Cannabis: *Mythen* & Evidenz

42 Fact-Sheets zu den in Deutschland relevanten Cannabismythen

Was kann man erfahren?

Der wissenschaftliche Faktencheck zu jedem einzelnen Mythos: Sein Hintergrund wird eingeordnet, die wichtigsten Fakten aus der Forschung werden zusammengestellt und in eine stark verdichtete Synthese der Fakten zusammengeführt (Stand: Sommer 2025). Zu jedem Mythos wird eine vierstufige Kurzklassifikation vorgenommen: richtig, eher richtig, eher falsch, falsch. Sie berücksichtigt auch die Qualität der wissenschaftlichen Datenlage. In zwei Fällen konnte keine Kurzklassifikationen vorgenommen werden. Die einbezogenen wissenschaftlichen Quellen, die diese Urteile tragen und die präsentierten Fakten liefern, werden angegeben.

Aber wie weit verbreitet sind die Mythen in Deutschland? Wie wichtig sind sie für spezifische Gruppen? Wie richtig (oder falsch) werden sie in diesen beurteilt? Wie hoch ist der Präventionsbedarf für die Mythen in diesen Gruppen oder sogar in der erwachsenen bzw. minderjährigen Bevölkerung insgesamt? – Darüber gibt die jeweils ergänzte Kurztabelle zu den empirischen Ergebnissen der durchgeführten Befragungen Auskunft (Stand: Sommer 2025).

Wie sind die Ergebnisse zu Stande gekommen?

Genauere Hinweise zum methodischen Vorgehen des Forschungsprojektes CaRM finden sich im Projekt-Abschlussbericht, der zum Download auf der Internetseite des Instituts für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung zur Verfügung steht. Er kann **hier** heruntergeladen werden.

An wen richten sich die Fact-Sheets?

Die Fact-Sheets sind für alle gedacht, die ihr eigenes Hintergrundwissen erweitern oder prüfen wollen. Oder aktuelle Anknüpfungspunkte in die Literatur zur Evidenz suchen (Forschende). Aber auch für diejenigen, die das Wissen weitergeben wollen, z. B. Lehr- und Fachkräfte oder auch Journalist:innen.

Für den schnellen Überblick sind die Kurzklassifikationen (von grün nach rot, richtig bis falsch) und die Werte in den Tabellen (von blau nach rot, niedrig bis hoch) farblich markiert.

Verweise **[1, 2]** in den Texten beziehen sich auf die Referenzen am Ende jedes Mythos.

WISSENSCHAFTLICHE EINORDNUNG

↑ Richtig ↗ Eher richtig ↙ Eher falsch ↓ Falsch — Keine Aussage möglich

Inhalt

Medizinischer und therapeutischer Nutzen

- Cannabis ist ein Allheilmittel.
- Cannabis wirkt gegen Schmerzen.
- Cannabis hemmt Entzündungen.
- Cannabiskonsum löst Spasmen.
- Cannabiskonsum hilft beim Abnehmen.
- Cannabiskonsum hilft bei Schlafproblemen.
- Cannabiskonsum wirkt gegen Angst.
- Cannabiskonsum wirkt gegen Depressionen.
- Cannabiskonsum wirkt gegen ADHS.

Risiken für den Körper und die Entwicklung

- Cannabiskonsum schädigt den Fötus.
- Cannabiskonsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen.
- Cannabiskonsum verursacht Herz-Kreislauferkrankungen.
- Inhalativer Cannabiskonsum bewirkt Atemwegserkrankungen.
- Cannabiskonsum verursacht Krebserkrankungen.

Risiken für die psychische Gesundheit

- Cannabiskonsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten.
- Cannabis ist eine Einstiegsdroge.
- Cannabis verursacht keine Abhängigkeit.
- Cannabiskonsum verursacht Psychosen.
- Cannabiskonsum verursacht einen generellen Motivationsverlust.
- Cannabiskonsum führt zu Suizidgedanken.

Einfluss auf Stimmung und Wahrnehmung

- Cannabiskonsum verändert die Wahrnehmungen.
- Cannabiskonsum verbessert die Gemütslage.
- Cannabiskonsum entspannt.
- Cannabiskonsum macht nicht aggressiv.

Soziale Auswirkungen und Leistungsfähigkeit

- Cannabiskonsum gefährdet die Verkehrssicherheit.
- Cannabiskonsum macht kreativ.
- Cannabiskonsum schädigt soziale Beziehungen.
- Cannabiskonsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln.
- Cannabiskonsum führt zu niedrigen Leistungen.
- Cannabiskonsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau.
- Cannabiskonsum ist cool.

Risiken durch Dosierung und Qualität

- Cannabis ist schwierig zu dosieren.
- Mischkonsum von Cannabis mit anderen Substanzen ist besonders risikoreich.
- Zusätze im Cannabis führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken.
- Eine Überdosierung von Cannabis führt nicht zum Tod.

Verbreitung in der Bevölkerung und Gesetzgebung

- Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis.
- Cannabiskonsum ist nun für alle überall erlaubt.
- Die Teillegalisierung wird zu einem Anstieg des Cannabiskonsums führen.
- Die Teillegalisierung wird zu einem Anstieg des Cannabiskonsums unter Minderjährigen führen.

Allgemeine Einschätzung der Gefährlichkeit

- Cannabiskonsum ist harmlos.
- Cannabiskonsum durch Heranwachsende führt in stärkerem Maße als bei Erwachsenen zu gesundheitlichen Schäden.
- Cannabis ist weniger schädlich als Alkohol.



KATEGORIE 1 VON 8

Medizinischer und therapeutischer Nutzen

9 Mythen

- Cannabis ist ein Allheilmittel.
- Cannabis wirkt gegen Schmerzen.
- Cannabis hemmt Entzündungen.
- Cannabiskonsum löst Spasmen.
- Cannabiskonsum hilft beim Abnehmen.
- Cannabiskonsum hilft bei Schlafproblemen.
- Cannabiskonsum wirkt gegen Angst.
- Cannabiskonsum wirkt gegen Depressionen.
- Cannabiskonsum wirkt gegen ADHS.

