



# Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland: Studienergebnisse und Präventionsangebote des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit

**Autorinnen und Autoren:** Stephanie Eckhardt<sup>1</sup>, Anika Nitzsche<sup>2</sup>, Boris Orth<sup>2</sup>

**Institution:** <sup>1</sup> Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, Referat T 4 – Suchtprävention, Köln <sup>2</sup> Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, Referat Q 3 – Evaluation, Methoden, Forschungsdaten, Köln

## Abstract

**Hintergrund:** Mit dem Konsumcannabisgesetz erfolgte am 1. April 2024 eine Teillegalisierung von Cannabis. Für Jugendliche unter 18 Jahren bleibt Cannabis weiterhin verboten. Der Beitrag untersucht, wie sich die Verbreitung des Cannabiskonsums unter jungen Menschen in Deutschland bis zu diesem Zeitpunkt entwickelt hat und stellt Präventionsmaßnahmen und Förderprojekte des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG, vormals Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA) dar.

**Methode:** Anhand repräsentativer Studien des BIÖG werden für 12- bis 17-jährige Jugendliche und 18- bis 25-jährige junge Erwachsene soziodemografische Unterschiede im Jahr 2023 und Trends der 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums in den Jahren 2008 bis 2023 untersucht. Aktuelle Präventionsangebote werden systematisch dargestellt.

**Ergebnisse:** Die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums änderte sich vor der Teillegalisierung bei weiblichen und männlichen Jugendlichen wenig, erhöhte sich bei jungen Frauen (2008: 8,3%; 2023: 19,4%) und Männern (2008: 14,8%; 2023: 26,9%) aber deutlich. Der Fokus von Maßnahmen der Cannabisprävention liegt im schulischen Setting und auf digitalen Angeboten.

**Schlussfolgerungen:** Effekte der Teillegalisierung auf den Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener müssen durch Folgestudien evaluiert werden. Das BIÖG bietet für unterschiedliche Zielgruppen fundierte Informationen zu Cannabis, dessen Wirkweise und den gesundheitlichen Risiken sowie digitale Beratungsangebote und Selbsttests an und baut seine Angebote kontinuierlich aus.

**Keywords:** Cannabiskonsum, Deutschland, Zeitliche Trends, Prävention, Jugendliche, Junge Erwachsene

## 1. Einleitung

Mit Inkrafttreten des Konsumcannabisgesetzes (KCanG<sup>1</sup>) am 1. April 2024 ist der Eigenanbau von Cannabis – unter Beachtung der gesetzlich festgelegten Rahmenbedingungen – für Erwachsene legal. Darüber hinaus ist der gemeinschaftliche, nicht gewerbliche Eigenanbau von Cannabis in Anbauvereinigungen seit dem 1. Juli 2024 unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt. Über diese Anbauvereinigungen darf Cannabis an Erwachsene zum Eigenkonsum kontrolliert weitergegeben werden.

<sup>1</sup> Artikel 1 des Gesetzes zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften (Cannabisgesetz – CanG) vom 27. März 2024, BGBl. 2024 I Nr. 109, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Juni 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 207) geändert worden ist.

## Informationen zu Artikel und Zeitschrift

Eingereicht: 30.06.2025  
Akzeptiert: 03.09.2025  
Veröffentlicht: 24.09.2025

Artikel peer reviewed

Zitierweise: Eckhardt S, Nitzsche A, Orth B. Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland: Studienergebnisse und Präventionsangebote des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit. J Health Monit. 2025;10(3):e 13416. doi: 10.25646/13416

Stephanie Eckhardt  
[stephanie.eckhardt@bioeg.de](mailto:stephanie.eckhardt@bioeg.de)

Robert Koch-Institut, Berlin  
Journal of Health Monitoring  
[www.rki.de/jhealthmonit](http://www.rki.de/jhealthmonit)

Englische Version des Artikels  
[www.rki.de/jhealthmonit-en](http://www.rki.de/jhealthmonit-en)

 Open access

  
[CC BY 4.0 Lizenzvertrag](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)  
[Namensnennung 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes.  
Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.



Das Robert Koch-Institut ist ein  
Bundesinstitut im Geschäftsbereich des  
Bundesministeriums für Gesundheit

Für Jugendliche unter 18 Jahren bleibt Cannabis jedoch weiterhin verboten. Das Gesetz hat neben der Eindämmung cannabisbezogener Kriminalität das Ziel, die cannabisbezogene Aufklärung und Prävention sowie den Kinder- und Jugendschutz zu stärken. Gesetzlich vorgeschrieben wurde daher auch der Ausbau der Aufklärungs- und Präventionsarbeit des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG; im Gesetzestext noch als Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bezeichnet<sup>2</sup>) sowie die Evaluation der genannten Ziele.

Es ist bekannt, dass der erste Konsum von Cannabis häufig schon im Jugendalter stattfindet [1]. Wie auch andere gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen entsteht ein Substanzkonsum oftmals in der Adoleszenz, da er als Mittel zur Bewältigung bestimmter Schritte auf dem Weg zum Erwachsenwerden genutzt wird, wie beispielsweise zur Abgrenzung von den Eltern und zur Autonomiegewinnung, zur eigenen Identitätsentwicklung (auch in Bezug auf die Geschlechtsidentität) oder zum Aufbau von Freundschaften und intimer Beziehungen [2,3]. Jugendliche sind nicht nur gefährdet in der Adoleszenz einen (problematischen) Substanzkonsum zu entwickeln, sie sind darüber hinaus aufgrund der noch nicht abgeschlossenen Wachstums- und Reifephase auch besonders vulnerabel in Bezug auf ungünstige Auswirkungen eines Substanzkonsums [4,5]. Studien belegen zudem eine dosisabhängige Verbindung zwischen Cannabiskonsum und psychischen Erkrankungen wie depressiven Störungen, Suizidalität, bipolaren Störungen, Angsterkrankungen sowie dem schädlichen Gebrauch anderer Substanzen [6]. Zudem kann der Ausbruch von Psychosen, insbesondere beim Konsum hochpotenter Cannabisarten, begünstigt werden [7]. Auf längere Zeit kann eine Verminderung der Lungenfunktion entstehen sowie die psychosoziale Entwicklung beeinträchtigt werden [8,9]. In einer Übersichtsarbeit stellen die Autorinnen und Autoren zusammenfassend fest, dass Cannabis potenziell schädliche Auswirkungen auf kognitiven Fähigkeiten, das Gehirn und Bildungsergebnisse (z. B. Intelligenzquotient, verbales Lernen, höhere Bildungsabschlüsse) hat, sich aber kognitive Einschränkungen bei anhaltender Abstinenz auch wieder zu verbessern scheinen [10]. Über solche und andere gesundheitliche Schäden hinaus können durch wiederholten Konsum auch Abhängigkeiten entstehen [11]. Es wird angenommen, dass etwa neun Prozent aller Cannabiskonsumierenden eine Abhängigkeit entwickeln [12]. Wenn der Cannabiskonsum bereits im Jugendalter begonnen wurde, ist die Wahrscheinlichkeit einer Abhängigkeit höher, insbesondere wenn täglich konsumiert wurde [13,14]. Eine für Deutschland repräsentative Studie unter Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 18 Jahren zeigt eine Prävalenz der Cannabisabhängigkeit (ge-

### Kernaussagen

- ▶ Im Jahr 2023 konsumierte jede bzw. jeder fünfzehnte Jugendliche im Alter zwischen 12 und 17 Jahren (6,7%) und jede bzw. jeder vierte junge Erwachsene im Alter von 18 bis 25 Jahren (23,5%) in den letzten zwölf Monaten Cannabis.
- ▶ In den fünfzehn Jahren vor der Teillegalisierung von Konsumcannabis (2008–2023) änderte sich der Cannabiskonsum Jugendlicher nur wenig.
- ▶ Bei jungen Frauen und bei jungen Männern fand in den letzten 15 Jahren vor der Teillegalisierung (2008–2023) ein deutlicher Anstieg des Cannabiskonsums statt.
- ▶ Das BIÖG fördert Präventionsmaßnahmen, die von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren umgesetzt werden. Der Schwerpunkt liegt auf universeller Prävention (also Prävention für alle) im Setting Schule.
- ▶ Die digitalen Angebote des BIÖG reichen von allgemeiner Information und Aufklärung bis zu individueller Beratung von Jugendlichen, Erwachsenen sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren.

mäß Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV [15]) von 11,7% unter den Jugendlichen, die in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert hatten [16].

Wichtige Public-Health-Zielsetzung ist daher, die Abstinenz insbesondere unter Jugendlichen zu fördern, den Einstieg in den Konsum möglichst weit in die zweite Lebensdekade zu verzögern und die Prävalenzen unter Erwachsenen möglichst gering zu halten.

Einen Beitrag dazu leistet das BIÖG durch einen Schwerpunkt in der frühzeitigen Aufklärung und Sensibilisierung von Jugendlichen für die Risiken des Substanzkonsums sowie der Stärkung der Resilienz sowie des eigenverantwortlichen Umgangs mit Substanzen. Dem Subsidiaritätsprinzip folgend hat das BIÖG die Aufgabe, Fachkräfte auf Maßnahmen der Bundesländer hinzuweisen bzw. Ratsuchende an Beratungsstellen in kommunaler Trägerschaft zu verweisen. Wichtige Voraussetzungen hierfür sind unter anderem die Bereitstellung von Schulungsangeboten für pädagogische Fachkräfte sowie eine starke Vernetzung mit lokalen Angeboten.

<sup>2</sup> Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wurde am 13. Februar 2025 in Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) umbenannt.

Um angemessene Präventionsangebote entwickeln zu können, ist es notwendig zu wissen, wie sich der Cannabiskonsum junger Menschen in Deutschland aktuell darstellt und langfristig verändert. Dazu erhebt das BIÖG eigene Daten. Im vorliegenden Beitrag wird anhand dieser Daten zunächst auf soziodemografische Unterschiede im Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener im Alter von 12 bis 25 Jahren im Jahr 2023 eingegangen. Dann werden Trendanalysen des Cannabiskonsums von Jugendlichen und jungen Erwachsenen für den Zeitraum 2008 bis 2023 dargestellt. Die derzeit verfügbaren Daten beschreiben die Entwicklung und Situation vor Inkrafttreten des neuen Konsumcannabisgesetzes. Schließlich gibt der Artikel einen Überblick über die aktuellen Präventionsangebote des BIÖG bezüglich des Cannabiskonsums junger Menschen, ordnet diese hinsichtlich ihrer Zugangswege oder Zielgruppenspezifität ein und informiert über den Stand von Qualitätssicherung und Evaluation.

