53%	56%	64%	59%	63%	41%	44%	59%	56%	52%
19	Konsum verändert die Wahrnehmungen	62%	61%	65%	59%	56%	65%	68%	65%	61%	63%	62%
20	Konsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten	50%	52%	49%	56%	44%	54%	50%	48%	51%	49%	52%
21	Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit	58%	55%	60%	56%	56%	67%	55%	47%	62%	53%	63%
22	Cannabis ist eine Einstiegsdroge	56%	53%	61%	53%	54%	52%	61%	52%	58%	56%	56%
23	Cannabis verursacht keine Abhängigkeit	17%	13%	21%	24%	15%	21%	13%	15%	18%	17%	17%
24	Konsum löst Psychosen aus	50%	48%	52%	51%	51%	52%	48%	54%	48%	53%	45%
25	Konsum hilft gegen Angst	44%	43%	46%	49%	41%	40%	46%	35%	49%	47%	41%
26	Konsum hilft gegen Depressionen	35%	39%	31%	58%	30%	35%	27%	33%	36%	34%	36%
27	Konsum hilft bei ADHS	47%	48%	46%	59%	51%	44%	39%	35%	52%	41%	55%
28	Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust	32%	34%	31%	39%	41%	37%	21%	38%	30%	36%	28%
29	Konsum verbessert die Gemütslage	39%	43%	35%	53%	48%	33%	29%	28%	44%	38%	41%
30	Konsum führt zu Suizidgedanken	15%	15%	16%	14%	16%	13%	17%	20%	13%	15%	16%
31	Konsum entspannt	68%	68%	69%	76%	68%	67%	65%	64%	70%	67%	70%
32	Konsum macht nicht aggressiv	36%	43%	27%	49%	41%	37%	25%	30%	38%	38%	33%
33	Konsum macht kreativ	35%	38%	31%	58%	41%	25%	23%	24%	40%	35%	35%
34	Konsum schädigt soziale Beziehungen	34%	30%	39%	34%	28%	31%	40%	40%	32%	34%	35%
35	Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln	13%	13%	13%	17%	12%	6%	14%	17%	11%	13%	12%
36	Konsum führt zu niedrigen Leistungen	33%	37%	28%	32%	38%	35%	28%	35%	31%	32%	33%
37	Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau	17%	20%	14%	20%	15%	13%	18%	22%	15%	18%	16%
38	Konsum ist cool	25%	26%	24%	39%	31%	27%	11%	19%	27%	21%	29%
39	Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis	29%	30%	29%	47%	36%	19%	20%	28%	30%	28%	32%
40	Konsum ist nun für alle überall erlaubt	16%	17%	15%	10%	20%	13%	18%	18%	15%	17%	15%
41	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bewirken	42%	40%	46%	32%	37%	52%	47%	39%	44%	40%	46%
42	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bei Minderjährigen bewirken	40%	35%	46%	31%	36%	40%	47%	34%	42%	37%	44%

Nr.	Mythos	alle Punkte	Geschlecht		Konsum				Migra.hintergrund		Ort, Einwohner	
			Männer Punkte	Frauen Punkte	30 Tage Punkte	12 Monate Punkte	Lebens- zeit Punkte	nie Punkte	mit Punkte	ohne Punkte	ab 50.000 Punkte	max 50.000 Punkte
1	Cannabis ist ein Allheilmittel	53	57	48	54	56	42	52	48	56	47	61
2	Konsum ist harmlos	61	65	56	70	67	67	40	61	61	62	60
3	Konsum durch Heranwachsende führt - stärker als bei Erwachsenen - zu gesundheitlichen Schäden	70	67	73	71	63	62	79	71	69	69	71
4	Weniger schädlich als Alkohol	67	71	62	77	73	62	53	71	66	67	68
5	Schwierig zu dosieren	67	65	69	70	58	67	71	56	74	65	72
6	Mischkonsum ist besonders risikoreich	75	70	80	69	74	71	81	73	76	75	76
7	Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken	76	71	81	71	71	80	81	76	76	80	70
8	Konsum schädigt den Fötus	72	59	83	59	65	64	85	70	73	70	74
9	Überdosierung führt nicht zum Tod	71	69	72	77	68	71	65	69	71	73	68
10	Cannabis lindert Schmerzen	67	63	71	70	63	64	70	59	70	63	72
11	Konsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen	58	57	59	50	60	65	57	57	59	57	60
12	Cannabis hemmt Entzündungen	62	65	57	67	63	73	48	52	65	56	72
13	Konsum lindert Spastiken	47	44	53	55	32	44	54	51	46	45	50
14	Konsum bewirkt Herz-Kreislaufkrankheiten	75	68	82	62	79	71	83	75	75	75	75
15	Inhalativer Konsum bewirkt Atemwegserkrankungen	71	69	74	74	61	71	78	78	69	75	65
16	Konsum verursacht Krebserkrankungen	69	63	79	55	55	67	86	74	67	63	77
17	Konsum hilft beim Abnehmen	59	53	67	59	83	67	22	67	56	58	61
18	Konsum hilft bei Schlafproblemen	62	68	55	76	61	61	51	63	61	60	64
19	Konsum verändert die Wahrnehmungen	71	68	75	62	72	64	78	72	71	70	73
20	Konsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten	72	66	79	65	66	73	80	72	72	72	72
21	Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit	78	74	82	68	77	71	87	74	79	73	83
22	Cannabis ist eine Einstiegsdroge	56	51	61	38	39	63	71	61	54	58	53
23	Cannabis verursacht keine Abhängigkeit	62	64	61	67	58	70	56	55	65	66	58
24	Konsum löst Psychosen aus	72	66	78	54	67	77	83	79	68	73	69
25	Konsum hilft gegen Angst	60	61	58	63	67	54	55	57	60	58	62
26	Konsum hilft gegen Depressionen	65	64	67	70	63	80	54	65	65	58	74
27	Konsum hilft bei ADHS	57	53	61	66	54	49	57	64	55	51	63
28	Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust	66	63	69	54	63	70	78	73	61	68	62
29	Konsum verbessert die Gemütslage	65	68	60	82	70	65	42	63	65	63	67
30	Konsum führt zu Suizidgedanken	70	61	79	54	49	76	88	65	73	69	70
31	Konsum entspannt	68	70	65	82	75	71	52	67	68	68	68
32	Konsum macht nicht aggressiv	63	67	57	71	65	70	49	59	65	59	70
33	Konsum macht kreativ	54	57	50	62	55	62	40	61	52	52	57
34	Konsum schädigt soziale Beziehungen	70	65	75	65	68	71	73	73	69	73	66
35	Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln	56	52	61	63	60	67	48	63	52	61	50
36	Konsum führt zu niedrigen Leistungen	66	64	68	54	65	65	75	76	61	68	64
37	Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau	53	53	52	47	47	62	56	51	54	52	54
38	Konsum ist cool	30	30	29	35	28	29	26	30	30	39	21
39	Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis	53	55	51	52	48	67	54	56	52	57	48
40	Konsum ist nun für alle überall erlaubt	58	61	54	56	65	43	58	55	59	58	58
41	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bewirken	58	59	57	44	59	49	67	69	54	57	60
42	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bei Minderjährigen bewirken	64	68	62	52	60	59	73	74	61	63	66

Nr.	Mythos	wissenschaftl. Klassifikation	alle Punkte	Geschlecht		Konsum				Migra.hintergrund		Ort, Einwohner	
				Männer Punkte	Frauen Punkte	30 Tage Punkte	12 Monate Punkte	Lebenszeit Punkte	nie Punkte	mit Punkte	ohne Punkte	ab 50.000 Punkte	max 50.000 Punkte
1	Cannabis ist ein Allheilmittel	falsch	47	46	48	47	48	33	52	43	49	44	51
2	Konsum ist harmlos	falsch	53	47	60	42	44	56	75	57	51	54	52
3	Konsum durch Heranwachsende führt - stärker als bei Erwachsenen - zu gesundheitlichen Schäden	eher richtig	79	76	82	79	79	85	75	82	77	80	77
4	Weniger schädlich als Alkohol	richtig	78	82	74	89	81	72	70	80	78	79	77
5	Schwierig zu dosieren	richtig	74	73	75	67	76	89	74	75	73	72	77
6	Mischkonsum ist besonders risikoreich	richtig	88	87	90	83	85	88	94	87	89	88	89
7	Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken	richtig	86	88	84	89	84	87	87	82	88	86	87
8	Konsum schädigt den Fötus	richtig	87	83	91	86	81	84	93	83	89	87	88
9	Überdosierung führt nicht zum Tod	richtig	79	81	76	88	81	76	60	78	79	78	80
10	Cannabis lindert Schmerzen	eher falsch	49	45	54	47	51	52	48	57	46	51	48
11	Konsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen	richtig	67	62	71	58	60	76	71	68	67	68	67
12	Cannabis hemmt Entzündungen	keine Klass.									-33	-33	-33
13	Konsum lindert Spastiken	richtig	78	80	75	88	70	79	73	73	80	76	81
14	Konsum bewirkt Herz-Kreislaufkrankheiten	richtig	70	65	74	59	64	58	84	67	71	68	73
15	Inhalativer Konsum bewirkt Atemwegserkrankungen	richtig	77	74	81	70	76	88	79	73	78	76	79
16	Konsum verursacht Krebserkrankungen	richtig	70	69	73	70	70	61	74	76	68	67	75
17	Konsum hilft beim Abnehmen	keine Klass.									-33	-33	-33
18	Konsum hilft bei Schlafproblemen	eher falsch	55	53	58	47	56	55	62	55	56	59	51
19	Konsum verändert die Wahrnehmungen	richtig	87	88	87	86	90	83	89	87	88	87	88
20	Konsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten	richtig	81	81	82	72	81	87	85	84	80	80	83
21	Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit	richtig	89	87	90	78	85	90	96	86	90	85	92
22	Cannabis ist eine Einstiegsdroge	eher falsch	63	67	58	73	74	54	54	58	64	61	64
23	Cannabis verursacht keine Abhängigkeit	falsch	64	67	62	64	67	55	69	74	61	71	55
24	Konsum löst Psychosen aus	richtig	72	70	74	60	67	75	80	74	71	70	75
25	Konsum hilft gegen Angst	eher falsch	59	61	58	51	62	60	62	59	59	62	55
26	Konsum hilft gegen Depressionen	falsch	31	30	31	27	29	22	40	34	29	34	26
27	Konsum hilft bei ADHS	eher falsch	56	57	54	50	58	57	57	54	56	57	54
28	Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust	falsch	31	33	28	39	32	26	24	24	34	31	30
29	Konsum verbessert die Gemütslage	eher richtig	86	85	87	83	84	88	90	86	86	87	84
30	Konsum führt zu Suizidgedanken	eher richtig	79	76	83	75	77	76	84	86	75	82	76
31	Konsum entspannt	eher richtig	81	77	86	75	79	83	86	82	81	81	81
32	Konsum macht nicht aggressiv	eher falsch	55	55	56	49	47	60	68	56	55	57	53
33	Konsum macht kreativ	eher falsch	61	61	62	54	62	56	73	59	62	61	61
34	Konsum schädigt soziale Beziehungen	eher falsch	57	61	55	70	58	58	51	54	59	56	59
35	Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln	eher falsch	71	73	69	67	83	44	71	60	78	67	77
36	Konsum führt zu niedrigen Leistungen	eher falsch	60	59	61	70	60	57	54	53	63	60	59
37	Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau	falsch	38	38	38	47	44	29	32	30	43	38	38
38	Konsum ist cool	falsch	55	53	57	43	49	62	77	46	57	57	53
39	Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis	falsch	26	23	28	24	24	27	29	21	28	23	28
40	Konsum ist nun für alle überall erlaubt	falsch	50	44	59	56	48	52	50	35	58	51	49
41	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bewirken	richtig	73	75	71	58	67	75	81	78	71	70	77
42	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bei Minderjährigen bewirken	eher falsch	57	55	59	61	67	59	51	49	60	59	56

Nr.	Mythos	wissenschaftl. Klassifikation	alle Punkte	Geschlecht		Konsum				Migra.hintergrund		Ort, Einwohner	
				Männer Punkte	Frauen Punkte	30 Tage Punkte	12 Monate Punkte	Lebenszeit Punkte	nie Punkte	mit Punkte	ohne Punkte	ab 50.000 Punkte	max 50.000 Punkte
1	Cannabis ist ein Allheilmittel	falsch	43	47	38	45	44	40	39	39	45	41	46
2	Konsum ist harmlos	falsch	41	47	34	52	47	42	20	38	42	40	43
3	Konsum durch Heranwachsende führt - stärker als bei Erwachsenen - zu gesundheitlichen Schäden	eher richtig	28	28	27	27	26	21	33	26	28	26	29
4	Weniger schädlich als Alkohol	richtig	24	24	25	22	25	25	25	26	24	25	24
5	Schwierig zu dosieren	richtig	28	29	27	33	25	20	28	22	32	28	29
6	Mischkonsum ist besonders risikoreich	richtig	21	20	23	22	22	21	20	22	21	21	21
7	Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken	richtig	23	21	26	21	23	25	24	25	23	24	22
8	Konsum schädigt den Fötus	richtig	21	20	22	17	24	20	22	24	20	21	22
9	Überdosierung führt nicht zum Tod	richtig	25	22	29	21	23	28	34	25	25	27	23
10	Cannabis lindert Schmerzen	eher falsch	45	45	44	48	41	42	47	37	48	42	49
11	Konsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen	richtig	28	31	26	28	33	25	26	28	28	27	29
12	Cannabis hemmt Entzündungen	keine Klass.											
13	Konsum lindert Spastiken	richtig	19	17	23	18	17	17	24	22	18	19	18
14	Konsum bewirkt Herz-Kreislaufkrankheiten	richtig	34	34	34	34	40	41	26	36	32	35	32
15	Inhalativer Konsum bewirkt Atemwegserkrankungen	richtig	27	29	26	33	26	18	28	33	25	29	24
16	Konsum verursacht Krebserkrankungen	richtig	31	29	34	26	27	36	34	30	31	31	31
17	Konsum hilft beim Abnehmen	keine Klass.											
18	Konsum hilft bei Schlafproblemen	eher falsch	39	44	34	51	38	40	32	40	39	37	43
19	Konsum verändert die Wahrnehmungen	richtig	21	20	23	20	20	22	22	21	21	21	21
20	Konsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten	richtig	25	23	28	28	24	22	26	24	26	27	24
21	Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit	richtig	21	21	21	24	23	20	19	22	21	22	21
22	Cannabis ist eine Einstiegsdroge	eher falsch	34	29	39	21	20	41	45	38	32	36	32
23	Cannabis verursacht keine Abhängigkeit	falsch	36	35	37	39	32	46	30	30	38	32	41
24	Konsum löst Psychosen aus	richtig	31	29	32	32	31	32	29	32	30	33	28
25	Konsum hilft gegen Angst	eher falsch	35	35	36	43	37	33	32	34	36	33	40
26	Konsum hilft gegen Depressionen	falsch	56	55	57	61	54	70	44	54	57	50	64
27	Konsum hilft bei ADHS	eher falsch	37	34	40	44	34	32	36	41	36	33	41
28	Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust	falsch	56	55	59	46	54	60	68	64	52	58	55
29	Konsum verbessert die Gemütslage	eher richtig	22	24	21	29	25	21	14	22	22	21	24
30	Konsum führt zu Suizidgedanken	eher richtig	26	25	28	22	23	31	29	21	30	25	27
31	Konsum entspannt	eher richtig	26	29	22	35	29	27	19	25	26	26	27
32	Konsum macht nicht aggressiv	eher falsch	40	42	35	46	46	39	25	36	41	37	44
33	Konsum macht kreativ	eher falsch	33	34	31	41	33	37	21	37	32	32	34
34	Konsum schädigt soziale Beziehungen	eher falsch	42	37	45	32	40	40	48	45	40	44	38
35	Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln	eher falsch	29	26	31	34	22	49	26	37	23	32	23
36	Konsum führt zu niedrigen Leistungen	eher falsch	39	39	39	28	37	40	46	47	34	39	39
37	Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau	falsch	44	46	42	39	38	51	49	47	43	43	46
38	Konsum ist cool	falsch	25	27	23	34	25	24	13	30	24	28	22
39	Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis	falsch	51	53	48	51	48	59	50	55	49	54	46
40	Konsum ist nun für alle überall erlaubt	falsch	38	44	30	34	43	30	38	44	35	36	41
41	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bewirken	richtig	24	24	24	26	28	20	23	25	24	26	22
42	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bei Minderjährigen bewirken	eher falsch	40	43	38	32	33	37	48	48	37	38	42

Nr.	Mythos	alle %	Geschlecht		Konsum 30 Tage %	12 Monate %	Lebens- zeit %	nie %	Migra.hintergrund		Ort, Einwohner	
			Männer %	Frauen %					mit %	ohne %	ab 50.000 %	max 50.000 %
1	Cannabis ist ein Allheilmittel	12%	12%	12%	17%	19%	9%	10%	14%	11%	12%	11%
2	Konsum ist harmlos	21%	23%	18%	32%	16%	18%	21%	20%	21%	23%	20%
3	Konsum durch Heranwachsende führt - stärker als bei Erwachsenen - zu gesundheitlichen Schäden	51%	51%	51%	62%	44%	50%	50%	40%	55%	49%	53%
4	Weniger schädlich als Alkohol	40%	47%	32%	86%	51%	42%	22%	28%	44%	43%	37%
5	Schwierig zu dosieren	19%	18%	19%	16%	19%	18%	20%	16%	20%	18%	19%
6	Mischkonsum ist besonders risikoreich	45%	44%	45%	57%	51%	46%	39%	39%	47%	41%	48%
7	Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken	36%	36%	36%	42%	35%	28%	40%	34%	37%	38%	35%
8	Konsum schädigt den Fötus	48%	36%	61%	39%	39%	52%	51%	46%	49%	46%	51%
9	Überdosierung führt nicht zum Tod	21%	26%	16%	45%	28%	20%	12%	19%	22%	23%	19%
10	Cannabis lindert Schmerzen	69%	68%	70%	82%	74%	72%	62%	62%	72%	68%	70%
11	Konsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen	19%	14%	23%	9%	21%	18%	21%	24%	17%	19%	18%
12	Cannabis hemmt Entzündungen	27%	30%	23%	43%	37%	25%	20%	26%	27%	30%	24%
13	Konsum lindert Spastiken	33%	35%	31%	53%	32%	39%	23%	24%	36%	35%	30%
14	Konsum bewirkt Herz-Kreislaufkrankheiten	17%	15%	18%	17%	16%	15%	18%	16%	17%	21%	13%
15	Inhalativer Konsum bewirkt Atemwegserkrankungen	18%	18%	18%	28%	19%	19%	15%	15%	19%	21%	16%
16	Konsum verursacht Krebserkrankungen	13%	14%	11%	12%	16%	12%	12%	14%	12%	16%	9%
17	Konsum hilft beim Abnehmen	7%	6%	7%	9%	16%	5%	4%	8%	6%	7%	6%
18	Konsum hilft bei Schlafproblemen	45%	47%	42%	76%	60%	51%	28%	42%	45%	44%	45%
19	Konsum verändert die Wahrnehmungen	64%	61%	67%	64%	60%	64%	65%	54%	68%	62%	66%
20	Konsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten	47%	45%	49%	38%	44%	55%	45%	37%	50%	46%	47%
21	Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit	66%	65%	67%	67%	61%	67%	66%	53%	70%	65%	66%
22	Cannabis ist eine Einstiegsdroge	64%	65%	62%	50%	61%	64%	68%	56%	66%	64%	63%
23	Cannabis verursacht keine Abhängigkeit	16%	17%	16%	33%	7%	13%	16%	15%	17%	17%	16%
24	Konsum löst Psychosen aus	41%	41%	41%	43%	42%	41%	40%	41%	41%	44%	38%
25	Konsum hilft gegen Angst	33%	37%	29%	47%	35%	36%	27%	23%	37%	35%	31%
26	Konsum hilft gegen Depressionen	35%	39%	31%	57%	39%	35%	28%	28%	38%	36%	34%
27	Konsum hilft bei ADHS	33%	35%	31%	55%	32%	41%	22%	28%	35%	36%	30%
28	Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust	29%	29%	29%	36%	23%	33%	26%	28%	29%	34%	24%
29	Konsum verbessert die Gemütslage	36%	41%	29%	58%	44%	37%	27%	32%	37%	35%	37%
30	Konsum führt zu Suizidgedanken	13%	12%	15%	4%	12%	10%	18%	14%	13%	15%	12%
31	Konsum entspannt	62%	64%	60%	86%	74%	67%	49%	54%	65%	64%	60%
32	Konsum macht nicht aggressiv	30%	35%	23%	70%	44%	32%	13%	26%	31%	32%	28%
33	Konsum macht kreativ	22%	28%	16%	57%	25%	25%	10%	17%	24%	27%	18%
34	Konsum schädigt soziale Beziehungen	30%	27%	34%	20%	21%	27%	38%	26%	32%	29%	32%
35	Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln	16%	15%	17%	8%	11%	12%	22%	17%	16%	15%	16%
36	Konsum führt zu niedrigen Leistungen	31%	31%	30%	32%	25%	31%	32%	30%	31%	34%	28%
37	Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau	12%	12%	13%	13%	12%	11%	12%	14%	11%	14%	11%
38	Konsum ist cool	15%	18%	12%	20%	25%	12%	14%	19%	14%	16%	15%
39	Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis	17%	18%	15%	38%	19%	17%	9%	18%	16%	17%	16%
40	Konsum ist nun für alle überall erlaubt	18%	17%	18%	12%	19%	19%	19%	19%	17%	20%	16%
41	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bewirken	48%	47%	50%	43%	47%	43%	53%	44%	50%	49%	47%
42	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bei Minderjährigen bewirken	41%	37%	44%	34%	35%	37%	46%	40%	41%	40%	41%

Nr.	Mythos	alle Punkte	Geschlecht		Konsum				Migra.hintergrund		Ort, Einwohner	
			Männer Punkte	Frauen Punkte	30 Tage Punkte	12 Monate Punkte	Lebens- zeit Punkte	nie Punkte	mit Punkte	ohne Punkte	ab 50.000 Punkte	max 50.000 Punkte
1	Cannabis ist ein Allheilmittel	52	53	52	56	39	56	54	58	50	48	56
2	Konsum ist harmlos	49	53	45	61	67	55	38	54	48	54	44
3	Konsum durch Heranwachsende führt - stärker als bei Erwachsenen - zu gesundheitlichen Schäden	80	73	89	77	71	77	86	79	81	79	81
4	Weniger schädlich als Alkohol	65	66	65	76	66	68	48	70	64	67	63
5	Schwierig zu dosieren	64	63	67	50	48	61	73	63	64	66	63
6	Mischkonsum ist besonders risikoreich	76	75	78	68	77	76	80	83	74	76	76
7	Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken	81	78	84	79	80	81	81	90	78	83	79
8	Konsum schädigt den Fötus	81	72	88	71	71	80	86	87	79	80	83
9	Überdosierung führt nicht zum Tod	65	66	63	79	58	68	48	72	63	69	60
10	Cannabis lindert Schmerzen	70	71	69	78	78	69	65	71	70	73	67
11	Konsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen	55	50	59	24	33	57	63	56	55	51	59
12	Cannabis hemmt Entzündungen	70	67	74	78	68	75	61	70	69	65	74
13	Konsum lindert Spastiken	56	50	64	64	39	55	58	61	55	62	50
14	Konsum bewirkt Herz-Kreislaufkrankheiten	75	72	78	59	67	73	82	84	72	74	76
15	Inhalativer Konsum bewirkt Atemwegserkrankungen	68	60	76	60	48	71	76	73	66	69	66
16	Konsum verursacht Krebserkrankungen	73	71	76	70	63	73	78	87	68	72	76
17	Konsum hilft beim Abnehmen	50	61	39	71	67	33	33	63	44	51	49
18	Konsum hilft bei Schlafproblemen	63	65	61	74	77	58	51	60	64	64	62
19	Konsum verändert die Wahrnehmungen	72	68	76	70	68	68	75	75	71	76	68
20	Konsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten	72	63	81	55	59	72	79	73	72	73	71
21	Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit	85	84	87	81	86	85	86	87	85	87	83
22	Cannabis ist eine Einstiegsdroge	65	59	73	38	50	64	76	66	65	62	68
23	Cannabis verursacht keine Abhängigkeit	69	69	69	80	75	69	61	80	66	74	64
24	Konsum löst Psychosen aus	66	56	76	47	56	64	76	72	64	65	66
25	Konsum hilft gegen Angst	57	55	59	60	58	59	52	64	55	59	55
26	Konsum hilft gegen Depressionen	62	58	66	64	59	61	61	70	59	62	61
27	Konsum hilft bei ADHS	62	56	69	65	61	65	56	70	59	69	54
28	Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust	60	57	64	32	62	64	69	67	58	63	57
29	Konsum verbessert die Gemütslage	57	64	47	81	69	53	40	56	58	59	56
30	Konsum führt zu Suizidgedanken	71	68	73	56	52	67	76	84	65	77	64
31	Konsum entspannt	63	66	58	91	72	61	45	61	63	66	60
32	Konsum macht nicht aggressiv	63	66	61	73	69	64	42	64	63	66	61
33	Konsum macht kreativ	54	56	50	66	60	51	32	65	51	55	51
34	Konsum schädigt soziale Beziehungen	73	68	77	49	67	71	78	73	73	73	73
35	Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln	64	65	63	67	72	63	63	64	64	62	65
36	Konsum führt zu niedrigen Leistungen	65	60	73	40	64	64	74	76	62	65	65
37	Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau	62	60	63	43	52	60	71	75	56	63	61
38	Konsum ist cool	30	35	23	40	33	23	27	39	26	36	25
39	Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis	51	49	56	40	33	55	70	57	49	53	49
40	Konsum ist nun für alle überall erlaubt	55	57	53	74	58	47	55	56	55	57	54
41	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bewirken	64	57	72	36	52	64	74	70	62	68	61
42	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bei Minderjährigen bewirken	71	66	77	49	50	73	79	71	71	71	72

Nr.	Mythos	wissenschaftl. Klassifikation	alle Punkte	Geschlecht		Konsum				Migra.hintergrund		Ort, Einwohner	
				Männer Punkte	Frauen Punkte	30 Tage Punkte	12 Monate Punkte	Lebenszeit Punkte	nie Punkte	mit Punkte	ohne Punkte	ab 50.000 Punkte	max 50.000 Punkte
1	Cannabis ist ein Allheilmittel	falsch	46	42	50	33	48	49	50	44	47	52	41
2	Konsum ist harmlos	falsch	69	62	77	51	48	61	84	54	73	65	72
3	Konsum durch Heranwachsende führt - stärker als bei Erwachsenen - zu gesundheitlichen Schäden	eher richtig	77	77	77	75	80	79	76	75	77	79	75
4	Weniger schädlich als Alkohol	richtig	72	74	69	88	78	70	53	78	71	74	71
5	Schwierig zu dosieren	richtig	75	73	79	47	61	83	82	79	74	73	77
6	Mischkonsum ist besonders risikoreich	richtig	88	88	88	86	84	91	88	91	87	88	88
7	Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken	richtig	85	85	85	81	87	82	87	87	84	84	85
8	Konsum schädigt den Fötus	richtig	92	89	93	90	92	91	92	90	92	89	94
9	Überdosierung führt nicht zum Tod	richtig	75	80	68	88	83	74	58	79	74	75	75
10	Cannabis lindert Schmerzen	eher falsch	48	46	49	41	43	49	51	46	48	47	48
11	Konsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen	richtig	72	70	73	52	67	75	74	71	72	71	73
12	Cannabis hemmt Entzündungen	keine Klass.											
13	Konsum lindert Spastiken	richtig	82	83	80	90	87	80	76	79	82	81	82
14	Konsum bewirkt Herz-Kreislaufkrankheiten	richtig	71	67	75	51	63	73	78	81	68	68	76
15	Inhalativer Konsum bewirkt Atemwegserkrankungen	richtig	77	76	77	71	73	76	81	77	77	75	79
16	Konsum verursacht Krebserkrankungen	richtig	68	69	67	59	56	65	77	72	67	67	71
17	Konsum hilft beim Abnehmen	keine Klass.											
18	Konsum hilft bei Schlafproblemen	eher falsch	53	51	56	42	48	56	63	53	54	53	54
19	Konsum verändert die Wahrnehmungen	richtig	90	90	89	87	93	86	91	91	89	88	91
20	Konsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten	richtig	84	82	86	77	87	82	88	88	83	84	84
21	Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit	richtig	91	90	92	83	92	91	94	92	91	90	92
22	Cannabis ist eine Einstiegsdroge	eher falsch	51	54	49	71	61	53	44	53	51	56	48
23	Cannabis verursacht keine Abhängigkeit	falsch	61	51	74	36	42	63	79	62	61	59	63
24	Konsum löst Psychosen aus	richtig	71	65	77	55	61	70	80	73	71	70	72
25	Konsum hilft gegen Angst	eher falsch	61	61	61	54	57	61	66	54	62	60	61
26	Konsum hilft gegen Depressionen	falsch	32	31	33	21	30	31	39	32	31	31	32
27	Konsum hilft bei ADHS	eher falsch	55	54	57	46	48	57	63	53	56	55	55
28	Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust	falsch	28	32	23	54	33	25	17	23	29	29	26
29	Konsum verbessert die Gemütslage	eher richtig	85	82	89	82	81	87	87	81	86	83	87
30	Konsum führt zu Suizidgedanken	eher richtig	83	81	84	67	81	86	83	82	83	81	84
31	Konsum entspannt	eher richtig	81	79	82	74	75	83	84	80	81	79	82
32	Konsum macht nicht aggressiv	eher falsch	55	52	61	44	56	61	67	53	56	53	57
33	Konsum macht kreativ	eher falsch	57	54	61	49	43	61	74	48	59	58	55
34	Konsum schädigt soziale Beziehungen	eher falsch	54	56	52	76	53	59	48	50	55	54	53
35	Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln	eher falsch	63	59	66	67	56	63	63	62	63	64	62
36	Konsum führt zu niedrigen Leistungen	eher falsch	55	57	53	74	52	57	49	58	54	57	53
37	Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau	falsch	38	43	32	70	38	42	24	21	45	40	36
38	Konsum ist cool	falsch	59	53	69	44	50	60	70	55	62	62	57
39	Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis	falsch	26	25	26	29	21	26	23	19	28	27	25
40	Konsum ist nun für alle überall erlaubt	falsch	38	42	33	44	45	44	31	24	43	38	37
41	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bewirken	richtig	76	71	81	45	72	71	86	78	75	73	78
42	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bei Minderjährigen bewirken	eher falsch	55	61	50	81	65	54	48	53	56	59	52

Nr.	Mythos	wissenschaftl. Klassifikation	alle Punkte	Geschlecht		Konsum				Migra.hintergrund		Ort, Einwohner	
				Männer Punkte	Frauen Punkte	30 Tage Punkte	12 Monate Punkte	Lebenszeit Punkte	nie Punkte	mit Punkte	ohne Punkte	ab 50.000 Punkte	max 50.000 Punkte
1	Cannabis ist ein Allheilmittel	falsch	43	44	41	52	34	45	41	48	40	38	47
2	Konsum ist harmlos	falsch	28	33	21	44	44	33	15	40	24	32	24
3	Konsum durch Heranwachsende führt - stärker als bei Erwachsenen - zu gesundheitlichen Schäden	eher richtig	32	30	35	32	26	29	35	32	32	30	34
4	Weniger schädlich als Alkohol	richtig	27	26	30	22	24	30	32	26	27	27	27
5	Schwierig zu dosieren	richtig	25	27	23	33	28	20	26	23	26	26	25
6	Mischkonsum ist besonders risikoreich	richtig	22	22	23	20	26	20	23	23	22	22	22
7	Zusätze führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken	richtig	26	26	27	26	25	28	25	27	26	27	25
8	Konsum schädigt den Fötus	richtig	21	20	22	20	17	21	22	25	20	22	21
9	Überdosierung führt nicht zum Tod	richtig	26	25	29	24	21	29	30	29	26	28	25
10	Cannabis lindert Schmerzen	eher falsch	47	49	46	56	54	46	43	49	47	49	46
11	Konsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen	richtig	23	23	24	17	18	24	25	23	24	22	25
12	Cannabis hemmt Entzündungen	keine Klass.											
13	Konsum lindert Spastiken	richtig	20	17	24	18	13	21	24	23	20	22	18
14	Konsum bewirkt Herz-Kreislaufkrankheiten	richtig	32	33	32	36	35	32	30	29	33	34	30
15	Inhalativer Konsum bewirkt Atemwegserkrankungen	richtig	27	26	29	29	24	29	26	28	27	29	25
16	Konsum verursacht Krebserkrankungen	richtig	34	33	36	39	37	36	30	36	33	34	34
17	Konsum hilft beim Abnehmen	keine Klass.											
18	Konsum hilft bei Schlafproblemen	eher falsch	41	43	39	53	51	37	31	41	41	42	40
19	Konsum verändert die Wahrnehmungen	richtig	20	19	22	21	17	21	20	20	20	22	19
20	Konsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten	richtig	23	22	25	23	18	25	23	21	24	23	23
21	Konsum gefährdet die Verkehrssicherheit	richtig	22	23	22	26	22	23	21	22	22	24	21
22	Cannabis ist eine Einstiegsdroge	eher falsch	44	40	49	21	33	42	53	42	45	41	47
23	Cannabis verursacht keine Abhängigkeit	falsch	39	47	29	61	52	36	24	43	37	42	36
24	Konsum löst Psychosen aus	richtig	29	28	29	29	32	30	27	29	28	29	28
25	Konsum hilft gegen Angst	eher falsch	35	33	37	40	38	35	30	42	33	36	34
26	Konsum hilft gegen Depressionen	falsch	53	51	56	61	53	53	49	59	52	54	53
27	Konsum hilft bei ADHS	eher falsch	39	37	41	46	41	40	32	44	37	43	35
28	Konsum verursacht einen generellen Motivationsverlust	falsch	56	51	61	24	55	59	67	62	53	56	55
29	Konsum verbessert die Gemütslage	eher richtig	20	24	15	29	26	18	14	22	20	22	19
30	Konsum führt zu Suizidgedanken	eher richtig	25	25	25	27	18	22	27	30	23	28	22
31	Konsum entspannt	eher richtig	25	27	23	38	31	22	18	25	25	27	23
32	Konsum macht nicht aggressiv	eher falsch	40	43	37	52	41	38	24	43	40	43	38
33	Konsum macht kreativ	eher falsch	35	38	31	45	44	32	17	46	33	35	35
34	Konsum schädigt soziale Beziehungen	eher falsch	45	42	48	24	41	40	51	48	44	44	46
35	Konsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln	eher falsch	37	39	35	37	43	35	36	37	37	35	38
36	Konsum führt zu niedrigen Leistungen	eher falsch	41	38	46	22	42	38	49	44	40	40	42
37	Konsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau	falsch	51	46	57	19	50	47	64	67	44	51	52
38	Konsum ist cool	falsch	26	32	17	41	31	21	19	33	23	28	24
39	Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis	falsch	49	49	50	42	38	53	60	57	46	50	49
40	Konsum ist nun für alle überall erlaubt	falsch	45	46	45	53	45	39	48	53	43	46	45
41	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bewirken	richtig	24	24	24	29	22	27	22	25	24	26	22
42	Neues Gesetz wird Anstieg des Konsums bei Minderjährigen bewirken	eher falsch	45	40	51	21	31	45	53	46	45	44	46

7 Anhang III: Fact-Sheets Cannabismythen

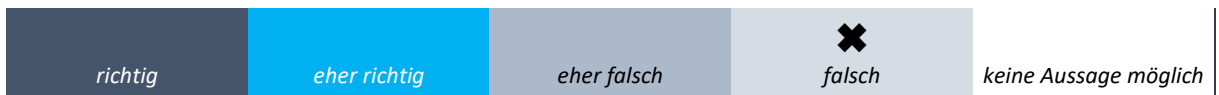
Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit den Prüfthesen zu den angenommenen Wirkungen von Cannabis und des Umgangs mit der Substanz sind in 39 Fact-Sheets zusammengefasst worden.