MEDIZINISCHER UND THERAPEUTISCHER NUTZEN

Cannabis ist ein Allheilmittel. Falsch

Einordnung

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

Synthese

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

Zentrale Erkenntnisse

- Personen mit psychischen Störungen, die Cannabis zur Selbstmedikation einsetzen, berichten in Studien häufiger über eine Symptomlinderung,[1, 2] allerdings ist die wissenschaftliche Evidenz bezüglich 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 möglich sind.[8-11]
- Zwar werden den Bestandteilen von Cannabis entzündungshemmende Eigenschaften zugeschrieben,[12] jedoch liefern die bisher vorhandenen Studien zu der Wirksamkeit widersprüchliche Ergebnisse.[13, 14]
- Cannabis wird mit der Linderung von Symptomen wie Übelkeit 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] Demgegenüber zeigen Studien, dass Cannabiskonsum Übelkeit 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 häufiges und intensives Cannabisrauchen kann demgegenüber das Risiko für eine Vielzahl gesundheitlicher Probleme erhöhen.[10, 24] Dazu zählen unter anderem cannabisbezogene Störungen wie Cannabisabhängigkeit,[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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene (18-70)	12	53	49	42	6
Minderjährige (16-17)	20	49	47	38	9
Konsumierende	22	54	43	46	k. A.
Junge Erwachsene (18-26)	16	54	47	43	k. A.
Eltern	12	53	46	43	k. A.

- **Kenntnis** — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.
- **Bedeutung** — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.
- **Richtigkeit** — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.
- **Prävention** — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.
- **Bevölkerungsrelevanz** — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m01-allheilmittel/

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/fpsyt.2021.630247.
36. 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.
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 and Alcohol Dependence. 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.

MEDIZINISCHER UND THERAPEUTISCHER NUTZEN

Cannabis wirkt gegen Schmerzen. Eher falsch

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

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.

Zentrale Erkenntnisse

- 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 klinischen Studien.[5, 6, 10, 11]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene (18-70)	68	70	50	47	34
Minderjährige (16-17)	49	61	56	39	21
Konsumierende	78	72	46	50	k. A.
Junge Erwachsene (18-26)	67	67	49	45	k. A.
Eltern	69	70	48	48	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m10-schmerzen/

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. Almuntashiri, 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.

MEDIZINISCHER UND THERAPEUTISCHER NUTZEN

Cannabis hemmt Entzündungen. — Keine Aussage möglich

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

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.

Zentrale Erkenntnisse

- 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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene (18-70)	23	69	k. A.	k. A.	k. A.
Minderjährige (16-17)	17	59	k. A.	k. A.	k. A.
Konsumierende	43	70	k. A.	k. A.	k. A.
Junge Erwachsene (18-26)	25	62	k. A.	k. A.	k. A.
Eltern	27	70	k. A.	k. A.	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m12-entzuendungen/

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. 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.
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/fpsyt.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.

MEDIZINISCHER UND THERAPEUTISCHER NUTZEN

Cannabiskonsum löst Spasmen. ↑ Richtig

Einordnung

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

Synthese

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

Zentrale Erkenntnisse

- 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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene (18-70)	29	60	78	23	8
Minderjährige (16-17)	18	56	70	26	5
Konsumierende	48	61	88	18	k. A.
Junge Erwachsene (18-26)	34	47	78	19	k. A.
Eltern	33	56	82	20	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m13-spastiken/

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. 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.
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.

MEDIZINISCHER UND THERAPEUTISCHER NUTZEN

Cannabiskonsum hilft beim Abnehmen. — Keine Aussage möglich

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

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.

Zentrale Erkenntnisse

- 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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene (18-70)	6	49	k. A.	k. A.	k. A.
Minderjährige (16-17)	14	46	k. A.	k. A.	k. A.
Konsumierende	11	53	k. A.	k. A.	k. A.
Junge Erwachsene (18-26)	6	59	k. A.	k. A.	k. A.
Eltern	7	50	k. A.	k. A.	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m17-abnehmen/

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 Δ9-Tetrahydrocannibinol (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 Δ9-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.

MEDIZINISCHER UND THERAPEUTISCHER NUTZEN

Cannabiskonsum hilft bei Schlafproblemen. 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

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.

Zentrale Erkenntnisse

- Studien zeigen, dass Cannabis einen positiven wie auch negativen Einfluss auf den Schlaf haben kann.[1, 2]
- Vereinzelte 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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene (18-70)	39	62	56	39	17
Minderjährige (16-17)	31	56	60	35	12
Konsumierende	71	75	46	51	k. A.
Junge Erwachsene (18-26)	54	62	55	40	k. A.
Eltern	45	63	54	41	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m18-schlaf/

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.

MEDIZINISCHER UND THERAPEUTISCHER NUTZEN

Cannabiskonsum wirkt gegen Angst. Eher falsch

Einordnung

Angst ist eine normale menschliche Emotion, die als Schutzreaktion in bedrohlichen Situationen auftritt. Wenn diese Angst jedoch übermäßig wird und in harmlosen Situationen anhält, 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 können zu erheblichen psychosozialen Einschränkungen führen. Häufige Formen sind Panikstörungen, generalisierte Angststörungen und soziale Phobien.

Synthese

Es gibt keinen wissenschaftlichen Nachweis dafür, dass Cannabis Angst wirksam lindert. Der Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und Angstzuständen ist komplex und die Studienlage bleibt uneindeutig. Einiges spricht dafür, dass Cannabiskonsum Angst auslösen kann, insbesondere durch höhere THC-Dosen.

