

DER CANNABISKONSUM JUGENDLICHER UND JUNGER ERWACHSENER IN DEUTSCHLAND

Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends

BZgA-Forschungsbericht / Juni 2018

ZITIERWEISE

Orth, B. & Merkel, C. (2018). Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. doi: 10.17623/BZGA:225-ALKSY16-CAN-DE-1.0

Dieser Bericht wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Er ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Referat 2-25

Maarweg 149-161

50825 Köln

Tel.: 0221 8992 307

Fax: 0221 8992 300

E-Mail: forschung@bzga.de

<http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/>

INHALT

TABELLENVERZEICHNIS	6
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	7
STECKBRIEF ZUR UNTERSUCHUNG 2016	8
ZUSAMMENFASSUNG	9
1 EINLEITUNG	11
2 METHODIK	13
2.1 Studiendurchführung, Stichprobe und Auswertung	13
2.2 Erhobene Merkmale	18
3 ERGEBNISSE	19
3.1 Cannabiskonsum im Jahr 2016	19
3.1.1 Cannabiskonsum nach Alter und Geschlecht	19
3.1.2 Cannabiskonsum nach sozialen Merkmalen und Migrationshintergrund	22
3.1.3 Schätzungen mit verschiedenen Gewichtungen und Stichprobenansätzen	24
3.2 Trends des Cannabiskonsums	26
4 DISKUSSION	33
5 LITERATUR	36
6 ANHANG	38
Tabellen	39

TABELLENVERZEICHNIS

TABELLE 1:	Verteilung ausgesuchter Merkmale in der Dual-Frame- und der Festnetzstichprobe mit und ohne Bildungsgewichtung	16
TABELLE 2:	Cannabiskonsum nach sozialen Merkmalen und Migrationshintergrund für Befragte in und außerhalb der Sekundarstufe I im Jahr 2016	23
TABELLE 3:	Ergebnisse zum Cannabiskonsum für 12- bis 17-jährige Jugendliche und 18- bis 25-jährige Erwachsene mit verschiedenen Stichproben und Gewichtungen	25
TABELLE 4:	Überblick über die BZgA-Studien mit Fragen zum Cannabiskonsum im Zeitraum von 1973 bis 2016	39
TABELLE 5:	Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums nach Altersgruppen und Geschlecht von 1973 bis 2016	40
TABELLE 6:	12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums nach Altersgruppen und Geschlecht von 1993 bis 2016	41
TABELLE 7:	30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums nach Altersgruppen und Geschlecht von 1973 bis 2016	42
TABELLE 8:	Regelmäßiger Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten nach Altersgruppen und Geschlecht von 1993 bis 2016	43

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1:	Verbreitung des Cannabiskonsums bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 18- bis 25-jährigen Erwachsenen im Jahr 2016	20
ABBILDUNG 2:	Verbreitung des Cannabiskonsums nach sieben Altersgruppen 2016	21
ABBILDUNG 3:	Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums 12- bis 17-jähriger Jugendlicher und 18- bis 25-jähriger Erwachsener insgesamt von 1973 bis 2016	27
ABBILDUNG 4:	30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums 12- bis 17-jähriger Jugendlicher und 18- bis 25-jähriger Erwachsener insgesamt von 1973 bis 2016	28
ABBILDUNG 5:	Cannabiskonsum 12- bis 17-jähriger Jugendlicher von 1993 bis 2016 nach Geschlecht	30
ABBILDUNG 6:	Cannabiskonsum 18- bis 25-jähriger Erwachsener von 1993 bis 2016 nach Geschlecht	31