## 2. Methode

### 2.1 Datengrundlage und Datengewichtung

Datengrundlage bildeten die Repräsentativbefragungen, die die BZgA (jetzt BIÖG) von 2008 bis 2023 zum Substanzkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland durchführte. Im Einzelnen waren das die Drogenaffinitätsstudien der Jahre 2008, 2011, 2015, 2019 und 2023 sowie die Alkoholsurveys der Jahre 2010, 2012, 2014, 2016, 2018 und 2021, in denen gleichlautende Kernfragen zum Cannabiskonsum erhoben wurden. Befragt wurden Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12 bis 25 Jahren mittels computergestützter Telefoninterviews (CATI). Bis einschließlich 2012 erfolgten die Befragungen ausschließlich über Festnetztelefon. In 2014 wurde erstmals eine zusätzliche Befragung über Mobiltelefon erprobt. Die Trendanalysen des vorliegenden Beitrags beruhen ab 2015 durchgängig auf Erhebungen, die im Dual-Frame-Ansatz durchgeführt wurden. Das heißt, es wurden unabhängig voneinander zwei Zufallsstichproben aus den beiden Auswahlrahmen des Arbeitskreises Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute (ADM) für Festnetz- und Mobiltelefonnummern gezogen und gemeinsam ausgewertet [17]. Das Mischungsverhältnis von Festnetz- und Mobiltelefonstichproben wurde von 2015 bis 2019 auf 70 % zu 30 % und ab 2021 auf 60 % zu 40 % festgelegt.

Um durch das Stichprobendesign bedingte unterschiedliche Auswahlwahrscheinlichkeiten auszugleichen, wurden bei der Gewichtung die Anzahl der Festnetz- und Mobiltelefonnummern, unter denen die Befragten erreichbar waren, sowie die Anzahl 12- bis 25-Jähriger im Haushalt berücksichtigt. Im Fall der Dual-Frame-Stichproben wurde für die Zahl aller Festnetz- und Mobiltelefonnummern in den beiden

Auswahlrahmen ein Verhältnis von 1 zu 1,5 zugrunde gelegt (Design-Gewichtung). Danach wurde die Stichprobe durch eine Anpassungsgewichtung an die Alters-, Geschlechts-, und Regional- sowie ab 2015 an die Bildungsverteilung der 12- bis 25-Jährigen in der Bundesrepublik Deutschland angepasst (laut Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Bundesamtes und dem Mikrozensus).

Die Ausschöpfungsquoten gingen bei den Festnetzstichproben von 68,4 % (2008) auf 38,6 % (2023) und bei den Mobilfunkstichproben von 32,0 % (2015) auf 29,7 % (2023) zurück.

Die Datenerhebungen der Jahre 2010, 2012 und 2014 wurden von der Kantar-Health GmbH, alle anderen Erhebungen von forsa, Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH, durchgeführt.

Weitere methodische Details zu den einzelnen Studien sind in den jeweiligen [Forschungsberichten](#) zu finden.

### 2.2 Erhebungsinstrumente

#### Cannabiskonsum (12-Monats-Prävalenz)

Die Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die in den Drogenaffinitätsstudien bzw. den Alkoholsurveys angaben, Marihuana oder Haschisch bzw. Cannabis schon einmal probiert zu haben, wurden gefragt, wie oft sie Marihuana oder Haschisch bzw. Cannabis in den letzten zwölf Monaten genommen hatten. Dabei standen die fünf Antwortkategorien „gar nicht“, „einmal“, „zweimal“, „drei- bis zehnmal“ und „häufiger“ zur Verfügung. Die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums entspricht dem prozentualen Anteil der Befragten, die Cannabis in den letzten zwölf Monaten vor Durchführung des Interviews mindestens einmal konsumiert hatten, d. h. der letzte Konsum dieser Substanz lag nicht länger als zwölf Monate zurück.

#### Soziodemografische Merkmale

Als soziodemografische Merkmale wurden das Geschlecht, das Alter, die Bildung und der Migrationshintergrund herangezogen. Das Geschlecht wurde mit der Frage „Sind Sie männlich oder weiblich?“ erfasst. Ab 2021 konnten die Interviewerinnen und Interviewer außerdem die Kategorie „divers“ wählen, wenn Befragte dies wünschten. Bildung wurde für die Auswertungen in zwei Kategorien (hoch vs. mittel/niedrig) zusammengefasst, wobei Jugendliche, die das Gymnasium besuchten, die Kategorie „hoch“ und Jugendliche in Haupt-, Gesamt-, Real- und sonstigen Schulen oder in Ausbildung die andere Kategorie bildeten. Bei den jungen Erwachsenen wurden Befragte mit (Fach-)Hochschulreife der höchsten Bildungskategorie zugeordnet und alle anderen der Kategorie mittel/niedrig. Der Migrationshintergrund wurde mit den Fragen erfasst, in welchem Land die oder der Befragte selbst sowie Mutter und Vater geboren wurden. Zu-

dem wurde die Staatsangehörigkeit der Befragten selbst und ihrer Eltern abgefragt. Aus den Angaben wurde eine dichotome Variable in der Form gebildet, dass ein Migrationshintergrund gegeben war, wenn die oder der Befragte oder mindestens ein Elternteil in einem anderen Land als Deutschland geboren wurde oder eine andere als die deutsche Staatsangehörigkeit besaß.

### 2.3 Statistische Analysen

Zur Untersuchung soziodemografischer Unterschiede im Cannabiskonsum wurden die Daten der Drogenaffinitätsstudie 2023 genutzt. Für 12- bis 17-jährige Jugendliche sowie 18- bis 25-jährige junge Erwachsene wurden insgesamt und innerhalb der Geschlechtergruppen die geschätzten 12-Monats-Prävalenzen des Cannabiskonsums und die dazugehörigen 95 %-Konfidenzintervalle bestimmt. Innerhalb dieser Gruppen wurden weitere Schätzwerte und 95 %-Konfidenzintervalle für die verschiedenen Ausprägungen der Merkmale Alter, Bildung und Migrationshintergrund berechnet. Wegen zu geringer Fallzahlen wurden Ergebnisse für Menschen mit der Geschlechtsangabe „divers“ nicht gesondert ausgewiesen. In die Auswertungen für alle Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurden sie aber eingeschlossen.

Zur Untersuchung zeitlicher Trends wurden die Datensätze der Drogenaffinitätsstudien und Alkoholsurveys der Jahre 2008 bis 2023 in einer Datendatei zusammengefasst und für weibliche sowie männliche 12- bis 17-jährige Jugendliche und 18- bis 25-jährige junge Erwachsene pro Erhebungsjahr die 12-Monats-Prävalenzen mit ihren 95 %-Konfidenzintervallen ermittelt. Mit binär-logistischen Regressionen wurden zeitliche Trendverläufe geschätzt. Hierzu wurde die unabhängige Variable Erhebungsjahr auf einen Wertebereich beginnend mit Eins transformiert. Dann wurde das Erhebungsjahr potenziert und schrittweise als Polynom ersten bis sechsten Grades modelliert. Dadurch sind Trendschätzungen möglich, die nicht nur linear sondern auch wellenförmig verlaufen können. Auf Basis des Bayes'schen Informationskriteriums (BIC) wurde das Modell mit der besten Anpassung an die beobachteten Werte ausgewählt [18]. Die Logits der Regressionsgleichungen wurden pro Jahr in Prozentwerte transformiert und so als geschätzte Trendverläufe der Prävalenzen grafisch dargestellt [19].

Datenmanagement und Analyse erfolgten mit dem Softwarepaket IBM SPSS Statistics, Version 30.0.0.0. Konfidenzintervalle wurden mit dem Modul für komplexe Stichproben berechnet.

### 2.4 Darstellung der bundesweiten Präventionsangebote – vor Ort, digital und analog

Der Fokus der Darstellung liegt auf allen Präventionsangeboten, die (1) das BIÖG selbst entwickelt hat oder in Deutschland fördert und die (2) direkt oder indirekt (d. h. über Multiplikatorinnen und Multiplikatoren) präventiv auf den Cannabiskonsum junger Menschen in Deutschland zielen. Zu Beginn wird hierzu die Unterteilung und Entwicklungsbasis der Angebote in Schulen und Kommunen skizziert, anschließend folgt eine systematische Darstellung von Merkmalen wie Zugänge und Settings, Handlungsfeld, Zielgruppen, Hauptmethode sowie eingesetzte Maßnahmen zur Qualitätssicherung bzw. Evaluation. Sodann wird ein Überblick gegeben über digitale und analoge Aufklärungs- und Beratungsangebote des BIÖG zur Cannabisprävention.

## 3. Ergebnisse

### 3.1 Unterschiede im Cannabiskonsum nach soziodemografischen Merkmalen im Jahr 2023

An der Drogenaffinitätsstudie 2023 nahmen 7.001 Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12 bis 25 Jahren teil, von denen 5 (0,1 %) keine Angaben zu ihrem Cannabiskonsum in den letzten zwölf Monaten machten. Von den verbleibenden 6.996 Befragten waren 3.406 Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren und 3.590 junge Erwachsene im Alter von 18 bis 25 Jahren. Von den Jugendlichen waren (ungewichtet) 48,1 % weiblich, 65,0 % besuchten das Gymnasium und 18,7 % hatten einen Migrationshintergrund. Von den jungen Erwachsenen waren 41,6 % Frauen, 78,4 % verfügten über die (Fach-)Hochschulreife und 19,0 % hatten einen Migrationshintergrund. In der ungewichteten Stichprobe waren die 12- bis 17-jährigen Jugendlichen überrepräsentiert. Da die Gewichtung die Altersverteilung der Gesamtstichprobe an die Altersverteilung aller 12- bis 25-jährigen in Deutschland anpasst, fallen die gewichteten Fallzahlen der Jugendlichen geringer und die der jungen Erwachsenen höher aus, als die ungewichteten Fallzahlen. Der große Anteil von Befragten mit höherer Bildung wurde durch Gewichtung der Daten ebenfalls deutlich korrigiert (Tabelle 1 und Tabelle 2).