Zentrale Erkenntnisse

- Menschen mit unterschiedlichen Erkrankungen nutzen Cannabis zur Selbstmedikation und berichten in Studien von einer Verbesserung ihrer Angst.[1, 2]
- Bisherige Studien können eine Wirksamkeit von Cannabis zur Verbesserung einer Angststörung jedoch nicht bestätigen.[3]
- Cannabiskonsum kann sogar mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer späteren 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 höherem THC-Gehalt eine angstverstärkende Reaktion auslösen können.[12]
- Eine neuere Übersichtsarbeit legt nahe, dass Personen, die sehr sensibel auf Angst reagieren, möglicherweise ein höheres Risiko haben, Cannabis zur Stressbewältigung 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 höheren THC-Anteilen in den heutigen Cannabisprodukten.[10]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene	32	61	61	36	13
Minderjährige	35	60	65	33	13
Konsumierende	44	66	55	42	k. A.
Junge Erwachsene	44	60	59	36	k. A.
Eltern	33	57	61	35	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m25-angst/

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.

MEDIZINISCHER UND THERAPEUTISCHER NUTZEN

Cannabiskonsum wirkt gegen Depressionen. 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

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.

Zentrale Erkenntnisse

- 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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene	31	63	30	55	18
Minderjährige	30	56	38	47	15
Konsumierende	51	69	26	62	k. A.
Junge Erwachsene	35	65	31	56	k. A.
Eltern	35	62	32	53	k. A.

- **Kenntnis** — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.
- **Bedeutung** — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.
- **Richtigkeit** — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.
- **Prävention** — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.
- **Bevölkerungsrelevanz** — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m26-depressionen/

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/fpsyt.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.

MEDIZINISCHER UND THERAPEUTISCHER NUTZEN

Cannabiskonsum wirkt gegen ADHS. Eher falsch

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

Trotz Berichten von ADHS-Patienten 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.

Zentrale Erkenntnisse

- Patienten 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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene	30	60	56	38	13
Minderjährige	34	56	60	35	13
Konsumierende	56	65	50	44	k. A.
Junge Erwachsene	47	57	56	37	k. A.
Eltern	33	62	55	39	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m27-adhs/

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.

KATEGORIE 2 VON 8

Risiken für den Körper und die Entwicklung

5 Mythen

- Cannabiskonsum schädigt den Fötus.
- Cannabiskonsum bewirkt Übelkeit und Erbrechen.
- Cannabiskonsum verursacht Herz-Kreislauferkrankungen.
- Inhalativer Cannabiskonsum bewirkt Atemwegserkrankungen.
- Cannabiskonsum verursacht Krebserkrankungen.

RISIKEN FÜR DEN KÖRPER UND DIE ENTWICKLUNG

Cannabiskonsum schädigt den Fötus. ↑ 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

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

Zentrale Erkenntnisse

- 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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene (18-70)	42	77	90	21	11
Minderjährige (16-17)	42	73	85	22	11
Konsumierende	35	69	85	22	k. A.
Junge Erwachsene (18-26)	44	72	87	21	k. A.
Eltern	48	81	92	21	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m08-foetus/

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.

RISIKEN FÜR DEN KÖRPER UND DIE ENTWICKLUNG

Cannabiskonsum 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

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.

Zentrale Erkenntnisse

- 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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene (18-70)	18	60	72	26	6
Minderjährige (16-17)	36	62	73	26	11
Konsumierende	19	43	53	29	k. A.
Junge Erwachsene (18-26)	33	58	67	28	k. A.
Eltern	19	55	72	24	k. A.

- **Kenntnis** — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.
- **Bedeutung** — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.
- **Richtigkeit** — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.
- **Prävention** — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.
- **Bevölkerungsrelevanz** — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m11-uebelkeit/

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.

RISIKEN FÜR DEN KÖRPER UND DIE ENTWICKLUNG

Cannabiskonsum verursacht Herz-Kreislauferkrankungen.

Richtig

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

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

Zentrale Erkenntnisse

- 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 Konsumenten, für Konsumenten ohne vorhandene kardiale Risikofaktoren und für Konsumenten, 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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene (18-70)	15	76	76	30	5
Minderjährige (16-17)	34	74	76	29	11
Konsumierende	18	63	64	32	k. A.
Junge Erwachsene (18-26)	18	75	70	34	k. A.
Eltern	17	75	71	32	k. A.

- **Kenntnis** — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.
- **Bedeutung** — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.
- **Richtigkeit** — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.
- **Prävention** — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.
- **Bevölkerungsrelevanz** — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m14-herz-kreislauf/

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-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. 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.

Inhalativer Cannabiskonsum bewirkt Atemwegserkrankungen. Richtig

Einordnung

Atemwegserkrankungen betreffen die Atemwege und die Lunge und lassen sich in akute (z. B. Husten, Atemnot, akute Bronchitis, akute Lungenentzündung) und chronische Erkrankungen unterteilen, wie Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), chronische Bronchitis, chronische Lungenentzündungen und Lungenkrebs. Zu den Risikofaktoren für Atemwegserkrankungen gehören Rauchen, Umweltverschmutzung, Exposition gegenüber Reizstoffen, genetische Faktoren und Infektionen.

Synthese

Inhalativer Cannabiskonsum (Verdampfen, Rauchen) hat eine Vielzahl negativer Auswirkungen auf die Atemwege. Insbesondere häufiges und intensives Rauchen von Cannabis mit oder ohne Tabak erhöht das Risiko für eine Beeinträchtigung der Atemfunktion und Atemwegserkrankungen.