Tabelle 7.1 Prüfthesen und Fact-Sheets

übergreifend	
1	Cannabis ist ein Allheilmittel.
2	Cannabiskonsum ist harmlos.
3	Cannabiskonsum durch Heranwachsende führt in stärkerem Maße als bei Erwachsenen zu gesundheitlichen Schäden.
4	Cannabis ist weniger schädlich als Alkohol.
Substanz	
5	Cannabis ist schwierig zu dosieren.
6	Mischkonsum von Cannabis mit anderen Substanzen ist besonders risikoreich.
7	Zusätze im Cannabis führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken.
Körper	
8	Cannabiskonsum schädigt den Fötus.
9	Eine Überdosierung von Cannabis führt nicht zum Tod.
10	Cannabis wirkt gegen Schmerzen.
11	Cannabiskonsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen.
12	Cannabis hemmt Entzündungen.
13	Cannabiskonsum löst Spasmen.
14	Cannabiskonsum verursacht Herz-Kreislaufkrankheiten.
15	Inhalativer Cannabiskonsum bewirkt Atemwegserkrankungen.
16	Cannabiskonsum verursacht Krebserkrankungen.
17	Cannabiskonsum hilft beim Abnehmen.
Körper & Psyche	
18	Cannabiskonsum hilft bei Schlafproblemen.
19	Cannabiskonsum verändert die Wahrnehmungen.
20	Cannabiskonsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten.
21	Cannabiskonsum gefährdet die Verkehrssicherheit.
Psyche	
22	Cannabis ist eine Einstiegsdroge.
23	Cannabis verursacht keine Abhängigkeit.
24	Cannabiskonsum verursacht Psychosen.
25	Cannabiskonsum wirkt gegen Angst.
26	Cannabiskonsum wirkt gegen Depressionen.
27	Cannabiskonsum wirkt gegen ADHS.
28	Cannabiskonsum verursacht einen generellen Motivationsverlust.
29	Cannabiskonsum verbessert die Gemütslage.
30	Cannabiskonsum führt zu Suizidgedanken.
31	Cannabiskonsum entspannt (a) und macht nicht aggressiv (b).
32	Cannabiskonsum macht kreativ.

Soziales	
33	Cannabiskonsum schädigt soziale Beziehungen.
34	Cannabiskonsum:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln.
35	Cannabiskonsum führt zu niedrigen Leistungen (a) und geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau (b).
36	Cannabiskonsum ist cool.
37	Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis.
Rechtliches	
38	Cannabiskonsum ist nun für alle überall erlaubt.
39	Die Teillegalisierung wird zu einem Anstieg des Cannabiskonsums führen (a), insbesondere unter Minderjährigen (b).

7.1 Prfthese 1: „Cannabis ist ein Allheilmittel.“



Das ist falsch.

Einordnung

Als Allheilmittel werden Substanzen oder Mittel beschrieben, die zur Heilung oder Behandlung aller Krankheiten und Beschwerden geeignet sind.

Synthese der Erkenntnisse

Cannabis ist kein Allheilmittel. Die wissenschaftliche Evidenz fr die Wirksamkeit von Cannabis in der Behandlung von verschiedenen Erkrankungen oder Symptomen ist unzureichend und geht je nach Konsumform, -hufigkeit und -menge mit erheblichen zusatzlichen gesundheitlichen Risiken einher.

Fakten

- Personen mit psychischen Störungen, die Cannabis zur Selbstmedikation einsetzen, berichten in Studien hufiger ber eine Symptomlinderung,^[1, 2] allerdings ist die wissenschaftliche Evidenz bezuglich der Wirksamkeit von Cannabis bei der Behandlung von Angststörungen, Depressionen oder Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) unzureichend.^[1, 3-7]
- Studien deuten darauf hin, dass Cannabinoide wie Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD) aufgrund ihrer analgetischen Eigenschaften geeignet sein könnten, akute oder chronische Schmerzen zu lindern, obwohl die Effekte insgesamt gering ausfallen und potenzielle Nebenwirkungen mglich sind.^[8-11]
- Zwar werden den Bestandteilen von Cannabis entzündungshemmende Eigenschaften zugeschrieben,^[12] jedoch liefern die bisher vorhandenen Studien zu der Wirksamkeit widersprchliche Ergebnisse.^[13, 14]
- Cannabis wird mit der Linderung von Symptomen wie Ubelkeit und Erbrechen in Verbindung gebracht und von Menschen mit verschiedenen Erkrankungen, wie zum Beispiel Krebserkrankungen,^[10] aber insbesondere von Personen mit dem Zyklischen Erbrechensyndrom (CVS) zur Symptomlinderung genutzt.^[15, 16] Demgegenber zeigen Studien, dass Cannabiskonsum Ubelkeit und Erbrechen verursachen kann.^[17, 18]
- Studien legen nahe, dass Cannabis zur Linderung von Spastiken^[10, 19-21] neuropathischen Schmerzen^[19] und Symptomen der Multiplen Sklerose^[22, 23] beitragen kann.
- Insbesondere hufiges und intensives Cannabisrauchen kann demgegenber das Risiko fr eine Vielzahl gesundheitlicher Probleme erhhen.^[10, 24] Dazu zahlen unter anderem cannabisbezogene Störungen wie Cannabisabhngigkeit,^[25-29] psychotische Symptome, Episoden und Psychosen^[30-34] Depressionen,^[6, 35] Angststörungen,^[24] kardiovaskuläre Erkrankungen,^[24, 36, 37] Atemwegserkrankungen^[24, 38-40] oder Krebserkrankungen.^[24, 41-46]

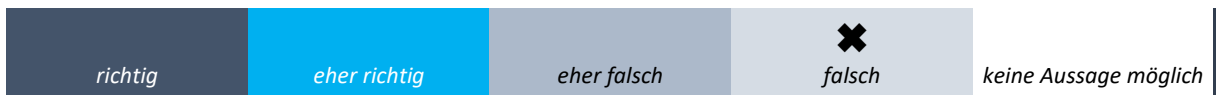
Referenzen

1. Francisco, A.P., et al. Cannabis use in Attention - Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A scoping review. J Psychiatr Res. 2023. 157. p. 239-256. 10.1016/j.jpsychires.2022.11.029.
2. Turna, J., et al. Cannabis use behaviors and prevalence of anxiety and depressive symptoms in a cohort of Canadian medicinal cannabis users. J Psychiatr Res. 2019. 111. p. 134-139. 10.1016/j.jpsychires.2019.01.024.
3. Black, N., et al. Cannabinoids for the treatment of mental disorders and symptoms of mental disorders: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2019. 6. (12): p. 995-1010. 10.1016/S2215-0366(19)30401-8.

4. Lemyre, A., A. Gauthier-Légaré, and R.E. Bélanger. Shyness, social anxiety, social anxiety disorder, and substance use among normative adolescent populations: A systematic review. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2019. 45. (3): p. 230-247. 10.1080/00952990.2018.1536882.
5. Parrella, N.F., et al. *A systematic review of cannabidiol trials in neurodevelopmental disorders*. *Pharmacol Biochem Behav*. 2023. 230. p. 173607. 10.1016/j.pbb.2023.173607.
6. Sorkhou, M., E.L. Dent, and T.P. George. *Cannabis use and mood disorders: a systematic review*. *Front Public Health*. 2024. 12. p. 1346207. 10.3389/fpubh.2024.1346207.
7. Tourjman, S.V., et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force Report: A Systematic Review and Recommendations of Cannabis use in Bipolar Disorder and Major Depressive Disorder. *Can J Psychiatry*. 2023. 68. (5): p. 299-311. 10.1177/07067437221099769.
8. Casedas, G., M. Yarza-Sancho, and V. Lopez. *Cannabidiol (CBD): A Systematic Review of Clinical and Preclinical Evidence in the Treatment of Pain*. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2024. 17. (11). 10.3390/ph17111438.
9. Reechaye, D., et al. Cannabinoids as a Natural Alternative for the Management of Neuropathic Pain: A Systematic Review of Randomized Placebo-Controlled Trials. *Cureus*. 2024. 16. (9): p. e70021. 10.7759/cureus.70021.
10. Solmi, M., et al. Balancing risks and benefits of cannabis use: umbrella review of meta-analyses of randomised controlled trials and observational studies. *Bmj*. 2023. 382. p. e072348. 10.1136/bmj-2022-072348.
11. Wang, L., et al. Medical cannabis or cannabinoids for chronic non-cancer and cancer related pain: a systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ*. 2021. 374. p. n1034. 10.1136/bmj.n1034.
12. Kumar, P., et al. Pharmacological properties, therapeutic potential, and legal status of Cannabis sativa L.: An overview. *Phytother Res*. 2021. 35. (11): p. 6010-6029. 10.1002/ptr.7213.
13. Furgiuele, A., et al. *Immunomodulatory Potential of Cannabidiol in Multiple Sclerosis: a Systematic Review*. *J Neuroimmune Pharmacol*. 2021. 16. (2): p. 251-269. 10.1007/s11481-021-09982-7.
14. Maggirwar, S.B. and J.H. Khalsa. *The Link between Cannabis Use, Immune System, and Viral Infections*. *Viruses*. 2021. 13. (6). 10.3390/v13061099.
15. Hasler, W.L., O. Alshaarawy, and T. Venkatesan. *Cannabis use patterns and association with hyperemesis: A comprehensive review*. *Neurogastroenterol Motil*. 2025. 37. (3): p. e14895. 10.1111/nmo.14895.
16. Venkatesan, T., et al. *Patterns of Cannabis Use in Patients With Cyclic Vomiting Syndrome*. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020. 18. (5): p. 1082-1090 e2. 10.1016/j.cgh.2019.07.039.
17. Noble, M.J., K. Hedberg, and R.G. Hendrickson. *Acute cannabis toxicity*. *Clin Toxicol (Phila)*. 2019. 57. (8): p. 735-742. 10.1080/15563650.2018.1548708.
18. Schmid, Y., et al. Emergency department presentations related to acute toxicity following recreational use of cannabis products in Switzerland. *Drug Alcohol Depend*. 2020. 206. p. 107726. 10.1016/j.drugalcdep.2019.107726.
19. Filippini, G., et al. *Cannabis and cannabinoids for symptomatic treatment for people with multiple sclerosis*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022. 5. (5): p. CD013444. 10.1002/14651858.CD013444.pub2.
20. Martinez-Paz, C., E. García-Cabrera, and Á. Vilches-Arenas. Effectiveness and Safety of Cannabinoids as an Add-On Therapy in the Treatment of Resistant Spasticity in Multiple Sclerosis: A Systematic Review. *Cannabis Cannabinoid Res*. 2023. 8. (4): p. 580-588. 10.1089/can.2022.0254.
21. Nabata, K.J., et al. The Therapeutic Potential and Usage Patterns of Cannabinoids in People with Spinal Cord Injuries: A Systematic Review. *Curr Neuropharmacol*. 2021. 19. (3): p. 402-432. 10.2174/1570159X18666200420085712.
22. Hildebrand, A., J. Minnier, and M.H. Cameron. *Cannabis use for symptom relief in multiple sclerosis: A cross-sectional survey of webinar attendees in the US and Canada*. *Mult Scler Relat Disord*. 2020. 38. p. 101516. 10.1016/j.msard.2019.101516.
23. Rice, J., et al. *A cross-sectional survey of cannabis use by people with MS in Oregon and Southwest Washington*. *Mult Scler Relat Disord*. 2021. 55. p. 103172. 10.1016/j.msard.2021.103172.
24. Campeny, E., et al. The blind men and the elephant: Systematic review of systematic reviews of cannabis use related health harms. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2020. 33. p. 1-35. 10.1016/j.euroneuro.2020.02.003.
25. Bahji, A., et al. Prevalence of Cannabis Withdrawal Symptoms Among People With Regular or Dependent Use of Cannabinoids: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2020. 3. (4): p. e202370. 10.1001/jamanetworkopen.2020.2370.
26. Borodovsky, J.T., et al. Quantity of delta-9-tetrahydrocannabinol consumption and cannabis use disorder among daily cannabis consumers. *Addiction*. 2024. 10.1111/add.16700.
27. Callaghan, R.C., M. Sanches, and S.J. Kish. *Quantity and frequency of cannabis use in relation to cannabis-use disorder and cannabis-related problems*. *Drug Alcohol Depend*. 2020. 217. p. 108271. 10.1016/j.drugalcdep.2020.108271.
28. Robinson, T., et al. Identifying risk-thresholds for the association between frequency of cannabis use and development of cannabis use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2022. 238. p. 109582. 10.1016/j.drugalcdep.2022.109582.
29. Sherman, B.J., et al. Latency to cannabis dependence mediates the relationship between age at cannabis use initiation and cannabis use outcomes during treatment in men but not women. *Drug Alcohol Depend*. 2021. 218. p. 108383. 10.1016/j.drugalcdep.2020.108383.

30. Di Forti, M., et al. The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study. *Lancet Psychiatry*. 2019. 6. (5): p. 427-436. 10.1016/S2215-0366(19)30048-3.
31. Groening, J.M., et al. A systematic evidence map of the association between cannabis use and psychosis-related outcomes across the psychosis continuum: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatry Res*. 2024. 331. p. 115626. 10.1016/j.psychres.2023.115626.
32. Hasan, A., et al. *Cannabis use and psychosis: a review of reviews*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2020. 270. (4): p. 403-412. 10.1007/s00406-019-01068-z.
33. Marconi, A., et al. *Meta-analysis of the Association Between the Level of Cannabis Use and Risk of Psychosis*. *Schizophr Bull*. 2016. 42. (5): p. 1262-9. 10.1093/schbul/sbw003.
34. Robinson, T., et al. Risk-thresholds for the association between frequency of cannabis use and the development of psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2023. 53. (9): p. 3858-3868. 10.1017/s0033291722000502.
35. Sorkhou, M., R.H. Bedder, and T.P. George. *The Behavioral Sequelae of Cannabis Use in Healthy People: A Systematic Review*. *Front Psychiatry*. 2021. 12. p. 630247. 10.3389/fpsy.2021.630247.
36. Muheriwa-Matamba, S.R., et al. *Cardiovascular and Respiratory Effects of Cannabis Use by Route of Administration: A Systematic Review*. *Subst Use Misuse*. 2024. 59. (9): p. 1331-1351. 10.1080/10826084.2024.2341317.
37. van Amsterdam, J. and W. van den Brink. *Cannabis Use Variations and Myocardial Infarction: A Systematic Review*. *J Clin Med*. 2024. 13. (18). 10.3390/jcm13185620.
38. Ghasemiesfe, M., et al. Marijuana Use, Respiratory Symptoms, and Pulmonary Function: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2018. 169. (2): p. 106-115. 10.7326/M18-0522.
39. Malvi, A., et al. *Cannabis consumption and risk of asthma: a systematic review and meta-analysis*. *BMC Pulm Med*. 2025. 25. (1): p. 48. 10.1186/s12890-025-03516-0.
40. Winhusen, T., et al. *Regular cannabis use, with and without tobacco co-use, is associated with respiratory disease*. *Drug Alcohol Depend*. 2019. 204. p. 107557. 10.1016/j.drugalcdep.2019.107557.
41. Baumeister, S.E., et al. *Cannabis Use, Pulmonary Function, and Lung Cancer Susceptibility: A Mendelian Randomization Study*. *J Thorac Oncol*. 2021. 16. (7): p. 1127-1135. 10.1016/j.jtho.2021.03.025.
42. Ghasemiesfe, M., et al. *Association Between Marijuana Use and Risk of Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis*. *JAMA Netw Open*. 2019. 2. (11): p. e1916318. 10.1001/jamanetworkopen.2019.16318.
43. Gurney, J., et al. Cannabis exposure and risk of testicular cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer*. 2015. 15. p. 897. 10.1186/s12885-015-1905-6.
44. Huang, Y.H., et al. *An epidemiologic review of marijuana and cancer: an update*. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2015. 24. (1): p. 15-31. 10.1158/1055-9965.EPI-14-1026.
45. Khoj, L., et al. *Effects of cannabis smoking on the respiratory system: A state-of-the-art review*. *Respir Med*. 2024. 221. p. 107494. 10.1016/j.rmed.2023.107494.
46. Taneja, S., et al. Use of cannabis in urological cancer patients: A review to evaluate risk for cancer development, therapeutic use, and symptom management. *Can Urol Assoc J*. 2021. 15. (12): p. 413-419. 10.5489/cuaj.7198.

7.2 Prüfthese 2: „Cannabiskonsum ist harmlos.“



Das ist falsch.

Synthese der Erkenntnisse

Cannabis ist nicht harmlos. Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse bestätigen eindeutig die kurz- und langfristigen negativen Auswirkungen auf Körper, Psyche und soziale Aspekte, insbesondere bei frühem Einstieg, häufigem und schwerem Cannabiskonsum.

Fakten

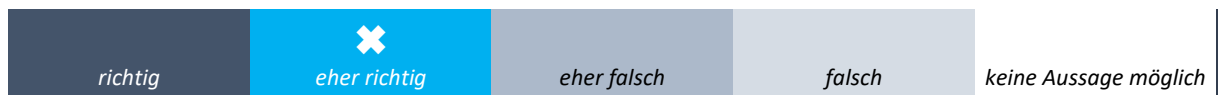
- Es bestehen klare Zusammenhänge zwischen einem Cannabiskonsum und einem gesteigerten Risiko für negative psychische Folgen (Cannabisgebrauchsstörung bis hin zur Cannabisabhängigkeit), Psychosen, affektive Störungen wie z. B. Depressionen, Angstzustände, Schlaf- und kognitive Störungen sowie auch körperliche Folgen wie Atemwegs-, Krebs- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Erhöhte Risiken bestehen insbesondere bei hohem THC-Gehalt des Cannabis.^[1-3]
- Risiken eines Cannabiskonsums der Mutter in der Schwangerschaft für ungeborene Kinder können sein: eine verkürzte Schwangerschaft, ein geringeres Geburtsgewicht, ein verzögertes Wachstum aber auch spätere Verhaltensprobleme oder Aufmerksamkeitsdefizite des Kindes.^[4, 5]
- Insbesondere früher sowie intensiver Cannabiskonsum sind mit suizidalen Gedanken und Verhaltensweisen assoziiert^[6-8] und gelten als Risikofaktoren für Reizbarkeit, Aggression und Gewalt.^[9, 10]
- Mit Cannabiskonsum geht ein erhöhtes Risiko für Verkehrsunfälle einher.^[11-16]
- Insbesondere ein früher und regelmäßiger Cannabiskonsum wird mit reduzierten Chancen für Bildungs- und Erwerbserfolg in Zusammenhang gebracht.^[17-21]

Referenzen

1. Hoch, E., et al. *Cannabis, cannabinoids and health: a review of evidence on risks and medical benefits*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2025. 275. (2): p. 281-292. 10.1007/s00406-024-01880-2.
2. Solmi, M., et al. Balancing risks and benefits of cannabis use: umbrella review of meta-analyses of randomised controlled trials and observational studies. *Bmj*. 2023. 382. p. e072348. 10.1136/bmj-2022-072348.
3. Campeny, E., et al. The blind men and the elephant: Systematic review of systematic reviews of cannabis use related health harms. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2020. 33. p. 1-35. 10.1016/j.euroneuro.2020.02.003.
4. Ainiti, D.F., et al. Cannabis use during pregnancy and its effect on the fetus, newborn and later childhood: A systematic review. *Eur J Midwifery*. 2023. 7. p. 19. 10.18332/ejm/168727.
5. Marchand, G., et al. *Birth Outcomes of Neonates Exposed to Marijuana in Utero: A Systematic Review and Meta-analysis*. JAMA Netw Open. 2022. 5. (1): p. e2145653. 10.1001/jamanetworkopen.2021.45653.
6. Borges, G., C.L. Bagge, and R. Orozco. *A literature review and meta-analyses of cannabis use and suicidality*. J Affect Disord. 2016. 195. p. 63-74. 10.1016/j.jad.2016.02.007.
7. Agrawal, A., et al. Major depressive disorder, suicidal thoughts and behaviours, and cannabis involvement in discordant twins: a retrospective cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2017. 4. (9): p. 706-714. 10.1016/S2215-0366(17)30280-8.
8. Carvalho, J.V., L.S. Souza, and E.C. Moreira. *Association between cannabis use and suicidal behavior: A systematic review of cohort studies*. Psychiatry Res. 2022. 312. p. 114555. 10.1016/j.psychres.2022.114555.
9. Schoeler, T., et al. *Continuity of cannabis use and violent offending over the life course*. Psychol Med. 2016. 46. (8): p. 1663-77. 10.1017/S0033291715003001.
10. Dellazizzo, L., et al. Violence and Cannabis Use: A Focused Review of a Forgotten Aspect in the Era of Liberalizing Cannabis. *Front Psychiatry*. 2020. 11. p. 567887. 10.3389/fpsy.2020.567887.

11. Hartman, R.L. and M.A. Huestis. *Cannabis effects on driving skills*. Clin Chem. 2013. 59. (3): p. 478-92. 10.1373/clinchem.2012.194381.
12. Busardò, F.P., et al. *Neurocognitive Correlates in Driving Under the Influence of Cannabis*. CNS Neurol Disord Drug Targets. 2017. 16. (5): p. 534-540. 10.2174/1871527316666170424115455.
13. Asbridge, M., J.A. Hayden, and J.L. Cartwright. *Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis*. Bmj. 2012. 344. p. e536. 10.1136/bmj.e536.
14. Rogeberg, O. and R. Elvik. *The effects of cannabis intoxication on motor vehicle collision revisited and revised*. Addiction. 2016. 111. (8): p. 1348-1359. <https://doi.org/10.1111/add.13347>.
15. Martin, J.L., et al. *Cannabis, alcohol and fatal road accidents*. PLoS One. 2017. 12. (11): p. e0187320. 10.1371/journal.pone.0187320.
16. Preuss, U.W., et al. *Cannabis Use and Car Crashes: A Review*. Front Psychiatry. 2021. 12. p. 643315. 10.3389/fpsy.2021.643315.
17. Shanahan, L., et al. *Frequent teenage cannabis use: Prevalence across adolescence and associations with young adult psychopathology and functional well-being in an urban cohort*. Drug Alcohol Depend. 2021. 228. p. 109063. 10.1016/j.drugalcdep.2021.109063.
18. Thompson, K., et al. *Associations Between Marijuana Use Trajectories and Educational and Occupational Success in Young Adulthood*. Prev Sci. 2019. 20. (2): p. 257-269. 10.1007/s11121-018-0904-7.
19. Melchior, M., et al. *Early cannabis initiation and educational attainment: is the association causal? Data from the French TEMPO study*. Int J Epidemiol. 2017. 46. (5): p. 1641-1650. 10.1093/ije/dyx065.
20. Horwood, L.J., et al. *Cannabis use and educational achievement: Findings from three Australasian cohort studies*. Drug and Alcohol Dependence. 2010. 110. (3): p. 247-253. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.03.008>.
21. Arria, A.M., et al. *Drug Use Patterns and Continuous Enrollment in College: Results From a Longitudinal Study*. Journal of Studies on Alcohol & Drugs. 2013. 74. (1): p. 71-83. 10.15288/jsad.2013.74.71.

7.3 Prüfthese 3: „Cannabiskonsum durch Heranwachsende führt in stärkerem Maße als bei Erwachsenen zu gesundheitlichen Schäden.“



Das ist eher richtig – insbesondere früher und intensiver Konsum kann Beeinträchtigungen bewirken.

Einordnung

Die Entwicklung des Menschen vom Kind zum Erwachsenen vollzieht sich schwerpunktmäßig als körperliche in der Pubertät und als kognitiv-psychische in der Adoleszenz.^[1, 2] Umfasst sind von letzterer sowohl Aspekte der Denkfähigkeit als auch sozialer Integration. Diese Phase ist also auch ein soziales Konstrukt.^[3, 4] Andererseits hat die Gehirnentwicklung für diese Prozesse eine große Bedeutung. Im Alter von 18-20 Jahren ist die Entwicklung der handlungs- und für Entscheidungen relevanten Kognitionen (executive function development) weitgehend abgeschlossen, das Niveau Erwachsener erreicht,^[5] auch wenn einzelne neuro-biologische Parameter, die zur Beurteilung der Reife des Gehirns herangezogen werden, eine fortgesetzte Entwicklung zeigen.^[6] Über einen biologischen Abschluss der Gehirnentwicklung (ob und gegebenenfalls wann) besteht keine Einigkeit.^[7, 8]

Synthese der Erkenntnisse

Kinder und Jugendliche können durch Cannabiskonsum ernsthafte Beeinträchtigungen erfahren: die Entwicklung einer Cannabisgebrauchsstörung und einer -abhängigkeit, die Reduktion kognitiver Leistungsfähigkeit, das Auftreten psychotischer Symptome sowie die Entwicklung einer Schizophrenie, die Entwicklung von Suizidalität und vermutlich das Auftreten einer Depression.

Es besteht Evidenz dafür, dass Kinder- und Jugendliche einige Beeinträchtigungen und Schäden insbesondere bei frühem und hochfrequentem Cannabiskonsum mit einer größeren Wahrscheinlichkeit als Erwachsene entwickeln. Im Einzelnen bestehen dann größere Risiken für einzelne kognitive Beeinträchtigungen, bleibende Veränderungen im Gehirn, psychotische Erkrankungen und die Entwicklung einer Abhängigkeit. Mit letzterer können dann wiederum weitere negative Konsequenzen verknüpft sein.

Fakten

- Zu Zusammenhängen zwischen eigenem Cannabiskonsum und körperlicher Wachstums- bzw. pubertärer Entwicklung in Kindheit oder Jugend liegen bis dato keine belastbaren Studien vor. Ebenso fehlen Untersuchungen zu Zusammenhängen von Cannabiskonsum und tiefgreifenden, persönlichkeitsbeschränkenden Entwicklungsverzögerungen (developmental disorder), die als eigenständiges Krankheitsbild bspw. im ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) dokumentierbar sind.
- Kinder und Jugendliche können eine Cannabisgebrauchsstörung (z. B. einen -missbrauch oder eine -abhängigkeit) entwickeln. In Deutschland wird dies für 1,8 % (Missbrauch) bzw. 0,8 % (Abhängigkeit) der 12-18-Jährigen beschrieben.^[9] Unter Bezug auf die 12-Monatsprävalenz der jungen Konsument:innen sind es entsprechend 28,0 % (Missbrauch) bzw. 11,7 % (Abhängigkeit).^[9] Eine systematische Metaanalyse der internationalen Erkenntnisse berichtet Anteile von durchschnittlich 22 % (Gebrauchsstörung) bzw. 13 % (Abhängigkeit) unter allen Cannabiskonsument:innen.

Diverse Studien berichten, dass ein früher Einstieg oder auch ein intensiver Konsum Heranwachsender die Risiken für eine Cannabisgebrauchsstörung bzw. -abhängigkeit (z. T.) deutlich erhöhen.^[10-12] Adoleszente

mit einer Cannabisgebrauchsstörung haben im Vergleich zu Gleichaltrigen ein erhöhtes Risiko, eine Störung der psychischen Gesundheit zu erleiden (insbesondere: Stresstörungen, Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen).^[13]

- Cannabiskonsum aktiviert bei Adoleszenten bestimmte Hirnregionen stärker als bei Erwachsenen.^[14] Durch den Cannabiskonsum kann es bei Adoleszenten zu Veränderungen im Gehirn kommen. Mit diesen stehen funktionelle und kognitive Einschränkungen in Zusammenhang. Einzelne Beeinträchtigungen werden in Zusammenhang mit der Konsumfrequenz, der Dauer des Konsums und dem Einstiegsalter gebracht. Generell zeigen die kognitiven Beeinträchtigungen geringe Ausprägungen, aber es werden einzelne Dosis-/Wirkungszusammenhänge und kognitive Einschränkungen insbesondere bei regelmäßigem und starkem Konsum belegt. Die Einschränkungen sind weitgehend reversibel (nach unterschiedlichen, z. T. langen Abstinenzzeiträumen) – auch dies in Abhängigkeit von vorausgehender Konsumfrequenz und -dauer bzw. Einstiegsalter. Allerdings wurden bei stark cannabiskonsumierenden Jugendlichen bleibende neurokognitive Defizite beobachtet.^[15-19] Kognitive Einschränkungen beziehen sich insbesondere auf das „Arbeitsgedächtnis“ und in diesem Zusammenhang auf das Lernen und die Verarbeitungsgeschwindigkeit, sowie die Aufmerksamkeit. Bezüglich der generellen Sprachnutzung und des IQs werden Beeinträchtigungen verneint.^[17, 19, 20] Für die Vermutung, dass die durch den Cannabiskonsum bewirkten Einschränkungen bei Adoleszenten in stärkerem Maße auftreten als bei Erwachsenen, gibt es keine starke Evidenz, z. T. wird sie ausdrücklich bestritten. Alterseffekte sind nur bei regelmäßigem und starkem Konsum zu beobachten, insbesondere bei den exekutiven Funktionen.^[16, 21-25]
- Sowohl hoch- als auch niedrigfrequenter Cannabiskonsum in der Adoleszenz (12-18 Jahre) werden mit einem erhöhten Risiko für eine Schizophrenie bei jungen Erwachsenen, insbesondere bei parallelem Alkoholkonsum beschrieben. Ein hoher, früher Cannabiskonsum erhöht die Wahrscheinlichkeit darüber hinaus stärker bzw. verkürzt die Dauer zum Eintritt.^[26-28] Hochpotentes Cannabis erhöht diese Risiken.^[29] Es besteht Evidenz dafür, dass Cannabisgebrauch in der Adoleszenz stärker psychotische Symptome fördert als bei Erwachsenen.^[11] Einzelne Ergebnisse deuten darauf hin, dass der Cannabiskonsum in der Adoleszenz als Selbstmedikation für schizophrene Störungen eingesetzt wird.^[30]
- Zum Risiko, nach adolescentem Cannabiskonsum depressive Symptome zu entwickeln, ist die Evidenz uneindeutig. Es werden Zusammenhänge berichtet^[31-33] aber in einzelnen Studien auch bestritten.^[26, 32] Hochpotentes Cannabis erhöht die Risiken,^[29] ebenso wie ein früher Einstieg und ein hochfrequenter Konsum.^[34] Evidenz für ein höheres Risiko bei Adoleszenten als bei Erwachsenen zeigt sich hingegen nicht.^[11]
- Erkenntnisse aus systematischen Überblicksarbeiten sprechen eher gegen Zusammenhänge zwischen jungem Cannabiskonsum und der Entwicklung einer Angststörung.^[26, 33]
- Adolescenter Cannabiskonsum ist mit erhöhter Suizidalität assoziiert.^[33-36]

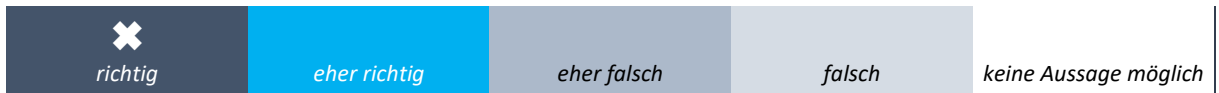
Referenzen

1. Sawyer, S.M., et al. *The age of adolescence*. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018. 2. (3): p. 223-228. 10.1016/s2352-4642(18)30022-1.
2. Worthman, C.M. and K. Trang. *Dynamics of body time, social time and life history at adolescence*. *Nature*. 2018. 554. (7693): p. 451-457. 10.1038/nature25750.
3. Dahl, R.E., et al. *Importance of investing in adolescence from a developmental science perspective*. *Nature*. 2018. 554. (7693): p. 441-450. 10.1038/nature25770.
4. Arnett, J.J. *Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties*. *Am Psychol*. 2000. 55. (5): p. 469-80.
5. Tervo-Clemmens, B., et al. *A canonical trajectory of executive function maturation from adolescence to adulthood*. *Nat Commun*. 2023. 14. (1): p. 6922. 10.1038/s41467-023-42540-8.

6. Bethlehem, R.A.I., et al. *Brain charts for the human lifespan*. Nature. 2022. 604. (7906): p. 525-533. 10.1038/s41586-022-04554-y.
7. Schlem, S., *Brain Development and the Law - Neurolaw in Theory and Practice*. Palgrave Studies in Law, Neuroscience, and Human Behavior. 2025: Palgrave Macmillan Cham.
8. Somerville, L.H. *Searching for Signatures of Brain Maturity: What Are We Searching For?* Neuron. 2016. 92. (6): p. 1164-1167. 10.1016/j.neuron.2016.10.059.
9. Arnaud, N., et al. Prevalence of substance use disorders and associations with mindfulness, impulsive personality traits and psychopathological symptoms in a representative sample of adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2024. 33. (2): p. 451-465. 10.1007/s00787-023-02173-0.
10. Leung, J., et al. *What is the prevalence and risk of cannabis use disorders among people who use cannabis? a systematic review and meta-analysis*. Addictive Behaviors. 2020. 109. p. 106479. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106479>.
11. Lawn, W., et al. The CannTeen Study: Cannabis use disorder, depression, anxiety, and psychotic-like symptoms in adolescent and adult cannabis users and age-matched controls. *J Psychopharmacol*. 2022. 36. (12): p. 1350-1361. 10.1177/02698811221108956.
12. Hamaoui, J., et al. *Age of onset of cannabis use and substance use problems: A systematic review of prospective studies*. Addictive Behaviors. 2025. 163. p. 108259. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2025.108259>.
13. Muñoz-Galán, R., et al. Association between Cannabis Use Disorder and Mental Health Disorders in the Adolescent Population: A Cohort Study. *Eur Addict Res*. 2023. 29. (5): p. 344-352. 10.1159/000530331.
14. Blest-Hopley, G., V. Giampietro, and S. Bhattacharyya. *Residual effects of cannabis use in adolescent and adult brains — A meta-analysis of fMRI studies*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2018. 88. p. 26-41. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.03.008>.
15. Bogt, T.F.M., et al. Do societal wealth, family affluence and gender account for trends in adolescent cannabis use? A 30 country cross-national study. *Addiction*. 2014. 109. (2): p. 273-283. 10.1111/add.12373.
16. Scott, J.C., et al. Association of Cannabis With Cognitive Functioning in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2018. 75. (6): p. 585-595. 10.1001/jamapsychiatry.2018.0335.
17. Dellazizzo, L., et al. Evidence on the acute and residual neurocognitive effects of cannabis use in adolescents and adults: a systematic meta-review of meta-analyses. *Addiction*. 2022. 117. (7): p. 1857-1870. <https://doi.org/10.1111/add.15764>.
18. Blest-Hopley, G., V. Giampietro, and S. Bhattacharyya. Regular cannabis use is associated with altered activation of central executive and default mode networks even after prolonged abstinence in adolescent users: Results from a complementary meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019. 96. p. 45-55. 10.1016/j.neubiorev.2018.10.026.
19. Debenham, J., et al. Neuropsychological and neurophysiological predictors and consequences of cannabis and illicit substance use during neurodevelopment: a systematic review of longitudinal studies. *Lancet Child Adolesc Health*. 2021. 5. (8): p. 589-604. 10.1016/s2352-4642(21)00051-1.
20. Meier, M.H., et al. *Associations between adolescent cannabis use and neuropsychological decline: a longitudinal co-twin control study*. *Addiction*. 2018. 113. (2): p. 257-265. <https://doi.org/10.1111/add.13946>.
21. Lawn, W., et al. The CannTeen study: verbal episodic memory, spatial working memory, and response inhibition in adolescent and adult cannabis users and age-matched controls. *Psychopharmacology (Berl)*. 2022. 239. (5): p. 1629-1641. 10.1007/s00213-022-06143-3.
22. Gorey, C., et al. *Age-related differences in the impact of cannabis use on the brain and cognition: a systematic review*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2019. 269. (1): p. 37-58. 10.1007/s00406-019-00981-7.
23. Duperrouzel, J.C., et al. *Adverse Effects of Cannabis Use on Neurocognitive Functioning: A Systematic Review of Meta-Analytic Studies*. *Journal of Dual Diagnosis*. 2020. 16. (1): p. 43-57. 10.1080/15504263.2019.1626030.
24. Ganzer, F., et al. Weighing the Evidence: A Systematic Review on Long-Term Neurocognitive Effects of Cannabis Use in Abstinent Adolescents and Adults. *Neuropsychol Rev*. 2016. 26. (2): p. 186-222. 10.1007/s11065-016-9316-2.
25. Dellazizzo, L., et al. Evidence on the acute and residual neurocognitive effects of cannabis use in adolescents and adults: a systematic meta-review of meta-analyses. *Addiction*. 2022. 117. (7): p. 1857-1870. 10.1111/add.15764.
26. Hosseini, S. and M. Oremus. The Effect of Age of Initiation of Cannabis Use on Psychosis, Depression, and Anxiety among Youth under 25 Years. *Can J Psychiatry*. 2019. 64. (5): p. 304-312. 10.1177/0706743718809339.
27. Kiburi, S.K., et al. Cannabis use in adolescence and risk of psychosis: Are there factors that moderate this relationship? A systematic review and meta-analysis. *Subst Abus*. 2021. 42. (4): p. 527-542. 10.1080/08897077.2021.1876200.
28. Godin, S.L. and S. Shehata. Adolescent cannabis use and later development of schizophrenia: An updated systematic review of longitudinal studies. *J Clin Psychol*. 2022. 78. (7): p. 1331-1340. 10.1002/jclp.23312.
29. Hines, L.A., et al. *Association between cannabis potency and mental health in adolescence*. *Drug and Alcohol Dependence*. 2024. 261. p. 111359. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2024.111359>.
30. Osborne, K.J., et al. *Psychosis Spectrum Symptoms Before and After Adolescent Cannabis Use Initiation*. *JAMA Psychiatry*. 2025. 82. (2): p. 181-190. 10.1001/jamapsychiatry.2024.3525.