Tabelle 1 zeigt, dass 6,7 % der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung Cannabis konsumiert hatten (12-Monats-Prävalenz). Weibliche und männliche Jugendliche unterschieden sich diesbezüglich nicht signifikant. Es zeigten sich deutliche Altersunterschiede innerhalb der Gruppe der Jugendlichen. So hatten von den 12- bis 13-jährigen 0,5 %, von den 14- bis 15-jährigen 2,6 % und von den 16- bis 17-jährigen bereits 17,0 % in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert. Diese deutliche Steigerung mit zunehmendem Alter ließ sich

**Tabelle 1:** 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen nach Geschlecht, Alter, Bildung und Migrationshintergrund 2023. Quelle: Drogenaffinitätsstudie 2023

	Jugendliche insgesamt				Weibliche Jugendliche				Männliche Jugendliche			
	Fallzahlen		Prävalenz		Fallzahlen		Prävalenz		Fallzahlen		Prävalenz	
	Un-gewichtet*	Ge-wichtet	%	(95 %-KI)	Un-gewichtet	Ge-wichtet	%	(95 %-KI)	Un-gewichtet	Ge-wichtet	%	(95 %-KI)
	3.406	2.768	6,7	(5,7–7,9)	1.638	1.337	6,1	(4,9–7,5)	1.761	1.422	7,4	(5,8–9,3)
<b>Altersgruppe</b>												
12 und 13 Jahre	1.092	924	0,5	(0,2–1,4)	515	447	1,1	(0,4–2,8)	576	475	0,0	(0,0–0,0)
14 und 15 Jahre	1.143	921	2,6	(1,7–3,9)	556	445	2,5	(1,4–4,3)	585	472	2,8	(1,5–4,9)
16 und 17 Jahre	1.171	923	17,0	(14,3–20,1)	567	445	14,6	(11,5–18,4)	600	474	19,5	(15,2–24,5)
<b>Bildung</b>												
Niedrig/mittel	1.192	1.681	5,4	(4,0–7,2)	497	742	4,5	(3,0–6,8)	691	933	6,1	(4,1–9,0)
Hoch	2.214	1.087	8,8	(7,5–10,3)	1.141	595	7,9	(6,2–10,0)	1.070	489	9,9	(8,0–12,1)
<b>Migrationshintergrund</b>												
Nein	2.769	2.246	6,6	(5,5–7,9)	1.364	1.107	6,1	(4,7–7,7)	1.399	1.131	7,2	(5,5–9,3)
Ja	637	521	7,3	(5,0–10,6)	274	229	6,1	(3,5–10,3)	362	291	8,3	(5,0–13,5)

\* Einschließlich der Jugendlichen mit der Geschlechtskategorie „divers“ (n=7)  
95 %-KI=95 %-Konfidenzintervall

sowohl bei den weiblichen als auch bei männlichen Jugendlichen feststellen. Bei Jugendlichen mit höherer Bildung war Cannabiskonsum tendenziell etwas weiter verbreitet als bei Jugendlichen mit niedriger beziehungsweise mittlerer Bildung. Dieser Unterschied erwies sich jedoch innerhalb der beiden Geschlechtergruppen und in einem binär-logistischen Regressionsmodell mit den Kovariaten Geschlecht, Alter, Bildung und Migrationshintergrund als nicht signifikant (hier nicht dargestellt, siehe [1]). Jugendliche mit und ohne Migrationshintergrund unterschieden sich nicht in der Verbreitung des Cannabiskonsums.

Die Ergebnisse für junge Erwachsene sind in [Tabelle 2](#) dargestellt und zeigen, dass fast ein Viertel der 18- bis 25-jährigen (23,5 %) in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumierte. In dieser Altersgruppe gab es signifikante Geschlechtsunterschiede. Junge Männer wiesen eine deutlich höhere 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums auf als junge Frauen (26,9 % vs. 19,4 %). Bei den jungen Erwachsenen zeigten sich weder Altersunterschiede, noch Unterschiede in Bezug auf den Bildungs- und Migrationsstatus.

**Tabelle 2:** 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums bei 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen nach Geschlecht, Alter, Bildung und Migrationshintergrund 2023. Quelle: Drogenaffinitätsstudie 2023

	Junge Erwachsene insgesamt				Junge Frauen				Junge Männer			
	Fallzahlen		Prävalenz		Fallzahlen		Prävalenz		Fallzahlen		Prävalenz	
	Un-gewichtet*	Ge-wichtet	%	(95 %-KI)	Un-gewichtet	Ge-wichtet	%	(95 %-KI)	Un-gewichtet	Ge-wichtet	%	(95 %-KI)
	3.590*	4.226	23,5	(21,4–25,6)	1.493	2.009	19,4	(16,5–22,6)	2.081	2.202	26,9	(24,1–29,9)
<b>Altersgruppe</b>												
18 und 19 Jahre	1.174	943	24,4	(21,3–27,7)	544	452	20,8	(16,8–25,6)	624	488	27,3	(22,8–32,2)
20 und 21 Jahre	930	1.026	22,2	(18,7–26,2)	393	488	15,0	(11,2–19,9)	531	533	28,7	(23,1–35,0)
22 und 23 Jahre	842	1.097	23,0	(18,8–27,6)	332	518	21,1	(15,1–28,7)	507	574	24,4	(19,1–30,5)
24 und 25 Jahre	644	1.161	24,3	(19,8–29,4)	224	551	20,4	(14,1–28,6)	419	607	27,4	(21,5–34,2)
<b>Bildung</b>												
Niedrig/mittel	775	1.715	22,4	(18,5–26,9)	221	605	18,3	(11,9–27,0)	553	1.109	24,6	(19,9–30,0)
Hoch	2.815	2.511	24,2	(22,2–26,3)	1.272	1.404	19,9	(17,2–22,9)	1.528	1.092	29,2	(26,5–32,0)
<b>Migrationshintergrund</b>												
Nein	2.908	3.336	23,5	(21,2–25,9)	1.226	1.616	20,1	(16,8–23,8)	1.670	1.708	26,3	(23,2–29,7)
Ja	682	890	23,5	(19,3–28,2)	267	393	16,6	(11,8–22,9)	411	494	28,8	(23,0–35,6)

\*Einschließlich der jungen Erwachsenen mit der Geschlechtskategorie „divers“ (n=16)  
95 %-KI=95 %-Konfidenzintervall

**Tabelle 3:** 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums und Fallzahlen der Studien von 2008 bis 2023\*. Quelle: Drogenaffinitätsstudien 2008–2023, Alkoholsurveys 2010–2021

		2008	2010	2011	2012	2014	2015	2016	2018	2019	2021	2023
<b>Jugendliche</b>												
Weiblich	Prävalenz (%)	4,4	3,2	2,8	4,2	6,4	6,3	4,5	5,8	5,3	6,7	6,1
	(95 %-KI)	(3,0–6,4)	(2,2–4,4)	(2,0–4,0)	(3,1–5,8)	(5,0–8,2)	(4,8–8,2)	(3,4–5,9)	(4,6–7,2)	(4,2–6,6)	(5,4–8,3)	(4,9–7,5)
	Fallzahl	608	1.280	997	1.029	970	1.583	1.552	1.536	1.651	1.538	1.638
Männlich	Prävalenz (%)	8,7	6,7	6,2	6,9	9,0	8,1	9,3	10,0	10,8	8,5	7,4
	(95 %-KI)	(6,7–11,2)	(5,3–8,4)	(4,9–7,8)	(5,4–8,8)	(7,3–11,1)	(6,6–10,0)	(7,7–11,2)	(8,4–11,9)	(9,2–12,7)	(6,9–10,3)	(5,8–9,3)
	Fallzahl	612	1.297	1.035	996	1.048	1.710	1.638	1.646	1.780	1.565	1.761
<b>Junge Erwachsene</b>												
Weiblich	Prävalenz (%)	8,3	8,4	9,6	10,5	11,2	9,7	11,4	18,3	19,0	19,9	19,4
	(95 %-KI)	(6,6–10,3)	(7,1–9,8)	(8,2–11,2)	(8,7–12,7)	(9,4–13,3)	(8,1–11,5)	(9,5–13,5)	(15,6–21,2)	(16,1–22,2)	(17,0–23,1)	(16,5–22,6)
	Fallzahl	903	2.216	1.480	1.460	1.361	1.718	1.658	1.683	1.504	1.580	1.493
Männlich	Prävalenz (%)	14,8	16,8	17,2	20,8	23,9	20,6	26,0	27,4	28,7	29,6	26,9
	(95 %-KI)	(12,6–17,3)	(15,0–18,8)	(15,3–19,2)	(18,3–23,6)	(21,3–26,7)	(18,1–23,4)	(23,2–29,1)	(24,6–30,4)	(25,6–31,9)	(26,9–32,4)	(24,1–29,9)
	Fallzahl	878	2.198	1.485	1.505	1.507	1.981	2.136	2.127	2.055	2.306	2.081

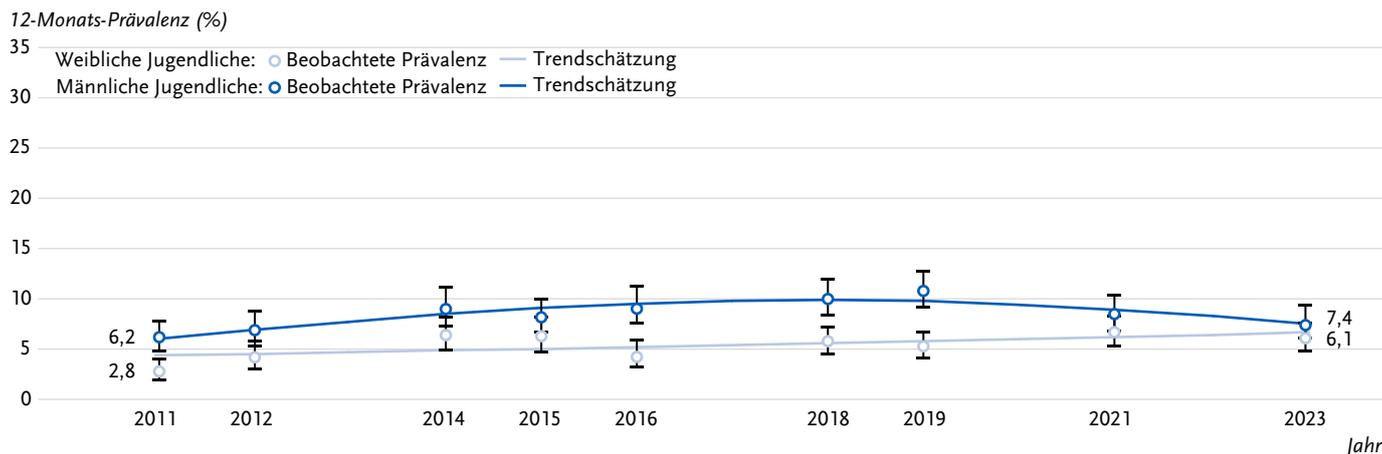
\*Dargestellt sind die ungewichteten Fallzahlen und die gewichteten Prävalenzen in Prozent mit ihren 95 %-Konfidenzintervallen (95 %-KI).