Zentrale Erkenntnisse

- Inhalativer Cannabiskonsum beeinträchtigt 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 höheren Risiko für Atemwegserkrankungen wie Bronchitiden, Emphyseme, Asthma oder chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen.[3-5]
- Trotz oftmals unzureichender Quantifizierung des Konsums und Abgrenzung des zusätzlichen Risikos durch das Rauchen von Tabak,[6] liefern zunehmend mehr systematische Übersichtsarbeiten Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Cannabisrauchen und einem erhöhten Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken.[5, 7, 8] Dies gilt auch für junge Konsument:innen.[7]
- Häufiges und intensives Cannabisrauchen erhöht das Risiko und die Schwere von Atemwegserkrankungen,[1, 3, 9] auch bei jungen Nutzer:innen.[3]
- Während 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 gegenüber Rauchen insgesamt geringer sein könnte, da schädliche Reizstoffe wie Teer und Kohlenmonoxid nicht freigesetzt werden.[3, 7] Eine neuere Übersichtsarbeit bestätigt, dass Menschen, die sowohl Nikotin als auch Cannabis mit E-Zigaretten konsumieren ("dual vaping"), ein höheres Risiko für Atemwegserkrankungen aufweisen.[14]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene (18-70)	16	70	79	26	5
Minderjährige (16-17)	29	73	74	30	10
Konsumierende	30	59	72	26	k. A.
Junge Erwachsene (18-26)	21	71	77	27	k. A.
Eltern	18	68	77	27	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m15-atemwege/

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. Martinasak, 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.

Cannabiskonsum verursacht Krebserkrankungen. Richtig

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

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.

Zentrale Erkenntnisse

- 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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene (18-70)	10	72	74	30	4
Minderjährige (16-17)	28	79	77	30	10
Konsumierende	15	66	65	33	k. A.
Junge Erwachsene (18-26)	15	69	70	31	k. A.
Eltern	13	73	68	34	k. A.

- **Kenntnis** — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.
- **Bedeutung** — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.
- **Richtigkeit** — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.
- **Prävention** — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.
- **Bevölkerungsrelevanz** — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m16-krebs/

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. 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.
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.

KATEGORIE 3 VON 8

Risiken für die psychische Gesundheit

6 Mythen

- Cannabiskonsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten.
- Cannabis ist eine Einstiegsdroge.
- Cannabis verursacht keine Abhängigkeit.
- Cannabiskonsum verursacht Psychosen.
- Cannabiskonsum verursacht einen generellen Motivationsverlust.
- Cannabiskonsum führt zu Suizidgedanken.

RISIKEN FÜR DIE PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Cannabiskonsum beeinträchtigt kognitive Fähigkeiten.

Richtig

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

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.

Zentrale Erkenntnisse

- 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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene (18-70)	44	71	83	24	13
Minderjährige (16-17)	46	72	80	26	14
Konsumierende	47	58	73	26	k. A.
Junge Erwachsene (18-26)	50	72	81	25	k. A.
Eltern	47	72	84	23	k. A.

- **Kenntnis** — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.
- **Bedeutung** — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.
- **Richtigkeit** — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.
- **Prävention** — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.
- **Bevölkerungsrelevanz** — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m20-kognition/

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/fpsyt.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.

RISIKEN FÜR DIE PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Cannabis ist eine Einstiegsdroge. Eher falsch

Einordnung

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

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.

Zentrale Erkenntnisse

- Alkoholkonsum stellt bei Minderjährigen in der Regel den Einstieg in den Substanzkonsum dar, dem dann Nikotin- und später Cannabiskonsum nachfolgen – wenn diese folgen.[2]
- Jugendlicher 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 Cannabiskonsument:innen im Vergleich zu Nicht-Cannabiskonsument: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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene	58	67	52	44	28
Minderjährige	52	59	55	38	22
Konsumierende	52	37	70	22	k. A.
Junge Erwachsene	56	56	63	34	k. A.
Eltern	64	65	51	44	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m22-einstiegsdroge/

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.

RISIKEN FÜR DIE PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Cannabis verursacht keine Abhängigkeit. Falsch

Einordnung

Unter „Cannabisgebrauchsstörungen" fallen unterschiedliche Schweregrade problematischen Cannabiskonsums. Die schwerste Form ist die Cannabisabhängigkeit, die durch starkes Verlangen, verminderte Kontrolle über den Konsum, Entzugssymptome, Toleranzentwicklung, Vernachlässigung anderer Interessen und fortgesetzten Konsum trotz negativer Folgen gekennzeichnet ist.

Synthese

Der Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und der Entwicklung einer Cannabisabhängigkeit ist durch eine Vielzahl von Studien und klinischen Daten wissenschaftlich gut belegt. Insbesondere für diejenigen, die früh mit dem Konsum beginnen und häufig Cannabis konsumieren, besteht ein erhöhtes Risiko.

Zentrale Erkenntnisse

- Internationale Daten zeigen, dass ein Teil der Cannabisnutzer im Verlauf eine Cannabisgebrauchsstörung entwickeln, ein Teil davon eine Cannabisabhängigkeit.[1]
- Für Deutschland wird die Prävalenz der Cannabisabhängigkeit 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 eine Cannabisabhängigkeit auf 0,8 %.[3]
- Diagnostisches Indiz: nach Beendigung des Konsums entwickelt ein Teil der Cannabiskonsumenten ein Cannabisentzugssyndrom, insbesondere bei vormals häufigem/täglichem Cannabiskonsum.[4]
- Entzugssymptome sind: Reizbarkeit, Angst, Schlafstörungen, verminderten Appetit, Unruhe, depressive Stimmung. Die Beschwerden treten regelhaft innerhalb von 48 Stunden nach Beendigung des Konsums auf, können mehrere Wochen anhalten und schwerwiegend sein.[5]
- Ein frühes Einstiegsalter in den Konsum, ein häufiger Konsum, eine erhöhte Konsummenge und eine hohe Konzentration des psychoaktiven Wirkstoffs Tetrahydrocannabinol (THC) in den konsumierten Cannabisprodukten sind beschriebene Risikofaktoren für die Entwicklung einer Cannabisabhängigkeit.[6-11]
- Klinikdaten aus Deutschland zeigen, dass die Zahl der Krankenhausaufenthalte aufgrund einer Cannabisabhängigkeit zwischen den Jahren 2000 und 2018 von etwa 3.400 auf etwa 19.000 gestiegen ist.[12]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene	16	58	64	34	6
Minderjährige	18	64	63	35	7
Konsumierende	31	71	46	50	k. A.
Junge Erwachsene	17	62	64	36	k. A.
Eltern	17	69	61	39	k. A.