31. Tirado-Muñoz, J., et al. *Effects of cannabis exposure in the prenatal and adolescent periods: Preclinical and clinical studies in both sexes*. *Frontiers in Neuroendocrinology*. 2020. 57. p. 100841.
<https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2020.100841>.
32. Sorkhou, M., E.L. Dent, and T.P. George. *Cannabis use and mood disorders: a systematic review*. *Front Public Health*. 2024. 12. p. 1346207. 10.3389/fpubh.2024.1346207.
33. Gobbi, G., et al. Association of Cannabis Use in Adolescence and Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Young Adulthood: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2019. 76. (4): p. 426-434.
10.1001/jamapsychiatry.2018.4500.
34. Hengartner, M.P., et al. Cannabis use during adolescence and the occurrence of depression, suicidality and anxiety disorder across adulthood: Findings from a longitudinal cohort study over 30 years. *J Affect Disord*. 2020. 272. p. 98-103. 10.1016/j.jad.2020.03.126.
35. Oliveira Gracini, C.L.d., et al. Suicide ideation and psychotropic recreational drug use by adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Sao Paulo Medical Journal*. 2024. 142.
36. Fresán, A., et al. Cannabis smoking increases the risk of suicide ideation and suicide attempt in young individuals of 11–21 years: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*. 2022. 153. p. 90-98.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.06.053>.

7.4 Prüfthese 4: „Cannabis ist weniger schädlich als Alkohol.“



Das ist richtig.

Einordnung

Zu dieser These ist valide Evidenz aus systematisch-methodischen Gründen schwer generier- und entsprechend nicht auffindbar. Es existieren keine Studien, die die schädlichen somatischen, psychosomatischen und sozialen Auswirkungen des Konsums von Alkohol und Cannabis gleichzeitig detailliert erfassen und auch überblicksartig zueinander in Beziehung setzen.

Synthese der Erkenntnisse

Cannabis verursacht aus Expert:innensicht erheblich weniger Schäden als Alkohol: für die eigene Gesundheit und auch gegenüber anderen.

Alkoholgebrauchsstörungen verursachen eine höhere Krankheitslast als Cannabisgebrauchsstörungen. Die globale Krankheitslast durch Cannabisgebrauchsstörungen ist erheblich geringer als die entsprechende durch Alkohol.

Mit Alkoholkonsum ist ein höheres, zusätzliches Sterberisiko als mit Cannabiskonsum verbunden. Alkoholkonsum führt im Straßenverkehr zu größeren Schäden als Cannabiskonsum.

Fakten

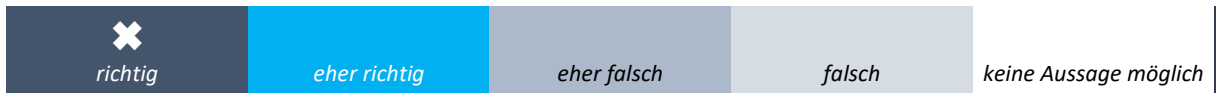
- Unter kontrollierter Heranziehung und erneuter (Meta-) Analyse zahlreicher systematischer Reviews und epidemiologischer Daten wurde die durch Alkohol- und Cannabisgebrauchsstörungen verursachte, weltweite Krankheitslast berechnet. Maßstab der Untersuchung waren die „disability-adjusted life years“ (DALY), also die summierten (und adjustierten), durch diesen Substanzgebrauch beeinträchtigten Lebensjahre. Die durch Alkoholgebrauchsstörungen pro 100.000 Personen verursachte Krankheitslast erwies sich als erheblich höher als die durch Cannabisgebrauchsstörungen verursachte.^[1-3]
- Der Anteil der Cannabisabhängigkeit an der globalen Krankheitslast durch Substanzabhängigkeiten wurde mit 5,5 % bestimmt, für die Alkoholabhängigkeit an dieser Krankheitslast hingegen der deutlich höhere Anteil von 47 %.^[4]
- Ebenfalls unter dem Maßstab der DALYs wurde die globale Krankheitslast durch Substanzgebrauchsstörungen für Jugendliche und junge Erwachsenen berechnet. Auch der Anteil dieser durch Alkohol verursachten Krankheitslast ist deutlich größer als der durch Cannabis.^[5]
- Mit dem Alkoholkonsum ist insgesamt eine deutlich erhöhte Sterbewahrscheinlichkeit über akute Vergiftungen, vielfältig verursachte Erkrankungen und weitere, verursachte Risiken gegeben,^[6] während für den Cannabiskonsum ein erhöhtes Sterberisiko insbesondere für stark Konsumierende in Zusammenhang mit Verkehrsunfällen, Lungenkrebs, einzelnen Herz-Kreislaufkrankungen und erhöhter Suizidalität diskutiert wird.^[7-9] Kombiniertes Cannabis- und Alkoholkonsum erhöht das Sterberisiko deutlich über das cannabisgetriebene Sterberisiko hinaus.^[10]
- Epidemiologische bzw. Unfalldatenanalysen zeigen, dass ausschließlicher Cannabiskonsum das Unfallrisiko deutlich weniger stark erhöht als ausschließlicher Alkoholkonsum.^[11-13]

- Entsprechend bewerteten in einer qualitativen Studie Expert:innen die Schäden verschiedener psychotroper Substanzen in den Dimensionen physischer Schaden, Abhängigkeit und sozialer Schaden. Auf einer Skala von 0 (ohne Schäden) bis 3 (höchste Schäden) erhielt Alkohol einen Mittelwert von 1,8, Cannabis einen von 1,3.^[14] Das Verfahren wurde auch für „Schäden gegenüber Konsument:innen“ und „Schäden bei anderen“ angewendet. Auf einer Skala von 0 (keine Schäden) bis 100 (höchste Schäden) erhielten Alkohol 72 und Cannabis 20 Punkte, was auf eine deutlich geringere Schädlichkeit von Cannabis aus Expert:innensicht hinweist.^[15]

Referenzen

1. Degenhardt, L., et al. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Psychiatry*. 2018. 5. (12): p. 987-1012. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30337-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30337-7).
2. Anonymous, *Fact Sheet Alcohol use disorders—Level 3 cause*. 2024. Institute for Health Metrics and Evaluation
3. Anonymous, *Fact Sheet Cannabis use disorders—Level 4 cause*. 2024. Institute for Health Metrics and Evaluation.
4. Degenhardt, L., et al. The global epidemiology and contribution of cannabis use and dependence to the global burden of disease: results from the GBD 2010 study. *PLoS One*. 2013. 8. (10): p. e76635. [10.1371/journal.pone.0076635](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0076635).
5. Danpanichkul, P., et al. *The burden of alcohol and substance use disorders in adolescents and young adults*. *Drug Alcohol Depend*. 2025. 266. p. 112495. [10.1016/j.drugalcdep.2024.112495](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2024.112495).
6. Carr, T., et al. The risk relationships between alcohol consumption, alcohol use disorder and alcohol use disorder mortality: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2024. 119. (7): p. 1174-1187. [10.1111/add.16456](https://doi.org/10.1111/add.16456).
7. CALABRIA, B., et al. *Does cannabis use increase the risk of death? Systematic review of epidemiological evidence on adverse effects of cannabis use*. *Drug and Alcohol Review*. 2010. 29. (3): p. 318-330. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2009.00149.x>.
8. Hall, W. *Alcohol and cannabis: Comparing their adverse health effects and regulatory regimes*. *International Journal of Drug Policy*. 2017. 42. p. 57-62. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.10.021>.
9. Desai, R., et al. Prevalence and impact of cannabis use disorder on acute ischemic stroke and subsequent mortality in elderly peripheral vascular disease patients: A population-based analysis in the USA (2016 - 2019). *Curr Probl Cardiol*. 2024. 49. (1 Pt C): p. 102162. [10.1016/j.cpcardiol.2023.102162](https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2023.102162).
10. Pavarin, R.M. *Mortality risk for individuals with cannabis use disorders in relation to alcohol use disorders: Results of a follow-up study*. *Psychiatry Research*. 2022. 316. p. 114741. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114741>.
11. Bramness, J.G., H.Z. Khiabani, and J. Mørland. *Impairment due to cannabis and ethanol: clinical signs and additive effects*. *Addiction*. 2010. 105. (6): p. 1080-7. [10.1111/j.1360-0443.2010.02911.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02911.x).
12. Martin, J.L., et al. *Cannabis, alcohol and fatal road accidents*. *PLoS One*. 2017. 12. (11): p. e0187320. [10.1371/journal.pone.0187320](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187320).
13. Sewell, R.A., P. James, and M. and Sofuoglu. *The Effect of Cannabis Compared with Alcohol on Driving*. *American Journal on Addictions*. 2009. 18. (3): p. 185-193. [10.1080/10550490902786934](https://doi.org/10.1080/10550490902786934).
14. Nutt, D., et al. *Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse*. *Lancet*. 2007. 369. (9566): p. 1047-53. [10.1016/S0140-6736\(07\)60464-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60464-4).
15. Nutt, D.J., L.A. King, and L.D. Phillips. *Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis*. *The Lancet*. 2010. 376. (9752): p. 1558-1565. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61462-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6).

7.5 Prüfthese 5: „Cannabis ist schwierig zu dosieren.“



Das ist richtig, insbesondere für unerfahrene Konsument:innen.

Einordnung

Dosierung bezeichnet die Menge und Häufigkeit, mit der z. B. ein Medikament oder eine Substanz eingenommen wird, um eine gewünschte Wirkung zu erzielen. Faktoren wie Körpergewicht, Alter und Gesundheit sind bei einer korrekten Dosierung sehr wichtig, um Nebenwirkungen zu minimieren oder Überdosierungen zu verhindern.

Synthese der Erkenntnisse

Insbesondere weniger erfahrene und selten konsumierende Menschen können Schwierigkeiten bei der Dosierung von Cannabis haben. Die Zusammensetzung (enthalten Menge/Anteile an verschiedenen Cannabinoiden) bei unkontrolliertem Cannabis (z. B. vom Schwarzmarkt) ist für die Konsument:innen nicht einschätzbar.

Fakten

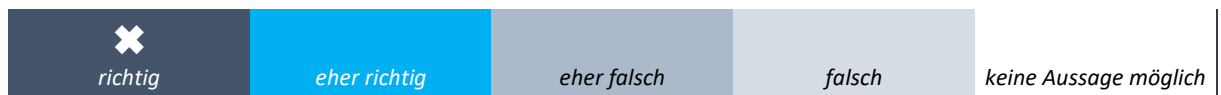
- Überdosierungen mit Cannabis sind möglich und geben Hinweise darauf, dass ein Teil der Konsument:innen Schwierigkeiten bei der Dosierung des Cannabiskonsums hat.^[1, 2]
- Der kontinuierliche Anstieg des THC-Gehalts in Cannabisprodukten,^[3] sowie die Auswirkungen des oft unbekanntes THC-CBD-Verhältnisses, können insbesondere bei weniger erfahrenen Konsument:innen das Risiko schwerer Intoxikationen bis hin zu Überdosierungen erhöhen.^[4]
- Studien zeigen zudem, dass der THC-Gehalt in Cannabisprodukten deutlich variiert^[5-7] und von Konsument:innen falsch eingeschätzt werden kann.^[6]
- Die variierenden Mengenteile der Inhaltsstoffe und der verzögerte Wirkungseintritt von oral eingenommenem Cannabis können dazu führen, dass sowohl erfahrene, insbesondere aber unerfahrene Cannabiskonsumt:innen mehr konsumieren als ursprünglich beabsichtigt.^[1, 7-9]
- Studien zeigen, dass Cannabisprodukte vom Schwarzmarkt eine Vielzahl von Streckmitteln oder Beimengungen enthalten können, deren Pharmakologie weitgehend unbekannt ist und die, abhängig von ihrer Zusammensetzung und der Art der Anwendung, die Wirkung beeinflussen und eine sichere Dosierung entsprechend erschweren können.^[10]

Referenzen

1. Noble, M.J., K. Hedberg, and R.G. Hendrickson. *Acute cannabis toxicity*. Clin Toxicol (Phila). 2019. 57. (8): p. 735-742. 10.1080/15563650.2018.1548708.
2. Schmid, Y., et al. Emergency department presentations related to acute toxicity following recreational use of cannabis products in Switzerland. Drug Alcohol Depend. 2020. 206. p. 107726. 10.1016/j.drugalcdep.2019.107726.
3. Freeman, T.P., et al. Changes in delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) and cannabidiol (CBD) concentrations in cannabis over time: systematic review and meta-analysis. Addiction. 2021. 116. (5): p. 1000-1010. 10.1111/add.15253.
4. Solowij, N., et al. A randomised controlled trial of vapourised $\Delta(9)$ -tetrahydrocannabinol and cannabidiol alone and in combination in frequent and infrequent cannabis users: acute intoxication effects. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2019. 269. (1): p. 17-35. 10.1007/s00406-019-00978-2.
5. Freeman, T.P. and V. Lorenzetti. 'Standard THC units': a proposal to standardize dose across all cannabis products and methods of administration. Addiction. 2020. 115. (7): p. 1207-1216. 10.1111/add.14842.

6. van der Pol, P., et al. *Validation of self-reported cannabis dose and potency: an ecological study*. *Addiction*. 2013. 108. (10): p. 1801-8. 10.1111/add.12226.
7. Barrus, D.G., et al. *Tasty THC: Promises and Challenges of Cannabis Edibles*. *Methods Rep RTI Press*. 2016. 2016. 10.3768/rtipress.2016.op.0035.1611.
8. Hancock-Allen, J.B., et al. *Notes from the Field: Death Following Ingestion of an Edible Marijuana Product--Colorado, March 2014*. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015. 64. (28): p. 771-2. 10.15585/mmwr.mm6428a6.
9. Schlienz, N.J., et al. Pharmacodynamic dose effects of oral cannabis ingestion in healthy adults who infrequently use cannabis. *Drug Alcohol Depend*. 2020. 211. p. 107969. 10.1016/j.drugalcdep.2020.107969.
10. Dryburgh, L.M., et al. *Cannabis contaminants: sources, distribution, human toxicity and pharmacologic effects*. *Br J Clin Pharmacol*. 2018. 84. (11): p. 2468-2476. 10.1111/bcp.13695.

7.6 Prüfthese 6: „Mischkonsum von Cannabis mit anderen Substanzen ist besonders risikoreich.“



Das ist richtig.

Synthese der Erkenntnisse

Mischkonsum von Cannabis mit anderen Substanzen erhöht die Wahrscheinlichkeit für insgesamt intensiven Konsum und damit für das Risiko akuter negativer Konsequenzen. Diese können sein: Vergiftungserscheinungen, aggressives Verhalten, ungewollter Sex mit der Übertragung von Krankheiten, psychotische Symptome, kognitive Beeinträchtigungen, Unfälle (mit weiteren Konsequenzen).

Mittel- und langfristig geht Mischkonsum von Cannabis mit erhöhten Risiken u. a. für kognitive Beeinträchtigungen, negative Konsequenzen für die psychische Gesundheit, Schädigungen der Atemwege und spezifische Abhängigkeitsfolgen einher.

Fakten zu kurzfristigen Effekten Cannabismischkonsums

- Mischkonsum erhöht die Wahrscheinlichkeit für insgesamt intensiveren Konsum: Gemeinsames Vapen von Nikotin und Cannabis erhöht die Anzahl der Konsumeinheiten.^[1, 2] Kombiniertes Cannabis- und Alkoholkonsum führt bei Männern zu mehr THC-Konsum^[3] und auch geschlechterunabhängig zu mehr Alkoholkonsum.^[4] Die Folgen von Letzterem sind überhäufig: Kater, Blackout, Übelkeit/Erbrechen, Verletzungen, rücksichtsloses/aggressives Verhalten und ungewollter Sex.^[5, 6] Hochpotentes THC verstärkt die Effekte.^[4]
- Mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von ungewolltem Sex geht ein größeres Risiko für sexuell übertragbare Krankheiten einher.^[7-9]
- Akuter Ko-Konsum von Cannabis und Methamphetamin kann erhöhte Impulsivität, Ängstlichkeit, spezifische somatische Beschwerden, Zwangshandlungen, psychotisches Verhalten, überausgeprägte Gefühle eigener Unzulänglichkeit, Depression und paranoide Gedankengänge befördern.^[10, 11] Insbesondere in Bezug auf Einschränkungen der kognitiven Leistungen wirkt sich Cannabis in dieser Kombination mit signifikantem Einfluss aus.^[11-13]
- Das Risiko für Verkehrsunfälle steigt durch kombinierten Cannabis- und Alkohol- oder auch Methamphetamin-Konsum, weil entsprechend relevante Beeinträchtigungen von Kognition und Motorik zunehmen.^[11, 14-19]
- Notfallvorstellungen in Krankenhäusern durch alleinigen Cannabiskonsum stellen sich häufig als milder schwer heraus. Mischkonsumintoxikationen unter Cannabisbeteiligung gehen hingegen häufiger mit eingeschränktem Bewusstsein, Atemdepressionen und Halluzinationen einher; eine Überweisung in intensivmedizinische Versorgung ist häufiger notwendig.^[20]
- Tödliche Intoxikationen in Zusammenhang mit Cannabiskonsum gehen mit polyvalentem Substanzkonsum einher. Insbesondere bezüglich des Mischkonsums mit Kokain wird über akute tödliche Herzkomplicationen berichtet.^[21-27]

Fakten zu mittel- und langfristigen Konsequenzen polyvalenten Cannabiskonsums

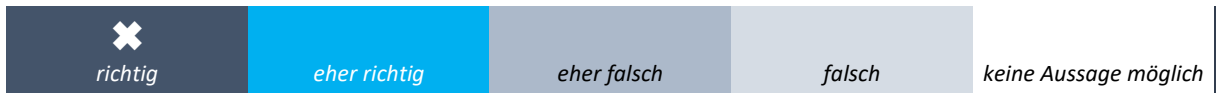
- Kombiniertes Cannabiskonsum mit weiteren psychoaktiven Substanzen – insbesondere Alkohol – erhöht die Risiken für intensiveren Konsum und damit die Entwicklung von Störungen des Gebrauchs dieser abhängigkeits erzeugenden Substanzen.^[3, 28, 29]
- Konsistente Evidenz belegt ausgeprägte Beeinträchtigungen zahlreicher Verhaltens- und neurokognitiver Indikatoren durch Cannabismischkonsum.^[4, 13, 14, 27, 30-34]
- Negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit durch Cannabismischkonsum sind durch Studien hinreichend belegt.^[27, 28, 35-39]
- Mischkonsum von Cannabis mit anderen Substanzen – insbesondere Alkohol – steht in Zusammenhang mit negativen Konsequenzen in Bildungs- bzw. sozioökonomischen Bereichen.^[14]
- Mischkonsum mit Tabakprodukten erhöht die Risiken für Erkrankungen der Atemwege.^[40]

Referenzen

1. Nguyen, N., et al. Vaping nicotine and cannabis on the same occasion is linked to increased vaping consumption among young adults: A smartphone-based daily diary study. *Drug Alcohol Depend.* 2025. 266. p. 112517. 10.1016/j.drugalcdep.2024.112517.
2. Claus, E.D., et al. *Sex moderates effects of alcohol and cannabis co-use on alcohol and stress reactivity.* *Alcohol Clin Exp Res.* 2022. 46. (4): p. 530-541. 10.1111/acer.14797.
3. Karoly, H.C., M.A. Prince, and B.T. Conner. Alcohol First, Cannabis Last: Identification of an Especially Risky Use Pattern among Individuals Who Co-Use Alcohol and Cannabis. *Subst Use Misuse.* 2024. 59. (3): p. 343-352. 10.1080/10826084.2023.2270674.
4. Gunn, R.L., E.R. Aston, and J. Metrik. *Patterns of Cannabis and Alcohol Co-Use: Substitution Versus Complementary Effects.* *Alcohol Res.* 2022. 42. (1): p. 04. 10.35946/arcr.v42.1.04.
5. Hughes, J.R., et al. *Marijuana use and intoxication among daily users: An intensive longitudinal study.* *Addictive Behaviors.* 2014. 39. (10): p. 1464-1470. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.05.024>.
6. Drohan, M.M., et al. *Acute Consequences Associated With Co-use of Alcohol and Cannabis: A Daily Survey Analysis.* *J Stud Alcohol Drugs.* 2023. 84. (2): p. 208-213. 10.15288/jsad.22-00062.
7. Read, J.P., et al. *Alcohol and cannabis co-use and social context as risk pathways to sexual assault.* *Psychol Addict Behav.* 2021. 35. (6): p. 659-670. 10.1037/adb0000737.
8. Firkey, M., et al. Cannabis and Alcohol Co-Use and Condomless Anal Sex Among Men Who have Sex with Men Living with HIV: An Event-Level Analysis. *AIDS Behav.* 2021. 25. (11): p. 3770-3781. 10.1007/s10461-021-03228-6.
9. Chung, T., et al. Profiles of young women's alcohol and cannabis use linked to risk for sexually transmitted infection highlight the importance of multi-level targeted interventions: Findings from the Pittsburgh girls study. *Subst Abuse.* 2022. 43. (1): p. 231-239. 10.1080/08897077.2021.1931634.
10. Daumann, J., et al. Self-reported psychopathological symptoms in recreational ecstasy (MDMA) users are mainly associated with regular cannabis use: further evidence from a combined cross-sectional/longitudinal investigation. *Psychopharmacology (Berl).* 2004. 173. (3-4): p. 398-404. 10.1007/s00213-003-1719-0.
11. Mohamed, W.M., et al. *MDMA: interactions with other psychoactive drugs.* *Pharmacol Biochem Behav.* 2011. 99. (4): p. 759-74. 10.1016/j.pbb.2011.06.032.
12. Dumont, G.J., et al. Acute psychomotor, memory and subjective effects of MDMA and THC co-administration over time in healthy volunteers. *J Psychopharmacol.* 2011. 25. (4): p. 478-89. 10.1177/0269881110376687.
13. Schulz, S. MDMA & cannabis: a mini-review of cognitive, behavioral, and neurobiological effects of co-consumption. *Curr Drug Abuse Rev.* 2011. 4. (2): p. 81-6. 10.2174/1874473711104020081.
14. Lee, C.M., et al. Simultaneous Alcohol and Marijuana Use Among Young Adults: A Scoping Review of Prevalence, Patterns, Psychosocial Correlates, and Consequences. *Alcohol Res.* 2022. 42. (1): p. 08. 10.35946/arcr.v42.1.08.
15. Hultgren, B.A., et al. Alcohol, marijuana, and nicotine use as predictors of impaired driving and riding with an impaired driver among college students who engage in polysubstance use. *Accid Anal Prev.* 2021. 160. p. 106341. 10.1016/j.aap.2021.106341.
16. Fares, A., et al. *Combined effect of alcohol and cannabis on simulated driving.* *Psychopharmacology (Berl).* 2022. 239. (5): p. 1263-1277. 10.1007/s00213-021-05773-3.
17. Choo, E.K., et al. *Risk of motor vehicle collision associated with cannabis and alcohol use among patients presenting for emergency care.* *Accident Analysis & Prevention.* 2024. 198. p. 107459. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2024.107459>.
18. Hartman, R.L. and M.A. Huestis. *Cannabis effects on driving skills.* *Clin Chem.* 2013. 59. (3): p. 478-92. 10.1373/clinchem.2012.194381.

19. Busardò, F.P., et al. *Neurocognitive Correlates in Driving Under the Influence of Cannabis*. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2017. 16. (5): p. 534-540. 10.2174/1871527316666170424115455.
20. Schmid, Y., et al. Emergency department presentations related to acute toxicity following recreational use of cannabis products in Switzerland. *Drug Alcohol Depend*. 2020. 206. p. 107726. 10.1016/j.drugalcdep.2019.107726.
21. Dines, A.M., et al. Presentations to the Emergency Department Following Cannabis use--a Multi-Centre Case Series from Ten European Countries. *J Med Toxicol*. 2015. 11. (4): p. 415-21. 10.1007/s13181-014-0460-x.
22. Rock, K.L., et al. *Can cannabis kill? Characteristics of deaths following cannabis use in England (1998-2020)*. *J Psychopharmacol*. 2022. 36. (12): p. 1362-1370. 10.1177/02698811221115760.
23. Fischbach, P. *The role of illicit drug use in sudden death in the young*. *Cardiol Young*. 2017. 27. (S1): p. S75-s79. 10.1017/s1047951116002274.
24. Kasuda, S., et al. *Cardiac sudden death in a young cannabis user*. *Leg Med (Tokyo)*. 2021. 53. p. 101955. 10.1016/j.legalmed.2021.101955.
25. Kedzierski, N. and M. Hernandez. *Blackout Brownie: A Final Dessert Case Study*. *J Anal Toxicol*. 2022. 46. (4): p. e105-e109. 10.1093/jat/bkac008.
26. Montisci, M., et al. *Cannabis and cocaine: a lethal cocktail triggering coronary sudden death*. *Cardiovasc Pathol*. 2008. 17. (5): p. 344-6. 10.1016/j.carpath.2007.05.005.
27. Daldegan-Bueno, D., et al. Co-exposure of cocaine and cannabinoids and its association with select biological, behavioural and health outcomes: A systematic scoping review of multi-disciplinary studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2021. 51. p. 106-131. 10.1016/j.euroneuro.2021.06.002.
28. Thompson, K., et al. Co-Use of Alcohol and Cannabis: Longitudinal Associations with Mental Health Outcomes in Young Adulthood. *Int J Environ Res Public Health*. 2021. 18. (7). 10.3390/ijerph18073652.
29. Waddell, J.T. Frequency matters: Relations among alcohol and cannabis co-use frequency and alcohol use disorder symptoms in emerging adults. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2023. 31. (4): p. 780-785. 10.1037/pha0000616.
30. Sung, Y.H., et al. Decreased frontal N-acetylaspartate levels in adolescents concurrently using both methamphetamine and marijuana. *Behav Brain Res*. 2013. 246. p. 154-61. 10.1016/j.bbr.2013.02.028.
31. Courtney, K.E., et al. The Effects of Nicotine and Cannabis Co-Use During Late Adolescence on White Matter Fiber Tract Microstructure. *J Stud Alcohol Drugs*. 2022. 83. (2): p. 287-295. 10.15288/jsad.2022.83.287.
32. Jacobus, J., et al. Cortical thickness in adolescent marijuana and alcohol users: A three-year prospective study from adolescence to young adulthood. *Developmental Cognitive Neuroscience*. 2015. 16. p. 101-109. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2015.04.006>.
33. Lees, B., J. Debenham, and L.M. Squeglia. *Alcohol and Cannabis Use and the Developing Brain*. *Alcohol Res*. 2021. 41. (1): p. 11. 10.35946/arcr.v41.1.11.
34. Luo, X., et al. Alcohol and cannabis co-use and longitudinal gray matter volumetric changes in early and late adolescence. *Addict Biol*. 2022. 27. (5): p. e13208. 10.1111/adb.13208.
35. Fischer, B., et al. Recommendations for Reducing the Risk of Cannabis Use-Related Adverse Psychosis Outcomes: A Public Mental Health-Oriented Evidence Review. *J Dual Diagn*. 2023. 19. (2-3): p. 71-96. 10.1080/15504263.2023.2226588.
36. Hindocha, C., et al. Cannabis use and co-use in tobacco smokers and non-smokers: prevalence and associations with mental health in a cross-sectional, nationally representative sample of adults in Great Britain, 2020. *Addiction*. 2021. 116. (8): p. 2209-2219. 10.1111/add.15381.
37. Nguyen, N., et al. Associations between tobacco and cannabis use and anxiety and depression among adults in the United States: Findings from the COVID-19 citizen science study. *PLoS One*. 2023. 18. (9): p. e0289058. 10.1371/journal.pone.0289058.
38. Lee, B., et al. Smoking trajectories from adolescence to early adulthood as a longitudinal predictor of mental health in adulthood: evidence from 21 years of a nationally representative cohort. *Addiction*. 2022. 117. (6): p. 1727-1736. 10.1111/add.15758.
39. Kiburi, S.K., et al. Cannabis use in adolescence and risk of psychosis: Are there factors that moderate this relationship? A systematic review and meta-analysis. *Subst Abus*. 2021. 42. (4): p. 527-542. 10.1080/08897077.2021.1876200.
40. Winhusen, T., et al. *Regular cannabis use, with and without tobacco co-use, is associated with respiratory disease*. *Drug and Alcohol Dependence*. 2019. 204. p. 107557. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107557>.

7.7 Prüfthese 7: „Zusätze im Cannabis führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken.“



Das ist richtig.

Synthese der Erkenntnisse

Auf dem illegalen Markt erworbenes Cannabis kann Streckmittel oder Beimengungen von synthetischen Cannabinoiden enthalten, die zu einem wesentlich gesteigerten Risiko für schwere negative körperliche und psychische Beeinträchtigungen bis hin zum Tod führen.

Fakten

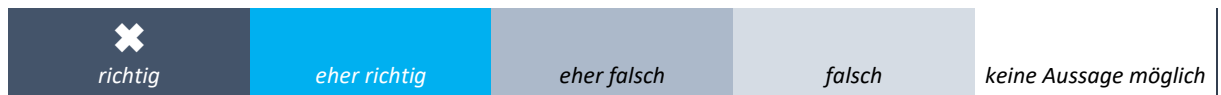
- Auf dem illegalen Markt erworbenes Cannabis kann nach breit belegten Analysen z. B. krebserregende oder auch hoch giftige Stoffe, Biozide oder auch Schimmelpilze enthalten.^[1-4]
- Als Streckmittel wird von zerkleinertem Glas, (Splitt-) Sand bzw. Magnesiumsilikat oder auch Siliziumdioxidmikropartikeln, Metallspäne und auch Talkum berichtet.^[1, 2, 5]
- Die Streckmittel verursachen nach Übersichtsarbeiten und insbesondere diversen Case-Reports Wunden und Geschwüre im Mund, Nasenbluten, Halsentzündungen, hartnäckigen (Blut-) Husten, Engegefühl in der Brust, (schwere) Lungenentzündungen (auch granulomatöse Entzündung), Talkose bzw. Staublunge, Fieber und Pilzinfektionen (inklusive schwerer Verläufe mit Todesfolge).^[2, 5-8]
- Illegal erworbenes Cannabis ist z. T. mit synthetischen Cannabinoiden versetzt. Das Ausmaß ist unklar – Analysesamples berichten von Anteilen zwischen 25 % und 50 %.^[9-11]
- Mit synthetischen Cannabinoiden versetztes Cannabis verursacht bei den Konsument:innen eine signifikant höhere Anzahl von schweren unerwünschten Effekten: Übelkeit, Erbrechen, Zittern, Lähmungen, körperliche Sensibilitätsstörungen, Kopfschmerzen, Paranoia, Angstzustände, Panikattacken bis zur Todesangst, Schlaflosigkeit, Halluzinationen, Aggressivität, Herzrasen und Bewusstlosigkeit, so dass mitunter auch eine medizinische Notfallversorgung erforderlich wird.^[9-12] Insbesondere für junge Personen wird von einem beachtenswert erhöhtem Risiko für psychotische Symptome berichtet.^[13, 14] Insgesamt ergibt sich ein erhöhtes Mortalitätsrisiko.^[15, 16]

Referenzen

1. Roberts, B.A. *Legalized Cannabis in Colorado Emergency Departments: A Cautionary Review of Negative Health and Safety Effects*. West J Emerg Med. 2019. 20. (4): p. 557-572. 10.5811/westjem.2019.4.39935.
2. McLaren, J., et al. *Cannabis potency and contamination: a review of the literature*. Addiction. 2008. 103. (7): p. 1100-9. 10.1111/j.1360-0443.2008.02230.x.
3. Dryburgh, L.M., et al. *Cannabis contaminants: sources, distribution, human toxicity and pharmacologic effects*. Br J Clin Pharmacol. 2018. 84. (11): p. 2468-2476. 10.1111/bcp.13695.
4. Tashkin, D.P. *Effects of marijuana smoking on the lung*. Ann Am Thorac Soc. 2013. 10. (3): p. 239-47. 10.1513/AnnalsATS.201212-127FR.
5. Delourme, J., et al. *[Respiratory consequences of inhalation of adulterated cannabis]*. Rev Mal Respir. 2009. 26. (5): p. 552-6. 10.1016/s0761-8425(09)74675-3.
6. Benedict, K., G.R. Thompson, 3rd, and B.R. Jackson. *Cannabis Use and Fungal Infections in a Commercially Insured Population, United States, 2016*. Emerg Infect Dis. 2020. 26. (6): p. 1308-1310. 10.3201/eid2606.191570.
7. Monfort, M., A. Larakeb, and F. Gouraud. *[Hemoptysis in a young man smoking cannabis]*. Arch Pediatr. 2013. 20. (6): p. 637-9. 10.1016/j.arcped.2013.03.008.
8. Scheel, A.H., et al. *Talcum induced pneumoconiosis following inhalation of adulterated marijuana, a case report*. Diagn Pathol. 2012. 7. p. 26. 10.1186/1746-1596-7-26.

9. Monti, M.C., et al. *Adulteration of low-delta-9-tetrahydrocannabinol products with synthetic cannabinoids: Results from drug checking services*. Drug Testing and Analysis. 2022. 14. (6): p. 1026-1039. <https://doi.org/10.1002/dta.3220>.
10. Oomen, P.E., et al. Cannabis adulterated with the synthetic cannabinoid receptor agonist MDMB-4en-PINACA and the role of European drug checking services. International Journal of Drug Policy. 2022. 100. p. 103493. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103493>.
11. Jones, A.T., A. Marwan Abu Taha, and G.P. Miller. The resurgence of synthetic cannabinoid receptor agonists as adulterants in the Era of Cannabis legalization: Lessons from prior epidemics and clinical implications. Neurosci Biobehav Rev. 2025. 170. p. 106043. [10.1016/j.neubiorev.2025.106043](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2025.106043).
12. Brewer, T.L. and M. Collins. A review of clinical manifestations in adolescent and young adults after use of synthetic cannabinoids. J Spec Pediatr Nurs. 2014. 19. (2): p. 119-26. [10.1111/jspn.12057](https://doi.org/10.1111/jspn.12057).
13. van Amsterdam, J., T. Brunt, and W. van den Brink. *The adverse health effects of synthetic cannabinoids with emphasis on psychosis-like effects*. J Psychopharmacol. 2015. 29. (3): p. 254-63. [10.1177/0269881114565142](https://doi.org/10.1177/0269881114565142).
14. Papaseit, E., et al. *Cannabinoids: from pot to lab*. Int J Med Sci. 2018. 15. (12): p. 1286-1295. [10.7150/ijms.27087](https://doi.org/10.7150/ijms.27087).
15. Richards, J.R. Mechanisms for the Risk of Acute Coronary Syndrome and Arrhythmia Associated With Phytogenic and Synthetic Cannabinoid Use. J Cardiovasc Pharmacol Ther. 2020. 25. (6): p. 508-522. [10.1177/1074248420935743](https://doi.org/10.1177/1074248420935743).
16. Drummer, O.H., D. Gerostamoulos, and N.W. Woodford. *Cannabis as a cause of death: A review*. Forensic Sci Int. 2019. 298. p. 298-306. [10.1016/j.forsciint.2019.03.007](https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2019.03.007).