### 3.2 Veränderungen in der Verbreitung des Cannabiskonsums bis 2023

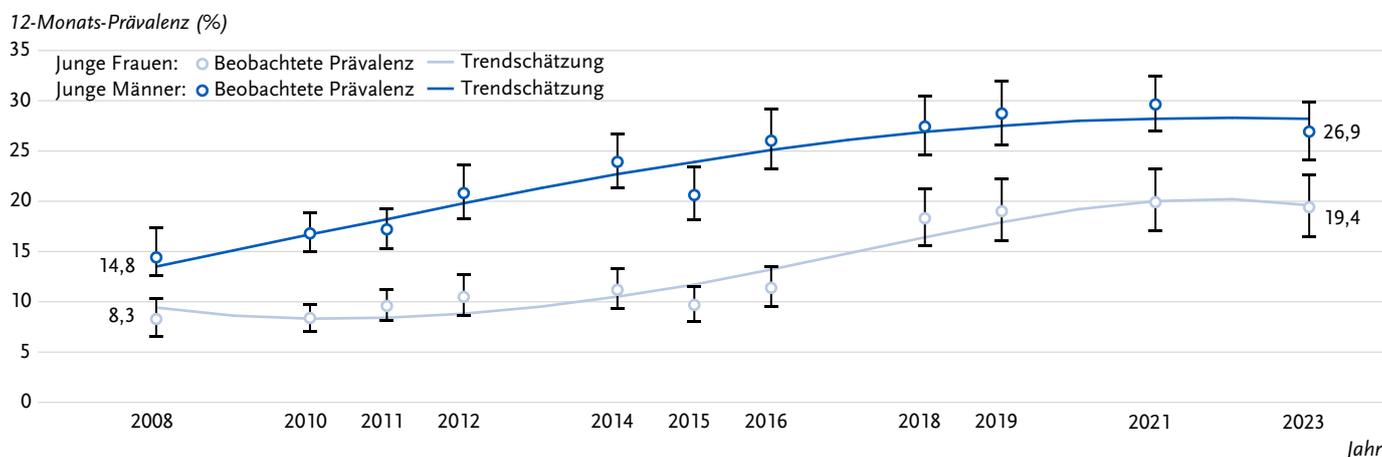
An den elf Repräsentativbefragungen, die im Zeitraum von 2008 bis 2023 durchgeführt wurden, nahmen insgesamt 66.913 Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12 bis 25 Jahren teil. Von diesen machten 102 (0,2%) keine Angaben zu ihrem Cannabiskonsum in den letzten zwölf Monaten. Die Anzahl an Befragten mit fehlenden Angaben reichte in den einzelnen Erhebungen von 0 (2008) bis 19 (2016). [Tabelle 3](#) zeigt für die einzelnen Befragungen die ungewichteten Fallzahlen der weiblichen und männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die gültige Angaben machten und in die Analysen einbezogen werden konnten. Im Laufe der Zeit wurde der Stichprobenumfang erweitert, einerseits um die statistische Power der Studien zu erhöhen, andererseits wegen der Hinzunahme von Mobiltelefonstichproben im Dual-Frame-Ansatz ab 2015.

Bei weiblichen und männlichen Jugendlichen waren die 12-Monats-Prävalenzen des Cannabiskonsums im in [Tabelle 3](#) dargestellten Zeitraum im Jahr 2011 am niedrigsten. Bei weiblichen Jugendlichen war der Cannabiskonsum im Jahr 2021 und bei männlichen Jugendlichen im Jahr 2019 am weitesten verbreitet. Bei jungen Frauen und bei jungen Männern war der Cannabiskonsum im Jahr 2008 am geringsten und im Jahr 2021 am weitesten verbreitet.

In [Abbildung 1](#) sind die beobachteten Prävalenzen mit ihren 95%-Konfidenzintervallen sowie die mit logistischen Regressionen geschätzten Trendverläufe für weibliche und männliche Jugendliche wiedergegeben. Die Darstellung beginnt mit 2011, dem Jahr, in dem die Konsumprävalenzen der Jugendlichen am geringsten waren ([Tabelle 3](#)). Ausgehend von diesem Minimum wurde geschätzt, ob es in den folgenden Jahren zu steigenden Trends kam oder nicht. Bei weiblichen Jugendlichen erfolgte die beste Anpassung der Trends an die beobachteten Prävalenzen durch ein Polynom ersten Grades. Demnach stieg ihr Cannabiskonsum im Zeitraum



**Abbildung 1:** Trends der 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums weiblicher und männlicher Jugendlicher von 2011 bis 2023\*. Quelle: Drogenaffinitätsstudien 2011–2023, Alkoholsurveys 2010–2021  
 \*Trendschätzung männliche Jugendliche:  $\text{Logit}(\text{Cannabiskonsum} = 1) = -2,928 + 0,183 (\text{Jahr} - 2010) - 0,012 (\text{Jahr} - 2010)^2$ , Trendschätzung weibliche Jugendliche:  $\text{Logit}(\text{Cannabiskonsum} = 1) = -3,125 + 0,037 (\text{Jahr} - 2010)$



**Abbildung 2:** Trends der 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums junger Frauen und Männer von 2008 bis 2023\*. Quelle: Drogenaffinitätsstudien 2008–2023, Alkoholsurveys 2010–2021  
 \*Trendschätzung junge Männer:  $\text{Logit}(\text{Cannabiskonsum} = 1) = -1,991 + 0,144 (\text{Jahr} - 2007) - 0,005 (\text{Jahr} - 2007)^2$ , Trendschätzung junge Frauen:  $\text{Logit}(\text{Cannabiskonsum} = 1) = -2,102 - 0,191 (\text{Jahr} - 2007) + 0,036 (\text{Jahr} - 2007)^2 - 0,001 (\text{Jahr} - 2007)^3$

2011 bis 2023 geringfügig, aber signifikant und stetig, an. Bei männlichen Jugendlichen wurde ein Polynom zweiten Grades geschätzt. Dies führte zu einem umgekehrt u-förmigen Trendverlauf, also erst zu einer zu- und dann einer abnehmenden Verbreitung des Cannabiskonsums.

Auch bei jungen Männern wurden die Veränderungen in der Verbreitung des Cannabiskonsums am besten mit einem Polynom zweiten Grades geschätzt ([Abbildung 2](#)). Die grafische Darstellung zeigt einen zunächst deutlichen Anstieg, der im Laufe der Zeit abflacht. Bei jungen Frauen gelang die beste Anpassung der Trends an die beobachteten Daten mit einem Polynom dritten Grades. Von 2008 bis Mitte der 2010er Jahre veränderte sich der Cannabiskonsum junger Frauen wenig, stieg dann bis Ende der 2010er-Jahre deutlich an und veränderte sich danach nur wenig.

### 3.3 Cannabisprävention im Fokus – Angebote des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit

Verhaltenspräventive Maßnahmen sind direkt an einzelne Menschen oder Gruppen adressiert. Sie zielen darauf ab, ihr Wissen, ihre Einstellungen, ihre Kompetenzen und so ihr Verhalten gesundheitsförderlich zu stärken. Verhältnispräventive Maßnahmen setzen an den sozialen Lebensbedingungen und Strukturen an. Diese sollen so verändert werden, dass Menschen gesünder leben können oder sich mit höherer Wahrscheinlichkeit gesundheitsförderlich verhalten ([20, 21](#)).

Eine andere Unterscheidung ist, wie spezifisch das Präventionsangebot ist und wie gefährdet die adressierten Menschen sind ([20, 21](#)). Universelle Cannabisprävention richtet sich an alle, auch an diejenigen, die noch kein Cannabis konsumiert haben und es auch (noch) nicht beabsichtigen. Selektive Cannabisprävention richtet sich gezielt an Jugendliche mit einem erhöhten Risiko für den Beginn eines Cannabiskonsums. Ein Beispiel sind Jugendliche mit erhöhter psychosozialer Belastung wie etwa einer instabilen Beziehung zu den Eltern oder Vernachlässigung ([22, 23](#)). Indizierte Prävention richtet sich an Jugendliche mit ersten Hinweisen auf problematisches Verhalten, wie zum Beispiel intensiverer Cannabiskonsum.

Eine weitere Unterteilung ist die in Settings oder Handlungsfelder wie Familie, Schule, Kommune, Medien oder gesetzliche Rahmenbedingungen ([21](#)).

Schließlich ist aus Sicht des BIÖG wichtig, ob die Präventionsangebote von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren umgesetzt werden, oder ob das BIÖG sich direkt an Jugendliche wendet. Der erste Fall erfordert die Qualifizierung, Schulung und Unterstützung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Kooperationsbereitschaft und Engagement Dritter in den Settings vor Ort. Der zweite Fall erfordert, Jugendliche direkt zu erreichen und die Angebote bekannt

zu machen. Dann können sie von den Jugendlichen selbst niedrigschwellig aufgesucht und genutzt werden.

Bei der Entwicklung angemessener Präventionsangebote werden zudem aktuelle Forschungsergebnisse berücksichtigt. Dabei werden Aufklärungs- und Beratungsangebote für Jugendliche und ihre erwachsenen Bezugspersonen zum Thema Cannabis kontinuierlich ausgebaut, intensiviert sowie auf deren Wirksamkeit evaluiert.