- **Kenntnis** — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.
- **Bedeutung** — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.
- **Richtigkeit** — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.
- **Prävention** — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.
- **Bevölkerungsrelevanz** — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m23-abhaengigkeit/

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.

RISIKEN FÜR DIE PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Cannabiskonsum verursacht Psychosen. Richtig

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

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.

Zentrale Erkenntnisse

- 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 Lebenszeitrisiko für den Einzelnen eher gering ist, zeigen internationale Schätzungen, dass Cannabiskonsumenten im Vergleich zu Nichtkonsumenten 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 Cannabiskonsument: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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene	39	70	74	29	13
Minderjährige	41	72	76	28	13
Konsumierende	50	50	56	31	k. A.
Junge Erwachsene	50	72	72	31	k. A.
Eltern	41	66	71	29	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m24-psychosen/

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. 2025. 82. (2): p. 181-190. 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.

RISIKEN FÜR DIE PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Cannabiskonsum verursacht einen generellen Motivationsverlust. 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 freizeitlichen Aktivitäten teilzunehmen.

Synthese

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

Zentrale Erkenntnisse

- 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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene	26	67	25	60	17
Minderjährige	28	65	32	55	16
Konsumierende	38	47	48	37	k. A.
Junge Erwachsene	32	66	31	57	k. A.
Eltern	29	60	28	56	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m28-motivation/

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/fpsyt.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.

RISIKEN FÜR DIE PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Cannabiskonsum führt zu Suizidgedanken. Eher richtig

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

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

Zentrale Erkenntnisse

- 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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene	14	73	83	26	4
Minderjährige	24	70	82	25	7
Konsumierende	11	45	71	21	k. A.
Junge Erwachsene	15	70	79	26	k. A.
Eltern	13	71	83	25	k. A.

- **Kenntnis** — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.
- **Bedeutung** — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.
- **Richtigkeit** — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.
- **Prävention** — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.
- **Bevölkerungsrelevanz** — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m30-suizid/

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.

KATEGORIE 4 VON 8

Einfluss auf Stimmung und Wahrnehmung

4 Mythen

- Cannabiskonsum verändert die Wahrnehmungen.
- Cannabiskonsum verbessert die Gemütslage.
- Cannabiskonsum entspannt.
- Cannabiskonsum macht nicht aggressiv.

EINFLUSS AUF STIMMUNG UND WAHRNEHMUNG

Cannabiskonsum verändert die Wahrnehmungen. Richtig

Einordnung

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

Synthese

Cannabiskonsum kann subjektive Wahrnehmungen verändern und eine veränderte Zeitwahrnehmung, Schwierigkeiten bei der Gedankenkontrolle, veränderte Geräuschintensität, Gefühle der Unwirklichkeit sowie Verwirrung und Desorientierung hervorrufen.

Zentrale Erkenntnisse

- Cannabis kann die subjektive Wahrnehmung beeinflussen.[1-6]
- In Studien berichten Konsument:innen, dass Cannabis unter anderem zu Schwierigkeiten führen kann, die eigenen Gedanken zu kontrollieren, eine veränderte Intensität von Geräuschen, Gefühle der Unwirklichkeit, Verwirrung und Desorientierung hervorrufen kann.[1, 2]
- Studien zeigen zudem, dass Cannabis zu einer veränderten Zeitwahrnehmung führen kann,[2, 3] wobei der Effekt unabhängig von der Dosis sein könnte[6] und weiterer Forschung bedarf.[7]
- Neuere Studien legen nahe, dass Cannabis sowohl das Bewusstsein für die eigenen Fähigkeiten zur Gefahrenwahrnehmung verringern als auch die Sehkraft negativ beeinträchtigen könnte.[4, 5]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene (18-70)	61	72	88	22	16
Minderjährige (16-17)	57	70	88	21	15
Konsumierende	60	67	84	22	k. A.
Junge Erwachsene (18-26)	62	71	87	21	k. A.
Eltern	64	72	90	20	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m19-wahrnehmung/

Referenzen

1. 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.
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.

EINFLUSS AUF STIMMUNG UND WAHRNEHMUNG

Cannabiskonsum verbessert die Gemütslage. 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

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.

Zentrale Erkenntnisse

- 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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene	33	59	84	21	9
Minderjährige	34	58	84	20	9
Konsumierende	56	77	82	28	k. A.
Junge Erwachsene	39	65	86	22	k. A.
Eltern	36	57	85	20	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m29-gemuetslage/

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. 10.1080/0959523031000161397 6.
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 Δ9-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 Δ9-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.

EINFLUSS AUF STIMMUNG UND WAHRNEHMUNG

Cannabiskonsum entspannt. Eher richtig

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.

Synthese

Zahlreiche Selbstberichte aus Studien legen nahe, dass Konsument:innen Cannabis als entspannend wahrnehmen.

Zentrale Erkenntnisse

- 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 verschieden Erkrankungen suchen diese häufig als Wirkung des Cannabiskonsums,[6, 7] inklusive Schmerzpatient:innen.[8]
- Cannabiskonsument: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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Volljährige (18-70)	57	62	82	24	16
Minderjährige (16-17)	55	57	81	22	15
Konsument*innen	80	84	75	35	k. A.
Junge Erwachsene	68	68	81	26	k. A.
Eltern	62	63	81	25	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m31-entspannt/

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.

EINFLUSS AUF STIMMUNG UND WAHRNEHMUNG

Cannabiskonsum macht nicht aggressiv. Eher falsch

Einordnung

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

Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und externalisierendem Verhalten, wie Aggressionen. Insbesondere chronischer Cannabiskonsum wird als potenzieller Risikofaktor für gesteigerte Aggressivität beschrieben, auch bei jungen Menschen.