7.8 Prüfthese 8: „Cannabiskonsum schädigt den Fötus.“



Das ist richtig.

Einordnung

Eine Schädigung des Fötus kann je nach Art und Ausmaß der Einflüsse während der Schwangerschaft unterschiedlich ausgeprägt sein. Anzeichen für eine Schädigung während der Schwangerschaft sind Entwicklungsverzögerungen, angeborene Fehlbildungen, Wachstumsstörungen, neurologische Probleme und Verhaltensauffälligkeiten, die sowohl vor als auch nach der Geburt sowie während der kindlichen Entwicklung sichtbar werden können. Risikofaktoren umfassen Alkohol- und/oder Drogenkonsum, mütterliche Infektionen, Mangelernährung und Umweltbelastungen.

Synthese der Erkenntnisse

Studien zeigen, dass insbesondere langfristiges Cannabisrauchen während der Schwangerschaft die Gesundheit des Neugeborenen und dessen spätere Entwicklung schädigen kann.

Fakten

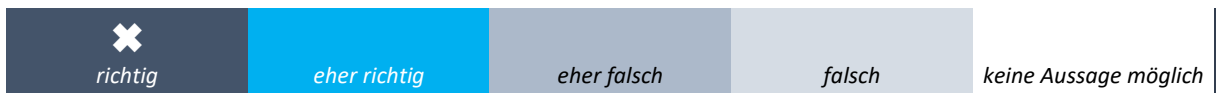
- Verschiedene Studien geben Hinweise darauf, dass Cannabiskonsum in der Schwangerschaft unter anderem das Risiko für ein geringeres Geburtsgewicht, verzögertes Wachstum, Frühgeburt und Bedarf an intensivmedizinischer Betreuung erhöht,^[1-6] in früheren Studien jedoch oftmals ohne zwischen Konsumformen (Rauchen, Essen von THC-haltigen Lebensmitteln) zu differenzieren.^[2, 4]
- Cannabiskonsum wurde aber unabhängig von soziodemografischen und weiteren möglichen Einflüssen durch Substanzen wie Alkohol, Opioiden, Stimulanzien, Nikotin und Medikamenten gegen Angst und Schlafstörungen als Risikofaktor für ein geringeres Geburtsgewicht und verzögertes Wachstum identifiziert,^[4] insbesondere bei langfristigem inhalativem Konsum, wie dem Rauchen.^[3]
- Die Folgen von Cannabiskonsum in der Schwangerschaft können für das Kind langfristig schwerwiegend sein und das Risiko für spätere Verhaltensprobleme sowie Aufmerksamkeitsdefizite erhöhen.^[1, 2]
- Studien beschreiben einen Zusammenhang zwischen Dauer und Häufigkeit des Cannabiskonsums während der Schwangerschaft und den negativen gesundheitlichen Folgen für das Neugeborene,^[3, 4, 7, 8] auch unabhängig vom gleichzeitigen Tabakkonsum.^[6, 8, 9]
- Insgesamt muss berücksichtigt werden, dass der gleichzeitige Konsum von Tabak oder das Vorliegen anderer Risikofaktoren wesentlich zum erhöhten Risiko für nachteilige neonatale Folgen beiträgt.^[5, 9, 10]
- Auf Basis des APGAR-Scores, einem Bewertungssystem, um den Gesundheitszustand eines Neugeborenen zu beurteilen, zeigen vereinzelte Studien, dass der Cannabiskonsum in der Schwangerschaft zu einem schlechteren Gesundheitszustand des Neugeborenen führen kann.^[1, 2]

Referenzen

1. Ainiti, D.F., et al. Cannabis use during pregnancy and its effect on the fetus, newborn and later childhood: A systematic review. *Eur J Midwifery*. 2023. 7. p. 19. 10.18332/ejm/168727.
2. Marchand, G., et al. *Birth Outcomes of Neonates Exposed to Marijuana in Utero: A Systematic Review and Meta-analysis*. *JAMA Netw Open*. 2022. 5. (1): p. e2145653. 10.1001/jamanetworkopen.2021.45653.
3. Gabrhelik, R., et al. Cannabis Use during Pregnancy and Risk of Adverse Birth Outcomes: A Longitudinal Cohort Study. *Eur Addict Res*. 2021. 27. (2): p. 131-141. 10.1159/000510821.

4. Avalos, L.A., et al. *Neonatal outcomes associated with in utero cannabis exposure: a population-based retrospective cohort study*. Am J Obstet Gynecol. 2024. 231. (1): p. 132.e1-132.e13. 10.1016/j.ajog.2023.11.1232.
5. Brik, M., et al. *Cannabis exposure during pregnancy and perinatal outcomes: A cohort study*. Acta Obstet Gynecol Scand. 2024. 103. (6): p. 1083-1091. 10.1111/aogs.14818.
6. Lo, J.O., et al. *Prenatal Cannabis Use and Neonatal Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis*. JAMA Pediatr. 2025. 179. (7): p. 738-46. 10.1001/jamapediatrics.2025.0689.
7. Gunn, J.K., et al. *Prenatal exposure to cannabis and maternal and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis*. BMJ Open. 2016. 6. (4): p. e009986. 10.1136/bmjopen-2015-009986.
8. Haight, S.C., et al. *Frequency of cannabis use during pregnancy and adverse infant outcomes, by cigarette smoking status - 8 PRAMS states, 2017*. Drug Alcohol Depend. 2021. 220. p. 108507. 10.1016/j.drugalcdep.2021.108507.
9. Crume, T.L., et al. *Cannabis Use During the Perinatal Period in a State With Legalized Recreational and Medical Marijuana: The Association Between Maternal Characteristics, Breastfeeding Patterns, and Neonatal Outcomes*. J Pediatr. 2018. 197. p. 90-96. 10.1016/j.jpeds.2018.02.005.
10. Conner, S.N., et al. *Maternal Marijuana Use and Adverse Neonatal Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis*. Obstet Gynecol. 2016. 128. (4): p. 713-723. 10.1097/AOG.0000000000001649.

7.9 Prüfthese 9: „Eine Überdosierung von Cannabis führt nicht zum Tod.“



Das ist richtig: Das Risiko, an einer Cannabisüberdosierung zu sterben, ist praktisch nicht existent.

Einordnung

Der Begriff „Überdosierung“ bezieht sich auf den missbräuchlichen oder unbeabsichtigten Konsum von Medikamenten, illegalen Drogen oder Substanzen in Mengen, die der Körper nicht mehr sicher verarbeiten kann und ihn somit schädigen. Die Folgen einer Überdosierung können – je nach Substanz – höchst unterschiedlich sein und unter Umständen zu ernsthaften gesundheitlichen Komplikationen führen.

Synthese der Erkenntnisse

Eine Cannabisüberdosierung durch Cannabis ist möglich und geht häufig mit psychiatrischen, kardiovaskulären oder Vergiftungssymptomen einher. Todesfälle im Zusammenhang mit Cannabis sind sehr selten. Das Risiko, an einer Cannabisüberdosierung zu versterben, ist praktisch nicht existent.

Fakten

- Cannabisbezogene Überdosierungen sind möglich und für Kinder, Jugendliche und Erwachsene dokumentiert.^[1-3]
- Häufige Kennzeichen von Überdosierungen sind Angstzustände, Übelkeit, Erbrechen und kardiovaskuläre Symptome wie Tachykardien, die in vereinzelt Fällen eine intensivmedizinische Behandlung erforderlich machen.^[1, 2]
- Todesfälle in Zusammenhang mit Cannabis und ohne Nachweis von weiteren psychoaktiven Substanzen sind selten und treten vornehmlich in Zusammenhang mit Unfällen oder Herz-Kreislauf-erkrankungen auf.^[1, 3-5]
- Bislang wurde ein Fall dokumentiert, bei dem eine akute Cannabisintoxikation als alleinige Todesursache als möglich erscheint.^[4]
- Ein deutlich höheres Risikopotential für tödliche Überdosierungen besteht bei synthetischen Cannabinoiden.^[6-8]

Referenzen

1. Noble, M.J., K. Hedberg, and R.G. Hendrickson. *Acute cannabis toxicity*. Clin Toxicol (Phila). 2019. 57. (8): p. 735-742. 10.1080/15563650.2018.1548708.
2. Schmid, Y., et al. Emergency department presentations related to acute toxicity following recreational use of cannabis products in Switzerland. Drug Alcohol Depend. 2020. 206. p. 107726. 10.1016/j.drugalcdep.2019.107726.
3. National Academies of Sciences, E., et al. The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health, in The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research. 2017. National Academies Press (US): Washington (DC). 10.17226/24625.
4. Rock, K.L., et al. *Can cannabis kill? Characteristics of deaths following cannabis use in England (1998-2020)*. J Psychopharmacol. 2022. 36. (12): p. 1362-1370. 10.1177/02698811221115760.
5. Hancock-Allen, J.B., et al. *Notes from the Field: Death Following Ingestion of an Edible Marijuana Product--Colorado, March 2014*. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2015. 64. (28): p. 771-2. 10.15585/mmwr.mm6428a6.
6. Darke, S., et al. *Characteristics and circumstances of synthetic cannabinoid-related death*. Clin Toxicol (Phila). 2020. 58. (5): p. 368-374. 10.1080/15563650.2019.1647344.

7. Giorgetti, A., et al. Post-Mortem Toxicology: A Systematic Review of Death Cases Involving Synthetic Cannabinoid Receptor Agonists. *Front Psychiatry*. 2020. 11. p. 464. 10.3389/fpsy.2020.00464.
8. Groth, O., et al. "Spice"-related deaths in and around Munich, Germany: A retrospective look at the role of synthetic cannabinoid receptor agonists in our post-mortem cases over a seven-year period (2014-2020). *Int J Legal Med*. 2023. 137. (4): p. 1059-1069. 10.1007/s00414-023-02995-2.

7.10 Prüfthese 10: „Cannabis wirkt gegen Schmerzen.“



Eher falsch – Cannabis kann nur in sehr begrenztem Umfang Schmerzen lindern.

Einordnung

Schmerz ist ein komplexes, oft subjektives Gefühl, das als unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung wahrgenommen wird. Es dient als Alarmsignal des Körpers für Verletzungen oder gesundheitliche Probleme. Wenn Schmerz länger als üblich anhält, spricht man von chronischen Schmerzen. Im Gegensatz zu akutem Schmerz, der direkt auf eine Verletzung oder Krankheit folgt, verliert chronischer Schmerz oft seine schützende Funktion und wird selbst zu einem Problem.

Synthese der Erkenntnisse

Cannabinoide (wie THC, CBD) zeigen unter kontrollierten Studienbedingungen nur bei bestimmten chronischen Schmerzen für einen sehr kleinen Teil der Patient:innen geringe positive Effekte. Wissenschaftlich hochwertige Arbeiten zur Wirksamkeit der Verwendung nicht-medizinischen Cannabis bezüglich des Schmerzempfindens fehlen. Untersuchte Selbstbeobachtungen, die schmerzlindernde Effekte beschreiben, werden auf den Placebo-Effekt und positive Erwartungen zurückgeführt.

Fakten

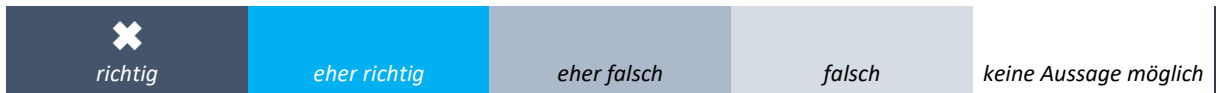
- Übersichtsarbeiten, die qualitativ hochwertige Studien einbeziehen, zeigen, dass die schmerzlindernde Wirkung von medizinischem und nicht-medizinischem Cannabis bei Menschen mit chronischen Schmerzen insgesamt gering ausfällt, sich auf eng begrenzte Schmerzformen bezieht, Nebenwirkungen zu erwarten und die beobachteten Effekte möglicherweise auf Placeboeffekte und Erwartungshaltungen zurückzuführen sind.^[1-4]
- Einzelne Untersuchungen deuten darauf hin, dass Cannabinoide wie THC und CBD aufgrund von krampflösenden oder eventuell entzündungshemmenden Eigenschaften zur Linderung akuter oder chronischer Schmerzen bei Menschen mit Krebs, neuropathischen Schmerzen und Arthritis geeignet sein könnten.^[4-6] Auch berichten viele Teilnehmer:innen einer kleinen Untersuchung (Selbstberichte zur Eigenmedikation mit medizinischem und nicht-medizinischem Cannabis) davon, dass ihre chronischen Schmerzen durch Cannabis gelindert würden.^[7]
- Zu den Effekten von ausschließlich nicht-medizinischem Cannabis auf das Schmerzempfinden fehlen Übersichtsarbeiten oder auch kontrollierte Einzelstudien.
- Basierend auf den verfügbaren Studien wird die Verwendung von medizinischem Cannabis nur für bestimmte Menschen mit chronischen Schmerzen empfohlen, bei denen andere Behandlungsmethoden nicht ansprechen.^[8, 9]
- Um die Wirksamkeit und Sicherheit im Allgemeinen, in unterschiedlichen Populationen und bei verschiedenen schmerzbedingten Erkrankungen besser zu verstehen, bedarf es zusätzlicher qualitativ hochwertiger klinischer Studien.^[5, 6, 10, 11]

Referenzen

1. Wang, L., et al. Medical cannabis or cannabinoids for chronic non-cancer and cancer related pain: a systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ*. 2021. 374. p. n1034. 10.1136/bmj.n1034.

2. Gedin, F., et al. Placebo Response and Media Attention in Randomized Clinical Trials Assessing Cannabis-Based Therapies for Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2022. 5. (11): p. e2243848. 10.1001/jamanetworkopen.2022.43848.
3. Jeddi, H.M., et al. Cannabis for medical use versus opioids for chronic non-cancer pain: a systematic review and network meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ Open*. 2024. 14. (1): p. e068182. 10.1136/bmjopen-2022-068182.
4. Solmi, M., et al. Balancing risks and benefits of cannabis use: umbrella review of meta-analyses of randomised controlled trials and observational studies. *Bmj*. 2023. 382. p. e072348. 10.1136/bmj-2022-072348.
5. Casedas, G., M. Yarza-Sancho, and V. Lopez. *Cannabidiol (CBD): A Systematic Review of Clinical and Preclinical Evidence in the Treatment of Pain*. Pharmaceuticals (Basel). 2024. 17. (11). 10.3390/ph17111438.
6. Reechaye, D., et al. Cannabinoids as a Natural Alternative for the Management of Neuropathic Pain: A Systematic Review of Randomized Placebo-Controlled Trials. *Cureus*. 2024. 16. (9): p. e70021. 10.7759/cureus.70021.
7. Audet, C., et al. Self-Medication Paths: A Descriptive Study Unveiling the Interplay Between Medical and Nonmedical Cannabis in Chronic Pain Management. *Clin J Pain*. 2024. 40. (11): p. 635-645. 10.1097/AJP.0000000000001241.
8. Seffah, K.D., et al. To Weed or Not to Weed: A Systematic Review Exploring the Potential for Cannabis Use in Cardiovascular Disease, Mental Health and Pain Management. *Cureus*. 2023. 15. (6): p. e40606. 10.7759/cureus.40606.
9. Hauser, W., et al. European Pain Federation (EFIC) position paper on appropriate use of cannabis-based medicines and medical cannabis for chronic pain management. *Eur J Pain*. 2018. 22. (9): p. 1547-1564. 10.1002/ejp.1297.
10. Lotsch, J., I. Weyer-Menkhoff, and I. Tegeder. *Current evidence of cannabinoid-based analgesia obtained in preclinical and human experimental settings*. *Eur J Pain*. 2018. 22. (3): p. 471-484. 10.1002/ejp.1148.
11. Almontashiri, N., B.M. El Sharazly, and W.G. Carter. *Are Cannabis-Based Medicines a Useful Treatment for Neuropathic Pain? A Systematic Review*. *Biomolecules*. 2025. 15. (6). 10.3390/biom15060816.

7.11 Prüfthese 11: „Cannabis bewirkt Übelkeit und Erbrechen.“



Richtig.

Einordnung

Übelkeit und Erbrechen sind verschiedene, aber miteinander verbundene Symptome. Übelkeit ist das subjektive Gefühl von Unwohlsein im Bauch, oft verbunden mit dem Drang zu erbrechen. Beide Symptome sind Schutzmechanismen des Körpers, die schädliche Stoffe aus dem Verdauungstrakt entfernen oder auf Gesundheitsprobleme hinweisen. Sie können durch verschiedene Ursachen, einschließlich toxischer Substanzen, ausgelöst werden.

Synthese der Erkenntnisse

Cannabis wird zur Linderung von Übelkeit und Erbrechen bei verschiedenen Erkrankungen eingesetzt, kann jedoch auch selbst Übelkeit und Erbrechen verursachen. Insbesondere regelmäßiger und starker Cannabiskonsum kann ein Cannabinoid-Hyperemesis-Syndrom (CHS) verursachen, welches mit schwerer Übelkeit, unstillbarem Erbrechen und Bauchschmerzen einhergeht.

Fakten

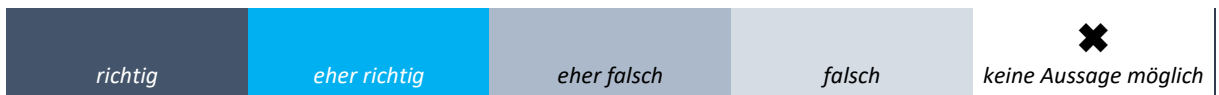
- Aufgrund von antiemetischen (Übelkeit und Erbrechen lindernden) Eigenschaften wird Cannabis zur Behandlung von Übelkeit und Erbrechen in gemischten klinischen Populationen verwendet.^[1]
- Bislang fehlen kontrollierte Studien, jedoch berichten Menschen mit dem Zyklischen Erbrechensyndrom (CVS) von einer erfolgreichen Symptomlinderung durch Cannabis.^[2, 3]
- Andererseits kann der Konsum von Cannabis auch Übelkeit und Erbrechen hervorrufen.^[4, 5]
- Insbesondere regelmäßiger und starker Cannabiskonsum gilt als Risikofaktor für das Cannabinoid-Hyperemesis-Syndrom (CHS), welches durch wiederkehrende Episoden von schwerer Übelkeit, unstillbarem Erbrechen und Bauchschmerzen gekennzeichnet ist^[6-8] und häufig bei jungen Konsument:innen auftritt.^[8]
- Der Mechanismus hinter CHS ist noch nicht vollständig verstanden, aber das Syndrom lässt sich häufig durch Absetzen von Cannabis beheben.^[6-8]

Referenzen

1. Solmi, M., et al. Balancing risks and benefits of cannabis use: umbrella review of meta-analyses of randomised controlled trials and observational studies. *Bmj*. 2023. 382. p. e072348. 10.1136/bmj-2022-072348.
2. Hasler, W.L., O. Alshaarawy, and T. Venkatesan. *Cannabis use patterns and association with hyperemesis: A comprehensive review*. *Neurogastroenterol Motil*. 2025. 37. (3): p. e14895. 10.1111/nmo.14895.
3. Venkatesan, T., et al. *Patterns of Cannabis Use in Patients With Cyclic Vomiting Syndrome*. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020. 18. (5): p. 1082-1090 e2. 10.1016/j.cgh.2019.07.039.
4. Noble, M.J., K. Hedberg, and R.G. Hendrickson. *Acute cannabis toxicity*. *Clin Toxicol (Phila)*. 2019. 57. (8): p. 735-742. 10.1080/15563650.2018.1548708.
5. Schmid, Y., et al. Emergency department presentations related to acute toxicity following recreational use of cannabis products in Switzerland. *Drug Alcohol Depend*. 2020. 206. p. 107726. 10.1016/j.drugalcdep.2019.107726.
6. Perisetti, A., et al. *Cannabis hyperemesis syndrome: an update on the pathophysiology and management*. *Ann Gastroenterol*. 2020. 33. (6): p. 571-578. 10.20524/aog.2020.0528.
7. Senderovich, H., et al. *A Systematic Review on Cannabis Hyperemesis Syndrome and Its Management Options*. *Med Princ Pract*. 2022. 31. (1): p. 29-38. 10.1159/000520417.

8. Zhu, J.W., et al. *Diagnosis and Acute Management of Adolescent Cannabinoid Hyperemesis Syndrome: A Systematic Review*. J Adolesc Health. 2021. 68. (2): p. 246-254. 10.1016/j.jadohealth.2020.07.035.

7.12 Prüfthese 12: „Cannabis hemmt Entzündungen.“



Das ist unklar.

Einordnung

Entzündungen sind Reaktionen des Körpers auf schädliche Einflüsse wie Verletzungen oder Krankheitserreger, können aber durch genetische oder immunologische Faktoren verursacht werden. Der Körper reagiert mit erhöhter Durchblutung und dem Einsatz von Abwehrzellen, um die Ursache zu bekämpfen. Kurzfristig sind Entzündungen für die Heilung notwendig, doch wenn sie chronisch werden, können sie selbst zu Krankheiten führen.

Synthese der Erkenntnisse

Bislang fehlen entsprechende wissenschaftliche Nachweise, dass Cannabis Entzündungen wirksam hemmen kann. Demgegenüber gibt es einzelne Hinweise darauf, dass chronischer Cannabiskonsum das Immunsystem schwächt und das Risiko für Entzündungen fördern.

Fakten

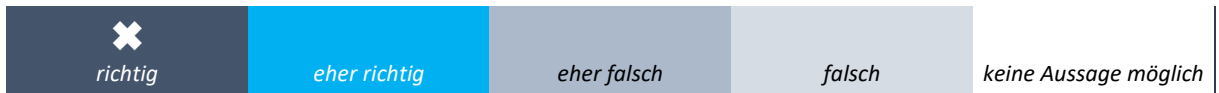
- Zwar werden Bestandteilen von Cannabis entzündungshemmende Eigenschaften zugeschrieben,^[1] jedoch liefern die bislang wenigen Studien dazu insgesamt widersprüchliche Ergebnisse.^[2, 3]
- Klinische Studien zeigen, dass Cannabis die Intensität der Krankheitssymptome bei spezifischen Erkrankungen wie entzündlichen Darmerkrankungen (z. B. Morbus Crohn und Colitis ulcerosa) abmildern kann, jedoch fehlt der Nachweis einer Wirksamkeit in der Behandlung der Entzündungserkrankung selbst.^[4-7]
- Einige Studienergebnisse lassen vermuten, dass Cannabiskonsum möglicherweise Entzündungen fördern und insbesondere bei chronischem Konsum das Immunsystem schwächen kann.^[2, 8]
- Studien deuten darauf hin, dass Cannabiskonsum auf unterschiedlichen Wegen Einfluss auf das Immunsystem haben kann,^[9, 10] jedoch sind weitere kontrollierte Studien erforderlich, um diese komplexen Effekte in Abhängigkeit von Konsumfrequenz, -dauer und individuellem Gesundheitszustand genauer zu untersuchen.^[2, 3, 8, 9]

Referenzen

1. Kumar, P., et al. *Pharmacological properties, therapeutic potential, and legal status of Cannabis sativa L.: An overview*. *Phytother Res.* 2021. 35. (11): p. 6010-6029. 10.1002/ptr.7213.
2. Maggirwar, S.B. and J.H. Khalsa. *The Link between Cannabis Use, Immune System, and Viral Infections*. *Viruses.* 2021. 13. (6). 10.3390/v13061099.
3. Furguele, A., et al. *Immunomodulatory Potential of Cannabidiol in Multiple Sclerosis: a Systematic Review*. *J Neuroimmune Pharmacol.* 2021. 16. (2): p. 251-269. 10.1007/s11481-021-09982-7.
4. Kang, H., et al. *Meta-analysis of the Therapeutic Impact of Cannabinoids in Inflammatory Bowel Disease*. *Inflamm Bowel Dis.* 2025. 31. (2): p. 450-460. 10.1093/ibd/izae158.
5. Vinci, A., et al. *Cannabinoid Therapeutic Effects in Inflammatory Bowel Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials*. *Biomedicines.* 2022. 10. (10). 10.3390/biomedicines10102439.
6. Kafil, T.S., et al. *Cannabis for the treatment of Crohn's disease*. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018. 11. (11): p. CD012853. 10.1002/14651858.CD012853.pub2.
7. Vaid, R., et al. *Cannabis use in Crohn's disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials (RCTs)*. *Ir J Med Sci.* 2025. 194. (2): p. 439-446. 10.1007/s11845-024-03844-w.

8. Doggui, R., et al. *Association between chronic psychoactive substances use and systemic inflammation: A systematic review and meta-analysis*. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2021. 125. p. 208-220. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.02.031>.
9. Moshfeghinia, R., et al. The association between hematological markers of inflammation and chronic cannabis use: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Front Psychiatry*. 2024. 15. p. 1438002. [10.3389/fpsy.2024.1438002](https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1438002).
10. Thu, M.S., et al. Cannabis and cannabinoid-microbiome interactions in varied clinical contexts: A comprehensive systematic review. *Biomed Pharmacother*. 2025. 182. p. 117764. [10.1016/j.biopha.2024.117764](https://doi.org/10.1016/j.biopha.2024.117764).

7.13 Prüfthese 13: „Cannabiskonsum löst Spasmen.“



Das ist richtig.

Einordnung

Spasmen sind unwillkürliche Muskelkontraktionen, die oft bei neurologischen Erkrankungen wie Multipler Sklerose oder Zerebralpareesen auftreten und Muskelsteifheit und Schmerzen verursachen können.

Synthese der Erkenntnisse

Cannabis kann zur Linderung von Spastiken und neuropathischen Schmerzen z.B. bei Multipler Sklerose beitragen.

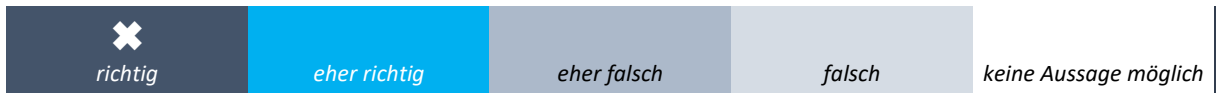
Fakten

- Eine Vielzahl von Studien deuten darauf hin, dass Cannabis zur Linderung von Spastiken^[1-5] und chronisch neuropathischen Schmerzen beitragen kann,^[1, 5] wobei die Effekte insgesamt gering ausfallen.^[5]
- Menschen mit Multipler Sklerose berichten, Cannabis in unterschiedlichen Konsumformen (Rauchen, Vapen, orale Einnahme) erfolgreich zur Linderung von entsprechenden Symptomen einzusetzen, insbesondere auch junge Patient:innen^[6] und Menschen mit einem schweren Symptomverlauf.^[7]
- Bei Patient:innen mit Multipler Sklerose und chronischem Cannabiskonsum können Wechselwirkungen mit Medikamenten auftreten.^[8]
- Insgesamt muss berücksichtigt werden, dass der Konsum zu cannabisbezogenen Beeinträchtigungen und Nebenwirkungen führen kann.^[2, 5, 9, 10]

Referenzen

1. Filippini, G., et al. *Cannabis and cannabinoids for symptomatic treatment for people with multiple sclerosis*. Cochrane Database Syst Rev. 2022. 5. (5): p. CD013444. 10.1002/14651858.CD013444.pub2.
2. Solmi, M., et al. Balancing risks and benefits of cannabis use: umbrella review of meta-analyses of randomised controlled trials and observational studies. *Bmj*. 2023. 382. p. e072348. 10.1136/bmj-2022-072348.
3. Martínez-Paz, C., E. García-Cabrera, and Á. Vilches-Arenas. Effectiveness and Safety of Cannabinoids as an Add-On Therapy in the Treatment of Resistant Spasticity in Multiple Sclerosis: A Systematic Review. *Cannabis Cannabinoid Res*. 2023. 8. (4): p. 580-588. 10.1089/can.2022.0254.
4. Nabata, K.J., et al. The Therapeutic Potential and Usage Patterns of Cannabinoids in People with Spinal Cord Injuries: A Systematic Review. *Curr Neuropharmacol*. 2021. 19. (3): p. 402-432. 10.2174/1570159X18666200420085712.
5. Nielsen, S., et al. The Use of Cannabis and Cannabinoids in Treating Symptoms of Multiple Sclerosis: a Systematic Review of Reviews. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2018. 18. (2): p. 8. 10.1007/s11910-018-0814-x.
6. Rice, J., et al. *A cross-sectional survey of cannabis use by people with MS in Oregon and Southwest Washington*. *Mult Scler Relat Disord*. 2021. 55. p. 103172. 10.1016/j.msard.2021.103172.
7. Hildebrand, A., J. Minnier, and M.H. Cameron. *Cannabis use for symptom relief in multiple sclerosis: A cross-sectional survey of webinar attendees in the US and Canada*. *Mult Scler Relat Disord*. 2020. 38. p. 101516. 10.1016/j.msard.2019.101516.
8. Petersen, M.J., S.O. Bergien, and D. Staerk. A systematic review of possible interactions for herbal medicines and dietary supplements used concomitantly with disease-modifying or symptom-alleviating multiple sclerosis drugs. *Phytother Res*. 2021. 35. (7): p. 3610-3631. 10.1002/ptr.7050.
9. Landrigan, J., et al. *A systematic review of the effects of cannabis on cognition in people with multiple sclerosis*. *Mult Scler Relat Disord*. 2022. 57. p. 103338. 10.1016/j.msard.2021.103338.
10. Feinstein, A., et al. Impaired awareness: Why people with multiple sclerosis continue using cannabis despite evidence to the contrary. *Brain Behav*. 2021. 11. (8): p. e2220. 10.1002/brb3.2220.

7.14 Prüfthese 14: „Cannabiskonsum verursacht Herz-Kreislauf-Erkrankungen.“



Das ist richtig: Insbesondere inhalativer Cannabiskonsum kann zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen

Einordnung

Herz-Kreislauf-Erkrankungen umfassen eine Vielzahl von Erkrankungen, die das Herz und das Blutgefäßsystem betreffen. Sie sind eine der häufigsten Todesursachen weltweit und lassen sich in verschiedene Kategorien einteilen, darunter Herzinfarkt (durch Verengung oder Blockierung der Herzkranzgefäße verursacht), Herzinsuffizienz, Bluthochdruck (Hypertonie), Schlaganfälle und Herzrhythmusstörungen.

Synthese der Erkenntnisse

Zahlreiche Studien beschreiben die potenziell schädlichen Auswirkungen von Cannabiskonsum auf die kardiovaskuläre Gesundheit, insbesondere beim Rauchen von Cannabis. Dieses Risiko besteht auch für junge Cannabiskonsumt:innen und Menschen ohne kardiovaskuläre Vorerkrankungen. Ein kausaler Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und einem erhöhten Risiko für unerwünschte kardiovaskuläre Ereignisse ist bisher nicht nachgewiesen.

Fakten

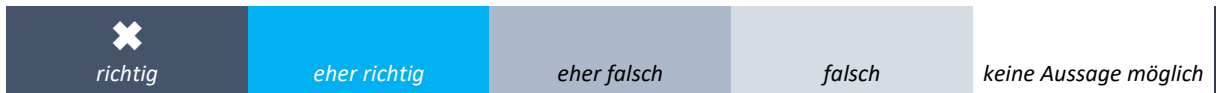
- Gegenüber wenigen anderen^[1-3] zeigen eine Vielzahl von Studien, dass Cannabiskonsum ein relevanter Risikofaktor für unerwünschte kardiovaskuläre Ereignisse, wie Gefäßerkrankungen, Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfälle und Herzinfarkte ist.^[4-10]
- Unter Berücksichtigung der Konsumform gilt das Rauchen von Cannabis im Vergleich zu Vaping oder dem oralen Konsum von Cannabisprodukten als besonders risikoreich für unerwünschte kardiovaskuläre Ereignisse.^[4, 6]
- Cannabisrauchen wird als Risikofaktor für einen Herzinfarkt beschrieben, auch für junge Konsument:innen, für Konsument:innen ohne vorhandene kardiale Risikofaktoren und für Konsument:innen, die regelmäßig Cannabis, aber nie Tabak geraucht haben.^[6, 11]
- Studien zeigen auch eine mögliche enge zeitliche Assoziation zwischen Cannabiskonsum und kardiovaskulären Ereignissen (Zeiträume von weniger als 24 Stunden zwischen Konsum und Eintritt der kardiovaskulären Ereignisse).^[8, 12]

Referenzen

1. de La Harpe, R., et al. *Cannabis use and atherosclerotic cardiovascular disease: a Mendelian randomization study.* BMC Cardiovasc Disord. 2023. 23. (1): p. 611. 10.1186/s12872-023-03641-w.
2. Theerasuwipakorn, N., et al. Cannabis and adverse cardiovascular events: A systematic review and meta-analysis of observational studies. Toxicol Rep. 2023. 10. p. 537-543. 10.1016/j.toxrep.2023.04.011.
3. Sebastian, S.A., et al. Cannabis use and atherosclerotic cardiovascular disease outcomes: A meta-analysis of multinational cohort data. Dis Mon. 2025. 71. (3): p. 101849. 10.1016/j.disamonth.2024.101849.
4. Muheriwa-Matamba, S.R., et al. *Cardiovascular and Respiratory Effects of Cannabis Use by Route of Administration: A Systematic Review.* Subst Use Misuse. 2024. 59. (9): p. 1331-1351. 10.1080/10826084.2024.2341317.
5. Patel, R.S., et al. Marijuana use and acute myocardial infarction: A systematic review of published cases in the literature. Trends Cardiovasc Med. 2020. 30. (5): p. 298-307. 10.1016/j.tcm.2019.08.003.

6. van Amsterdam, J. and W. van den Brink. *Cannabis Use Variations and Myocardial Infarction: A Systematic Review*. J Clin Med. 2024. 13. (18). 10.3390/jcm13185620.
7. Jouanjus, E., et al. What is the Current Knowledge About the Cardiovascular Risk for Users of Cannabis-Based Products? A Systematic Review. *Curr Atheroscler Rep*. 2017. 19. (6): p. 26. 10.1007/s11883-017-0663-0.
8. Yang, P.K., et al. *Nonmedical Marijuana Use and Cardiovascular Events: A Systematic Review*. Public Health Rep. 2022. 137. (1): p. 62-71. 10.1177/0033354920988285.
9. Richards, J.R., et al. *The association of cannabis use and cardiac dysrhythmias: a systematic review*. Clin Toxicol (Phila). 2020. 58. (9): p. 861-869. 10.1080/15563650.2020.1743847.
10. Abdullah, F.T., et al. Cannabis use in different ethnicity/race populations and risk of ischemic stroke: A systematic review and meta-analysis. *J Ethn Subst Abuse*. 2025. p. 1-19. 10.1080/15332640.2025.2505059.
11. Jeffers, A.M., et al. *Association of Cannabis Use With Cardiovascular Outcomes Among US Adults*. J Am Heart Assoc. 2024. 13. (5): p. e030178. 10.1161/jaha.123.030178.
12. Hackam, D.G. *Cannabis and stroke: systematic appraisal of case reports*. Stroke. 2015. 46. (3): p. 852-6. 10.1161/STROKEAHA.115.008680.

7.15 Prfthese 15: „Inhalativer Cannabiskonsum bewirkt Atemwegserkrankungen.“



Das ist richtig.

Einordnung

Atemwegserkrankungen betreffen die Atemwege und die Lunge und lassen sich in akute (z. B. Husten, Atemnot, akute Bronchitis, akute Lungenentzndung) und chronische Erkrankungen unterteilen, wie Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), chronische Bronchitis, chronische Lungenentzndungen und Lungenkrebs. Zu den Risikofaktoren fr Atemwegserkrankungen gehren Rauchen, Umweltverschmutzung, Exposition gegenber Reizstoffen, genetische Faktoren und Infektionen.