Das Forschungsprojekt [CanPräT](#) (Inhalte, Settings und Zielgruppen der verhaltensbezogenen Cannabisprävention unter den Bedingungen der Teil-Legalisierung), das systematisch Überarbeitungsbedarfe bei vorhandenen cannabisbezogenen Programmen, Projekten und Materialien ermittelt hat, kommt auf Grundlage nordamerikanischer Evaluationsstudien ([24, 25](#)) zu den nachfolgenden Ergebnissen:

- „1. Es sollten Aufklärungskampagnen zu den zentralen gesetzlichen Regelungen der Cannabisregulierung durchgeführt werden.
2. Es sollten Cannabis-Aufklärungsprogramme für Jugendliche durchgeführt werden, die mit interaktiven Ansätzen versuchen, Wissen zu vermitteln (auch zur Schadensminimierung) und Stigmatisierung zu minimieren.
3. Es sollten primärpräventive Materialien für Nichtkonsumierende und sekundärpräventive Materialien für Konsumierende entwickelt werden.
4. Es sollten pädagogische Botschaften, die mit den Grundsätzen der Schadensminderung im Einklang stehen, an junge Erwachsene vermittelt werden“ ([24](#)).

Bei der Entwicklung und Förderung von Angeboten durch das BIÖG steht darüber hinaus die Analyse der Daten (siehe [3.1](#)) im Fokus – hier zeigt sich, für welche Zielgruppen Angebote benötigt werden. Ein Beispiel: Bei den 18- bis 25-Jährigen ist der Konsum unter Männern signifikant höher, bei den jüngeren Konsumierenden hingegen zeigt sich keine geschlechtsspezifische Ausprägung. Auch nach Bildungs- oder Migrationshintergrund gibt es keine signifikanten Unterschiede. Die Kombination dieser Ergebnisse mit Blick auf wissenschaftliche Erkenntnisse zur Erreichung der Zielgruppen (vgl. Projekt [CanPräT](#)) ist Grundlage für die Erarbeitung einer Handlungsstrategie. Ein Schwerpunkt liegt entsprechend auf der Suchtprävention im Setting Schule, so auch Berufsschule und Hochschule, in der junge Menschen gut erreicht werden können.

#### Angebote vor Ort in Schulen und Kommunen

In einer vom BIÖG in Auftrag gegebenen „Expertise zur Suchtprävention 2020“ ([21](#)) wurde mittels einer systematischen Bewertung von Reviews und Metaanalysen über wirksame Maßnahmen zur Suchtprävention auch die Prävention

illegalen Substanzen (zu der Zeit auch Cannabisprävention) untersucht. Diese kommt unter anderem zum Ergebnis, dass im Handlungsfeld Familie universelle familienorientierte Prävention den Einstieg in den Cannabiskonsum verzögern und die Konsumhäufigkeit von Cannabis reduzieren kann. Im Handlungsfeld Schule ist bei Schülerinnen und Schülern der achten bis zwölften Klasse zwar keine bestimmte Methode (wie bspw. die Förderung von sozialen Fertigkeiten oder von Selbstkontrollstrategien) mit stärkeren präventiven Effekten verbunden. Jedoch kann Drogenprävention, die dem Ansatz der Förderung sozialer Kompetenzen (bspw. Kommunikation, Selbstsicherheit, Problemlösekompetenz) oder dem Modell der sozialen Einflussnahme (bspw. Konsum aktiv ablehnen, Gruppendruck widerstehen, nichtkonsumierende Rollenbilder) folgt, kurzfristige präventive Effekte haben und ihre Kombination hat präventive Effekte, die länger als ein Jahr andauern.

Diese Ergebnisse berücksichtigt das BIÖG in der Planung und Umsetzung entsprechender angemessener Präventionsangebote. Der Fokus liegt auf Maßnahmen im schulischen Setting (interaktive Projekte und Unterrichtsmaterialien), da diese insbesondere junge Menschen ohne Konsumerfahrung erreichen [26]. Dadurch können Jugendliche frühzeitig für die Risiken des Cannabiskonsums sensibilisiert und dazu motiviert werden, auf Cannabiskonsum bewusst zu verzichten. Die angemessene Evaluation der Projekte bildet die Grundlage qualitätsgesicherter Angebote. Die Evaluationsstufen reichen dabei von Prozessevaluationen über Wirkungsevaluationen bis hin zu „Randomised Controlled Trial (RCT)“-Studien. Die Prozessevaluation untersucht insbesondere den Ablauf sowie die Durchführung und das Erreichen von Zielgruppen. Die Wirkungsevaluation dient dazu, Ergebnisse und Effekte des Projekts abzubilden [27]. Bei den RCTs werden Interventions- und Kontrollgruppen untersucht, um auf dieser Basis die Wirkung eines Angebotes zu belegen.

**Tabelle 4** gibt einen Überblick über Präventionsangebote im Bereich Schule, Familie und Freizeit. Die Projekte sowie deren Evaluation wurden bzw. werden durch das BIÖG gefördert. Die Evaluationsprozesse sind dabei unterschiedlich weit fortgeschritten, teilweise sind diese noch nicht abgeschlossen.

### Angebote im digitalen Bereich sowie zur Beratung und Unterstützung

Bei den Maßnahmen im digitalen Bereich steht die Vermittlung faktenbasierter Informationen im Vordergrund, um junge Menschen aufzuklären und ihre Risikokompetenz zu stärken. Hierbei werden nicht nur Informationen zu gesetzlichen Regelungen zielgruppengerecht aufbereitet, sondern auch Hinweise zum schadensminimierenden Konsum („Safer Use“) für Erwachsene sowie Unterstützungsangebote zur Reduzierung des Cannabiskonsums bzw. zur Erlangung der

Abstinenz für Konsumierende bereitgehalten. Ergänzend insbesondere zur Qualitätssicherung der Informationsangebote fördert das BIÖG die systematische Erhebung und Auswertung „Cannabis – Risiken und Mythen“ (CaRM), deren Ergebnisse in 2025 erwartet werden.

Das BIÖG bietet insgesamt drei Websites zum Thema Cannabisprävention für unterschiedliche Zielgruppen, vier Social-Media-Kanäle sowie individuelle Beratungsangebote.

Die Landingpage [www.infos-cannabis.de](http://www.infos-cannabis.de) wurde im Oktober 2023 auf Grundlage des Cannabisgesetzes (CanG) errichtet und bietet einen Überblick über bundesweite Angebote zur Cannabisprävention, Informationen zur aktuellen Gesetzeslage, Safer-Use-Empfehlungen für erwachsene Konsumierende sowie eine Weiterleitungsfunktion zu den entsprechenden Präventionsangeboten.

Die Webseite [www.cannabispraevention.de](http://www.cannabispraevention.de) bietet im Rahmen eines universellen Ansatzes ein Informationsangebot für Jugendliche ohne Konsumerfahrung im Alter von 14 bis 17 Jahren sowie ihre erwachsenen Bezugspersonen wie Eltern und Lehr- und Fachkräfte. Jugendliche werden dabei zunehmend über unterschiedliche Social-Media-Kanäle der Kampagne angesprochen ([Instagram](#), [TikTok](#), [YouTube](#)), um sie in „ihrer“ Lebenswelt mit präventiven faktenbasierten Botschaften zu erreichen.

Das reichweitenstarke Internetportal [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de) verfolgt einen selektivpräventiven Ansatz und hat zum Ziel, einen missbräuchlichen Konsum sowie eine Substanzabhängigkeit zu verhindern und negative Folgen des Substanzkonsums abzuwenden. Junge drogenaffine Menschen zwischen 15 und 25 Jahren sollen hierbei zu einem risikoarmen und verantwortungsbewussten Umgang mit psychoaktiven Substanzen, so auch Cannabis, motiviert und bei der Reduzierung oder Beendigung des Substanzkonsums unterstützt werden. Ergänzt wird das Portal durch den gleichnamigen YouTube-Kanal.

Das Portal [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de) bietet sowohl den digitalen Selbsttest „Cannabis Check“, mit dem Konsumierende in kurzer Zeit eine individuelle Rückmeldung zum eigenen Konsumverhalten erhalten, als auch das evidenzbasierte, qualitätsgesicherte und kostenfreie Verhaltensänderungsprogramm „Quit the Shit“. Darüber hinaus bietet das Portal eine E-Mail-Beratung sowie eine anonyme kostenlose Chat-Beratung.

Weitere Beratungsangebote des BIÖG werden in Form telefonischer Beratung zur Verfügung gestellt. Das Infotelefon Suchtvorbeugung bietet die Beantwortung von Fragen zur Suchtvorbeugung, eine persönliche Beratung bei Suchtproblemen mit dem Ziel, an geeignete lokale Hilfsangebote zu vermitteln sowie die Benennung von lokalen Ansprechpartnern zur Unterstützung.

Mit der „Sucht & Drogen Hotline“ werden die Ressourcen regionaler Drogennotrufeinrichtungen gebündelt, um so

**Tabelle 4:** Angebote zur Cannabisprävention mit Förderung durch das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (Stand: Juli 2025). Quelle: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit

Präventionsangebot	Multiplikatorinnen/ Multiplikatoren	Spezifität	Handlungsfeld	Zielgruppe	Hauptmethode	Evaluation	Im Internet
Der Grüne Koffer – Methodenset Cannabisprävention	Lehrkräfte, Schulsozialarbeiterinnen/ Schulsozialarbeiter	Universell	Schule	Schülerinnen/ Schüler ab Klasse 8	Interaktiver Workshop	RCT; Isensee et al. [28]	<a href="https://www.starkstattbreit.nrw.de/Gruener-Koffer">https://www.starkstattbreit.nrw.de/Gruener-Koffer</a>
(Virtuelle) Elternabende zur suchtpräventiven Information zum Thema Cannabis (ESIC)	Lehrkräfte	Universell	Schule/Familie	Eltern von Schülerinnen/ Schülern ab Klasse 8	Elternabend	Prozessevaluation; noch nicht abgeschlossen	<a href="https://www.cannabiselternabend.de/">https://www.cannabiselternabend.de/</a>
Cannabis – Quo Vadis?	Lehrkräfte, Fachkräfte für (Sucht-)Prävention	Universell	Schule	Schülerinnen/Schüler ab Klasse 8	Interaktiver Workshop	RCT; Suchert et al. [29]	<a href="https://www.villa-schoepflin.de/cannabis-quo-vadis.html">https://www.villa-schoepflin.de/cannabis-quo-vadis.html</a>
Meine Zeit ohne – Die Challenge (MZo)	Lehrkräfte	Universell/ Selektiv	(Berufs-)Schule	Schülerinnen/Schüler ab Klasse 9	Gemeinsame Challenge mit Konsumverzicht/-reduktionen	RCT; Pietsch et al. [30]	<a href="https://www.meine-zeit-ohne.de/">https://www.meine-zeit-ohne.de/</a>
Cannabis Kompakt	Lehrkräfte	Universell	Schule	Schülerinnen/Schüler ab Klasse 8	Drei Unterrichtseinheiten	RCT; noch nicht abgeschlossen	<a href="https://www.cannabis-kompakt.de/">https://www.cannabis-kompakt.de/</a>
InstaVention	Lehrkräfte, Fachkräfte für (Sucht-)Prävention	Universell	Schule	15- bis 21-jährige	Instagram-Account und Begleitheft zur interaktiven Wissensvermittlung	Wirksamkeitsevaluation; nicht publiziert	<a href="https://www.suchtgeschichte.nrw.de/Kampagne/InstaVention">https://www.suchtgeschichte.nrw.de/Kampagne/InstaVention</a>
Escape Cannabis	Lehrkräfte	Universell	Schule	14- bis 18-jährige	Digitales Spiel zur Wissensvermittlung	Prozessevaluation; noch nicht abgeschlossen	<a href="https://escape-cannabis.de/">https://escape-cannabis.de/</a>
REBOUND 2.0	Lehrkräfte	Universell	(Berufs-)Schule, Hochschule	18- bis 25-jährige	16-teiliger Kurs zur Kompetenz- und Resilienzförderung	Wirkungsevaluation; Evaluation „REBOUND 2.0“ noch nicht abgeschlossen, Ergebnisse einer Pilotstudie zu REBOUND: Jungaberle et al. [31]	<a href="https://rebound.schule/">https://rebound.schule/</a> und <a href="https://finder-akademie.de/projekte/rebound-2-0/">https://finder-akademie.de/projekte/rebound-2-0/</a>
IPSY 8 CAN	Lehrkräfte	Universell	Schule	Schülerinnen/Schüler ab Klasse 8	Lebenskompetenzprogramm mit Wissensvermittlung zu Cannabis	Prozessevaluation; Evaluation „IPSY 8 CAN“ noch nicht abgeschlossen, Evaluation „IPSY“: Quasiexperimentelles Kontrollgruppendesign; Weichold et al. [32]	<a href="https://www.ipsy.uni-jena.de/">https://www.ipsy.uni-jena.de/</a>
Cannabisprävention – Wissen, verstehen, handeln	Lehrkräfte, Fachkräfte für (Sucht-)Prävention, Eltern handeln	Fortbildung	Schule	Jugendliche, junge Erwachsene, Konsumierende	Online-Kurs	Prozessevaluation; nicht publiziert	<a href="https://www.zpg-bayern.de/online-kurs-cannabispraevention.html">https://www.zpg-bayern.de/online-kurs-cannabispraevention.html</a>
Frühintervention bei Drogenkonsum in der Adoleszenz (FriDA)	Suchtberatende	Indiziert	Familie	Jugendliche und junge Erwachsene samt Familien	Familientherapeutisch-systemische Unterstützung konsumauffälliger Jugendlicher	Prozessevaluation; Gantner et al. [33]	<a href="https://www.frida-beratung.de/">https://www.frida-beratung.de/</a>
MOVE Cannabis	Fachkräfte	Indiziert	Schule/Freizeit/ Jugendhilfe	Konsumierende Jugendliche	Fachkräfteschulung in motivierender Gesprächsführung im Umgang mit Jugendlichen ohne Veränderungsbereitschaft	Evaluation von „MOVE Cannabis“ ist in Abstimmung; Prozessevaluation „MOVE“ [34]	<a href="https://www.move-seminare.de/Jugendliche/MOVE-Cannabis">https://www.move-seminare.de/Jugendliche/MOVE-Cannabis</a>

RCT= Randomised Controlled Trial

ein effektives Netz sich gegenseitig unterstützender Suchthilfeeinrichtungen zu schaffen. Die Hotline bietet sowohl für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen als auch für deren Angehörige eine persönliche Beratung, Unterstützung und Informationen durch erfahrene Fachkräfte aus der Suchthilfe.

Ergänzt werden die Präventionsangebote des BIÖG durch Printmaterialien, die für unterschiedliche Zielgruppen kostenfrei zur Verfügung gestellt werden. Im Bereich der Cannabisprävention wird dabei ein wesentlicher Fokus auf die Bereitstellung und Weiterentwicklung der Unterrichtsmaterialien zum Einsatz im schulischen Setting gelegt.

#### 4. Diskussion

Die Studienergebnisse des BIÖG zeigen für das Jahr 2023 eine 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums von 6,7% bei Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren und von 23,5% bei jungen Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren. Beim Vergleich mit anderen Studien aus Deutschland und Europa sind unterschiedliche Erhebungsmethoden, -zeitpunkte und dargestellte Altersgruppen zu berücksichtigen. Betrachtet man die Gruppe der Jugendlichen, so liegen für Deutschland repräsentative Daten der Studie Improving Mental Health and Reducing Addiction in Childhood and Adolescence through Mindfulness: Mechanisms, Prevention and Treatment (IMAC-Mind) aus dem Jahr 2020 vor, in der Jugendliche im Alter zwischen 12 und 18 Jahren befragt wurden. Die Befragung erfolgte telefonisch und es wurde eine ähnlich hohe 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums von 6,6% berichtet [16]. Für Europa liegen repräsentative Daten der Europäischen Schülerstudie (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – ESPAD) aus dem Jahr 2024 vor. 15- bis 16-Jährige aus 37 europäischen Ländern füllten online oder in Papierform einen Fragebogen zu ihrem Substanzkonsum aus. Im Mittel lag die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums bei den teilnehmenden ESPAD-Ländern insgesamt bei 9,0%, wobei Deutschland mit Daten aus Bayern (12-Monats-Prävalenz von 14,2%) im oberen Mittel lag [35].

Für Erwachsene im Alter von 18 bis 24 Jahren in Deutschland gab der Epidemiologische Suchtsurvey (Epidemiological Survey on Substance Abuse – ESA), dessen Datenerhebung schriftlich, internetbasiert oder telefonisch erfolgte [36], für das Jahr 2021 eine ähnliche 12-Monats-Prävalenz von 23,9% aus [37] und stimmt gut mit den Ergebnissen der Drogenaffinitätsstudie für junge Erwachsene überein. Die DEBRA-Studie (Deutsche Befragung zum Rauchverhalten) kam mit Daten aus computergestützten persönlichen Befragungen in Haushalten in den Jahren 2022/2023 zu einer niedrigeren 12-Monats-Prävalenz von Cannabis von 11,4% für die Bevölkerung in Deutschland im Alter von 14 bis 24 Jahren [38], während die Drogenaffinitätsstudie 2023 für die Gruppe der

14- bis 24-Jährigen eine 12-Monats-Prävalenz von 18,8% aufwies.

Weibliche und männliche Jugendliche unterschieden sich in unseren Ergebnissen im Jahr 2023 statistisch nicht signifikant, was sich auch mit den Ergebnissen der IMAC-Mind-Studie für das Jahr 2020 deckt [16]. Vor dieser Zeit waren bei Jugendlichen noch Geschlechtsunterschiede zu beobachten. In den Jahren bis einschließlich 2019 konsumierten signifikant mehr Jungen als Mädchen. Das zeigte sich nicht nur in den Daten des BIÖG, sondern beispielsweise auch in der HBSC-Studie (Health Behaviour in School-Aged Children) aus den Jahren 2017/2018 für 15-jährige Schülerinnen und Schüler [39]. Dass sich Mädchen und Jungen in den letzten Jahren hinsichtlich ihres Cannabiskonsums angenähert haben, wurde auch in der ESPAD-Studie für Europa beschrieben [40]. Darüber hinaus konnten in den vorliegenden Daten innerhalb der Gruppe der Jugendlichen mit zunehmendem Alter große Anstiege im Cannabiskonsum festgestellt werden. Dies lässt sich mit sozialen Gelegenheiten und lebensphasentypischen Entwicklungsaufgaben im Jugendalter auf dem Weg zum Erwachsenwerden zurückführen [2, 3]. Der Befund verdeutlicht außerdem, wie wichtig es ist, mit Maßnahmen der universellen Cannabisprävention vor dem 16. Lebensjahr anzusetzen. Weitere hier untersuchte soziodemografische Merkmale, wie der Bildungsstand und der Migrationshintergrund, waren nicht signifikant mit dem Cannabiskonsum bei Jugendlichen assoziiert. Auch dies deckt sich weitgehend mit anderen deutschen Studienergebnissen [16], so war in der genannten HBSC-Studie beispielsweise ausschließlich bei Mädchen mit einseitigem Migrationshintergrund ein erhöhtes Risiko für den Konsum von Cannabis festzustellen [39].

In der Gruppe der jungen Erwachsenen zeigten sich dagegen signifikante Geschlechtsunterschiede in der 12-Monats-Prävalenz ihres Cannabiskonsums, wobei deutlich mehr junge Männer als junge Frauen konsumierten (26,9% vs. 19,4%). Diese Geschlechtsunterschiede wurden sowohl in Deutschland [14, 36, 38] als auch international in vielen Studien gefunden [41, 42]. In Bezug auf das Alter und den Bildungs- und Migrationsstatus konnten keine Unterschiede bei den jungen Erwachsenen festgestellt werden.

Die hier dargestellten Ergebnisse beruhen auf Daten, die noch vor Inkrafttreten des Konsumcannabisgesetzes erhoben wurden. Bis dahin zeigten sich im Trendverlauf bei den Jugendlichen wenig Veränderungen in den fünfzehn Jahren von 2008 bis 2023. Bei männlichen Jugendlichen ging der Cannabiskonsum im Zeitraum von 2019 bis 2023 sogar zurück. Eine ähnliche Entwicklung zeigte sich für Europa für 15- bis 16-jährige Schülerinnen und Schüler auch in den ESPAD-Daten (Zeitraum von 2007 bis 2024) [35].