Zentrale Erkenntnisse

- 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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Volljährige (18-70)	24	62	58	38	10
Minderjährige (16-17)	25	62	62	36	10
Konsument*innen	58	72	46	49	k. A.
Junge Erwachsene	36	63	55	40	k. A.
Eltern	30	63	55	40	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m32-nicht-aggressiv/

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/fpsyt.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/fpsyt.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.

KATEGORIE 5 VON 8

Soziale Auswirkungen und Leistungsfähigkeit

7 Mythen

- Cannabiskonsum gefährdet die Verkehrssicherheit.
- Cannabiskonsum macht kreativ.
- Cannabiskonsum schädigt soziale Beziehungen.
- Cannabiskonsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln.
- Cannabiskonsum führt zu niedrigen Leistungen.
- Cannabiskonsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau.
- Cannabiskonsum ist cool.

SOZIALE AUSWIRKUNGEN UND LEISTUNGSFÄHIGKEIT

Cannabiskonsum gefährdet die Verkehrssicherheit. Richtig

Einordnung

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

Synthese

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.

Zentrale Erkenntnisse

- 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 langsameres 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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene (18-70)	65	83	92	21	17
Minderjährige (16-17)	53	83	89	23	15
Konsumierende	58	74	82	25	k. A.
Junge Erwachsene (18-26)	58	78	89	21	k. A.
Eltern	66	85	91	22	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m21-verkehr/

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 Δ(9)-tetrahydrocannabinol (Δ(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/fpsyt.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.

Cannabiskonsum macht kreativ. 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

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.

Zentrale Erkenntnisse

- 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 Cannabiskonsumenten 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 Cannabiskonsumenten negativ beeinträchtigen können.[5]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Volljährige (18-70)	19	51	61	32	7
Minderjährige (16-17)	28	52	62	32	10
Konsument*innen	55	63	53	42	k. A.
Junge Erwachsene	35	54	61	33	k. A.
Eltern	22	54	57	35	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m33-kreativ/

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.

SOZIALE AUSWIRKUNGEN UND LEISTUNGSFÄHIGKEIT

Cannabiskonsum schädigt soziale Beziehungen. Eher falsch

Einordnung

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 neige, sich sozial zu isolieren. - Auf der anderen Seite habe der gemeinsame Cannabiskonsum aber auch eine verbindende, positiv konnotierte Wirkung.

Synthese

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.

Zentrale Erkenntnisse

- 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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Volljährige (18-70)	30	71	54	44	15
Minderjährige (16-17)	41	73	56	45	20
Konsument*innen	24	52	77	23	k. A.
Junge Erwachsene	34	70	58	42	k. A.
Eltern	30	73	54	45	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m34-soziale-beziehungen/

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/fpsyt.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.

SOZIALE AUSWIRKUNGEN UND LEISTUNGSFÄHIGKEIT

Cannabiskonsument:innen halten sich in geringerem Maße an soziale Regeln. Eher falsch

Einordnung

Der inhaltliche Kern dieser These hat mehrere Facetten: - Konsument:innen von Cannabis würden persönlichkeitsbedingt ein eingeschränktes bzw. von Nichtkonsumierenden 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

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.

Zentrale Erkenntnisse

- 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.

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Volljährige (18-70)	14	67	63	37	6
Minderjährige (16-17)	26	63	68	31	9
Konsument*innen	14	48	71	25	k. A.
Junge Erwachsene	13	56	71	29	k. A.
Eltern	16	64	63	37	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m35-soziale-regeln/

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.

SOZIALE AUSWIRKUNGEN UND LEISTUNGSFÄHIGKEIT

Cannabiskonsum führt zu niedrigen Leistungen.

Eher falsch

Einordnung

Die These besagt, dass Cannabiskonsum niedrige Bildungsabschlüsse, geringes Einkommen oder eine hohe Inanspruchnahme von Sozialleistungen verursache.

Synthese

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).

Zentrale Erkenntnisse

- 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 Konsumeinstieg 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 Alkoholkonsum, 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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Volljährige (18-70)	28	69	55	43	13
Minderjährige (16-17)	33	68	60	40	14
Konsument*innen	34	48	73	24	k. A.
Junge Erwachsene	33	66	60	39	k. A.
Eltern	31	65	55	41	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m36-leistungen/

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.

SOZIALE AUSWIRKUNGEN UND LEISTUNGSFÄHIGKEIT

Cannabiskonsum geht einher mit einem niedrigen sozialen Niveau. Falsch

Einordnung

Die These besagt, dass Cannabiskonsum unter Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status stärker verbreitet sei.

Synthese

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

Auch international ist das Bild uneinheitlich: In den USA und Schweden ist Cannabisgebrauch unter jungen Erwachsenen mit höherem sozioökonomischen Status assoziiert; in Frankreich und Schweden hängt intensiver Konsum hingegen mit niedrigem Sozialstatus zusammen.

Zentrale Erkenntnisse

- 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 jedoch, dass intensiver Cannabiskonsum mit einem niedrigen Sozialstatus assoziiert ist.[19, 24]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Volljährige (18-70)	13	55	36	48	6
Minderjährige (16-17)	20	60	33	53	11
Konsument*innen	13	40	63	27	k. A.
Junge Erwachsene	17	53	38	45	k. A.
Eltern	12	62	38	51	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m37-soziales-niveau/

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.

SOZIALE AUSWIRKUNGEN UND LEISTUNGSFÄHIGKEIT

Cannabiskonsum ist cool. Falsch

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

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.

Zentrale Erkenntnisse

- 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 Cannabiskonsument: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 Cannabiskonsument: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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Volljährige (18-70)	14	31	62	24	4
Minderjährige (16-17)	25	40	62	29	8
Konsument*innen	26	33	45	34	k. A.
Junge Erwachsene	25	30	55	25	k. A.
Eltern	15	30	60	26	k. A.