Synthese der Erkenntnisse

Inhalativer Cannabiskonsum (Verdampfen, Rauchen) hat eine Vielzahl negativer Auswirkungen auf die Atemwege. Insbesondere hfufiges und intensives Rauchen von Cannabis mit oder ohne Tabak erhht das Risiko fr eine Beeintrchtigung der Atemfunktion und Atemwegserkrankungen.

Fakten

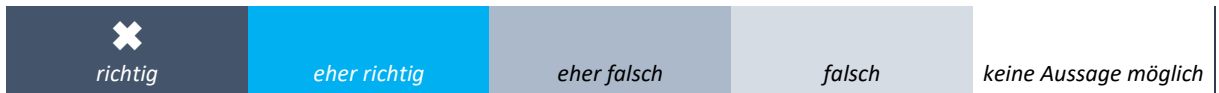
- Inhalativer Cannabiskonsum beeintrchtigt die Atemfunktion und ist mit Atemnot, Husten, Auswurf und Keuchen assoziiert.^[1, 2]
- Systematische Untersuchungen liefern zudem Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen inhalativem Cannabiskonsum und einem hheren Risiko fr Atemwegserkrankungen wie Bronchitiden, Emphyseme, Asthma oder chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen.^[3-5]
- Trotz oftmals unzureichender Quantifizierung des Konsums und Abgrenzung des zuszlichen Risikos durch das Rauchen von Tabak,^[6] liefern zunehmend mehr systematische bersichtsarbeiten Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Cannabisrauchen und einem erhhten Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken.^[5, 7, 8] Dies gilt auch fr junge Konsument:innen.^[7]
- Hfufiges und intensives Cannabisrauchen erhht das Risiko und die Schwere von Atemwegserkrankungen,^[1, 3, 9] auch bei jungen Nutzer:innen.^[3]
- Whrend Lebensmittel, die Cannabinoide wie Tetrahydrocannabinol (THC) enthalten, kaum Effekte auf die Atemfunktion haben,^[4] wird auch das Verdampfen von Cannabis (Vapen) in Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen beschrieben,^[10-13] auch wenn das Risiko gegenber Rauchen insgesamt geringer sein knnte, da schdliche Reizstoffe wie Teer und Kohlenmonoxid nicht freigesetzt werden.^[3, 7] Eine neuere bersichtsarbeit besttigt, dass Menschen, die sowohl Nikotin als auch Cannabis mit E-Zigaretten konsumieren ("dual vaping"), ein hheres Risiko fr Atemwegserkrankungen aufweisen.^[14]

Referenzen

1. Ghasemiesfe, M., et al. *Marijuana Use, Respiratory Symptoms, and Pulmonary Function: A Systematic Review and Meta-analysis*. *Ann Intern Med*. 2018. 169. (2): p. 106-115. 10.7326/M18-0522.
2. Martinasek, M.P., J.B. McGrogan, and A. Maysonet. *A Systematic Review of the Respiratory Effects of Inhalational Marijuana*. *Respir Care*. 2016. 61. (11): p. 1543-1551. 10.4187/respcare.04846.
3. Malvi, A., et al. *Cannabis consumption and risk of asthma: a systematic review and meta-analysis*. *BMC Pulm Med*. 2025. 25. (1): p. 48. 10.1186/s12890-025-03516-0.

4. Muheriwa-Matemba, S.R., et al. *Cardiovascular and Respiratory Effects of Cannabis Use by Route of Administration: A Systematic Review*. *Subst Use Misuse*. 2024. 59. (9): p. 1331-1351. 10.1080/10826084.2024.2341317.
5. Campeny, E., et al. The blind men and the elephant: Systematic review of systematic reviews of cannabis use related health harms. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2020. 33. p. 1-35. 10.1016/j.euroneuro.2020.02.003.
6. Ghasemiesfe, M., et al. *Association Between Marijuana Use and Risk of Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis*. *JAMA Netw Open*. 2019. 2. (11): p. e1916318. 10.1001/jamanetworkopen.2019.16318.
7. Khoj, L., et al. *Effects of cannabis smoking on the respiratory system: A state-of-the-art review*. *Respir Med*. 2024. 221. p. 107494. 10.1016/j.rmed.2023.107494.
8. Baumeister, S.E., et al. *Cannabis Use, Pulmonary Function, and Lung Cancer Susceptibility: A Mendelian Randomization Study*. *J Thorac Oncol*. 2021. 16. (7): p. 1127-1135. 10.1016/j.jtho.2021.03.025.
9. Winhusen, T., et al. *Regular cannabis use, with and without tobacco co-use, is associated with respiratory disease*. *Drug Alcohol Depend*. 2019. 204. p. 107557. 10.1016/j.drugalcdep.2019.107557.
10. Boyd, C.J., et al. *Cannabis, Vaping, and Respiratory Symptoms in a Probability Sample of U.S. Youth*. *J Adolesc Health*. 2021. 69. (1): p. 149-152. 10.1016/j.jadohealth.2021.01.019.
11. Xie, Z. and D. Li. Cross-Sectional Association Between Lifetime Use of Electronic Cigarettes With or Without Marijuana and Self-Reported Past 12-Month Respiratory Symptoms as well as Lifetime Respiratory Diseases in U.S. Adults. *Nicotine Tob Res*. 2020. 22. (Suppl 1): p. S70-S75. 10.1093/ntr/ntaa194.
12. Braymiller, J.L., et al. *Assessment of Nicotine and Cannabis Vaping and Respiratory Symptoms in Young Adults*. *JAMA Netw Open*. 2020. 3. (12): p. e2030189. 10.1001/jamanetworkopen.2020.30189.
13. Adapa, S., et al. *Cannabis Vaping-Induced Acute Pulmonary Toxicity: Case Series and Review of Literature*. *J Investig Med High Impact Case Rep*. 2020. 8. p. 2324709620947267. 10.1177/2324709620947267.
14. Vaccari Bongetta, G.N., et al. Exploring the Practice of Dual Vaping: Health Risks and Behavioral Patterns in Nicotine and Cannabis E-Cigarette Users. *Brain Sci*. 2025. 15. (2). 10.3390/brainsci15020097.

7.16 Prüffhese 16: „Cannabis verursacht Krebserkrankungen.“



Richtig - Cannabis erhöht das Risiko für bestimmte Krebserkrankungen.

Einordnung

Krebserkrankungen sind Krankheiten, bei denen abnorme Zellen Tumore bilden und unkontrolliert wachsen, wodurch sie gesundes Gewebe schädigen können. Diese Tumore können gut- oder bösartig sein und in jedem Gewebe des Körpers auftreten. Krebs kann spontan durch genetische Mutationen entstehen oder wird durch externe Faktoren wie Rauchen, Strahlung, bestimmte Infektionen, ungesunde Ernährung oder andere Lebensstilfaktoren gefördert.

Synthese der Erkenntnisse

Untersuchungen weisen auf einen möglichen Zusammenhang zwischen chronischem Cannabiskonsum und Hodenkrebs hin. Zudem wird das Rauchen von Cannabis zunehmend mit einem erhöhten Lungenkrebsrisiko in Verbindung gebracht. Es gibt keine konsistenten und schlüssigen Nachweise für kausale Zusammenhänge zwischen Cannabiskonsum und weiteren Krebsarten.

Fakten

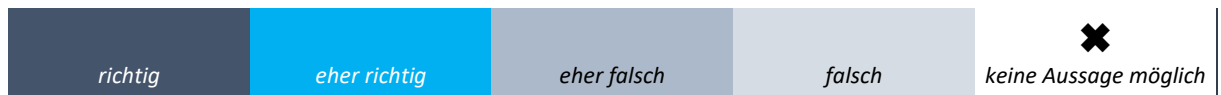
- Studien geben Hinweise darauf, dass Cannabiskonsum mit einem erhöhten Risiko für bestimmte Arten von Hodenkrebs verbunden ist.^[1-5]
- Die Wirkung von Cannabiskonsum auf das Risiko für Blasenkrebs bleibt unklar, da die Studienlage teilweise widersprüchlich ist und es sowohl Hinweise auf schützende als auch schädigende Effekte gibt.^[1, 6]
- Es gibt vereinzelte Hinweise darauf, dass Cannabiskonsum möglicherweise mit einem erhöhten Risiko für Gebärmutterhalskrebs sowie möglicherweise für Brust- und Kehlkopfkrebs verbunden ist.^[7]
- Trotz oftmals unzureichender Quantifizierung des Konsums und Abgrenzung des zusätzlichen Risikos durch das Rauchen von Tabak,^[5] liefern zunehmend mehr systematische Übersichtsarbeiten Hinweise auf einen bestehenden Zusammenhang zwischen Cannabisrauchen und einem erhöhten Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken.^[8-10] Dies gilt auch für junge Konsument:innen.^[8]
- Zwar geben Studien Hinweise auf mögliche Zusammenhänge zwischen Cannabiskonsum und weiteren Krebserkrankungen, jedoch ist die Datenlage insgesamt unzureichend, um diese abschließend zu bewerten.^[2, 5-7]

Referenzen

1. Taneja, S., et al. Use of cannabis in urological cancer patients: A review to evaluate risk for cancer development, therapeutic use, and symptom management. *Can Urol Assoc J.* 2021. 15. (12): p. 413-419. 10.5489/cuaj.7198.
2. Clark, T.M. Scoping Review and Meta-Analysis Suggests that Cannabis Use May Reduce Cancer Risk in the United States. *Cannabis Cannabinoid Res.* 2021. 6. (5): p. 413-434. 10.1089/can.2019.0095.
3. Huang, Y.H., et al. *An epidemiologic review of marijuana and cancer: an update.* *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2015. 24. (1): p. 15-31. 10.1158/1055-9965.EPI-14-1026.
4. Gurney, J., et al. Cannabis exposure and risk of testicular cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer.* 2015. 15. p. 897. 10.1186/s12885-015-1905-6.
5. Ghasemiasfe, M., et al. *Association Between Marijuana Use and Risk of Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis.* *JAMA Netw Open.* 2019. 2. (11): p. e1916318. 10.1001/jamanetworkopen.2019.16318.

6. Mehrnoush, V., et al. *The association of bladder cancer and Cannabis: A systematic review*. Arch Ital Urol Androl. 2022. 94. (2): p. 248-251. 10.4081/aiua.2022.2.248.
7. Huang, P., P.F. Zhang, and Q. Li. *Causal relationship between cannabis use and cancer: a genetically informed perspective*. J Cancer Res Clin Oncol. 2023. 149. (11): p. 8631-8638. 10.1007/s00432-023-04807-x.
8. Khoj, L., et al. *Effects of cannabis smoking on the respiratory system: A state-of-the-art review*. Respir Med. 2024. 221. p. 107494. 10.1016/j.rmed.2023.107494.
9. Campeny, E., et al. *The blind men and the elephant: Systematic review of systematic reviews of cannabis use related health harms*. Eur Neuropsychopharmacol. 2020. 33. p. 1-35. 10.1016/j.euroneuro.2020.02.003.
10. Baumeister, S.E., et al. *Cannabis Use, Pulmonary Function, and Lung Cancer Susceptibility: A Mendelian Randomization Study*. J Thorac Oncol. 2021. 16. (7): p. 1127-1135. 10.1016/j.jtho.2021.03.025.

7.17 Prüfthese 17: „Cannabiskonsum hilft beim Abnehmen.“



Das ist unklar.

Einordnung

„Abnehmen“ ist ein Prozess zur Gewichtsreduktion, der durch Veränderungen der Ernährung (ausgewogene, kalorienreduzierte Ernährung, Diät), Steigerung der körperlichen Aktivität (Sport, Bewegung im Alltag) oder einer Kombination aus beidem bestehen kann. In bestimmten Fällen, insbesondere wenn Menschen unter schwerer Adipositas (Fettleibigkeit) leiden, können Medikamente oder chirurgische Eingriffe in Betracht gezogen werden, um eine Gewichtsreduktion zu unterstützen.

Synthese der Erkenntnisse

Trotz Hinweisen auf einen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und einem geringeren Body-Mass-Index (BMI) ist die Evidenz aufgrund methodischer Einschränkungen und widersprüchlicher Befunde zu gering, um klar zu bestimmen, ob Cannabis beim Abnehmen hilft.

Fakten

- Beobachtungsstudien legen nahe, dass Cannabiskonsum appetitanregend wirken^[1, 2] und die Kalorienaufnahme erhöhen, während er gleichzeitig das Körpergewicht senken und mit einem niedrigeren BMI sowie einem geringeren Risiko für Fettleibigkeit verbunden sein kann.^[3, 4] Diese Studien kontrollieren jedoch nicht für wichtige Einflussfaktoren wie Tabakkonsum, Nahrungsaufnahme und körperliche Aktivität.
- Demgegenüber können methodisch hochwertigere Studien nicht bestätigen, dass regelmäßiger Cannabiskonsum mit einem niedrigeren BMI in Zusammenhang steht,^[5, 6] jedoch in bestimmten Konstellationen eine Zunahme des BMI abschwächen könnte.^[5]
- Die Studienlage über die Wirkung von akutem oder chronischem Cannabiskonsum auf Appetit, Kalorienaufnahme und Körpergewicht ist insgesamt nicht eindeutig und teilweise widersprüchlich, weshalb ein deutlicher Forschungsbedarf besteht, um die Effekte und möglichen Mechanismen genauer zu klären.^[2, 6, 7]

Referenzen

1. Spindle, T.R., et al. *Acute Effects of Smoked and Vaporized Cannabis in Healthy Adults Who Infrequently Use Cannabis: A Crossover Trial*. JAMA Netw Open. 2018. 1. (7): p. e184841. 10.1001/jamanetworkopen.2018.4841.
2. Fearby, N., S. Penman, and P. Thanos. *Effects of Δ 9-Tetrahydrocannabinol (THC) on Obesity at Different Stages of Life: A Literature Review*. Int J Environ Res Public Health. 2022. 19. (6). 10.3390/ijerph19063174.
3. Le Foll, B., et al. *Cannabis and Δ 9-tetrahydrocannabinol (THC) for weight loss?* Med Hypotheses. 2013. 80. (5): p. 564-7. 10.1016/j.mehy.2013.01.019.
4. Clark, T.M., et al. *Theoretical Explanation for Reduced Body Mass Index and Obesity Rates in Cannabis Users*. Cannabis Cannabinoid Res. 2018. 3. (1): p. 259-271. 10.1089/can.2018.0045.
5. Alshaarawy, O. and J.C. Anthony. *Are cannabis users less likely to gain weight? Results from a national 3-year prospective study*. Int J Epidemiol. 2019. 48. (5): p. 1695-1700. 10.1093/ije/dyz044.
6. Alayash, Z., et al. *Cannabis use and obesity-traits: A Mendelian randomization study*. Drug and Alcohol Dependence. 2021. 226. p. 108863. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108863>.
7. Pinto, J.S. and F. Martel. *Effects of Cannabidiol on Appetite and Body Weight: A Systematic Review*. Clin Drug Investig. 2022. 42. (11): p. 909-919. 10.1007/s40261-022-01205-y.

7.18 Prüfthese 18: „Cannabiskonsum hilft bei Schlafproblemen.“



Das ist eher falsch.

Einordnung

Schlafprobleme können die Qualität, Dauer und den Rhythmus des Schlafs beeinträchtigen und treten oft als Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen auf. Ursachen können Stress, ungesunde Schlafgewohnheiten, psychische oder körperliche Erkrankungen, der Einfluss von Medikamenten oder psychotropen Substanzen sein.

Synthese der Erkenntnisse

Vor dem Hintergrund der aktuellen Studienlage gibt es nicht genügend belastbare Daten, die belegen, dass Cannabis gegen Schlafproblemen wirksam hilft. Im Gegenteil, regelmäßiger Cannabiskonsum kann Schlafprobleme verursachen.

Fakten

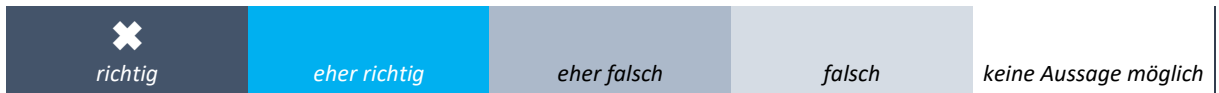
- Studien zeigen, dass Cannabis einen positiven wie auch negativen Einfluss auf den Schlaf haben kann.^[1, 2]
- Vereinzelt Studien auf Basis von Selbstberichten deuten darauf hin, dass Cannabis die Einschlafzeit verringern und die Durchschlafzeit erhöhen könnte,^[3, 4] insbesondere bei Menschen mit chronischen Schmerzen.^[4, 5]
- Demgegenüber können objektive Untersuchungsmethoden zur Messung der Schlafqualität nicht bestätigen, dass Cannabis den Schlaf verbessert^[5] und eine Vielzahl von experimentellen und Befragungsstudien zeigen, dass Cannabiskonsum die Schlafqualität verschlechtern kann.^[2, 4]
- Studien beschreiben zudem, dass die selbstberichteten positiven Effekte von Cannabis auf den Schlaf langfristig abnehmen und sich die Schlafqualität am Tag nach dem Konsum häufig verschlechtert.^[4]
- Auch beschreiben Studien, dass chronischer Cannabiskonsum mit einer schlechteren Schlafqualität einhergeht, und Versuche, den Cannabiskonsum zu beenden, zu einer Entzugssymptomatik und damit einhergehend länger anhaltenden Schlafproblemen führen können.^[3, 6]
- Insgesamt ist die Studienlage nicht ausreichend, um zu belegen, dass Cannabis zur Behandlung von Schlafproblemen geeignet ist.^[4, 7]

Referenzen

1. Edwards, D. and F.M. Filbey. *Are Sweet Dreams Made of These? Understanding the Relationship Between Sleep and Cannabis Use*. Cannabis Cannabinoid Res. 2021. 6. (6): p. 462-473. 10.1089/can.2020.0174.
2. Costa, N.L., et al. *Sleep quality of adult recreational cannabis users: a systematic review of literature*. Trends Psychiatry Psychother. 2025. 47. p. e20240802. 10.47626/2237-6089-2024-0802.
3. Babson, K.A., J. Sottile, and D. Morabito. *Cannabis, Cannabinoids, and Sleep: a Review of the Literature*. Current Psychiatry Reports. 2017. 19. (4): p. 23. 10.1007/s11920-017-0775-9.
4. Amaral, C., et al. *Cannabis and sleep disorders: not ready for prime time? A qualitative scoping review*. J Clin Sleep Med. 2023. 19. (5): p. 975-990. 10.5664/jcsm.10428.
5. Velzeboer, R., et al. *Cannabis dosing and administration for sleep: a systematic review*. Sleep. 2022. 45. (11). 10.1093/sleep/zsac218.
6. Kaul, M., P.C. Zee, and A.S. Sahni. *Effects of Cannabinoids on Sleep and their Therapeutic Potential for Sleep Disorders*. Neurotherapeutics. 2021. 18. (1): p. 217-227. 10.1007/s13311-021-01013-w.

7. Kuhathasan, N., et al. *The use of cannabinoids for sleep: A critical review on clinical trials*. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2019. 27. (4): p. 383-401. 10.1037/pha0000285.

7.19 Prfthese 19: „Cannabiskonsum verndert die Wahrnehmungen.“



Das ist richtig.

Einordnung

Wahrnehmung ist der Prozess der Aufnahme, Verarbeitung und Interpretation sensorischer Informationen durch die Sinnesorgane und das Gehirn.

Synthese der Erkenntnisse

Cannabiskonsum kann subjektive Wahrnehmungen verndern und eine vernderte Zeitwahrnehmung, Schwierigkeiten bei der Gedankenkontrolle, vernderte Geruschintensitt, Gefhle der Unwirklichkeit sowie Verwirrung und Desorientierung hervorrufen.

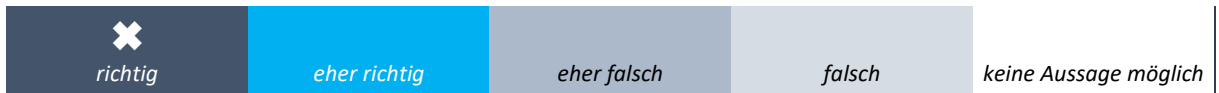
Fakten

- Cannabis kann die subjektive Wahrnehmung beeinflussen.^[1-6]
- In Studien berichten Konsument:innen, dass Cannabis unter anderem zu Schwierigkeiten fhren kann, die eigenen Gedanken zu kontrollieren, eine vernderte Intensitt von Geruschen, Gefhle der Unwirklichkeit, Verwirrung und Desorientierung hervorrufen kann.^[1, 2]
- Studien zeigen zudem, dass Cannabis zu einer vernderten Zeitwahrnehmung fhren kann,^[2, 3] wobei der Effekt unabhngig von der Dosis sein knnte^[6] und weiterer Forschung bedarf.^[7]
- Neuere Studien legen nahe, dass Cannabis sowohl das Bewusstsein fr die eigenen Fhigkeiten zur Gefahrenwahrnehmung verringern als auch die Sehkraft negativ beeintrchtigen knnte.^[4, 5]

Referenzen

1. Kleine-Brueggene, M., et al. Quantification and time course of subjective psychotropic and somatic effects of tetrahydrocannabinol - a prospective, single-blind, placebo-controlled exploratory trial in healthy volunteers. *BMC Psychiatry*. 2024. 24. (1): p. 902. 10.1186/s12888-024-06338-2.
2. Zuurman, L., et al. *Effect of intrapulmonary tetrahydrocannabinol administration in humans*. *Journal of Psychopharmacology*. 2008. 22. (7): p. 707-716. 10.1177/0269881108089581.
3. Gu, Y., et al. *Exploring the interplay between addiction and time perception: A systematic review and meta-analysis*. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2024. 135. p. 111104. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2024.111104>.
4. Ortiz-Peregrina, S., et al. *Effects of cannabis on visual function and self-perceived visual quality*. *Scientific Reports*. 2021. 11. (1): p. 1655. 10.1038/s41598-021-81070-5.
5. Schiemer, C., et al. The acute effects of vaporized cannabis on drivers' hazard perception and risk-taking behaviors in medicinal patients: A within-subjects experiment. *J Safety Res*. 2025. 92. p. 385-392. 10.1016/j.jsr.2024.12.004.
6. Sewell, R.A., et al. *Acute effects of THC on time perception in frequent and infrequent cannabis users*. *Psychopharmacology*. 2013. 226. (2): p. 401-413. 10.1007/s00213-012-2915-6.
7. Atakan, Z., et al. *The effect of cannabis on perception of time: a critical review*. *Curr Pharm Des*. 2012. 18. (32): p. 4915-22. 10.2174/138161212802884852.

7.20 Prüfthese 20: „Cannabiskonsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten.“



Richtig: Cannabiskonsum kann zu kognitiven Beeinträchtigungen führen.

Einordnung

Kognitive Fähigkeiten sind grundlegende Prozesse, die es uns ermöglichen, Informationen zu lernen, zu verstehen, zu verarbeiten und anzuwenden. Dazu gehören Aspekte wie Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnis, Wahrnehmung und Verarbeitungsgeschwindigkeit. Ein wichtiger Bestandteil dieser Fähigkeiten sind die exekutiven Funktionen, die schlussfolgerndes und abstraktes Denken, Konzentration, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und Lernvermögen umfassen. Diese Funktionen sind entscheidend für alltägliche Aktivitäten und das Bewältigen komplexer Aufgaben im persönlichen, schulischen und beruflichen Leben.

Synthese der Erkenntnisse

Cannabiskonsum steht im Zusammenhang mit Beeinträchtigungen verschiedener kognitiver Funktionen, darunter eine verlangsamte Verarbeitungsgeschwindigkeit, Schwierigkeiten bei Aufmerksamkeit und Konzentration sowie Beeinträchtigungen des Gedächtnisses. Einige dieser Funktionen können nach einer Phase der Abstinenz eine gewisse Erholung zeigen, allerdings variiert der Grad der Beeinträchtigung und Erholung von Person zu Person erheblich.

Fakten

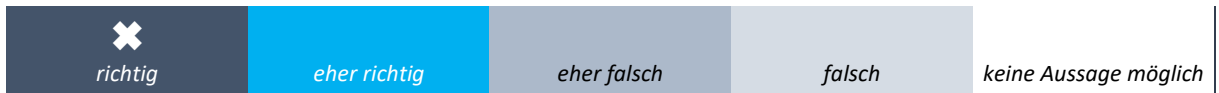
- Cannabiskonsum kann zu Beeinträchtigungen von kognitiven Fähigkeiten führen,^[1-5] insbesondere bei häufigem Cannabiskonsum und bei Konsum in jungem Alter.^[2]
- Die Beeinträchtigungen scheinen insgesamt gering bis mäßig stark ausgeprägt zu sein, können jedoch über die Phase der akuten Intoxikation hinaus anhalten.^[2, 4-6]
- Der Grad der Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen und die Erholung ist von individuellen Faktoren abhängig.^[3]
- Während einige Studien darauf hindeuten, dass sich kognitive Defizite nach einer Abstinenz von mehr als 72 Stunden zurückbilden,^[6] geben andere Studien Hinweise darauf, dass unter Umständen längere Abstinenzzeiten nötig sind, um die Auswirkungen des Cannabiskonsums auf die kognitive Funktion vollständig zu eliminieren.^[7]
- Insgesamt wenige Studien zeigen, dass Cannabiskonsum die Leistung und Leistungsfähigkeit am Folgetag beeinträchtigt.^[8]

Referenzen

1. Lo, L.A., et al. Does acute cannabidiol (CBD) use impair performance? A meta-analysis and comparison with placebo and delta-9-tetrahydrocannabinol (THC). *Neuropsychopharmacology*. 2024. 49. (9): p. 1425-1436. 10.1038/s41386-024-01847-w.
2. Dellazizzo, L., et al. Evidence on the acute and residual neurocognitive effects of cannabis use in adolescents and adults: a systematic meta-review of meta-analyses. *Addiction*. 2022. 117. (7): p. 1857-1870. 10.1111/add.15764.
3. Sorkhou, M., R.H. Bedder, and T.P. George. *The Behavioral Sequelae of Cannabis Use in Healthy People: A Systematic Review*. *Front Psychiatry*. 2021. 12. p. 630247. 10.3389/fpsy.2021.630247.
4. Figueiredo, P.R., et al. *Neurocognitive consequences of chronic cannabis use: a systematic review and meta-analysis*. *Neurosci Biobehav Rev*. 2020. 108. p. 358-369. 10.1016/j.neubiorev.2019.10.014.

5. Pilon, F., et al. *The effects of cannabis use disorder on cognitive functions: A meta-analysis*. *Addict Behav.* 2025. 170. p. 108434. 10.1016/j.addbeh.2025.108434.
6. Scott, J.C., et al. Association of Cannabis With Cognitive Functioning in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2018. 75. (6): p. 585-595. 10.1001/jamapsychiatry.2018.0335.
7. Ganzer, F., et al. Weighing the Evidence: A Systematic Review on Long-Term Neurocognitive Effects of Cannabis Use in Abstinent Adolescents and Adults. *Neuropsychol Rev.* 2016. 26. (2): p. 186-222. 10.1007/s11065-016-9316-2.
8. McCartney, D., A. Suraev, and I.S. McGregor. *The "Next Day" Effects of Cannabis Use: A Systematic Review*. *Cannabis Cannabinoid Res.* 2023. 8. (1): p. 92-114. 10.1089/can.2022.0185.

7.21 Prüfthese 21: „Cannabiskonsum gefährdet die Verkehrssicherheit.“



Das ist richtig.

Operationalisierung

Es besteht die Auffassung,

- Cannabiskonsum schränke die Fahrtüchtigkeit ein,
- erhöhe das Unfallrisiko und
- beide Effekte würden durch Mischkonsum mit Alkohol verstärkt.

Synthese der Erkenntnisse

Cannabiskonsum wirkt sich negativ auf die zur sicheren Teilnahme am Straßenverkehr erforderlichen Fähigkeiten aus: Wahrnehmungen werden verändert, psychomotorische Fähigkeiten und die verkehrsrelevante, kognitive bzw. exekutive Leistungsfähigkeit wird reduziert.

Die Teilnahme am Straßenverkehr unter Cannabiseinfluss steigert das Unfallrisiko.

Ein kombinierter Cannabis- und Alkoholkonsum verringert in erhöhtem Maße die zur sicheren Teilnahme am Straßenverkehr erforderlichen Fähigkeiten und steigert in besonderem Maße das Unfallrisiko.

Fakten

- Verkehrsrelevante, akute Effekte der THC-Aufnahme sind: Unaufmerksamkeit, Lethargie, Sedierung, die Störung emotionalen Erlebens: Euphorie oder Dysphorie, körperliches Unbehagen und veränderte Wahrnehmung.^[1, 2] Experimentelle und epidemiologische Studien zeigen, dass THC sowohl die psychomotorischen Fähigkeiten als auch die kognitiven Funktionen negativ beeinflusst: Suboptimale Fahrleistungen sind die Folge.^[3]
- Konkret sind wesentliche, sicherheitsrelevante Fähigkeiten der Fahrzeugführer:innen durch die Cannabiswirkungen betroffen: schlechtere Erfüllung kritischer, unvorhergesehener Aufgaben - auch in langanhaltenden, monotonen Fahrsituationen, schlechteres Ausweichverhalten, schlechtere Bestimmung der eigenen Position auf der Straße, schlechterer Umgang mit der Lenkung, schlechteres Fahrspurhalten, verlängerte Reaktionszeiten, weniger ungeteilte Aufmerksamkeit, verändertes Zeitgefühl.^[1, 3-5]
- Grundsätzlich besteht eine Dosis-Wirkung-Relation: Individuell geht mit einer wachsenden THC-Konzentration eine steigende Beeinträchtigung einher.^[3] Überindividuell bestehen Toleranzeinflüsse: Regelmäßig Cannabis Konsumierende zeigen weniger Beeinträchtigungen als gelegentlich Konsumierende.^[4]
- Fahrer:innen unter Cannabiseinfluss versuchen die Beeinträchtigungen ihrer Fähigkeiten erfolglos durch langsames Fahren auszugleichen.^[1]
- Aktuelle und frühere Meta- und Re-Analysen verweisen unter Berücksichtigung hochkontrollierter Einzelstudien darauf, dass Fahren unter Cannabiseinfluss das Unfallrisiko erhöht.^[1, 3, 6-9] Das Unfallrisiko steigt mit zunehmender THC-Konzentration.^[1, 9]
- Labor- bzw. Fahrsimulatorstudien zeigen für Cannabiskonsum in Kombination mit Konsum von Alkohol oder anderen Drogen eine steigende Beeinträchtigung von verkehrsrelevanten Fähigkeiten.^[1, 3] Epidemiologische bzw. Unfalldatenanalysen zeigen, dass ausschließlicher Cannabiskonsum das Unfallrisiko deutlich weniger

stark erhöht als ausschließlicher Alkoholkonsum.^[8, 10] Das Risiko für Unfälle wird durch kombinierten Cannabis- und Alkoholkonsum – je nach Studie – mehr als verdoppelt.^[1, 3]

Referenzen

1. Hartman, R.L. and M.A. Huestis. *Cannabis effects on driving skills*. Clin Chem. 2013. 59. (3): p. 478-92. 10.1373/clinchem.2012.194381.
2. Arkell, T.R., et al. *Effects of psychotropic drugs on ocular parameters relevant to traffic safety: A systematic review*. Neurosci Biobehav Rev. 2022. 141. p. 104831. 10.1016/j.neubiorev.2022.104831.
3. Busardò, F.P., et al. *Neurocognitive Correlates in Driving Under the Influence of Cannabis*. CNS Neurol Disord Drug Targets. 2017. 16. (5): p. 534-540. 10.2174/1871527316666170424115455.
4. McCartney, D., et al. Determining the magnitude and duration of acute $\Delta(9)$ -tetrahydrocannabinol ($\Delta(9)$ -THC)-induced driving and cognitive impairment: A systematic and meta-analytic review. Neurosci Biobehav Rev. 2021. 126. p. 175-193. 10.1016/j.neubiorev.2021.01.003.
5. Ramaekers, J.G., et al. High-Potency Marijuana Impairs Executive Function and Inhibitory Motor Control. Neuropsychopharmacology 2006. 31.
6. Asbridge, M., J.A. Hayden, and J.L. Cartwright. Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. Bmj. 2012. 344. p. e536. 10.1136/bmj.e536.
7. Rogeberg, O. and R. Elvik. *The effects of cannabis intoxication on motor vehicle collision revisited and revised*. Addiction. 2016. 111. (8): p. 1348-1359. <https://doi.org/10.1111/add.13347>.
8. Martin, J.L., et al. *Cannabis, alcohol and fatal road accidents*. PLoS One. 2017. 12. (11): p. e0187320. 10.1371/journal.pone.0187320.
9. Preuss, U.W., et al. *Cannabis Use and Car Crashes: A Review*. Front Psychiatry. 2021. 12. p. 643315. 10.3389/fpsy.2021.643315.
10. Bramness, J.G., H.Z. Khiabani, and J. Mørland. *Impairment due to cannabis and ethanol: clinical signs and additive effects*. Addiction. 2010. 105. (6): p. 1080-7. 10.1111/j.1360-0443.2010.02911.x.

7.22 Prüfthese 22: „Cannabis ist eine Einstiegsdroge.“



Das ist eher falsch. Alkohol und Nikotin sind die primären Einstiegs-substanzen.

Operationalisierung

Es besteht die Auffassung,

- Cannabis sei die zeitlich erste in einer Reihe konsumierter bewusstseinsändernder Substanzen und
- dem Cannabiskonsum folge der Konsum weiterer (illegaler) Substanzen (mit einem höheren Schadensrisiko) unabhängig von der Position des Cannabiskonsums in einer Abfolge des Konsums unterschiedlicher Mittel.^[1]

Synthese der Erkenntnisse

Dem Cannabiskonsum geht in der Regel ein Alkohol- und Nikotinkonsum voraus. Dies sind die primären Einstiegspunkte in den Konsum psychotroper Substanzen.

Auch wenn kein Automatismus im Übergang zu weiterem Substanzkonsum besteht, erhöht der Konsum von Cannabis die Wahrscheinlichkeit für einen nachfolgenden Konsum weiterer Substanzen, insbesondere bei frühem und starkem Cannabiskonsum.