Bei den jungen Erwachsenen dagegen stieg der Cannabiskonsum deutlich an und erreichte 2021 sowohl bei den jun-

gen Frauen als auch bei den jungen Männern Höchstwerte. Zwischen 2021 und 2023 stieg der Cannabiskonsum junger Erwachsener zwar nicht weiter, blieb aber auf hohem Niveau. Für Deutschland zeigen Daten des ESA für die Altersgruppe der 18- bis 59-Jährigen ebenfalls einen Höchstwert der 12-Monats-Prävalenz bei Frauen und Männern im Jahr 2021 [43] und die Trendentwicklung der 18- bis 24-Jährigen des ESA verläuft sehr ähnlich wie die der 18- bis 25-Jährigen der Drogenaffinitätsstudien [37,44]. Für Europa konnten Steigerungen der 12-Monats-Prävalenz für Personen zwischen 15 und 64 Jahren in der Dekade zwischen 2010 und 2019 ausgemacht werden, wobei die größten Steigerungen in den älteren Bevölkerungsgruppen ausgemacht wurden [45].

Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutsamkeit von verständlichen und gut erreichbaren Informations- und Präventionsangeboten. Hier ist insbesondere die Aufklärung über gesundheitliche Risiken, aber auch über weitere negative Folgen, die mit einem Cannabiskonsum einhergehen können, ein zentraler Baustein. So zeigten die für das Jahr 2023 vorliegenden Ergebnisse beispielsweise, dass mehr als die Hälfte der Jugendlichen und etwa ein Drittel der jungen Erwachsenen ihren Informationsstand über die Auswirkungen des Cannabiskonsums als „weniger gut“ bzw. „überhaupt nicht gut“ einschätzten [1]. Niedrigschwellige Angebote und vielfältige Zugangswege, um Zielgruppen in unterschiedlichen Lebenswelten zu erreichen, sind daher von großer Bedeutung. Hierbei werden sowohl mögliche Konsumtrends, psychische komorbide Erkrankungen als auch möglicher Mischkonsum weiterhin zu berücksichtigen sein.

Das BIÖG fokussiert eine daten- und evidenzbasierte Entwicklung von Präventionsangeboten (siehe 3.1). So werden auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie relevanter Studienergebnisse wie der Drogenaffinitätsstudie Neu- und Weiterentwicklungsbedarfe analysiert und Optimierungspotenziale sowie mögliche Trends identifiziert. [Tabelle 4](#) verdeutlicht, dass insbesondere Jugendliche ab 14 Jahre durch eine Vielzahl universeller Präventionsangebote erreicht werden. Dies ist vor dem Hintergrund eines oftmals im Jugendalter stattfindenden Erstkonsums von Cannabis relevant, da Jugendliche möglichst frühzeitig für Risiken des Konsums sensibilisiert und für einen verantwortungsvollen Umgang mit Cannabis motiviert werden sollen. Hierzu bietet sich insbesondere das Setting Schule an, in dem vor allem Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wie Eltern und pädagogische Fachkräfte dazu befähigt werden sollen, Präventionsangebote umzusetzen. Voraussetzung hierfür sind möglichst niedrigschwellige und praktikable Qualifizierungsangebote – hier ist beispielhaft der Online-Kurs „Cannabisprävention: Wissen, verstehen, handeln“ zu nennen, der digital und kostenfrei zur Verfügung steht. Durch die Stärkung der Cannabisprävention mit Inkrafttreten des Cannabisgesetzes im Jahr 2024 wurden bundesweite Angebote zur

Cannabisprävention in Zusammenarbeit von Bund und Ländern entwickelt, ausgebaut, pilotiert, evaluiert und verstetigt. Es existieren dabei über das Angebot des BIÖG hinaus vielfältige qualitätsgesicherte Präventionsangebote, deren Vernetzung, gemeinsame Etablierung und geeignete flächendeckende Bereitstellung perspektivisch auch weiterhin fokussiert werden sollte.

Gleichzeitig sind Programme zur Stärkung der individuellen sozialen und emotionalen Kompetenzen in allen Altersstufen relevant. In der Regel setzen diese sogenannten Lebenskompetenzprogramme bereits im Kindesalter an und haben einen meist substanzungebundenen Ansatz, sind demnach nicht auf Substanzen wie Cannabis fokussiert. Gleichwohl sind Ansätze der Lebenskompetenzförderung in den beschriebenen Projekten in [3.3](#) zu finden. Sie haben zum Ziel, junge Menschen in den Bereichen der Selbstwahrnehmung, Empathie, des kritischen Denkens sowie der Problemlösefähigkeiten und Stressbewältigung zu stärken und sie somit zu befähigen, Substanzkonsum aktiv abzulehnen. Perspektivisch werden Angebote zur Stärkung der Lebenskompetenzen im Kindes- und Jugendalter noch weiter zu fokussieren und intensivieren sein – dabei sollten beispielsweise auch Menschen mit Kinderwunsch sowie Schwangere berücksichtigt werden, da die Grundlagen der Lebenskompetenzen bereits pränatal gebildet werden.

### Limitationen

Die vorliegenden Ergebnisse basieren auf Selbstauskünften der befragten Personen über ein zu dem Zeitpunkt noch illegales Verhalten des Cannabiskonsums. Die Erfassung von illegalen Verhaltensweisen in der Forschung ist schwierig und birgt das Risiko, dass Befragte sozial erwünscht antworten und illegale Verhaltensweisen eher verschweigen. Es ist daher nicht auszuschließen, dass die Prävalenzen zum Konsum von Cannabis in den vorliegenden Daten unterschätzt werden. Beispielsweise konnte in einer Studie mit jungen Erwachsenen in Schweden eine deutlich höhere 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums festgestellt werden, wenn die Befragten nur indirekt zu ihrem Drogenkonsum befragt wurden [46]. Studien, die selbstberichtete Werte zum Drogenkonsum mit Laborwerten (z. B. Haar- oder Urinalysen) von Befragten verglichen, kamen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen mit geringen aber auch großen Übereinstimmungen der Werte hinsichtlich des Cannabiskonsums (für eine Übersicht vgl. [47]). Des Weiteren könnten die hier berichteten Trends durch die COVID-19-Pandemie beeinflusst sein. Studienergebnisse für die erwachsene Bevölkerung in Deutschland legen jedoch nahe, dass Konsumentinnen und Konsumenten ihr Konsumverhalten während der Pandemie größtenteils nicht verändert hatten [43].

## Schlussfolgerungen

Die vorliegenden Ergebnisse beleuchten die Cannabiskonsumtrends für 12- bis 25-Jährige vor Inkrafttreten des Konsumcannabisgesetzes. Während es bei Jugendlichen nur geringe Veränderungen im Cannabiskonsum gab, konsumierten im Jahr 2023 deutlich mehr junge Frauen und Männer Cannabis als noch 2008. Die Anstiege unter den jungen Erwachsenen fanden in Zeiten statt, als Cannabis illegal war und schwächten sich zuletzt ab. Abzuwarten bleibt, ob und wie sich das Konsumverhalten Jugendlicher und junger Erwachsener im Zuge der Legalisierung für Erwachsene nach 2024 verändern wird. Zukünftige repräsentative Erhebungen – wie die vorliegende – können wichtige Erkenntnisse für die Evaluation des Konsumcannabisgesetzes liefern.

### Datenschutz und Ethik

Die Teilnahme der Befragten an den Interviews erfolgte freiwillig. Vor der Durchführung eines telefonischen Interviews mit einem 12- oder 13-jährigen Kind wurde das mündliche Einverständnis eines Erziehungsberechtigten eingeholt. Die Befragten wurden darüber aufgeklärt, dass sie an einer wissenschaftlichen Studie teilnehmen. Die Datensätze aller Erhebungen liegen in anonymisierter Form vor. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) wurden eingehalten.

### Datenverfügbarkeit

Der minimale Datensatz, der den Ergebnissen zugrunde liegt, ist im Forschungsdatenzentrum des BIÖG archiviert und kann von Forschenden auf begründete Anfrage eingesehen werden. Anfragen können per E-Mail an [fdz@bioeg.de](mailto:fdz@bioeg.de) gestellt werden.

### Förderungshinweis

Die Drogenaffinitätsstudien wurden mit Mitteln der BZgA, jetzt BIÖG, finanziert. Die Alkoholsurveys wurden im Rahmen der Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“, einer Kooperation zwischen BZgA und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV), mit Mitteln der PKV finanziert.

### Beiträge der Autorinnen und Autoren

Maßgebliche Beiträge zu Konzeption oder Design der Arbeit: SE, AN, BO; zur Erhebung der verwendeten Daten: BO; zur Analyse der verwendeten Daten: AN, BO; zur Interpretation der verwendeten Daten: SE, AN, BO. Ausarbeitung des Manuskripts: SE, AN, BO; kritische Überarbeitung bedeutender Inhalte: SE, AN, BO. Finale Version des Manuskripts gelesen und der Veröffentlichung zugestimmt: SE, AN, BO.

### Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- Orth B, Spille-Merkel C, Nitzsche A. Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2023. Substanzkonsum und Internetnutzung im Jahr 2023 und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. 2025 [cited 16.09.2025]. Available from: [https://www.bioeg.de/fileadmin/user\\_upload/Studien/PDF/DAS\\_2023\\_Forschungsbericht\\_final.pdf](https://www.bioeg.de/fileadmin/user_upload/Studien/PDF/DAS_2023_Forschungsbericht_final.pdf).
- Pinquart M, Silbereisen RK. Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter. In: Hurrelmann K, Richter M, Stock S, editors. Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. Bern: Hogrefe; 2024. p. 101–111.
- Bühler A, Gomes de Matos E, Bühringer G. Prävention von Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen. In: Hurrelmann K, Richter M, Stock S, editors. Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. 6., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe; 2024. p. 333–349.
- Gray KM, Squeglia LM. Research Review: What have we learned about adolescent substance use? J Child Psychol Psychiatry. 2018;59(6):618–627. doi: 10.1111/jcpp.12783.
- Jarczok TA, Hasan A, Unterlaß G. Cannabiskonsum und Cannabis-assoziierte psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Kinder- und Jugendmedizin. 2025;25(01):50–7. doi: 10.1055/a-2494-3048.
- Thomasius R, Paschke K, Arnaud N. Substance-Use Disorders in Children and Adolescents. Dtsch Arztebl Int. 2022;119(25):440–50. doi: 10.3238/arztebl.m2022.0122.
- McDonald AJ, Kurdyak P, Rehm J, Roerecke M, Bondy SJ. Age-dependent association of cannabis use with risk of psychotic disorder. Psychol Med. 2024;54(11):2926–36. doi: 10.1017/S0033291724000990.
- Hall W, Degenhardt L. The adverse health effects of chronic cannabis use. Drug Test Anal. 2014;6(1/2):39–45. doi: 10.1002/dta.1506.
- Hoch E, Friemel CM, Schneider M. Cannabis: Potenzial und Risiko: Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme. Berlin, Heidelberg: Springer; 2019.
- Lorenzetti V, Hoch E, Hall W. Adolescent cannabis use, cognition, brain health and educational outcomes: A review of the evidence. Eur Neuropsychopharmacol. 2020;36:169–180. doi: 10.1016/j.euroneuro.2020.03.012.
- Köhler T. Rauschdrogen und andere psychotrope Substanzen. Tübingen: dgvt-Verlag; 2014.
- Lopez-Quintero C, Perez de los Cobos J, Hasin DS, Okuda M, Wang S, Grant BF, et al. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). Drug Alcohol Depend. 2011;115(1-2):120–30. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.11.004.
- Volkow ND, Compton WM, Weiss SR. Adverse health effects of marijuana use. N Engl J Med. 2014;371(9):879. doi: 10.1056/NEJM1407928.
- Job AK, Brieske LT. Entwicklung des Cannabiskonsums vom Jugend- zum jungen Erwachsenenalter sowie Risiko- und Schutzfaktoren für einen problematischen Konsum – Ergebnisse einer Längsschnittstudie. Bundesgesundheitsbl. 2025; 68:548–559. doi: 10.1007/s00103-025-04043-3.
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe; 2001.
- Arnaud N, Wartberg L, Simon-Kutscher K, Thomasius R, IMAC-Mind Consortium. Prevalence of substance use disorders and associations with mindfulness, impulsive personality traits and psychopathological symptoms in a representative sample of adolescents in Germany. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2024;33(2):451–65. doi: 10.1007/s00787-023-02173-0.
- Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V. ADM-Forschungsprojekt Dual-Frame-Ansätze. Forschungsbericht. Frankfurt am Main: ADM; 2001/2012.
- Best H, Wolf C. Logistische Regression. In: Wolf C, Best H, editors. Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010. p. 827–854.
- Bauer G. Graphische Darstellung regressionsanalytischer Ergebnisse. In: Wolf C, Best H, editors. Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010. p. 905–927.
- Franzkowiak P. Prävention und Krankheitsprävention. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025 [cited 16.09.2025]. Available from: <https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/praevention-und-krankheitspraevention/>.
- Bühler A, Thurl J, Gomes de Matos E. Expertise zur Suchtprävention 2020. Aktualisierte Neuauflage der „Expertise zur Suchtprävention 2013“. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2020.
- Seidel AK, Morgenstern M, Hanewinkel R. Risikofaktoren für einen riskanten Cannabiskonsum. Nervenarzt. 2020;91(11):1040–6. doi: 10.1007/s00115-020-00930-z.

- 23 Nawi AM, Ismail R, Ibrahim F, Hassan MR, Manaf MRA, Amit N, et al. Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a systematic review. *BMC Public Health*. 2021;21(1). doi: 10.1186/s12889-021-11906-2.
- 24 Kalke J, von Meduna M, Rühling E. Empfehlungen für die verhaltensbezogene Cannabisprävention nach der Teil-Legalisierung (Inhalte, Settings, Zielgruppen) – Ergebnisse einer Befragung von Expertinnen und Experten. Hamburg: Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung. p. 6. 2025 [cited 09.05.2025]. Available from: [https://www.isd-hamburg.de/wp-content/uploads/2025/03/Empfehlungen\\_Cannabispraevention.pdf](https://www.isd-hamburg.de/wp-content/uploads/2025/03/Empfehlungen_Cannabispraevention.pdf).
- 25 Kalke J, von Meduna M, Rühling E, Buth S. Wie sollte die verhaltensbezogene Cannabisprävention nach der Teil-Legalisierung gestaltet werden? Ergebnisse einer Expert\*innen-Befragung. *Suchttherapie*. 2025;26(2):61-68. doi: 10.1055/a-2562-8154. doi: 10.1055/a-2562-8154.
- 26 Steimle L, Stöver H. Schule als Ort der Cannabisprävention – Was wir von Kanada lernen können. *Prävention und Gesundheitsförderung*. 2025;20(1):111–5. doi: 10.1007/s11553-023-01094-9.
- 27 Haack G, Haß W. Evaluation. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024 [cited 16.09.2025]. Available from: <https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/evaluation/>.
- 28 Isensee B, Neumann C, Goecke M, Hanewinkel R. Wirksamkeit eines Cannabispräventionsprogramms in der Schule: Ergebnisse einer randomisiert-prospektiven Studie. *Bundesgesundheitsbl*. 2024;67:446–455.
- 29 Suchert V, Isensee B, Goecke M, Hanewinkel R. Cannabisprävention in der Schule: Ergebnisse einer cluster-randomisierten Studie. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2024;92(9):347–54.
- 30 Pietsch B, Arnaud N, Lochbühler K, Rossa M, Kraus L, Gomes de Matos E, et al. Effects of an app-based intervention program to reduce substance use, gambling, and digital media use in adolescents and young adults: a multicenter, cluster-randomized controlled trial in vocational schools in Germany. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3):1970. doi: 10.3390/ijerph20031970.
- 31 Jungaberle H, Nagy E. Pilot evaluation study of the life skills program REBOUND: Effects on substance use, and risk perception. *SAGE Open*. 2015;5(4):1–13.
- 32 Weichold K, Blumenthal A. Long-term effects of the life skills program IPSY on substance use: results of a 4.5-year longitudinal study. *Prev Sci*. 2016;17(1):13–23.
- 33 Gantner A, Tossmann P, Bobbink J, Spohr B, Kasten L. FriDA: Frühintervention bei Drogenmissbrauch in der Adoleszenz. Ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung von cannabis-konsumierenden Minderjährigen und deren Familien in der ambulanten Suchthilfe. Abschlussbericht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. 2023. [cited 16.09.2025]. Available from: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Drogen\\_und\\_Sucht/Abschlussbericht/Abschlussbericht\\_FriDA.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Abschlussbericht/Abschlussbericht_FriDA.pdf).
- 34 Marzinzik K, Hurrelmann K. Wissenschaftliche Begleitung des NRW-Modellprojekts MOVE. Motivierende Kurzintervention in der Schwerpunktprävention mit konsumierenden Jugendlichen. Abschlussbericht. 2004 [cited 16.09.2025]. Available from: <https://www.move-sem-inare.de/download/MoveEvaluation2.pdf>.
- 35 ESPAD Data Portal. Overview of Cannabis Prevalence in last year. 2024 [cited 16.09.2025]. Available from: <https://data.espad.org/>.
- 36 Rauschert C, Mockl J, Seitz NN, Wilms N, Olderbak S, Kraus L. The Use of Psychoactive Substances in Germany. Findings from the Epidemiological Survey of Substance Abuse 2021. *Dtsch Arztebl Int*. 2022;119(31-32):527–34. doi: 10.3238/arztebl.m2022.0244.
- 37 Rauschert C, Möckl J, Wilms N, Hoch E, Kraus L, Olderbak S. Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Tabellenband: Trends der Prävalenz des (problematischen) Konsums illegaler Drogen nach Geschlecht und Alter 1990–2021. 2023 [cited 16.09.2025]. Available from: [https://www.esa-survey.de/fileadmin/user\\_upload/Literatur/Berichte/ESA\\_2021\\_Trends\\_Drogen.pdf](https://www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2021_Trends_Drogen.pdf).
- 38 Kotz D, Kastaun S, Manthey J, Hoch E, Klosterhalfen S. Cannabis Use in Germany. *Dtsch Arztebl Int*. 2024;121(2). doi: 10.3238/arztebl.m2023.0237.
- 39 Moor I, Winter K, Rathmann K, Ravens-Sieberer U, Richter M. Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum im Jugendalter – Querschnittergebnisse der HBSC-Studie 2017/18. *J Health Monit*. 2020;5(3):73–92. doi: 10.25646/6895.
- 40 ESPAD Group. Key findings from the 2024 European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD). 2025 [cited 16.09.2025]. Available from: [https://www.euda.europa.eu/publications/data-factsheets/espac-2024-key-findings\\_en](https://www.euda.europa.eu/publications/data-factsheets/espac-2024-key-findings_en).
- 41 Colell E, Sánchez-Niubò A, Domingo-Salvany A. Sex differences in the cumulative incidence of substance use by birth cohort. *Int J Drug Policy*. 2013;24(4):319–25. doi: 10.1016/j.drugpo.2012.09.006.
- 42 United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2024. 2024 [cited 16.09.2025]. Available from: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>.
- 43 Olderbak S, Mockl J, Manthey J, Lee S, Rehm J, Hoch E, et al. Trends and projection in the proportion of (heavy) cannabis use in Germany from 1995 to 2021. *Addiction*. 2024;119(2):311–21. doi: 10.1111/add.16356.
- 44 Hoch E, Bergmann H, Gomes de Matos E, Möckl J, Murawski M, Schneider F, et al. Cannabis – Zahlen und Fakten. In: *DHS Jahrbuch Sucht 2025*. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) Lengerich: Pabst; 2025.
- 45 Manthey J, Freeman TP, Kilian C, Lopez-Pelayo H, Rehm J. Public health monitoring of cannabis use in Europe: prevalence of use, cannabis potency, and treatment rates. *Lancet Reg Health Eur*. 2021;10:100227. doi: 10.1016/j.lanep.2021.100227.
- 46 Andersson F, Sundin E, Magnusson C, Ramstedt M, Galanti MR. Prevalence of cannabis use among young adults in Sweden comparing randomized response technique with a traditional survey. *Addiction*. 2023;118(9):1801–10. doi: 10.1111/add.16219.
- 47 Folk JB, Hirschtritt ME, McCrary QD, Kalapatapu RK. Agreement between Youth Self-Report and Biospecimen-Confirmed Substance Use: A Systematic Review. *Subst Use Misuse*. 2022;57(4):531–8. doi: 10.1080/10826084.2021.2019783.