- **Kenntnis** — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.
- **Bedeutung** — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.
- **Richtigkeit** — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.
- **Prävention** — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.
- **Bevölkerungsrelevanz** — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m38-cool/

Referenzen

1. Buchner, U.G. and P. Sleczka. 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/yco.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. Bilgrei, 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.

KATEGORIE 6 VON 8

Risiken durch Dosierung und Qualität

4 Mythen

- Cannabis ist schwierig zu dosieren.
- Mischkonsum von Cannabis mit anderen Substanzen ist besonders risikoreich.
- Zusätze im Cannabis führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken.
- Eine Überdosierung von Cannabis führt nicht zum Tod.

Cannabis ist schwierig zu dosieren. ↑ Richtig

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

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

Zentrale Erkenntnisse

- 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 unbekannten 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 einschätzt werden kann.[6]
- Die variierenden Mengenanteile der Inhaltsstoffe und der verzögerte Wirkungseintritt von oral eingenommenem Cannabis können dazu führen, dass sowohl erfahrene, insbesondere aber unerfahrene Cannabiskonsument: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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene (18-70)	16	69	76	26	5
Minderjährige (16-17)	28	68	68	31	10
Konsumierende	18	54	57	31	k. A.
Junge Erwachsene (18-26)	17	67	74	28	k. A.
Eltern	19	64	75	25	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m05-schwierig-dosieren/

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 vaporised Δ(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.

Mischkonsum von Cannabis mit anderen Substanzen ist besonders risikoreich. ↑ Richtig

Synthese

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.

Zentrale Erkenntnisse

- Mischkonsum erhöht die Wahrscheinlichkeit für insgesamt intensiveren Konsum: Gemeinsames Vapen von Nikotin und Cannabis erhöht die Anzahl der Konsumeinheiten.[1, 2] Kombinierter 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 minder 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 Herzkomplikationen berichtet.[21-27]
- Kombinierter Cannabiskonsum mit weiteren psychoaktiven Substanzen – insbesondere Alkohol – erhöht die Risiken für intensiveren Konsum und damit die Entwicklung von Störungen des Gebrauchs dieser abhängigkeitserzeugenden 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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene (18-70)	44	77	89	22	12
Minderjährige (16-17)	49	78	88	23	14
Konsumierende	52	68	85	21	k. A.
Junge Erwachsene (18-26)	52	75	89	21	k. A.
Eltern	45	76	88	22	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m06-mischkonsum/

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 Abus. 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.

Zusätze im Cannabis führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken. Richtig

Synthese

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.

Zentrale Erkenntnisse

- 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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene (18-70)	35	77	86	24	10
Minderjährige (16-17)	43	76	82	25	13
Konsumierende	45	78	87	24	k. A.
Junge Erwachsene (18-26)	44	76	86	23	k. A.
Eltern	36	81	85	26	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m07-zusaetze/

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.
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.
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.
14. Papaseit, E., et al. Cannabinoids: from pot to lab. Int J Med Sci. 2018. 15. (12): p. 1286-1295. 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.
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.

Eine Überdosierung von Cannabis führt nicht zum Tod.

Richtig

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 unter Umständen zu ernsthaften gesundheitlichen Komplikationen führen.

Synthese

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.

Zentrale Erkenntnisse

- 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 vereinzelten 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 Herzkreislauferkrankungen 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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene (18-70)	21	67	74	28	7
Minderjährige (16-17)	26	64	67	30	9
Konsumierende	56	77	88	22	k. A.
Junge Erwachsene (18-26)	35	71	79	25	k. A.
Eltern	21	65	75	27	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m09-ueberdosierung/

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/fpsyt.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.

KATEGORIE 7 VON 8

Verbreitung in der Bevölkerung und Gesetzgebung

4 Mythen

- Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis.
- Cannabiskonsum ist nun für alle überall erlaubt.
- Die Teillegalisierung wird zu einem Anstieg des Cannabiskonsums führen.
- Die Teillegalisierung wird zu einem Anstieg des Cannabiskonsums unter Minderjährigen führen.

Ein großer Teil der Bevölkerung konsumiert Cannabis.

Falsch

Synthese

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.

Zentrale Erkenntnisse

- 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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Volljährige (18-70)	18	55	26	51	10
Minderjährige (16-17)	31	57	30	50	17
Konsument*innen	40	47	22	49	k. A.
Junge Erwachsene	29	53	26	51	k. A.
Eltern	17	51	26	49	k. A.

- **Kenntnis** — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.
- **Bedeutung** — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.
- **Richtigkeit** — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.
- **Prävention** — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.
- **Bevölkerungsrelevanz** — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m39-bevoelkerung-konsumiert/

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.

VERBREITUNG IN DER BEVÖLKERUNG UND GESETZGEBUNG

Cannabiskonsum ist nun für alle überall erlaubt. Falsch

Synthese

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.

Zentrale Erkenntnisse

- 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 gegeben.[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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Volljährige (18-70)	18	52	36	44	9
Minderjährige (16-17)	19	58	47	42	9
Konsument*innen	13	55	50	42	k. A.
Junge Erwachsene	16	58	50	38	k. A.
Eltern	18	55	38	45	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m40-ueberall-erlaubt/

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. Oğlakcıoğlu, 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: Kriminalistik. 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. Cannabismissbrauch im Straßenverkehr. DAR. 2025. p. 2-4.
15. Krenberger, B. PR-VerkR. juris. 2025. (3).

VERBREITUNG IN DER BEVÖLKERUNG UND GESETZGEBUNG

Die Teillegalisierung wird zu einem Anstieg des Cannabiskonsums führen. Richtig

Einordnung

In Kanada, Uruguay und vielen Bundesstaaten der USA ist der Verkauf bzw. die Abgabe von Cannabis zu Freizeitzwecken 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

Die Legalisierung des Cannabiskonsums hat in den Staaten, die diese bisher umgesetzt haben, zu einem Anstieg der Konsumprävalenz bei Erwachsenen geführt.