Fakten

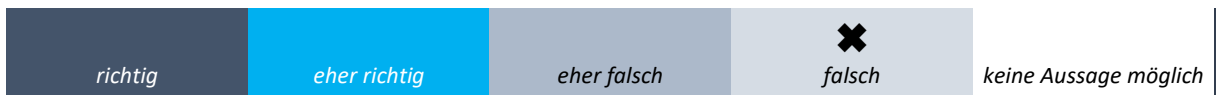
- Alkoholkonsum stellt bei Minderjährigen in der Regel den Einstieg in den Substanzkonsum dar, dem dann Nikotin- und später Cannabiskonsum nachfolgen – wenn diese folgen.^[2]
- Jugendlischer Nikotinkonsum geht mit einer gesteigerten Wahrscheinlichkeit eines späteren Cannabiskonsums einher. Der gegenteilige Zusammenhang gilt für Jugendliche nicht.^[3] Für einen frühen Einstieg in den Cannabiskonsum sind der vorausgehende Alkohol- bzw. Nikotinkonsum die wesentlichen Einflussfaktoren, sie erhöhen das Einstiegsrisiko deutlich.^[4]
- Auch der parallele Konsum von Alkohol und Nikotin wird als dem Cannabiskonsum vorausgehend belegt,^[5] sowie dann mit dem späteren Konsum von Kokain in Verbindung gebracht.^[6]
- Der Missbrauch verschreibungspflichtiger Opioide durch junge Erwachsene geht noch stärker mit einem vorausgehenden Alkohol- als Cannabiskonsum einher.^[7]
- Die Wahrscheinlichkeit zu einem Opioidkonsum überzugehen, ist für Cannabiskonsumt:innen im Vergleich zu Nicht-Cannabiskonsumt:innen erhöht.^[8, 9]
- Für Deutschland wird der Konsum irgendeiner anderen illegalen Droge als Cannabis für 10 % der Bevölkerung (Lebenszeit) berichtet. Für die Konsument:innen von Cannabis wird der entsprechende Wert mit 52 % und damit erheblich höher angegeben.^[10]
- Für den späteren Konsum anderer (illegaler) Drogen wie etwa von Kokain, Halluzinogenen, Stimulanzien oder auch Opioiden wird ein starker und statistisch signifikanter Zusammenhang mit vorherigem Cannabiskonsum beschrieben. Der Zusammenhang wird auf ein paralleles Wirken genetischer und sozialer Faktoren zurückgeführt.^[1, 11]
- Die Wahrscheinlichkeit für einen nachfolgenden Konsum weiterer Drogen steigt mit der Nutzungsintensität von Cannabis und liegt beim Konsum in der Adoleszenz wesentlich höher als im dritten Lebensjahrzehnt.^[1, 12]

- Bereits mit Erscheinen der ersten Arbeiten zu möglichen Ablaufmustern im Konsum verschiedener Substanzen (Alkohol -> Nikotin -> Cannabis -> andere illegale Drogen) wurde betont, dass die Studienergebnisse nicht belegen, ‚dass der Gebrauch einer einzelnen Substanz zwangsläufig zur Nutzung einer weiteren Droge führe‘. Auch könnten die Erkenntnisse ‚nicht dahingehend interpretiert werden, dass den Substanzen selbst eine pharmakologische Wirkung innewohne, die unausweichlich von einer zur anderen führen würde‘.^[13]

Referenzen

1. Fergusson, D.M., J.M. Boden, and L.J. Horwood. *Psychosocial sequelae of cannabis use and implications for policy: findings from the Christchurch Health and Development Study*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2015. 50. (9): p. 1317-1326. 10.1007/s00127-015-1070-x.
2. Barry, A.E., et al. Prioritizing Alcohol Prevention: Establishing Alcohol as the Gateway Drug and Linking Age of First Drink With Illicit Drug Use. *J Sch Health*. 2016. 86. (1): p. 31-8. 10.1111/josh.12351.
3. Yimer, T.M., et al. *The relationship between cannabis and nicotine use: A systematic review and meta-analysis*. *Addiction*. 2024. n/a. (n/a). <https://doi.org/10.1111/add.16642>.
4. Miller, A.P., et al. Characteristics Associated With Cannabis Use Initiation by Late Childhood and Early Adolescence in the Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) Study. *JAMA Pediatrics*. 2023. 177. (8): p. 861-863. 10.1001/jamapediatrics.2023.1801.
5. van Leeuwen, A.P., et al. Can the gateway hypothesis, the common liability model and/or, the route of administration model predict initiation of cannabis use during adolescence? A survival analysis--the TRAILS study. *J Adolesc Health*. 2011. 48. (1): p. 73-8. 10.1016/j.jadohealth.2010.05.008.
6. Kandel, D. and E. Kandel. The Gateway Hypothesis of substance abuse: developmental, biological and societal perspectives. *Acta Paediatr*. 2015. 104. (2): p. 130-7. 10.1111/apa.12851.
7. Fiellin, L.E., et al. *Previous Use of Alcohol, Cigarettes, and Marijuana and Subsequent Abuse of Prescription Opioids in Young Adults*. *Journal of Adolescent Health*. 2013. 52. (2): p. 158-163. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.010>.
8. Olfson, M., et al. *Cannabis Use and Risk of Prescription Opioid Use Disorder in the United States*. *American Journal of Psychiatry*. 2018. 175. (1): p. 47-53. 10.1176/appi.ajp.2017.17040413.
9. Wilson, J., et al. Weeding out the truth: a systematic review and meta-analysis on the transition from cannabis use to opioid use and opioid use disorders, abuse or dependence. *Addiction*. 2022. 117. (2): p. 284-298. 10.1111/add.15581.
10. Olderbak, S. and E. Hoch, Ergebnisse der Deutschen Stichprobe der Europäischen Online Drogenstudie (EWSD), in Sach- und Abschlussbericht. 2023. PubMed-ID: 38699773.
11. Agrawal, A., et al. A twin study of early cannabis use and subsequent use and abuse/dependence of other illicit drugs. *Psychol Med*. 2004. 34. (7): p. 1227-37. 10.1017/s0033291704002545.
12. Fergusson, D.M., J.M. Boden, and L.J. Horwood. *Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis*. *Addiction*. 2006. 101. (4): p. 556-569. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01322.x>.
13. Kandel, D. and R. Faust. *Sequence and stages in patterns of adolescent drug use*. *Arch Gen Psychiatry*. 1975. 32. (7): p. 923-32. 10.1001/archpsyc.1975.01760250115013.

7.23 Prfthese 23: „Cannabis verursacht keine Abhngigkeit.“



Das ist falsch! Cannabis kann abhngig machen!

Einordnung

Unter „Cannabisgebrauchsstrngungen“ fallen unterschiedliche Schweregrade problematischen Cannabiskonsums. Die schwerste Form ist die Cannabisabhngigkeit, die durch starkes Verlangen, verminderte Kontrolle ber den Konsum, Entzugssymptome, Toleranzentwicklung, Vernachlssigung anderer Interessen und fortgesetzten Konsum trotz negativer Folgen gekennzeichnet ist.

Synthese der Erkenntnisse

Der Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und der Entwicklung einer Cannabisabhngigkeit ist durch eine Vielzahl von Studien und klinischen Daten wissenschaftlich gut belegt. Insbesondere fr diejenigen, die frh mit dem Konsum beginnen und hfug Cannabis konsumieren, besteht ein erhhtes Risiko.

Fakten

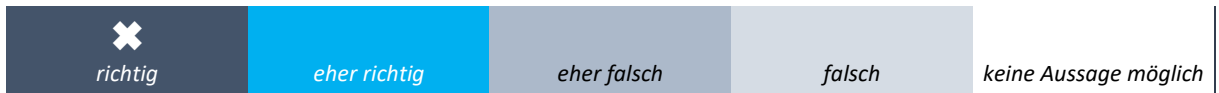
- Internationale Daten zeigen, dass ein Teil der Cannabisnutzer im Verlauf eine Cannabisgebrauchsstrngung entwickeln, ein Teil davon eine Cannabisabhngigkeit.^[1]
- Fr Deutschland wird die Prvalenz der Cannabisabhngigkeit in der Erwachsenenbevölkerung im Alter zwischen 18-64 Jahren auf 0,6 % geschätzt.^[2] Eine weitere Studie schätzt den Anteil der Personen im Alter von 12 bis 18 Jahren mit einer Cannabisabhngigkeit auf 0,8 %.^[3]
- Diagnostisches Indiz: nach Beendigung des Konsums entwickelt ein Teil der Cannabiskonsumt:innen ein Cannabisentzugssyndrom, insbesondere bei vormals hfugem/tglichem Cannabiskonsum.^[4]
- Entzugssymptome sind: Reizbarkeit, Angst, Schlafstrngungen, verminderten Appetit, Unruhe, depressive Stimmung. Die Beschwerden treten regelhaft innerhalb von 48 Stunden nach Beendigung des Konsums auf, knnen mehrere Wochen anhalten und schwerwiegend sein.^[5]
- Ein frhes Einstiegsalter in den Konsum, ein hfugiger Konsum, eine erhhte Konsummenge und eine hohe Konzentration des psychoaktiven Wirkstoffs Tetrahydrocannabinol (THC) in den konsumierten Cannabisprodukten sind beschriebene Risikofaktoren fr die Entwicklung einer Cannabisabhngigkeit.^[6-11]
- Klinikdaten aus Deutschland zeigen, dass die Zahl der Krankenhausaufenthalte aufgrund einer Cannabisabhngigkeit zwischen den Jahren 2000 und 2018 von etwa 3.400 auf etwa 19.000 gestiegen ist.^[12]

Referenzen

1. Leung, J., et al. What is the prevalence and risk of cannabis use disorders among people who use cannabis? a systematic review and meta-analysis. *Addict Behav.* 2020. 109. p. 106479. 10.1016/j.addbeh.2020.106479.
2. Atzendorf, J., et al. The Use of Alcohol, Tobacco, Illegal Drugs and Medicines: An Estimate of Consumption and Substance-Related Disorders in Germany. *Dtsch Arztebl Int.* 2019. 116. (35-36): p. 577-584. 10.3238/arztebl.2019.0577.
3. Arnaud, N., et al. Prevalence of substance use disorders and associations with mindfulness, impulsive personality traits and psychopathological symptoms in a representative sample of adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry.* 2024. 33. (2): p. 451-465. 10.1007/s00787-023-02173-0.
4. Bahji, A., et al. Prevalence of Cannabis Withdrawal Symptoms Among People With Regular or Dependent Use of Cannabinoids: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2020. 3. (4): p. e202370. 10.1001/jamanetworkopen.2020.2370.

5. Schlienz, N.J., et al. *Cannabis Withdrawal: A Review of Neurobiological Mechanisms and Sex Differences*. *Curr Addict Rep*. 2017. 4. (2): p. 75-81. 10.1007/s40429-017-0143-1.
6. Sherman, B.J., et al. Latency to cannabis dependence mediates the relationship between age at cannabis use initiation and cannabis use outcomes during treatment in men but not women. *Drug Alcohol Depend*. 2021. 218. p. 108383. 10.1016/j.drugalcdep.2020.108383.
7. Robinson, T., et al. Identifying risk-thresholds for the association between frequency of cannabis use and development of cannabis use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2022. 238. p. 109582. 10.1016/j.drugalcdep.2022.109582.
8. Callaghan, R.C., M. Sanches, and S.J. Kish. *Quantity and frequency of cannabis use in relation to cannabis-use disorder and cannabis-related problems*. *Drug Alcohol Depend*. 2020. 217. p. 108271. 10.1016/j.drugalcdep.2020.108271.
9. Callaghan, R.C., M. Sanches, and S.J. Kish. *Quantity and frequency of cannabis use in relation to cannabis-use disorder and cannabis-related problems*. *Drug and Alcohol Dependence*. 2020. 217. p. 108271. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108271>.
10. Borodovsky, J.T., et al. Quantity of delta-9-tetrahydrocannabinol consumption and cannabis use disorder among daily cannabis consumers. *Addiction*. 2024. 10.1111/add.16700.
11. Hamaoui, J., et al. *Age of onset of cannabis use and substance use problems: A systematic review of prospective studies*. *Addictive Behaviors*. 2025. 163. p. 108259. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2025.108259>.
12. Gahr, M., et al. Incidence of inpatient cases with mental disorders due to use of cannabinoids in Germany: a nationwide evaluation. *Eur J Public Health*. 2022. 32. (2): p. 239-245. 10.1093/eurpub/ckab207.

7.24 Prüfthese 24: „Cannabiskonsum verursacht Psychosen.“



Das ist richtig – Cannabiskonsum kann Psychosen auslösen.

Einordnung

Psychosen sind schwere psychiatrische Erkrankungen, die sich durch einen Verlust des Realitätsbezugs auszeichnen. Betroffene können Symptome wie Halluzinationen (Wahrnehmungen ohne äußere Reize), Wahnvorstellungen (falsche Überzeugungen) und desorganisierte Gedanken oder Verhaltensweisen erleben. Psychosen können sowohl organische als auch nicht-organische Ursachen haben, einschließlich psychiatrischer Erkrankungen wie Schizophrenie oder Substanzmissbrauch.

Synthese der Erkenntnisse

Zahlreiche Studien zeigen, dass der Konsum von Cannabis das Risiko für die Entwicklung einer Psychose erhöht. Dies gilt insbesondere für Jugendliche und bei intensivem Konsum.

Fakten

- Cannabiskonsum erhöht die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von psychotischen Symptomen und Episoden.^[1-3]
- Bereits eine einmalige Verabreichung von Tetrahydrocannabinol (THC) kann bei Erwachsenen ohne psychiatrische Vorerkrankungen starke psychotische Symptome auslösen.^[4]
- Obwohl das Lebenszeitrisko für den Einzelnen eher gering ist, zeigen internationale Schätzungen, dass Cannabiskonsum:innen im Vergleich zu Nichtkonsument:innen ein zwei- bis vierfach erhöhtes Risiko haben, eine Psychose zu entwickeln.^[2, 5-8]
- Das Risiko steigt mit der Häufigkeit des Konsums, Konsummenge und THC-Gehalt.^[6-8]
- Akute psychotische Symptome können auch in Folge einer Abstinenz nach vormals regelmäßigem, starkem Cannabiskonsum auftreten.^[9]
- Für jugendliche Cannabiskonsum:innen besteht ein überdurchschnittlich hohes Risiko eine Psychose zu entwickeln^[10-12], insbesondere beim Konsum von Cannabisprodukten mit hohem THC-Gehalt.^[13]
- Internationale Studien weisen auf ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Schizophrenie bei gefährdeten Personen sowie das Auslösen psychotischer Symptome bei schizophrenen Patient:innen durch Cannabiskonsum hin.^[6]
- Cannabidiol (CBD) kann möglicherweise psychotische Symptome reduzieren, jedoch ist die Studienlage insgesamt widersprüchlich.^[3, 4]

Referenzen

1. Staines, L., et al. *Incidence and Persistence of Psychotic Experiences in the General Population: Systematic Review and Meta-Analysis*. Schizophr Bull. 2023. 49. (4): p. 1007-1021. 10.1093/schbul/sbad056.
2. Groening, J.M., et al. A systematic evidence map of the association between cannabis use and psychosis-related outcomes across the psychosis continuum: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatry Res*. 2024. 331. p. 115626. 10.1016/j.psychres.2023.115626.
3. Belvederi Murri, M., et al. *The association between cannabis use and paranoia: Meta-analysis of experimental and observational studies*. *Neurosci Biobehav Rev*. 2025. 176. p. 106269. 10.1016/j.neubiorev.2025.106269.

4. Hindley, G., et al. *Psychiatric symptoms caused by cannabis constituents: a systematic review and meta-analysis*. *Lancet Psychiatry*. 2020. 7. (4): p. 344-353. 10.1016/S2215-0366(20)30074-2.
5. Marconi, A., et al. *Meta-analysis of the Association Between the Level of Cannabis Use and Risk of Psychosis*. *Schizophr Bull*. 2016. 42. (5): p. 1262-9. 10.1093/schbul/sbw003.
6. Hasan, A., et al. *Cannabis use and psychosis: a review of reviews*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2020. 270. (4): p. 403-412. 10.1007/s00406-019-01068-z.
7. Robinson, T., et al. *Risk-thresholds for the association between frequency of cannabis use and the development of psychosis: a systematic review and meta-analysis*. *Psychol Med*. 2023. 53. (9): p. 3858-3868. 10.1017/s0033291722000502.
8. Di Forti, M., et al. *The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study*. *Lancet Psychiatry*. 2019. 6. (5): p. 427-436. 10.1016/S2215-0366(19)30048-3.
9. Chesney, E., et al. *Psychosis associated with cannabis withdrawal: systematic review and case series*. *Br J Psychiatry*. 2024. p. 1-12. 10.1192/bjp.2024.175.
10. Kiburi, S.K., et al. *Cannabis use in adolescence and risk of psychosis: Are there factors that moderate this relationship? A systematic review and meta-analysis*. *Subst Abus*. 2021. 42. (4): p. 527-542. 10.1080/08897077.2021.1876200.
11. McDonald, A.J., et al. *Age-dependent association of cannabis use with risk of psychotic disorder*. *Psychol Med*. 2024. p. 1-11. 10.1017/s0033291724000990.
12. Osborne, K.J., et al. *Psychosis Spectrum Symptoms Before and After Adolescent Cannabis Use Initiation*. *JAMA Psychiatry*. 2024. 10.1001/jamapsychiatry.2024.3525.
13. Hines, L.A., J. Heron, and S. Zammit. *Incident psychotic experiences following self-reported use of high-potency cannabis: Results from a longitudinal cohort study*. *Addiction*. 2024. 119. (9): p. 1629-1634. 10.1111/add.16517.

7.25 Prfthese 25: „Cannabiskonsum wirkt gegen Angst.“



Eher falsch: Cannabiskonsum kann sogar Angst befrdern.

Einordnung

Angst ist eine normale menschliche Emotion, die als Schutzreaktion in bedrohlichen Situationen auftritt. Wenn diese Angst jedoch bermäßig wird und in harmlosen Situationen anhlt, kann sie sich zu einer Angststörung entwickeln. Betroffene erleben dann starke und anhaltende Angst oder Sorgen, begleitet von Symptomen wie Herzrasen, Schwitzen und Atemnot. Angststörungen verlaufen oft chronisch und knnen zu erheblichen psychosozialen Einschrnkungen fhren. Hufige Formen sind Panikstrungen, generalisierte Angststrungen und soziale Phobien.

Synthese der Erkenntnisse

Es gibt keinen wissenschaftlichen Nachweis dafur, dass Cannabis Angst wirksam lindert. Der Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und Angstzustnden ist komplex und die Studienlage bleibt uneindeutig. Einiges spricht dafur, dass Cannabiskonsum Angst auslsen kann, insbesondere durch hhere THC-Dosen.

Fakten

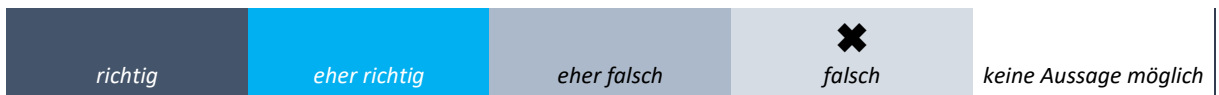
- Menschen mit unterschiedlichen Erkrankungen nutzen Cannabis zur Selbstmedikation und berichten in Studien von einer Verbesserung ihrer Angst.^[1, 2]
- Bisherige Studien knnen eine Wirksamkeit von Cannabis zur Verbesserung einer Angststörung jedoch nicht besttigen.^[3]
- Cannabiskonsum kann sogar mit einem erhhten Risiko fr die Entwicklung einer spateren Angststörung verbunden sein,^[4-7] jedoch ist die Studienlage auch hierzu nicht eindeutig.^[8-11]
- Die bisher wenigen klinischen Studien zeigen eine dahingehende Dosis-Wirkungsbeziehung, dass insbesondere Cannabisprodukte mit hherem THC-Gehalt eine angstverstärkende Reaktion auslsen knnen.^[12]
- Eine neuere bersichtsarbeit legt nahe, dass Personen, die sehr sensibel auf Angst reagieren, mglicherweise ein hheres Risiko haben, Cannabis zur Stressbewltigung und in problematischem Ausmaß zu konsumieren.^[13]
- Insgesamt bedarf es daher weiterer Forschung, um den Zusammenhang zwischen Cannabis und Angst besser zu verstehen, insbesondere vor dem Hintergrund von hheren THC-Anteilen in den heutigen Cannabisprodukten.^[10]

Referenzen

1. Amin, S., et al. *Cannabis use among cancer patients and survivors in the United States: a systematic review*. JNCI Cancer Spectr. 2024. 8. (1). 10.1093/jncics/pkae004.
2. Turna, J., et al. Cannabis use behaviors and prevalence of anxiety and depressive symptoms in a cohort of Canadian medicinal cannabis users. J Psychiatr Res. 2019. 111. p. 134-139. 10.1016/j.jpsychires.2019.01.024.
3. Black, N., et al. Cannabinoids for the treatment of mental disorders and symptoms of mental disorders: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2019. 6. (12): p. 995-1010. 10.1016/S2215-0366(19)30401-8.
4. Xue, S., et al. Cannabis Use and Prospective Long-Term Association with Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies: Usage du cannabis et association prospective a long terme avec l'anxiete: une revue systematique et une meta-analyse d'etudes longitudinales. Can J Psychiatry. 2021. 66. (2): p. 126-138. 10.1177/0706743720952251.

5. Onaemo, V.N., T.O. Fawehinmi, and C. D'Arcy. Comorbid Cannabis Use Disorder with Major Depression and Generalized Anxiety Disorder: A Systematic Review with Meta-analysis of Nationally Representative Epidemiological Surveys. *J Affect Disord.* 2021. 281. p. 467-475. 10.1016/j.jad.2020.12.043.
6. Kedzior, K.K. and L.T. Laeber. A positive association between anxiety disorders and cannabis use or cannabis use disorders in the general population--a meta-analysis of 31 studies. *BMC Psychiatry.* 2014. 14. p. 136. 10.1186/1471-244x-14-136.
7. Campeny, E., et al. The blind men and the elephant: Systematic review of systematic reviews of cannabis use related health harms. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2020. 33. p. 1-35. 10.1016/j.euroneuro.2020.02.003.
8. Gobbi, G., et al. Association of Cannabis Use in Adolescence and Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Young Adulthood: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2019. 76. (4): p. 426-434. 10.1001/jamapsychiatry.2018.4500.
9. McDonald, A.J., M. Roerecke, and R.E. Mann. *Adolescent cannabis use and risk of mental health problems-the need for newer data.* *Addiction.* 2019. 114. (10): p. 1889-1890. 10.1111/add.14724.
10. Petrilli, K., et al. *Association of cannabis potency with mental ill health and addiction: a systematic review.* *Lancet Psychiatry.* 2022. 9. (9): p. 736-750. 10.1016/S2215-0366(22)00161-4.
11. Burke, C., et al. Associations of cannabis use, tobacco use, and incident anxiety, mood, and psychotic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2024. 54. (15): p. 1-15. 10.1017/S0033291724002587.
12. Sharpe, L., et al. Cannabis, a cause for anxiety? A critical appraisal of the anxiogenic and anxiolytic properties. *J Transl Med.* 2020. 18. (1): p. 374. 10.1186/s12967-020-02518-2.
13. Short, N.A., et al. Anxiety sensitivity and cannabis use: A systematic review and conceptualization of research findings. *Behav Res Ther.* 2025. 188. p. 104733. 10.1016/j.brat.2025.104733.

7.26 Prüffthese 26: „Cannabiskonsum wirkt gegen Depressionen.“



Das ist falsch.

Einordnung

Depressionen sind psychische Störungen, die sich durch langanhaltende Traurigkeit, mangelndes Interesse an Aktivitäten und Antriebslosigkeit auszeichnen. Sie beeinflussen das Denken, Fühlen und Handeln der betroffenen Person und haben sowohl emotionale als auch physische Auswirkungen. Die Ursachen für Depressionen sind vielfältig und können genetische, biologische, umweltbedingte und psychische Faktoren umfassen.

Synthese der Erkenntnisse

Bisher gibt es keinen kausalen Nachweis dafür, dass Cannabis Depressionen wirksam lindern kann. Vielmehr wird regelmäßiger und höherer Cannabiskonsum mit einem erhöhten Risiko für depressive Symptome und depressive Störungen in Verbindung gebracht.

Fakten

- Auch wenn einige wenige Studien darauf hindeuten, dass Cannabinoide, insbesondere CBD und geringe Mengen THC vorübergehend eine potenzielle antidepressive Wirkung haben könnten,^[1] gibt es keine wissenschaftliche Evidenz dahingehend, dass Cannabis Depressionen sicher und effektiv lindern kann.^[2-4]
- Die aktuelle Studienlage verweist vielmehr darauf, dass der Konsum von Cannabis keine Verbesserung des Therapieerfolgs bei Depression bewirkt bzw. sogar mit schlechteren Behandlungsergebnissen assoziiert ist.^[3-5]
- Zudem gibt es Hinweise darauf, dass Cannabiskonsum im Zusammenhang mit depressiven Symptomen oder einem gesteigerten Risiko für die Entwicklung einer Depression steht.^[1, 3, 6-8]
- Insbesondere häufiger Cannabiskonsum, der in der Jugend beginnt, wird als Risikofaktor für die Diagnose einer Depression im Erwachsenenalter beschrieben.^[1, 7, 9]
- Eine neuere Übersichtsarbeit bestätigt, dass Menschen, die sowohl Nikotin als auch Cannabis mit E-Zigaretten konsumieren ("dual vaping"), ein höheres Risiko für psychische Störungen wie Depressionen aufweisen.^[10]

Referenzen

1. Sorkhou, M., R.H. Bedder, and T.P. George. *The Behavioral Sequelae of Cannabis Use in Healthy People: A Systematic Review*. Front Psychiatry. 2021. 12. p. 630247. 10.3389/fpsy.2021.630247.
2. Black, N., et al. Cannabinoids for the treatment of mental disorders and symptoms of mental disorders: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2019. 6. (12): p. 995-1010. 10.1016/S2215-0366(19)30401-8.
3. Sorkhou, M., E.L. Dent, and T.P. George. *Cannabis use and mood disorders: a systematic review*. Front Public Health. 2024. 12. p. 1346207. 10.3389/fpubh.2024.1346207.
4. Rittiphairoj, T., et al. High-Concentration Delta-9-Tetrahydrocannabinol Cannabis Products and Mental Health Outcomes : A Systematic Review. Ann Intern Med. 2025. 10.7326/annals-24-03819.
5. Tourjman, S.V., et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force Report: A Systematic Review and Recommendations of Cannabis use in Bipolar Disorder and Major Depressive Disorder. Can J Psychiatry. 2023. 68. (5): p. 299-311. 10.1177/07067437221099769.
6. Solmi, M., et al. Balancing risks and benefits of cannabis use: umbrella review of meta-analyses of randomised controlled trials and observational studies. Bmj. 2023. 382. p. e072348. 10.1136/bmj-2022-072348.

7. Campeny, E., et al. The blind men and the elephant: Systematic review of systematic reviews of cannabis use related health harms. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2020. 33. p. 1-35. 10.1016/j.euroneuro.2020.02.003.
8. Churchill, V., et al. The association between cannabis and depression: an updated Systematic Review and Meta-analysis. *Psychol Med.* 2025. 55. p. e44. 10.1017/s0033291724003143.
9. Onaemo, V.N., T.O. Fawehinmi, and C. D'Arcy. Comorbid Cannabis Use Disorder with Major Depression and Generalized Anxiety Disorder: A Systematic Review with Meta-analysis of Nationally Representative Epidemiological Surveys. *J Affect Disord.* 2021. 281. p. 467-475. 10.1016/j.jad.2020.12.043.
10. Vaccari Bongetta, G.N., et al. Exploring the Practice of Dual Vaping: Health Risks and Behavioral Patterns in Nicotine and Cannabis E-Cigarette Users. *Brain Sci.* 2025. 15. (2). 10.3390/brainsci15020097.

7.27 Prüfthese 27: „Cannabiskonsum wirkt gegen ADHS.“



Das ist eher falsch: Ein Nachweis fehlt, dass Cannabiskonsum bei ADHS hilft.

Einordnung

ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) ist eine neurologische Entwicklungsstörung, die durch anhaltende Muster von Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und impulsivem Verhalten gekennzeichnet ist. Verschiedene genetische, neurologische und umweltbedingte Faktoren werden im Zusammenhang mit der Entstehung von ADHS diskutiert. Die Symptomatik kann sich negativ auf das schulische, soziale und berufliche Leben auswirken und bis ins Erwachsenenalter fortbestehen, auch wenn sich die Symptome im Laufe der Zeit abmildern können.

Synthese der Erkenntnisse

Trotz Berichten von ADHS-Patient:innen in qualitativen Studien, dass Cannabis die Symptome oder die Nebenwirkungen ihrer Medikamente lindern kann, gibt es aktuell keine wissenschaftliche Studie, die belegt, dass Cannabis oder Cannabinoide wie CBD wirksam bei der Behandlung von ADHS sind.

Fakten

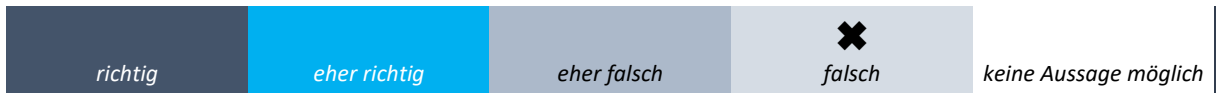
- Patient:innen mit ADHS berichten, dass sie durch den Konsum von Cannabis eine Verbesserung ihrer Symptome oder eine Reduzierung der Nebenwirkungen ihrer ADHS-Medikamente erfahren.^[1]
- Allerdings existiert bislang kein wissenschaftlicher Nachweis dafür, dass Cannabis oder Cannabinoide wie Cannabidiol (CBD) tatsächlich wirksam bei der Linderung von ADHS-Symptomen sind.^[1-3]
- Bei Personen mit ADHS wird ein erhöhter Cannabiskonsum beschrieben, unabhängig von der Schwere ihrer Symptome.^[4, 5] Ob dies auf eine Selbstmedikation zurückzuführen ist oder ob der Konsum die ADHS-Symptomatik verstärkt, bleibt jedoch unklar.^[1, 5]
- Einige Studien legen nahe, dass Menschen mit ADHS möglicherweise ein höheres Risiko für die Entwicklung einer Cannabisabhängigkeit haben könnten.^[4, 6]
- Es gibt Hinweise aus Studien, die auf einen möglichen Zusammenhang zwischen einer Cannabisexposition während der Schwangerschaft und einem erhöhten Risiko des Kindes für die spätere Entwicklung von ADHS hinweisen.^[7, 8]

Referenzen

1. Francisco, A.P., et al. *Cannabis use in Attention - Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A scoping review*. J Psychiatr Res. 2023. 157. p. 239-256. 10.1016/j.jpsychires.2022.11.029.
2. Black, N., et al. *Cannabinoids for the treatment of mental disorders and symptoms of mental disorders: a systematic review and meta-analysis*. Lancet Psychiatry. 2019. 6. (12): p. 995-1010. 10.1016/S2215-0366(19)30401-8.
3. Parrella, N.F., et al. *A systematic review of cannabidiol trials in neurodevelopmental disorders*. Pharmacol Biochem Behav. 2023. 230. p. 173607. 10.1016/j.pbb.2023.173607.
4. Froude, A.M., et al. *The prevalence of cannabis use disorder in attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical epidemiological meta-analysis*. J Psychiatr Res. 2024. 172. p. 391-401. 10.1016/j.jpsychires.2024.02.050.
5. Mosandl, C.F., et al. *Cannabis use and its association with psychopathological symptoms in a Swiss adult population: a cross-sectional analysis*. Front Public Health. 2024. 12. p. 1356988. 10.3389/fpubh.2024.1356988.
6. Schlossarek, S., et al. *Psychosocial Determinants of Cannabis Dependence: A Systematic Review of the Literature*. Eur Addict Res. 2016. 22. (3): p. 131-44. 10.1159/000441777.

7. Andrade, C. Maternal Cannabis Use in Pregnancy and Autism Spectrum Disorder or Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Offspring. *J Clin Psychiatry*. 2024. 86. (1). 10.4088/JCP.24f15717.
8. Tadesse, A.W., et al. Prenatal cannabis use and the risk of attention deficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorder in offspring: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2024. 171. p. 142-151. 10.1016/j.jpsychires.2024.01.045.

7.28 Prüfthese 28: „Cannabiskonsum verursacht einen generellen Motivationsverlust.“



Das ist falsch.

Einordnung

Motivationsverlust bedeutet, dass jemand über längere Zeit deutlich weniger Antrieb hat oder Schwierigkeiten hat, Aufgaben anzufangen oder weiterzuführen, die sonst wichtig oder interessant sind. Im Gegensatz zu gelegentlicher Antriebslosigkeit, die viele Menschen im Alltag erleben, ist dieser Zustand intensiver, dauert häufig länger an und beeinträchtigt oft den Alltag. Besonders im Zusammenhang mit Cannabiskonsum spricht man oft von einem "amotivationalen Syndrom". Menschen, die davon betroffen sind, zeigen wenig Interesse daran, alltägliche Dinge zu tun, wie zu lernen, zu arbeiten oder an sozialen und freizeithlichen Aktivitäten teilzunehmen.

Synthese der Erkenntnisse

Aktuelle Studien können einen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und einem generellen Motivationsverlust nicht bestätigen.

Fakten

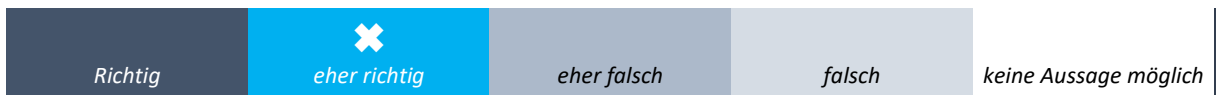
- Frühere Studien geben Hinweise auf einen kausalen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und einer geringeren Motivation.^[1-4]
- Neuere Studien zeigen demgegenüber, dass Cannabiskonsumierende eine ähnliche oder sogar gesteigerte Motivation im Vergleich zu Nichtkonsumierenden aufweisen.^[5-9]
- Ein „amotivationales Syndrom“ konnte in neueren Studien selbst bei Menschen mit höherem Cannabiskonsum nicht nachgewiesen werden.^[5, 7, 8]
- Studien konnten zudem keinen Nachweis finden, dass Cannabiskonsum die Motivation bei Jugendlichen langfristig negativ beeinflusst.^[8, 10, 11]
- Um mögliche Zusammenhänge zwischen Cannabiskonsum und einer niedrigen Motivation zu untersuchen, sollten zukünftige Verlaufsstudien Einflussfaktoren, wie kognitive Fähigkeiten, Geschlecht, Alter, Bildung, Symptome psychiatrischer Störungen (z. B. Depression und ADHS) sowie den Konsum anderer Substanzen, einbeziehen.^[1]

Referenzen

1. Pacheco-Colon, I., J.M. Limia, and R. Gonzalez. *Nonacute effects of cannabis use on motivation and reward sensitivity in humans: A systematic review*. *Psychol Addict Behav*. 2018. 32. (5): p. 497-507. 10.1037/adb0000380.
2. Skumlien, M., et al. *The acute and non-acute effects of cannabis on reward processing: A systematic review*. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021. 130. p. 512-528. 10.1016/j.neubiorev.2021.09.008.
3. Sorkhou, M., R.H. Bedder, and T.P. George. *The Behavioral Sequelae of Cannabis Use in Healthy People: A Systematic Review*. *Front Psychiatry*. 2021. 12. p. 630247. 10.3389/fpsy.2021.630247.
4. Lac, A. and J.W. Luk. *Testing the Amotivational Syndrome: Marijuana Use Longitudinally Predicts Lower Self-Efficacy Even After Controlling for Demographics, Personality, and Alcohol and Cigarette Use*. *Prev Sci*. 2018. 19. (2): p. 117-126. 10.1007/s11121-017-0811-3.
5. Vele, K.C., J.M. Cavalli, and A. Cservenka. *Effort-based decision making and self-reported apathy in frequent cannabis users and healthy controls: A replication and extension*. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2022. 44. (2): p. 146-162. 10.1080/13803395.2022.2093335.

6. Taylor, M.B. and F.M. Filbey. *Residual Effects of Cannabis Use on Effort-Based Decision-Making*. J Int Neuropsychol Soc. 2021. 27. (6): p. 559-569. 10.1017/S1355617721000473.
7. Acuff, S.F., N.W. Simon, and J.G. Murphy. *Effort-related decision making and cannabis use among college students*. Exp Clin Psychopharmacol. 2023. 31. (1): p. 228-237. 10.1037/pha0000544.
8. Skumlien, M., et al. *Anhedonia, Apathy, Pleasure, and Effort-Based Decision-Making in Adult and Adolescent Cannabis Users and Controls*. Int J Neuropsychopharmacol. 2023. 26. (1): p. 9-19. 10.1093/ijnp/pyac056.
9. Merrill, R.M., K. Ashton-Hwang, and L. Gallegos. *Association between cannabis use and physical activity in the United States based on legalization and health status*. Journal of Cannabis Research. 2024. 6. (1): p. 39. 10.1186/s42238-024-00248-6.
10. Pacheco-Colon, I., A.R. Ramirez, and R. Gonzalez. *Effects of Adolescent Cannabis Use on Motivation and Depression: A Systematic Review*. Curr Addict Rep. 2019. 6. (4): p. 532-546. 10.1007/s40429-019-00274-y.
11. Pacheco-Colon, I., et al. *Evidence Lacking for Cannabis Users Slacking: A Longitudinal Analysis of Escalating Cannabis Use and Motivation among Adolescents*. J Int Neuropsychol Soc. 2021. 27. (6): p. 637-647. 10.1017/S135561772000096X.

7.29 Prüfthese 29: „Cannabiskonsum verbessert die Gemütslage.“



Das ist eher richtig.

Einordnung

Die Gemütslage bezeichnet den emotionalen oder psychischen Zustand einer Person zu einem bestimmten Zeitpunkt. Sie umfasst Gefühle, Stimmungen und Befindlichkeiten und kann sowohl kurzfristig als auch über längere Zeiträume hinweg variieren.

Synthese der Erkenntnisse

Cannabiskonsum kann eine positive Wirkung auf die Gemütslage von Konsument:innen haben, jedoch geschieht dies nicht zwangsläufig. Vielmehr kann die Substanz auch gegenteilige Effekte hervorrufen und die Gemütslage verschlechtern.

Fakten

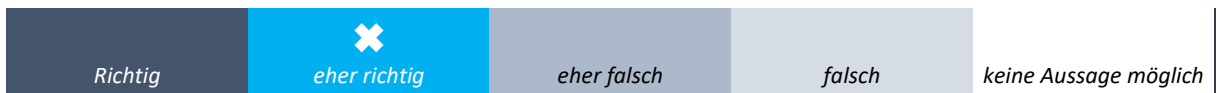
- Eine Vielzahl von Konsument:innen berichtet in Studien, dass THC (Tetrahydrocannabinol) ein „high“-Gefühl hervorrufen^[1, 2] sowie entspannend wirken und somit als eine Verbesserung der Gemütslage wahrgenommen werden kann.^[3-6]
- Eine neuere Studie mit jungen, gesunden Erwachsenen gibt Hinweise darauf, dass die Verabreichung von THC mit einer Zunahme der subjektiv erfahrenen Euphorie sowie einer erhöhten neuronalen Aktivität in Gehirnregionen korreliert, die eine zentrale Rolle im Belohnungssystem und in der Regulation kognitiver Funktionen spielen.^[7]
- Im Gegensatz dazu zeigen Untersuchungen, dass Cannabis nicht zwangsläufig euphorische Effekte hervorruft^[8] und kurzfristig gegenteilige Effekte wie Dysphorie hervorrufen kann.^[9, 10]
- Studien konnten zudem keinen Nachweis finden, dass Cannabiskonsum in der Adoleszenz mit Anhedonie (Verminderung der Freude) sowie in der frühen Erwachsenenzeit mit Apathie (Teilnahmslosigkeit und Desinteresse) verbunden ist.^[11]

Referenzen

1. Green, B., D. Kavanagh, and R. Young. *Being stoned: a review of self-reported cannabis effects*. Drug Alcohol Rev. 2003. 22. (4): p. 453-60. 10.1080/09595230310001613976.
2. Lorenzetti, V., et al. *Effects of cannabinoids on resting state functional brain connectivity: A systematic review*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2023. 145. p. 105014. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.105014>.
3. Balneaves, L.G., et al. *Youth and Young Adults' Knowledge and Perceptions of Risks and Benefits Regarding Cannabis Products: A Cross-Sectional Analysis of Over 1,700 Individuals*. J Psychoactive Drugs. 2024. p. 1-10. 10.1080/02791072.2024.2371028.
4. Carnide, N., et al. *Cannabis use motives and associations with personal and work characteristics among Canadian workers: a cross-sectional study*. J Occup Med Toxicol. 2024. 19. (1): p. 25. 10.1186/s12995-024-00424-7.
5. Cuttler, C., A. Spradlin, and R.J. McLaughlin. *A naturalistic examination of the perceived effects of cannabis on negative affect*. J Affect Disord. 2018. 235. p. 198-205. 10.1016/j.jad.2018.04.054.
6. Ghelani, A. *Motives for Recreational Cannabis Use among Mental Health Professionals*. Journal of Substance Use. 2021. 26. (3): p. 256-260. 10.1080/14659891.2020.1812124.
7. Crane, N.A. and K.L. Phan. *Effect of Δ9-Tetrahydrocannabinol on frontostriatal resting state functional connectivity and subjective euphoric response in healthy young adults*. Drug Alcohol Depend. 2021. 221. p. 108565. 10.1016/j.drugalcdep.2021.108565.

8. Kleine-Brueggeney, M., et al. Quantification and time course of subjective psychotropic and somatic effects of tetrahydrocannabinol - a prospective, single-blind, placebo-controlled exploratory trial in healthy volunteers. *BMC Psychiatry*. 2024. 24. (1): p. 902. 10.1186/s12888-024-06338-2.
9. Bossong, M.G., et al. Acute effects of Δ 9-tetrahydrocannabinol (THC) on resting state brain function and their modulation by COMT genotype. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2019. 29. (6): p. 766-776. 10.1016/j.euroneuro.2019.03.010.
10. Pelgrim, T.A.D., et al. Acute effects of Δ 9-tetrahydrocannabinol (THC) on resting state connectivity networks and impact of COMT genotype: A multi-site pharmacological fMRI study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2023. 251. p. 110925. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.110925>.
11. Skumlien, M., et al. Anhedonia, Apathy, Pleasure, and Effort-Based Decision-Making in Adult and Adolescent Cannabis Users and Controls. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2023. 26. (1): p. 9-19. 10.1093/ijnp/pyac056.

7.30 Prüfthese 30: „Cannabiskonsum führt zu Suizidgedanken.“



Das ist eher richtig – Cannabiskonsum kann Suizidgedanken fördern.

Einordnung

Suizidgedanken sind Bestandteil von Suizidalität, einem Begriff, der zudem Suizidabsichten und suizidales Verhalten einschließt. Suizidgedanken sind ein ernstes Problem, das Menschen aller Altersgruppen betreffen kann. Sie zeigen oft tiefe emotionale Not an und können durch verschiedene Faktoren ausgelöst werden. Zu den Risikofaktoren gehören psychische Erkrankungen, Drogenmissbrauch, traumatische Erlebnisse, soziale Isolation, familiäre Konflikte und finanzielle Belastungen. Schwere Lebensereignisse, wie der Verlust eines geliebten Menschen, Trennungen oder finanzielle Schwierigkeiten, können ebenfalls Suizidgedanken auslösen.

Synthese der Erkenntnisse

Suizidale Gedanken und Verhaltensweisen nehmen mit erhöhtem Cannabiskonsum zu. Insbesondere früher, häufiger und intensiver Cannabiskonsum kann mit suizidalen Gedanken und Verhaltensweisen in Verbindung stehen.

Fakten

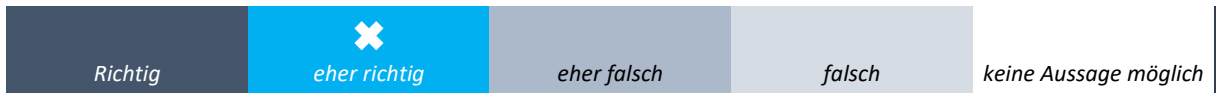
- Bislang fehlen ausreichende Belege dafür, dass akuter Cannabiskonsum das unmittelbare Risiko für Suizidalität erhöht,^[1, 2] jedoch geben zahlreiche Studien Hinweise darauf, dass insbesondere früher, häufiger und schwerer Cannabiskonsum mit suizidalen Gedanken und Verhaltensweisen assoziiert ist.^[1-4]
- Gegenüber akutem Cannabiskonsum deuten Studien darauf hin, dass mit steigendem Cannabiskonsum suizidale Gedanken und Verhaltensweisen zunehmen können.^[1, 2]
- Jugendliche sind besonders gefährdet, da Cannabiskonsum bei ihnen mit einem erhöhten Risiko für Suizidgedanken und Suizidversuche verbunden ist.^[4-8]
- Der Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und suizidalem Verhalten ist methodisch und inhaltlich komplex und bedarf der Berücksichtigung einer Vielzahl von relevanten Faktoren, die den Zusammenhang beeinflussen und einen Nachweis erschweren.^[2]

Referenzen

1. Borges, G., C.L. Bagge, and R. Orozco. *A literature review and meta-analyses of cannabis use and suicidality*. *J Affect Disord*. 2016. 195. p. 63-74. 10.1016/j.jad.2016.02.007.
2. Carvalho, J.V., L.S. Souza, and E.C. Moreira. *Association between cannabis use and suicidal behavior: A systematic review of cohort studies*. *Psychiatry Res*. 2022. 312. p. 114555. 10.1016/j.psychres.2022.114555.
3. Agrawal, A., et al. Major depressive disorder, suicidal thoughts and behaviours, and cannabis involvement in discordant twins: a retrospective cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2017. 4. (9): p. 706-714. 10.1016/S2215-0366(17)30280-8.
4. Maffre Maviel, G., et al. The role of depression in the relationship between cannabis use and suicidal behaviours: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2025. 273. p. 112714. 10.1016/j.drugalcdep.2025.112714.
5. Oliveira Gracini, C.L., et al. *Suicide ideation and psychotropic recreational drug use by adolescents: a systematic review and meta-analysis*. *Sao Paulo Med J*. 2024. 142. (4): p. e2022641. 10.1590/1516-3180.2022.0641.R2.23012024.
6. Silins, E., et al. *Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis*. *Lancet Psychiatry*. 2014. 1. (4): p. 286-93. 10.1016/S2215-0366(14)70307-4.

7. Fresán, A., et al. Cannabis smoking increases the risk of suicide ideation and suicide attempt in young individuals of 11-21 years: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2022. 153. p. 90-98.
10.1016/j.jpsychires.2022.06.053.
8. Gobbi, G., et al. Association of Cannabis Use in Adolescence and Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Young Adulthood: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2019. 76. (4): p. 426-434.
10.1001/jamapsychiatry.2018.4500.

7.31 Prüfthese 31: „Cannabiskonsum entspannt ...“ (a)



Das ist eher richtig.

„... und macht nicht aggressiv.“ (b)



Das ist eher falsch.

Einordnung

Entspannung ist ein Zustand der körperlichen und geistigen Ruhe und Gelassenheit, der mit gesundheitlichen Vorteilen wie Stressreduktion, Verbesserung der Schlafqualität, Verringerung von Angstsymptomen, emotionaler Stabilität einhergeht. Einige Menschen nutzen psychoaktive Substanzen, um eine geistige und/oder körperliche Entspannung zu erreichen.

Aggressionen bezeichnen im Allgemeinen Verhaltensweisen oder Tendenzen mit dem Ziel, eigene Positionen machtvoll zu vertreten und durchzusetzen. Sie können gegenüber anderen mit verbalen, physischen und psychischen Attacken verbunden sein und auch Schaden zufügen. Die Entstehung von Aggressionen ist ein komplexer Prozess, der durch ein Zusammenspiel aus biologischen, psychologischen und sozialen Einflüssen bestimmt wird. Dabei spielen emotionale Zustände, soziale und Umweltfaktoren, kulturelle und situative Bedingungen sowie Persönlichkeitsmerkmale und individuelle Faktoren wie Impulsivität und Impulskontrolle eine Rolle.

Synthese der Erkenntnisse

Zahlreiche Selbstberichte aus Studien legen nahe, dass Konsument:innen Cannabis als entspannend wahrnehmen. Andererseits zeigen Studien einen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und externalisierendem Verhalten, wie Aggressionen. Insbesondere chronischer Cannabiskonsum wird als potenzieller Risikofaktor für gesteigerte Aggressivität beschrieben, auch bei jungen Menschen. Insgesamt zeigen sich gegensätzliche Wirkungen von Cannabis.

Fakten

- Konsument:innen berichten in Studien von einer entspannenden Wirkung von Cannabis,^[1-3] sowohl bei jungen Menschen,^[2] als auch bei Erwachsenen.^[1, 3]
- Entspannung ist entsprechend ein häufig berichtetes Motiv für Cannabiskonsum.^[4, 5] Auch Menschen mit verschiedenen Erkrankungen suchen diese häufig als Wirkung des Cannabiskonsums,^[6, 7] inklusive Schmerzpatient:innen.^[8]
- Cannabiskonsum:innen berichten zudem, dass Cannabis stressreduzierende Effekte haben kann, die zur Entspannung beitragen.^[9] Es gibt Hinweise darauf, dass die Wirkung von Cannabis Aggressionsgefühle reduzieren kann.^[10]

- Andere Studien beschreiben einen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und externalisierendem Verhalten, wie Aggression und Impulsivität^[11, 12] sowie gewalttätigem Verhalten,^[13-16] insbesondere bei Jugendlichen^[13] oder Menschen mit schweren psychischen Störungen.^[17]
- Häufiger und langfristiger Cannabiskonsum wird als potenzieller Risikofaktor für Reizbarkeit, Aggression und Gewalt identifiziert.^[13, 15]
- Bei Menschen mit einer Cannabisabhängigkeit können Entzugssymptome mit einer erhöhten Reizbarkeit und Aggressivität einhergehen.^[18, 19]

Referenzen

1. Carnide, N., et al. Cannabis use motives and associations with personal and work characteristics among Canadian workers: a cross-sectional study. *J Occup Med Toxicol*. 2024. 19. (1): p. 25. 10.1186/s12995-024-00424-7.
2. Balneaves, L.G., et al. Youth and Young Adults' Knowledge and Perceptions of Risks and Benefits Regarding Cannabis Products: A Cross-Sectional Analysis of Over 1,700 Individuals. *J Psychoactive Drugs*. 2024. p. 1-10. 10.1080/02791072.2024.2371028.
3. Ghelani, A. *Motives for Recreational Cannabis Use among Mental Health Professionals*. *Journal of Substance Use*. 2021. 26. (3): p. 256-260. 10.1080/14659891.2020.1812124.
4. Nabata, K.J., et al. The Therapeutic Potential and Usage Patterns of Cannabinoids in People with Spinal Cord Injuries: A Systematic Review. *Curr Neuropharmacol*. 2021. 19. (3): p. 402-432. 10.2174/1570159X18666200420085712.
5. Skobic, I., et al. Marijuana versus evidence-based treatments for sleep and relaxation: A cross-sectional study of use and dose modification following involuntary job loss. *Sleep Health*. 2021. 7. (1): p. 113-117. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2020.06.008>.
6. Kinnunen, K., et al. A preliminary study evaluating self-reported effects of cannabis and cannabinoids on neuropathic pain and pain medication use in people with spinal cord injury. *Front Pain Res (Lausanne)*. 2023. 4. p. 1297223. 10.3389/fpain.2023.1297223.
7. Stith, S.S., et al. *Understanding feeling "high" and its role in medical cannabis patient outcomes*. *Front Pharmacol*. 2023. 14. p. 1135453. 10.3389/fphar.2023.1135453.
8. Lavie-Ajayi, M. and P. Shvartzman. *Restored Self: A Phenomenological Study of Pain Relief by Cannabis*. *Pain Med*. 2019. 20. (11): p. 2086-2093. 10.1093/pm/pny176.
9. Cuttler, C., A. Spradlin, and R.J. McLaughlin. *A naturalistic examination of the perceived effects of cannabis on negative affect*. *J Affect Disord*. 2018. 235. p. 198-205. 10.1016/j.jad.2018.04.054.
10. De Sousa Fernandes Perna, E.B., et al. *Subjective aggression during alcohol and cannabis intoxication before and after aggression exposure*. *Psychopharmacology (Berl)*. 2016. 233. (18): p. 3331-40. 10.1007/s00213-016-4371-1.
11. Sorkhou, M., R.H. Bedder, and T.P. George. *The Behavioral Sequelae of Cannabis Use in Healthy People: A Systematic Review*. *Front Psychiatry*. 2021. 12. p. 630247. 10.3389/fpsy.2021.630247.
12. Girgis, J., et al. *Cannabis Use and Internalizing/Externalizing Symptoms in Youth: A Canadian Population-Based Study*. *J Adolesc Health*. 2020. 67. (1): p. 26-32. 10.1016/j.jadohealth.2020.01.015.
13. Dellazizzo, L., et al. Violence and Cannabis Use: A Focused Review of a Forgotten Aspect in the Era of Liberalizing Cannabis. *Front Psychiatry*. 2020. 11. p. 567887. 10.3389/fpsy.2020.567887.
14. Rafiei, D. and N.J. Kolla. *Fact or Faction Regarding the Relationship between Cannabis Use and Violent Behavior*. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2022. 50. (1): p. 44-55. 10.29158/JAAPL.210034-21.
15. Schoeler, T., et al. *Continuity of cannabis use and violent offending over the life course*. *Psychol Med*. 2016. 46. (8): p. 1663-77. 10.1017/S0033291715003001.
16. Campeny, E., et al. The blind men and the elephant: Systematic review of systematic reviews of cannabis use related health harms. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2020. 33. p. 1-35. 10.1016/j.euroneuro.2020.02.003.
17. Sorkhou, M., et al. *Does cannabis use predict aggressive or violent behavior in psychiatric populations? A systematic review*. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2022. 48. (6): p. 631-643. 10.1080/00952990.2022.2118060.
18. Connor, J.P., et al. *Clinical management of cannabis withdrawal*. *Addiction*. 2022. 117. (7): p. 2075-2095. 10.1111/add.15743.
19. Schlienz, N.J., et al. *Cannabis Withdrawal: A Review of Neurobiological Mechanisms and Sex Differences*. *Curr Addict Rep*. 2017. 4. (2): p. 75-81. 10.1007/s40429-017-0143-1.

7.32 Prüfthese 32: „Cannabiskonsum macht kreativ.“



Das ist eher falsch.

Einordnung

Kreativität ist die Fähigkeit, neue und originelle Ideen zu entwickeln. Bestandteile sind divergentes Denken, das Generieren vieler unterschiedlicher Lösungen, und konvergentes Denken, welches darauf abzielt, die beste Lösung zu finden. Kreativität beinhaltet entsprechend das Lösen von Problemen durch innovative Ansätze und kann in unterschiedlichen Bereichen wie Beruf, Schule und Alltag, aber auch Kunst und Wissenschaft hilfreich sein.

Synthese der Erkenntnisse

Persönlichkeitsmerkmale der Cannabiskonsument:innen werden in Zusammenhang mit höherer Kreativität gebracht, anders als der Cannabiskonsum. Höhere THC-Dosen können das divergente Denken und damit die Kreativität negativ beeinträchtigen.

Fakten

- Untersuchungen deuten darauf hin, dass Cannabis Aspekte von Kreativität wie die Erzeugung neuer Ideen in verbaler Form oder divergentes Denken verbessern könnte.^[1, 2]
- Studien zeigen, dass der scheinbare kreative Vorteil dabei nicht auf den Cannabiskonsum selbst zurückzuführen ist, sondern mit den Persönlichkeitsmerkmalen der Konsument:innen^[2, 3] und deren kreativen Vorveranlagungen zusammenhängt.^[1, 2]
- Neuere Studien zeigen zudem, dass Cannabiskonsument:innen ihre Kreativität positiver einschätzen und lassen vermuten, dass Cannabis selbst keinen Einfluss auf die tatsächliche Kreativität der Konsument:innen hat.^[3, 4]
- Studienergebnisse zeigen, dass hohe THC-Dosen das divergente Denken von Cannabiskonsument:innen negativ beeinträchtigen können.^[5]

Referenzen

1. Schafer, G., et al. *Investigating the interaction between schizotypy, divergent thinking and cannabis use*. Conscious Cogn. 2012. 21. (1): p. 292-8. 10.1016/j.concog.2011.11.009.
2. Minor, K.S., et al. *Predicting creativity: The role of psychometric schizotypy and cannabis use in divergent thinking*. Psychiatry Research. 2014. 220. (1): p. 205-210. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.08.044>.
3. LaFrance, E.M. and C. Cuttler. *Inspired by Mary Jane? Mechanisms underlying enhanced creativity in cannabis users*. Conscious Cogn. 2017. 56. p. 68-76. 10.1016/j.concog.2017.10.009.
4. Heng, Y.T., C.M. Barnes, and K.C. Yam. *Cannabis use does not increase actual creativity but biases evaluations of creativity*. J Appl Psychol. 2023. 108. (4): p. 635-646. 10.1037/apl0000599.
5. Kowal, M.A., et al. *Cannabis and creativity: highly potent cannabis impairs divergent thinking in regular cannabis users*. Psychopharmacology (Berl). 2015. 232. (6): p. 1123-34. 10.1007/s00213-014-3749-1.

7.33 Prüfthese 33: „Cannabiskonsum schädigt soziale Beziehungen.“



Eher falsch – Cannabiskonsum schädigt soziale Beziehungen nicht grundsätzlich.

Operationalisierung

Dem Konsum von Cannabis werden Auswirkungen auf die Beziehungen im persönlichen Nahfeld zugeordnet.

- Auf der einen Seite würden enge Bindungen an Angehörige und Freunde Schaden nehmen, da ein Teil der Konsument:innen dazu neigt, sich sozial zu isolieren.
- Auf der anderen Seite habe der gemeinsame Cannabiskonsum aber auch eine verbindende, positiv konnotierte Wirkung.

Synthese der Erkenntnisse

Es gibt keine Evidenz dafür, dass Cannabiskonsum als solcher Beziehungen schädigt. Eine Abwendung Heranwachsender von ihren Eltern im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum ist auch vom Erziehungsstil abhängig. Der Anschluss an eine Peergroup wird auch von den Erwartungen an Cannabiswirkungen moderiert. Cannabiskonsum ohne Anwesenheit anderer geht verstärkt mit Coping-Strategien und Anzeichen problematischen Konsums einher. Im Rahmen einer Entwicklung zu einer Cannabisgebrauchsstörung oder -abhängigkeit gehören negative Auswirkungen auf bestehende soziale Beziehungen zum Krankheitsbild.

Fakten

- Das Symptom „Vernachlässigung sozialer Aktivitäten“ gehört zum empirisch bestätigten Klassifikationsmodell einer Cannabisgebrauchsstörung bzw. -abhängigkeit nach DSM.^[1]
- Häufiger Cannabiskonsum steht in Zusammenhang mit dem Konsum ohne andere Personen. Motive für diesen sind insbesondere: das Gefühl, konsumieren zu müssen, zu entspannen, durch den Tag zu kommen und Ärger bzw. Frustration oder negative Emotionen hinter sich zu lassen.^[2, 3] Konsum ohne andere Personen geht einher mit höheren Anteilen von Cannabisgebrauchsstörungen als Konsum in der Peergroup.^[4]
- Studien, die mögliche Zusammenhänge zwischen Cannabiskonsum und einer Abwendung von bisherigen Bezugspersonen (z. B. Eltern) bzw. Hinwendung zu neuen (z. B. Peers) in den Mittelpunkt stellen, suchen moderierende Faktoren zu identifizieren, die diese Prozesse leiten.^[5, 6]
- Positive Erwartungen an die Wirkungen von Cannabis moderieren die Bereitschaft, sich von den Peers zum Konsum beeinflussen zu lassen, positiv. Negative entsprechend negativ.^[6] Neu gesuchte Peerbindungen zeigen eine hohe Übereinstimmung zum eigenen aktuellen Cannabiskonsum (soziale Auswahl). So gefunden führen sie zu einer Anpassung des eigenen Konsums an den der Gruppe.^[5] Gruppendruck fördert den Substanzkonsum.^[7, 8]
- Wenn Individuen emotionale Gewalt erlebt haben, erhöht dies die Nähe zu Peers mit normabweichendem Verhalten und (darüber vermittelt) zu höheren Niveaus von Substanzkonsum.^[9]
- Studien zeigen, dass Eltern-Kind-Beziehungen einen größeren Einfluss auf den Substanzkonsum der Heranwachsenden haben als der Substanzkonsum auf das Verhältnis der Heranwachsenden zu den Eltern.^[10] Ein positives Familienklima mit wenigen Konflikten steht in Zusammenhang mit selteneren Cannabiskonsumproblemen der Jugendlichen.^[11] Niedrige emotionale Unterstützung geht einher mit gesteigertem Substanzkonsum der Heranwachsenden.^[12] Eine positive Haltung zu den Eltern steht in Zusammenhang mit

niedrigem Substanzkonsum und einer höheren Bereitschaft der Jugendlichen, selbstbestimmt auf den Konsum zu verzichten.^[13] Ein früher Einstieg in den Cannabiskonsum steht in Zusammenhang mit einem hohen Ausmaß an Distanzierung von den Eltern.^[8] Begleiten die Eltern die Jugendlichen eng (parental warmth and monitoring^[14]), womit Wissen über Freunde oder auch Konsum einhergeht, gibt es einen weniger starken Zusammenhang zwischen jugendlicher Distanzierung und Substanzkonsum. Eine enge Begleitung der Jugendlichen durch die Eltern kann einen möglichen konsumverstärkenden Einfluss von Peers reduzieren.^[6] Diskussionen der Eltern mit ihren Kindern zu Konsumsituationen sind mit einer niedrigeren Wahrscheinlichkeit für späteren Substanzkonsum assoziiert. Im Gegenteil dazu wurde bei Regelverdeutlichung und Kritik ein gesteigerter Substanzkonsum der Heranwachsenden festgestellt.^[15]

Referenzen

1. Piontek, D., et al. The validity of DSM-IV cannabis abuse and dependence criteria in adolescents and the value of additional cannabis use indicators. *Addiction*. 2011. 106. (6): p. 1137-45. 10.1111/j.1360-0443.2010.03359.x.
2. Terry-McElrath, Y.M., et al. Characteristics and reasons for use associated with solitary alcohol and marijuana use among U.S. 12th Grade Students, 2015–2021. *Drug and Alcohol Dependence*. 2022. 235. p. 109448. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109448>.
3. Mason, W.A., A.L. Stevens, and C.B. Fleming. *A systematic review of research on adolescent solitary alcohol and marijuana use in the United States*. *Addiction*. 2020. 115. (1): p. 19-31. 10.1111/add.14697.
4. Creswell, K.G., et al. *Solitary cannabis use in adolescence as a correlate and predictor of cannabis problems*. *Drug Alcohol Depend*. 2015. 156. p. 120-125. 10.1016/j.drugalcdep.2015.08.027.
5. Barnett, N.P., et al. *Peer selection and influence for marijuana use in a complete network of first-year college students*. *Addictive Behaviors*. 2022. 124. p. 107087. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107087>.
6. Marschall-Lévesque, S., et al. *Moderators of the association between peer and target adolescent substance use*. *Addictive Behaviors*. 2014. 39. (1): p. 48-70. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.09.025>.
7. Studer, J., et al. *Risky substance use and peer pressure in Swiss young men: Test of moderation effects*. *Drug Alcohol Depend*. 2016. 168. p. 89-98. 10.1016/j.drugalcdep.2016.08.633.
8. Gallegos, M.I., et al. *Detachment, peer pressure, and age of first substance use as gateways to later substance use*. *Drug and Alcohol Dependence*. 2021. 218. p. 108352. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108352>.
9. Yoon, D., S.M. Snyder, and S. Yoon. *Child maltreatment types and adolescent substance use: The role of deviant peer affiliation*. *Child & Family Social Work*. 2020. 25. (2): p. 355-363. 10.1111/cfs.12691.
10. Schaefer, J.D., K.M. Nelson, and S. Wilson. *The Effects of Adolescent Cannabis Use on Psychosocial Functioning: A Critical Review of the Evidence*. *Psychiatr Clin North Am*. 2023. 46. (4): p. 677-689. 10.1016/j.psc.2023.03.011.
11. Heerde, J.A., et al. Longitudinal Associations Between the Adolescent Family Environment and Young Adult Substance Use in Australia and the United States. *Front Psychiatry*. 2019. 10. p. 821. 10.3389/fpsy.2019.00821.
12. Haugland, S.H., L. Coombes, and T.H. Stea. Associations between parenting and substance use, meal pattern and food choices: A cross-sectional survey of 13,269 Norwegian adolescents. *Prev Med Rep*. 2019. 14. p. 100862. 10.1016/j.pmedr.2019.100862.
13. Abar, C.C., et al. *Relationships between parent-child social media interactions and health behaviors*. *Journal of Substance Use*. 2018. 23. (3): p. 335-337. 10.1080/14659891.2017.1410586.
14. Miller, S., J.T. Siegel, and W.D. Crano. *Parent's Influence on Children's Cannabis Use*. 2017. p. 215-222. 10.1016/b978-0-12-800756-3.00025-9.
15. Chaplin, T.M., et al. *Parental-adolescent drug use discussions: physiological responses and associated outcomes*. *J Adolesc Health*. 2014. 55. (6): p. 730-5. 10.1016/j.jadohealth.2014.05.001.

7.34 Prüfthese 34: „Cannabiskonsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln.“



Das ist eher falsch – in Bezug auf konkretes Sozialverhalten sind keine Unterschiede belegt.

Operationalisierung

Der inhaltliche Kern dieser These hat mehrere Facetten:

- Konsument:innen von Cannabis würden persönlichkeitsbedingt ein eingeschränktes bzw. von Nichtkonsument:innen abweichendes Sozialverhalten zeigen.
- Der Cannabiskonsum würde sich negativ auf das menschliche Sozialverhalten auswirken.
- Soziale Folgen möglicher paralleler Erkrankungen und auch abhängigkeitsinduzierte Konsumfolgen sind hier nicht gemeint: Mit Letzteren gehen, unabhängig von der verursachenden Substanz, regelmäßig sozial- und eigenschädliche Verhaltensweisen einher.

Synthese der Erkenntnisse

Für Heranwachsende mit und ohne Cannabiskonsum lassen sich empirisch keine evidenten Differenzen hinsichtlich ihres Sozialverhaltens finden.

Eine unterdurchschnittliche Ausprägung einzelner Persönlichkeitsmerkmale (wie z. B. soziale Verträglichkeit oder Gewissenhaftigkeit) gilt als Prädiktor für Cannabiskonsum und geht eher mit diesem einher.

Fakten

- Eine schweizerische Longitudinalstudie, die wiederkehrend die Einschätzungen Dritter, toxikologische Untersuchungen sowie kontrollierte Experimente integrierte, zeigte keine statistisch relevanten Unterschiede zwischen Cannabis konsumierenden und abstinenten Heranwachsenden in Bezug auf eingeschränktes Sozialverhalten.^[1]
- Untersuchungen zu relevanten Persönlichkeitsdimensionen zeigen, dass bei Cannabiskonsument:innen die Bereiche (soziale) ‚Verträglichkeit‘ („Agreeableness“) und ‚Gewissenhaftigkeit‘ („Conscientiousness“) unterdurchschnittlich ausgeprägt sind.^[2-4] Damit sind Facetten zwischenmenschlicher Beziehungen gemeint, die von Altruismus, Vertrauen, Freimütigkeit, Entgegenkommen, Bescheidenheit und Gutherzigkeit bestimmt werden, sowie solche Aspekte, die durch Kompetenz, Ordnungsliebe, Pflichtbewusstsein, Leistungsstreben, Selbstdisziplin und Besonnenheit charakterisiert werden. Dies betrifft auch das Befolgen geltender Regeln und ethischer Grundsätze.^[5, 6]
- Für Menschen mit einem von niedriger Gewissenhaftigkeit und gering ausgeprägter Verträglichkeit bestimmten Persönlichkeitsprofil wird eine höhere Wahrscheinlichkeit berichtet, mit dem Cannabiskonsum zu beginnen^[7] bzw. eine Cannabisgebrauchsstörung zu entwickeln.^[8-10] Sowohl die Robustheit der Erkenntnisse^[11, 12] als auch in Analysen einbezogene genetische Dispositionen^[13, 14] führen zur Bewertung von Persönlichkeitsmerkmalen als Prädiktoren des Cannabiskonsums.

Referenzen

1. Ehlert, A., et al. *Substance Use-Related Alterations of Social Decision Making in a Longitudinal Cohort of Young Adults*. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*. 2024. 9. (10): p. 1058-1065. 10.1016/j.bpsc.2024.06.014.

2. Terracciano, A., et al. *Five-Factor Model personality profiles of drug users*. BMC Psychiatry. 2008. 8. (1): p. 22. 10.1186/1471-244X-8-22.
3. Fridberg, D.J., et al. *Cannabis users differ from non-users on measures of personality and schizotypy*. Psychiatry Res. 2011. 186. (1): p. 46-52. 10.1016/j.psychres.2010.07.035.
4. Allen, M.S. and S. Laborde. *A prospective study of personality and illicit drug use in Australian adults*. Personality and Individual Differences. 2020. 163. p. 110048. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110048>.
5. McCrae, R.R. and O.P. John. *An introduction to the five-factor model and its applications*. J Pers. 1992. 60. (2): p. 175-215. 10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x.
6. Muck, P.M., Rezension des "NEO-Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae (NEO-PI-R)" von F. Ostendorf und A. Angleitner. Vol. 48. 2004: Hogrefe Verlag. 203–210. 10.1026/0932-4089.48.4.203.
7. LaSpada, N., et al. *Risk taking, sensation seeking and personality as related to changes in substance use from adolescence to young adulthood*. Journal of Adolescence. 2020. 82. (1): p. 23-31. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.04.011>.
8. Ruiz, M.A., A.L. Pincus, and J.A. Schinka. Externalizing Pathology and the Five-Factor Model: A Meta-Analysis of Personality Traits Associated with Antisocial Personality Disorder, Substance Use Disorder, and Their Co-Occurrence. Journal of Personality Disorders. 2008. 22. (4): p. 365-388. 10.1521/pedi.2008.22.4.365.
9. Dash, G.F., et al. Big Five personality traits and alcohol, nicotine, cannabis, and gambling disorder comorbidity. Psychol Addict Behav. 2019. 33. (4): p. 420-429. 10.1037/adb0000468.
10. Jain, T., M. Patriquin, and M. Sanches. *Associations between big five personality dimensions and lifetime use of cannabis*. Am J Addict. 2025. 34. (3): p. 322-326. 10.1111/ajad.13668.
11. Dash, G.F., N.G. Martin, and W.S. Slutske. *Big Five personality traits and illicit drug use: Specificity in trait-drug associations*. Psychol Addict Behav. 2023. 37. (2): p. 318-330. 10.1037/adb0000793.
12. Herchenroeder, L., et al. A cross-national examination of cannabis protective behavioral strategies' role in the relationship between Big Five personality traits and cannabis outcomes. Am J Drug Alcohol Abuse. 2022. 48. (1): p. 27-37. 10.1080/00952990.2021.1919689.
13. Jang, K.L., McCrae, R. R. , Angleitner, A. , Riemann, R. & Livesley, W. J. . *Heritability of Facet-Level Traits in a Cross-Cultural Twin Sample*. Journal of Personality and Social Psychology. 1998. 74. (6): p. 1556-1565.
14. Riemann, R., A. Angleitner, and J. Strelau. Genetic and Environmental Influences on Personality: A Study of Twins Reared Together Using the Self- and Peer Report NEO-FFI Scales. Journal of Personality. 1997. 65. (3): p. 449-475.

7.35 Prüfthese 35: „Cannabiskonsum führt zu niedrigen Leistungen...“ (a)

Richtig	eher richtig	✘ eher falsch	falsch	keine Aussage möglich
---------	--------------	-------------------------	--------	-----------------------

Das ist eher falsch.

„... und geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau.“ (b)

Richtig	eher richtig	eher falsch	✘ falsch	keine Aussage möglich
---------	--------------	-------------	--------------------	-----------------------

Das ist weder in Deutschland, noch woanders so.

Operationalisierung

Die These hat mehrere Facetten:

- Cannabiskonsum verursache niedrige Bildungsabschlüsse, geringes Einkommen oder auch die hohe Inanspruchnahme von Sozialleistungen,
- Cannabiskonsum sei unter Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status stärker verbreitet.

Synthese der Erkenntnisse

Cannabiskonsum ist empirisch positiv verbunden mit niedrigeren Bildungsabschlüssen, folglich geringerem beruflichen Einkommen und höherer Inanspruchnahme staatlicher Unterstützungsleistungen. Dies steht insbesondere in Zusammenhang mit einem frühen Einstieg bzw. regelmäßigem Konsum.

Hinter diesen Assoziationen verbergen sich weniger der direkte Einfluss des Cannabiskonsums als vielmehr dritte Faktoren, die sich sowohl auf den Konsum als auch den sozioökonomischen Status auswirken (sozioökonomischer Status der Herkunftsfamilie, genetische Disposition, zeitlich vorgelagerter Alkoholkonsum, elterlicher Substanzkonsum, Peer-Einfluss).

Es besteht in Deutschland kein Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und dem Cannabiskonsum.