Zentrale Erkenntnisse

- 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 Einzelstudienergebnisse.[8-12] Die räumliche Nähe zu den Verkaufsstellen befördert die Verbreitung des Cannabiskonsums unter Erwachsenen.[3, 8, 9, 13]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Volljährige (18-70)	48	66	79	23	13
Minderjährige (16-17)	48	68	78	26	15
Konsument*innen	41	39	49	27	k. A.
Junge Erwachsene	43	58	73	24	k. A.
Eltern	48	64	76	24	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m41-gesetz-anstieg/

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.

VERBREITUNG IN DER BEVÖLKERUNG UND GESETZGEBUNG

Die Teillegalisierung wird zu einem Anstieg des Cannabiskonsums unter Minderjährigen führen. Eher falsch

Einordnung

In Kanada, Uruguay und vielen Bundesstaaten der USA ist der Verkauf bzw. die Abgabe von Cannabis zu Freizeitzwecken 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

Für Minderjährige scheint dies grundsätzlich nicht zu gelten.

Zentrale Erkenntnisse

- Zum Zusammenhang von Legalisierung des Cannabiskonsums für Erwachsene zu Freizeitzwecken 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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Volljährige (18-70)	42	72	53	46	21
Minderjährige (16-17)	48	69	55	43	23
Konsument*innen	36	47	72	25	k. A.
Junge Erwachsene	40	65	57	40	k. A.
Eltern	41	71	55	45	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m42-gesetz-anstieg-minderjaehrige/

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.

KATEGORIE 8 VON 8

Allgemeine Einschätzung der Gefährlichkeit

3 Mythen

- Cannabiskonsum ist harmlos.
- Cannabiskonsum durch Heranwachsende führt in stärkerem Maße als bei Erwachsenen zu gesundheitlichen Schäden.
- Cannabis ist weniger schädlich als Alkohol.

ALLGEMEINE EINSCHÄTZUNG DER GEFÄHRLICHKEIT

Cannabiskonsum ist harmlos. Falsch

Synthese

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.

Zentrale Erkenntnisse

- 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]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene (18-70)	18	53	64	32	7
Minderjährige (16-17)	21	54	67	32	8
Konsumierende	33	61	46	46	k. A.
Junge Erwachsene (18-26)	21	61	53	41	k. A.
Eltern	21	49	69	28	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m02-harmlos/

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/fpsyt.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/fpsyt.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.

ALLGEMEINE EINSCHÄTZUNG DER GEFÄHRLICHKEIT

Cannabiskonsum durch Heranwachsende führt in stärkerem Maße als bei Erwachsenen zu gesundheitlichen Schäden.

Eher richtig

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

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.

Zentrale Erkenntnisse

- 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, persönlichkeitseinschränkenden 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: Stressstörungen, 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 adoleszentem 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 jugendlichem Cannabiskonsum und der Entwicklung einer Angststörung.[26, 33]
- Adoleszenter Cannabiskonsum ist mit erhöhter Suizidalität assoziiert.[33-36]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene (18-70)	49	77	78	30	17
Minderjährige (16-17)	46	78	75	33	17
Konsumierende	59	70	78	28	k. A.
Junge Erwachsene (18-26)	49	70	79	28	k. A.
Eltern	51	80	77	32	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m03-heranwachsende/

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. Schleim, S., Brain Development and the Law - Neurolaw in Theory an 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.

ALLGEMEINE EINSCHÄTZUNG DER GEFÄHRLICHKEIT

Cannabis ist weniger schädlich als Alkohol. ↑ 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

Cannabis verursacht aus Expertensicht 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.

Zentrale Erkenntnisse

- 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-Kreislauferkrankungen und erhöhter Suizidalität diskutiert wird.[7-9] Kombinierter 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 Experten 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 Expertensicht hinweist.[15]

Daten nach Zielgruppen

Zielgruppe	Kenntnis %	Bedeutung Punkte	Richtigkeit Punkte	Prävention Punkte	Bev. Relevanz Punkte
Erwachsene (18-70)	35	62	70	27	11
Minderjährige (16-17)	35	62	62	32	13
Konsumierende	73	75	88	22	k. A.
Junge Erwachsene (18-26)	54	67	78	25	k. A.
Eltern	40	65	72	27	k. A.

Kenntnis — Anteil der Befragten, die den Mythos kennen (0–100 %). Höher = bekannter.

Bedeutung — Subjektive Wichtigkeit des Mythos für den eigenen Umgang mit Cannabis (0–100 Punkte). Nur bei Personen erhoben, die den Mythos kennen.

Richtigkeit — Übereinstimmung der Einschätzung mit der wissenschaftlichen Klassifikation (0–100 Punkte). Höher = treffender.

Prävention — Kombination aus Bedeutung und Fehleinschätzung (0–100 Punkte). Höher = größerer Präventionsbedarf.

Bevölkerungsrelevanz — Bevölkerungsbezogene Risikobedeutung (0–100 Punkte) — kombiniert die individuelle Präventionsbedeutung mit dem Verbreitungsgrad des Mythos. Nur für Volljährige (18–70) und Minderjährige (16–17) erhoben.

Diesen Mythos im Daten-Explorer ansehen cannabismythen.de/daten/m04-weniger-schaedlich-alkohol/

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.
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.
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.
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.
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.
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.
12. Martin, J.L., et al. Cannabis, alcohol and fatal road accidents. PLoS One. 2017. 12. (11): p. e0187320. 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.
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.
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.

Über dieses Dokument

Die Faktenblätter fassen Ergebnisse des Forschungsprojekts **„Cannabiskonsum – Risiken und Mythen" (CaRM)** zusammen. Grundlage sind die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Prüfthesen sowie Bevölkerungsbefragungen in Deutschland.

Herausgeber

Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD)
Kleine Brunnenstraße 13, 22765 Hamburg

Autoren

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

Förderung

Gefördert vom Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

ISD
Institut für interdisziplinäre
Sucht- und Drogenforschung

Bundesinstitut für
Öffentliche Gesundheit