Fakten

- Internationale Untersuchungen belegen: Cannabiskonsum in der Adoleszenz ist assoziiert mit höheren Anteilen von Bildungsunterbrechungen bzw. -abbrüchen sowie in der Konsequenz mit niedrigeren Bildungsabschlüssen, niedrigerem Berufsstatus, niedrigerem Einkommen, höherer Inanspruchnahme staatlicher Unterstützungsleistungen als auch Schulden und Delinquenz im jungen Erwachsenenalter.^[1-9] Auch für Ältere werden solche Zusammenhänge beschrieben.^[10-13]
- Analysen, die gezielt einzelne Einflussfaktoren auf solche Zusammenhänge kontrollieren, kommen zu differenzierten Ergebnissen. Die oben genannten Folgen werden insbesondere mit einem frühen Konsumbeginn sowie einem regelmäßigen Konsum in Zusammenhang gebracht.^[1, 6, 14-16]
- Zwillingsstudien und Untersuchungen, in denen vielfältige, weitere Einflussfaktoren kontrolliert werden, sehen nur geringe oder gar keine negativen Zusammenhänge zwischen dem Cannabiskonsum als solchem und nachfolgenden sozioökonomischen Folgen. D. h., die ermittelten Zusammenhänge sind auf (intra-, inter- oder auch extraindividuelle) Faktoren zurückzuführen (z. B.: genetische Dispositionen, eigener Alkohol-

konsum, elterlicher Substanzkonsum, familiäre soziale Nachteile, Peer-Einfluss), die sich sowohl auf den Cannabiskonsum als auch auf die Indikatoren des sozioökonomischen Status auswirken.^[4, 8, 11, 14, 17]

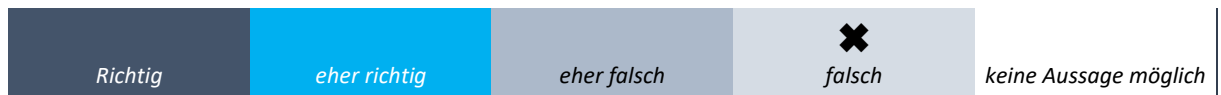
- Cannabisgebrauch unter jungen Erwachsenen ist in den USA mit einem hohen familiären sozioökonomischen Niveau assoziiert.^[18] Für Schweden wird eine höhere Wahrscheinlichkeit mit dem Cannabiskonsum zu beginnen, für Jugendliche aus Elternhäusern mit akademischer Bildung belegt.^[19] Für Deutschland werden keine statistisch signifikanten Zusammenhänge des Cannabiskonsums mit Bildungs- und Migrationshintergrund – weder für Minderjährige noch für junge Erwachsene – bestätigt.^[20] Gleichwohl zeigen sich vereinzelt Hinweise auf höhere Konsumanteile in Deutschland bei Personen mit hohem Bildungsniveau^[21] und auch Schüler:innen aus sozial gehobeneren Stadtteilen.^[22]
- Auch zwischen einem riskanten Cannabiskonsum und dem sozioökonomischen Status von 18-35-Jährigen kann für Deutschland kein Zusammenhang belegt werden.^[23] Untersuchungen aus Frankreich und Schweden belegen, dass intensiver Cannabiskonsum mit einem niedrigen Sozialstatus assoziiert ist.^[19, 24]

Referenzen

1. Shanahan, L., et al. Frequent teenage cannabis use: Prevalence across adolescence and associations with young adult psychopathology and functional well-being in an urban cohort. *Drug Alcohol Depend.* 2021. 228. p. 109063. 10.1016/j.drugalcdep.2021.109063.
2. Barry, K.M., et al. Adolescent cannabis experimentation and unemployment in young to mid-adulthood: Results from the French TEMPO Cohort study. *Drug Alcohol Depend.* 2022. 230. p. 109201. 10.1016/j.drugalcdep.2021.109201.
3. Fergusson, D.M. and J.M. Boden. *Cannabis use and later life outcomes.* *Addiction.* 2008. 103. (6): p. 969-76; discussion 977-8. 10.1111/j.1360-0443.2008.02221.x.
4. Verweij, K.J., et al. Is the relationship between early-onset cannabis use and educational attainment causal or due to common liability? *Drug Alcohol Depend.* 2013. 133. (2): p. 580-6. 10.1016/j.drugalcdep.2013.07.034.
5. Lorenzetti, V., E. Hoch, and W. Hall. *Adolescent cannabis use, cognition, brain health and educational outcomes: A review of the evidence.* *Eur Neuropsychopharmacol.* 2020. 36. p. 169-180. 10.1016/j.euroneuro.2020.03.012.
6. Horwood, L.J., et al. *Cannabis use and educational achievement: Findings from three Australasian cohort studies.* *Drug and Alcohol Dependence.* 2010. 110. (3): p. 247-253. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.03.008>.
7. Schaefer, J.D., et al. Associations between adolescent cannabis use and young-adult functioning in three longitudinal twin studies. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2021. 118. (14). 10.1073/pnas.2013180118.
8. Levola, J., et al. Adolescent alcohol and cannabis use and early adulthood educational attainment in the 1986 Northern Finland birth cohort study. *BMC Public Health.* 2024. 24. (1): p. 255. 10.1186/s12889-024-17693-w.
9. Danielsson, A.K., et al. Cannabis use among Swedish men in adolescence and the risk of adverse life course outcomes: results from a 20 year-follow-up study. *Addiction.* 2015. 110. (11): p. 1794-802. 10.1111/add.13042.
10. Williams, J. and J.C. van Ours. *Hazardous or not? Cannabis use and early labor market experiences of young men.* *Health Econ.* 2020. 29. (10): p. 1148-1160. 10.1002/hec.4125.
11. Popovici, I. and M.T. French. *Cannabis use, employment, and income: fixed-effects analysis of panel data.* *J Behav Health Serv Res.* 2014. 41. (2): p. 185-202. 10.1007/s11414-013-9349-8.
12. Pedersen, W., A. Mastekaasa, and T. von Soest. Cannabis and Tobacco Use Among Young People and Labor Market Outcomes in Midlife: A 23-Year Population-Based Longitudinal Study. *J Stud Alcohol Drugs.* 2022. 83. (5): p. 731-739. 10.15288/jsad.21-00311.
13. Boden, J.M., et al. Modelling possible causality in the associations between unemployment, cannabis use, and alcohol misuse. *Soc Sci Med.* 2017. 175. p. 127-134. 10.1016/j.socscimed.2017.01.001.
14. Thompson, K., et al. Associations Between Marijuana Use Trajectories and Educational and Occupational Success in Young Adulthood. *Prev Sci.* 2019. 20. (2): p. 257-269. 10.1007/s11121-018-0904-7.
15. Melchior, M., et al. Early cannabis initiation and educational attainment: is the association causal? Data from the French TEMPO study. *Int J Epidemiol.* 2017. 46. (5): p. 1641-1650. 10.1093/ije/dyx065.
16. Arria, A.M., et al. *Drug Use Patterns and Continuous Enrollment in College: Results From a Longitudinal Study.* *Journal of Studies on Alcohol & Drugs.* 2013. 74. (1): p. 71-83. 10.15288/jsad.2013.74.71.
17. Zellers, S., et al. Limited psychological and social effects of lifetime cannabis use frequency: Evidence from a 30-year community study of 4,078 twins. *J Psychopathol Clin Sci.* 2024. 133. (1): p. 115-128. 10.1037/abn0000867.
18. Patrick, M.E., et al. *Socioeconomic Status and Substance Use Among Young Adults: A Comparison Across Constructs and Drugs.* *Journal of Studies on Alcohol & Drugs.* 2012. 73. (5): p. 772-782. 10.15288/jsad.2012.73.772.

19. Gripe, I., et al. *Are the well-off youth in Sweden more likely to use cannabis?* Drug Alcohol Rev. 2021. 40. (1): p. 126-134. 10.1111/dar.13139.
20. Orth, B. and C. Merkel. *Der Substanzkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2021 zu Alkohol, Rauchen, Cannabis und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. 2022. 10.17623/BZGA:Q3-ALKSY21-DE-1.0.*
21. Kotz, D., et al. *Cannabis Use in Germany.* Dtsch Arztebl Int. 2024. 121. (2): p. 52-57. 10.3238/arztebl.m2023.0237.
22. Baumgärtner, T. *Soziale Lage, Alltagsleben und Suchtmittelgebrauch. 2023.*
23. Seidel, A.K., M. Morgenstern, and R. Hanewinkel. *[Risk factors for risky cannabis use : A retrospective cohort study of 7671 cannabis users].* Nervenarzt. 2020. 91. (11): p. 1040-1046. 10.1007/s00115-020-00930-z.
24. Legleye, S., et al. *The influence of socioeconomic status on cannabis use among French adolescents.* J Adolesc Health. 2012. 50. (4): p. 395-402. 10.1016/j.jadohealth.2011.08.004.

7.36 Prüffhese 36: „Cannabiskonsum ist cool.“



Das ist falsch. Ein Großteil der Bevölkerung beurteilt ihn negativ.

Einordnung

Über Konsument:innen psychotroper Substanzen können - wie gegenüber anderen Gruppen - pauschale gesellschaftliche Vorurteile bestehen. Diese lassen sich zu positiv und negativ konnotierten Stereotypen verdichten. Manifeste negative Einstellungen führen zu einer Verstetigung in Form eines Stigmas, das zu einer Diskreditierung bis hin zur Ausgrenzung sowie zum Statusverlust der Betroffenen führen kann.^[1, 2]

Synthese der Erkenntnisse

Es gibt keine Hinweise darauf, dass Cannabiskonsum von einem größeren Teil der Bevölkerung als positiv bzw. „cool“ betrachtet wird.

Vielmehr lehnen sehr große Teile der Heranwachsenden Cannabiskonsum als „uncool“ ab, ebenso wie Erwachsene den entsprechenden Konsum der Heranwachsenden.

Fakten

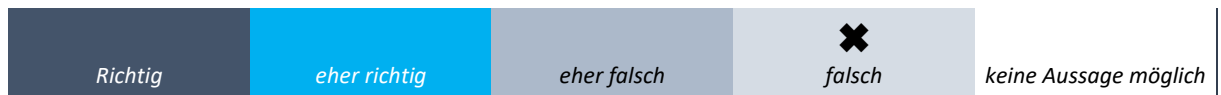
- Die konkrete empirische Forschungslage zu Fragen der Beurteilung des Cannabiskonsums als solchem bzw. der Beurteilung der Konsument:innen dieser Substanz ist ausgesprochen spärlich. Übersichtsarbeiten fehlen. Gleichzeitig wird die Stigmatisierung der Cannabiskonsumt:innen in der Literatur berichtet. Insbesondere wird diese übergreifend gegenüber Menschen mit einer Substanzgebrauchsstörung betont.^[3]
- Es gibt einzelne Hinweise, dass sich eine Stigmatisierung von Cannabiskonsumt:innen in Europa auf einem niedrigen Niveau bewegen könnte.^[4] Das Ausmaß der Stigmatisierung ist bei einem „Freizeit“-Konsum größer als bei medizinischem Gebrauch (auch wenn dieser nach wie vor skeptisch gesehen wird). Gleiches gilt für regelmäßigen im Unterschied zu gelegentlichem Konsum.^[5, 6]
- Der Cannabiskonsum Jugendlicher wird durch Erwachsene (in US-amerikanischen Studien) deutlich ausgeprägter abgelehnt als der von Volljährigen. Während sich in Bezug auf regelmäßigen Konsum Jugendlicher in den vergangenen Jahren keine Änderung der Beurteilung zeigt, geht die strikte Ablehnung gelegentlichen Konsums Jugendlicher zurück (sie ist aber noch weit überwiegend vorzufinden).^[7, 8]
- Unter US-amerikanischen ebenso wie unter schweizerischen Heranwachsenden zeigt sich eine altersabhängige, deutliche Ablehnung des Cannabiskonsums, die mit steigendem Alter sinkt. Diese veränderte sich bei den jüngeren Amerikaner:innen in den vergangenen Jahren nicht, während sie bei diesen älteren Jugendlichen langsam und bei diesen jungen Erwachsenen sehr deutlich abnimmt.^[9, 10] Wenig überraschend befürworteten Jugendliche mit frühem Cannabiseinstieg (<14 Jahre) den Cannabiskonsum stärker als gleichaltrige Abstinente.^[10, 11]
- 15-19-jährige, repräsentativ befragte Schweizer:innen bewerten den Cannabiskonsum als „unattraktiv“ und „uncool“ (jeweils mit einem Mittelwert von 5,4 auf einer Skala von 1 (positiv) bis 7 (negativ)). 17-19-Jährige halten seltenen Cannabiskonsum für akzeptabel. Durchgängig überschätzen die 15-19-Jährigen die Akzeptanz des Cannabiskonsums durch Gleichaltrige.^[9]

- Einzelne Studien verweisen darauf, dass sich die Beurteilung des Cannabiskonsums im Laufe der Adoleszenz in Teilen der Heranwachsenden zum Positiven ändert^[12] bzw. generell mit anhaltendem Konsum positive Erwartungen an die Wirkungen verbunden sind.^[13]

Referenzen

1. Buchner, U.G. and P. Slezcka. *Stigma Sucht*. Sozial Extra. 2024. 48. (2): p. 74-79. 10.1007/s12054-024-00682-z.
2. Reid, M. *Chapter 11 - Cannabis stigmas: A narrative of features*, in *Cannabis Use, Neurobiology, Psychology, and Treatment*. C.R. Martin, V.B. Patel, and V.R. Preedy, Editors. 2023. Academic Press. p. 171-179. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-89862-1.00005-2>.
3. Yang, L.H., et al. *Stigma and substance use disorders: an international phenomenon*. Curr Opin Psychiatry. 2017. 30. (5): p. 378-388. 10.1097/ycp.0000000000000351.
4. Skliamis, K., A. Benschop, and D.J. Korf. *Cannabis users and stigma: A comparison of users from European countries with different cannabis policies*. European Journal of Criminology. 2022. 19. (6): p. 1483-1500. 10.1177/1477370820983560.
5. Borojevic, V. and F. Söhner. *Detecting and understanding potential stigma among medical cannabis users in Germany*. BMC Public Health. 2025. 25. (1): p. 874. 10.1186/s12889-025-22084-w.
6. Coles, A.R.L., et al. *The highs and lows of cannabis stigma: a vignette study of factors that influence stigma toward cannabis consumers*. Drugs: Education, Prevention and Policy. 2024. p. 1-14. 10.1080/09687637.2024.2392546.
7. Mehus, C.J., et al. *35-Year-Old Parents Do Not Approve of 17-Year-Olds' Cigarette, Marijuana, or Alcohol Use: U.S. National Data 1993-2018*. J Adolesc Health. 2022. 70. (6): p. 989-992. 10.1016/j.jadohealth.2022.01.001.
8. Harris-Lane, L.M., et al. *Emerging Adult Perceptions of Cannabis Consumption Post-Legalization: Considering Age and Sex Differences*. Journal of Adolescent Health. 2023. 72. (3): p. 404-411. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.10.008>.
9. Frey, T. and T.N. Friemel, *Substanzkonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz im Jahr 2021: eine repräsentative Befragung unter 15- bis 19-Jährigen*. 2021. Universität Zürich: Zürich. <https://doi.org/10.5167/uzh-211166>.
10. Salas-Wright, C.P., et al. *Trends in the disapproval and use of marijuana among adolescents and young adults in the United States: 2002–2013*. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse. 2015. 41. (5): p. 392-404. 10.3109/00952990.2015.1049493.
11. Korn, L., et al. *Attitudes, Subjective Norms, and Perceived Behavioral Control Associated with Age of First Use of Cannabis among Adolescents*. J Sch Health. 2021. 91. (1): p. 50-58. 10.1111/josh.12977.
12. Bilgri, O.R., et al. *Cannabis, youth and social identity: the evolving meaning of cannabis use in adolescence*. Journal of Youth Studies. 2022. 25. (9): p. 1199-1214. 10.1080/13676261.2021.1948513.
13. Holm, S., et al. *The importance of cannabis culture in young adult cannabis use*. Journal of Substance Use. 2014. 19. (3): p. 251-256. 10.3109/14659891.2013.790493.

7.37 Prüfthese 37: „Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis.“



Das ist falsch.

Synthese der Erkenntnisse

Eine:r von zehn Erwachsenen in Deutschland konsumiert Cannabis. Von den jungen Erwachsenen ist es etwa jede:r Vierte.

Es besteht kein Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Cannabiskonsum.

Fakten

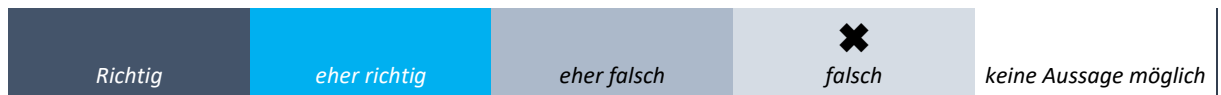
- Konsum in der Bevölkerung: 10,0 % der volljährigen Bevölkerung Deutschlands konsumierten in den vergangenen zwölf Monaten Cannabis, Männer häufiger als Frauen (12,3 % vs. 7,6 %).^[1]
- Cannabiskonsum ist regional unterschiedlich: In Berlin wird eher (16,7 %) als in Sachsen und Sachsen-Anhalt konsumiert (6,2 % bzw. 6,6 %).^[2]
- Cannabiskonsum differiert zwischen Altersgruppen: Die konsumstärkste Altersgruppe ist (im Jahr 2021) die der 18-24-Jährigen: Von ihnen konsumierten im Laufe des letzten Jahres 23,9 %. Mit zunehmendem Alter sinkt diese Prävalenz des Cannabiskonsums.^[3] Für das Jahr 2025 wird eine 12-Monats-Konsumprävalenz von 25,6 % für die 18-25-Jährigen berichtet.^[4]
- Minderjährige konsumieren in geringerem Ausmaß Cannabis als Volljährige: Für das Jahr 2023 wird eine Konsumprävalenz von 6,7 % für die Gesamtgruppe der 12-17-Jährigen berichtet (Jungen: 7,4 %, Mädchen: 6,1%).^[5] Diese zeigt sich im Jahr 2025 leicht niedriger (insg.: 6,1 %, Jungen: 7,2 %, Mädchen: 4,6 %).^[4] In der Teilgruppe der 16-17-Jährigen lag (im Jahr 2023) die 12-Monats-Konsumprävalenz mit 17 % deutlich höher (Jungen: 19,5 %, Mädchen: 14,6 %).^[6]
- Wenn konsumiert wird, geschieht dies in der Mehrheit eher selten: Etwa 65 % der Cannabis konsumierenden 18-25-Jährigen nahmen in den vergangenen 12 Monaten maximal 10 Konsumeinheiten zu sich, unter den 12-17-Jährigen waren es 82 %.^[4]
- Für die Schweiz wird eine erhebliche Diskrepanz zwischen der tatsächlichen Cannabiskonsumprävalenz und der wahrgenommenen (=vermuteten) Konsumprävalenz Gleichaltriger – 15-19-Jähriger – berichtet.^[7]
- Für Deutschland kann kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Bildungsniveau oder Migrationshintergrund und dem Cannabiskonsum bestätigt werden.^[8] Gleichwohl zeigen sich vereinzelt Hinweise auf höhere Konsumanteile bei Personen mit hohem Bildungsniveau^[9] und auch Schüler:innen aus sozial gehobeneren Stadtteilen.^[10] Untersuchungen aus Frankreich und Schweden belegen, dass intensiver Cannabiskonsum mit einem niedrigen Sozialstatus assoziiert ist.^[11, 12]

Referenzen

1. Rauschert, C., J. Möckl, and N. Wilms, Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2021: Tabellenband: Trends der Prävalenz des (problematischen) Konsums illegaler Drogen nach Geschlecht und Alter 1990-2021. 2023. IFT Institut für Therapieforschung. PubMed-ID: 38699773.
2. Olderbak, S., et al., Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Substanzkonsum und Hinweise auf substanzbezogene Störungen in Bayern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg. 2023. IFT Institut für Therapieforschung: München.
3. Rauschert, C., et al. Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2021: Tabellenband: (problematischer) Konsum illegaler Drogen und multiple Drogenerfahrung nach Geschlecht und Alter im Jahr 2021. 2023.

4. Orth, B. and A. Nitzsche, Die Drogenaffinität Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2025. Cannabis – aktuelle Entwicklungen und Trends., in BIÖG-Forschungsbericht. B.f.Ö. Gesundheit, Editor. 2025. <https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q3-DAS25-CAN-DE-1.0>.
5. BZgA, Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2023: Ergebnisse zum Cannabiskonsum. B.f.g. Aufklärung, Editor. 2024.
6. Eckhardt, S., A. Nitzsche, and B. Orth. Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland: Studienergebnisse und Präventionsangebote des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit. *Journal of Health Monitoring*. 2025. 10. (3). 10.25646/13416.
7. Frey, T. and T.N. Friemel, Substanzkonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz im Jahr 2021: eine repräsentative Befragung unter 15- bis 19-Jährigen. 2021. Universität Zürich: Zürich. <https://doi.org/10.5167/uzh-211166>.
8. Orth, B. and C. Merkel. Der Substanzkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2021 zu Alkohol, Rauchen, Cannabis und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. 2022. 10.17623/BZGA:Q3-ALKSY21-DE-1.0.
9. Kotz, D., et al. *Cannabis Use in Germany*. *Dtsch Arztebl Int*. 2024. 121. (2): p. 52-57. 10.3238/arztebl.m2023.0237.
10. Baumgärtner, T. Soziale Lage, Alltagsleben und Suchtmittelgebrauch. 2023.
11. Gripe, I., et al. *Are the well-off youth in Sweden more likely to use cannabis?* *Drug Alcohol Rev*. 2021. 40. (1): p. 126-134. 10.1111/dar.13139.
12. Legleye, S., et al. *The influence of socioeconomic status on cannabis use among French adolescents*. *J Adolesc Health*. 2012. 50. (4): p. 395-402. 10.1016/j.jadohealth.2011.08.004.

7.38 Prüfthese 38: „Cannabiskonsum ist nun für alle überall erlaubt.“



Das ist falsch.

Synthese der Erkenntnisse

Cannabiskonsum ist in Deutschland nicht verboten.

Der Erwerb von Cannabis ist verboten, aber straffrei, wenn eine Menge von bis zu 25 g Cannabis am Tag bzw. 50 g im Monat nicht überschritten wird.

Der Besitz von Cannabis (bis zu 25 g unterwegs, 50 g zu Hause) ist nur Volljährigen erlaubt – Minderjährigen nicht. An Minderjährige darf kein Cannabis abgegeben werden.

Cannabis darf in der Öffentlichkeit nicht in Nähe von Minderjährigen und nicht an Orten, an denen sich Kinder und Jugendliche regelmäßig aufhalten, konsumiert werden.

Fakten

- Fast jeder Umgang mit Cannabis ist in Deutschland durch das Konsum-Cannabisgesetz (KCanG)^[1, 2] untersagt. Der reine Konsum wird nicht explizit verboten (§2 I KCanG).^[3, 4] Das gilt auch für Minderjährige. Allerdings wird jede Abgabe oder Überlassung von Cannabis an Minderjährige scharf sanktioniert (§ 34 III S. 2 Nr. 3, IV Nr. 1 KCanG).^[5]
- Der Erwerb von Cannabis ist verboten (§2 KCanG), bleibt aber straffrei, wenn die erworbene Menge 25 g am Tag bzw. 50 g im Monat nicht überschreitet (§34 KCanG), gleich wo bzw. wie es erworben wurde.^[6] Straffreiheit besteht auch für Jugendliche; aber: Hier gilt ein verwaltungsrechtliches Verbot.^[5] Bei Minderjährigen aufgefundenes Cannabis kann deshalb polizeirechtlich sichergestellt werden. Die Polizei muss die Sorgeberechtigten über das Auffinden informieren. Bei gewichtigen Gründen für die Annahme der Gefährdung des Wohls des Kindes oder des Jugendlichen muss der Träger der öffentlichen Jugendhilfe informiert werden (§7 KCanG).^[2, 3, 5]
- Der Besitz von bestimmten Mengen Cannabis wird unter definierten Bedingungen ausdrücklich erlaubt (§3 KCanG): Personen ab 18 Jahren dürfen außerhalb der eigenen Wohnung oder des gewöhnlichen Aufenthalts bis zu 25 g Cannabis zum Eigenkonsum besitzen. Am Wohnsitz ist der Besitz von 50 g Cannabis zum Eigenkonsum und der Besitz von bis zu drei lebenden Cannabispflanzen erlaubt. Insgesamt darf die im Besitz befindliche Menge pro Person das Gewicht von 50 g nicht überschreiten (getrocknetes Cannabis).^[3, 7, 8] Ein Überschreiten der Besitz-Gewichtsgrenzen auf bis zu 30 g (außerhalb) bzw. 60 g (innerhalb der Wohnung) stellt eine Ordnungswidrigkeit dar, darüber hinaus handelt es sich um eine Straftat (§34 I 1 KCanG).^[3]
- Cannabis muss vor dem Zugriff Dritter – insbesondere Kindern und Jugendlichen – geschützt sein (§10 KCanG).^[3]
- Es gilt ein strenges Weitergabeverbot, auch für Kleinstmengen, z. B. einen einzelnen Joint (§2 iVm. §34 I 3ff. KCanG).^[3]
- Verboten ist der Konsum in der Öffentlichkeit in unmittelbarer Nähe von Jugendlichen und Kindern („gleichzeitige, vorsätzliche, enge körperliche Nähe der konsumierenden Person und einem oder mehreren Kindern oder Jugendlichen am gleichen Ort oder in unmittelbarer räumlicher Nähe“)^[2] (§5 KCanG). Verboten ist auch der Konsum an Orten, an denen sich Kinder und Jugendliche regelmäßig aufhalten sowie in „Sichtweite“ deren Eingangs. Eine Sichtweite ist jenseits einer Entfernung von 100 Metern nicht mehr ge-

geben.^[2, 9-12] Das betrifft somit Schulen, Kinder- und Jugendeinrichtungen, Kinderspielplätze und öffentlich zugängliche Sportstätten. Außerdem ist der Konsum in räumlicher Nähe zu Anbauvereinigungen uneingeschränkt verboten und in Fußgängerzonen zwischen 7 und 20 Uhr untersagt (§5 II KCanG).^[3]

- Die Teilnahme am Straßenverkehr mit einem Kraftfahrzeug (Kfz) wird ab einer Blutserumkonzentration von 3,5 Nanogramm THC pro ml als Ordnungswidrigkeit klassifiziert (§24a StVG),^[13] mit den entsprechenden Folgen.^[2] Bis zum Erreichen des vollendeten 21. Lebensjahres ist das Führen eines Kfz unter jedem Einfluss von THC verboten (§24c StVG).^[14, 15]
- Strafvorschriften bzw. -rahmen gelten sowohl für Volljährige wie auch für strafmündige Jugendliche (ab 14 Jahren, unter Hinzuziehung des Jugendgerichtsgesetzes).^[3]

Referenzen

1. Cremer-Schaeffer, P. *Cannabis – neues Gesetz, neue Möglichkeiten?* Der Schmerz. 2024. 38. (4): p. 239-240. 10.1007/s00482-024-00817-x.
2. Eberth, et al., *Verteidigung in Betäubungsmittelsachen*. 8 ed. 2025.
3. Oğlakcioğlu, M.T. and P. Welke. *Ganz seltsame Blüten... Das neue Cannabisgesetz im Überblick und der Versuch einer ersten Konsolidierung*. KriPoZ. 2024. (3).
4. Ferner, J. *KCanG: Konsumcannabisgesetz in Kraft getreten*. jurisPR-StrafR. 2024. (8 Anm2).
5. Sobota, S. and S. Pschorr. *Das KCanG im Lichte des Jugendstrafrechts und vice versa*. ZJJ. 2024. (4).
6. OLG, Urteil vom 12. Dezember 2024 – 5 ORs 21/24 - Strafbarkeit des Erwerbs von Cannabis zum Eigenkonsum. 2024. Hanseatisches Oberlandesgericht Hamburg ECLI:DE:OLGHH:2024:1212.5ORBS21.24.00.
7. BGH, *Zur Freigabegrenze beim Besitz von Cannabis - Leitsatz 29.10.2024*. 2025: Kriminallistik. p. 44.
8. BGH, *KCanG: Ermittlung der sog. Freigrenze - 29.10.2024*. 2025: ZAP. p. 90.
9. Abgeordnetenhaus Berlin. *Schriftliche Anfrage. Drucksache 19 / 18 839*. 9.4.2024
10. Bayerischer Landtag. *Schriftliche Anfrage. Drucksache 19 / 2167*. 14.6.2024
11. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit Pflege und Prävention and A.-M. Hammer. *Cannabis*. 2025; Available from: <https://www.stmgp.bayern.de/vorsorge/sucht/cannabis>.
12. Deutscher Bundesrat. *Empfehlungen der Ausschüsse. Drucksache 92/1/24*. 11.3.2024
13. Krenberger, B. *Freispruch für Fahrt nach neuen Cannabis-Regelungen - Anmerkungen zu OLG Oldenburg (Oldenburg) Senat für Bußgeldsachen, Beschluss vom 29.08.2024 - 2 ORbs 95/24 (1537 Js 37043/23)*. juris. 2024.
14. Dronkovic, U. *Cannabismisbrauch im Straßenverkehr*. DAR. 2025. p. 2-4.
15. Krenberger, B. *PR-VerkR*. juris. 2025. (3).

7.39 Prüfthese 39: „Die Teillegalisierung wird zu einem Anstieg des Cannabiskonsums führen...“

(a)

<input checked="" type="radio"/> Richtig	<input type="radio"/> eher richtig	<input type="radio"/> eher falsch	<input type="radio"/> falsch	<input type="radio"/> keine Aussage möglich
--	------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	---

Das ist anzunehmen.

„... insbesondere unter Minderjährigen.“ (b)

<input type="radio"/> Richtig	<input type="radio"/> eher richtig	<input checked="" type="radio"/> eher falsch	<input type="radio"/> falsch	<input type="radio"/> keine Aussage möglich
-------------------------------	------------------------------------	--	------------------------------	---

Das ist eher nicht zu erwarten.

Einordnung

In Kanada, Uruguay und vielen Bundesstaaten der USA ist der Verkauf bzw. die Abgabe von Cannabis zu Freizeitwecken seit einigen Jahren erlaubt. Der Erwerb ist nur Volljährigen gestattet. Die Regularien unterscheiden sich erheblich. Sie sind in den USA im Vergleich zu Kanada, aber insbesondere gegenüber Uruguay, liberaler. In Deutschland ist der kommerzielle Verkauf von THC-haltigen Cannabisprodukten nach wie vor uneingeschränkt verboten. Ausschließlich für den privaten Konsum dürfen in Deutschland Anbauvereinigungen ihren volljährigen Mitgliedern bestimmte Cannabismengen abgeben, Volljährige dürfen bis zu drei Cannabispflanzen selbst anbauen. Der nach wie vor illegale Erwerb von Cannabis ist bei Beachtung bestimmter Mengengrenzen aber straffrei.^[1, 2]

Synthese der Erkenntnisse

Die Legalisierung des Cannabiskonsums hat in den Staaten, die diese bisher umgesetzt haben, zu einem Anstieg der Konsumprävalenz bei Erwachsenen geführt. Für Minderjährige scheint dies grundsätzlich nicht zu gelten.

Fakten

- Nach Analyse der Situation in den USA, Kanada und Uruguay kommen systematische Überblicksarbeiten übergreifend zu dem Schluss, dass eine Legalisierung des Cannabiskonsums mit einem Anstieg der Konsumprävalenz bei Erwachsenen einhergeht. Dies wird insbesondere für junge Erwachsene beschrieben.^[3-7] Gestützt werden diese Erkenntnisse auch durch diverse Einzelstudienresultate.^[8-12] Die räumliche Nähe zu den Verkaufsstellen befördert die Verbreitung des Cannabiskonsums unter Erwachsenen.^[3, 8, 9, 13]
- Zum Zusammenhang von Legalisierung des Cannabiskonsums für Erwachsene zu Freizeitwecken und Veränderungen im Konsum Minderjähriger belegen die in Metaanalysen und systematischen Reviews eingeschlossenen Untersuchungen weit überwiegend keinen Zusammenhang.^[5-7] Auch eine aktuelle, systematische Metaanalyse, die Daten für die USA analysiert, beschreibt keinen signifikanten Zusammenhang.^[14] Die Legalisierung führt also (i. d. R.) zu keinem Anstieg der Cannabiskonsumprävalenz unter Minderjährigen, auch wenn vereinzelt ein sehr geringer Anstieg der Konsumprävalenz oder der Cannabisgebrauchsstörungen beschrieben wird.^[5, 6, 10, 15, 16] Auch ein Zusammenhang zwischen räumlicher Nähe zu Cannabisverkaufsstellen und minderjährigem Cannabiskonsum wird nicht bestätigt.^[3]

Referenzen

1. Neu, P. Cannabislegalisierung in Deutschland – Implikationen aufgrund der Erfahrungen aus Uruguay, Kanada und den USA: ein narratives Review. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2023. 91. (10): p. 397-403. 10.1055/a-2125-9106.
2. Deutscher Bundestag. Gesetz zum Umgang mit Konsumcannabis (Konsumcannabisgesetz - KCanG). 27.03.2024
3. Cantor, N., et al. The association between physical availability of cannabis retail outlets and frequent cannabis use and related health harms: a systematic review. *Lancet Reg Health Am.* 2024. 32. p. 100708. 10.1016/j.lana.2024.100708.
4. Manthey, J., et al. The impact of legal cannabis availability on cannabis use and health outcomes: A systematic review. *Int J Drug Policy.* 2023. 116. p. 104039. 10.1016/j.drugpo.2023.104039.
5. Hall, W., et al. The implementation and public health impacts of cannabis legalization in Canada: a systematic review. *Addiction.* 2023. 118. (11): p. 2062-2072. 10.1111/add.16274.
6. O'Grady, M.A., et al. Is legalization of recreational cannabis associated with levels of use and cannabis use disorder among youth in the United States? A rapid systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2024. 33. (3): p. 701-723. 10.1007/s00787-022-01994-9.
7. Belackova, V., et al. Getting "The whole picture": A review of international research on the outcomes of regulated cannabis supply. *Int J Drug Policy.* 2025. 142. p. 104796. 10.1016/j.drugpo.2025.104796.
8. Everson, E.M., et al. *Post-Legalization Opening of Retail Cannabis Stores and Adult Cannabis Use in Washington State, 2009–2016.* *American Journal of Public Health.* 2019. 109. (9): p. 1294-1301. 10.2105/ajph.2019.305191.
9. Ambrose, C.A., B.W. Cowan, and R.E. Rosenman. *Geographical access to recreational marijuana.* *Contemporary Economic Policy.* 2021. 39. (4): p. 778-807. <https://doi.org/10.1111/coep.12518>.
10. Montgomery, B.W., et al. *Estimating the effects of legalizing recreational cannabis on newly incident cannabis use.* *PLoS One.* 2022. 17. (7): p. e0271720. 10.1371/journal.pone.0271720.
11. Hobin, E., et al. Co-use of cannabis and alcohol before and after Canada legalized nonmedical cannabis: A repeat cross-sectional study. *J Psychopharmacol.* 2023. 37. (5): p. 462-471. 10.1177/02698811231161583.
12. Ross, J.M., et al. Evaluating substance use outcomes of recreational cannabis legalization using a unique co-twin control design. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2023. 49. (5): p. 630-639. 10.1080/00952990.2022.2163177.
13. Rhew, I.C., et al. Associations of cannabis retail outlet availability and neighborhood disadvantage with cannabis use and related risk factors among young adults in Washington State. *Drug and Alcohol Dependence.* 2022. 232. p. 109332. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109332>.
14. Pawar, A.K.S., et al. Systematic Review and Meta-Analysis: Medical and Recreational Cannabis Legalization and Cannabis Use Among Youth in the United States. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2024. 63. (11): p. 1084-1113. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.02.016>.
15. Zuckermann, A.M.E., et al. Trends in youth cannabis use across cannabis legalization: Data from the COMPASS prospective cohort study. *Prev Med Rep.* 2021. 22. p. 101351. 10.1016/j.pmedr.2021.101351.
16. Cerdá, M., et al. Association Between Recreational Marijuana Legalization in the United States and Changes in Marijuana Use and Cannabis Use Disorder From 2008 to 2016. *JAMA Psychiatry.* 2020. 77. (2): p. 165-171. 10.1001/jamapsychiatry.2019.3254