STECKBRIEF ZUR UNTERSUCHUNG 2016

Ziele und Methoden

Projekttitlel	Alkoholsurvey 2016
Ziele	Untersuchung zum Alkoholkonsum, zu Wissen, Einstellungen, Selbstwirksamkeit, sozialen Normen und der kommunikativen Erreichbarkeit Jugendlicher und junger Erwachsener durch Präventionsmaßnahmen zu Alkohol sowie Untersuchung zum Rauchen und zum Cannabiskonsum
Untersuchungsmethodik	Seit 2010 in zweijährigem Abstand wiederholte deutschlandweite Repräsentativbefragung der 12- bis einschließlich 25-jährigen Bevölkerung
Verfahren der Datenerhebung	Computergestützte Telefoninterviews (CATI)
Auswahlverfahren	Kombinierte Auswahl aus den Auswahlrahmen der Festnetztelefon- und Mobiltelefonnummern (Dual-Frame-Ansatz) Festnetztelefon: Mehrstufige Zufallsauswahl aus dem ADM Telefon-Mastersample (Computergenerierte Zufallstelefonnummern, Zufallsauswahl von 12- bis 25-Jährigen im Haushalt) Mobiltelefon: Einfache Zufallsauswahl aus dem ADM-Auswahlrahmen für Mobiltelefonie
Ausschöpfung	Festnetzstichprobe: 47,6 % Mobiltelefonstichprobe: 31,1 %
Stichprobengröße	Insgesamt 7.003 Befragte (100 %) davon 4.921 per Festnetztelefon (70,3 %) und 2.082 per Mobiltelefon (29,7 %)
Befragungszeitraum	10. März bis 8. Juni 2016
Interviewprogrammierung, Stichprobenziehung, Datenerhebung, Gewichtung	forsa. Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH
Studienplanung, Datenanalyse und Berichterstattung	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln Referat 2-25 – Forschung, Qualitätssicherung Boris Orth und Christina Merkel

ZUSAMMENFASSUNG

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) untersucht regelmäßig mit wiederholten, repräsentativen Querschnittsbefragungen den Konsum legaler und illegaler Substanzen Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland, darunter den Cannabiskonsum. Auch in der jüngsten Studie, dem Alkoholsurvey 2016, wurden Fragen zum Cannabiskonsum gestellt. Somit kann mit dieser Studie die Verbreitung des Cannabiskonsums im Jahr 2016 beschrieben werden. Außerdem können – aufbauend auf vorherigen Studien – Trendverläufe dargestellt und Veränderungen im Cannabiskonsum beobachtet werden.

METHODIK

In der Studie des Jahres 2016 wurde eine für Deutschland repräsentative Stichprobe von 7.003 Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 12 bis 25 Jahren mit computergestützten Telefoninterviews (CATI) befragt. Der Alkoholsurvey 2016 wurde wie schon der Alkoholsurvey 2014 und die Drogenaffinitätsstudie 2015 im Dual-Frame-Ansatz durchgeführt, d. h. die Stichprobe wurde über Festnetztelefonnummern und Mobiltelefonnummern gewonnen und über Festnetz- und Mobiltelefon befragt. Außerdem wurden die Daten bei Auswertungen für das Jahr 2016 nach Region, Alter, Geschlecht und Bildung der Befragten gewichtet. In den Trends werden wegen der besseren methodischen Vergleichbarkeit zu den Studien der Jahre 2001 bis 2012 ausschließlich Daten der Festnetzstichproben verwendet und die Daten nicht nach Bildung gewichtet.

CANNABISKONSUM IM JAHR 2016

Auf Grundlage der Dual-Frame-Stichprobe mit Bildungsgewichtung zeigt sich für das Jahr 2016, dass in Deutschland knapp jeder elfte Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren (8,7 %) mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert hat (Lebenszeitprävalenz). 6,9 % der 12- bis 17-Jährigen konsumierten in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung die illegale Droge Cannabis (12-Monats-Prävalenz) und 1,5 % haben in den letzten zwölf Monaten regelmäßig, d. h. mehr als zehnmal, Cannabis konsumiert.

Bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren ist der Cannabiskonsum deutlich weiter verbreitet. Mehr als ein Drittel dieser Altersgruppe (35,8 %) hat Cannabis zumindest einmal ausprobiert, 18,9 % haben in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung Cannabis genommen und 5,4 % konsumieren regelmäßig Cannabis.

Im Cannabiskonsum gibt es Geschlechtsunterschiede. Mehr männliche als weibliche Jugendliche und junge Erwachsene konsumieren Cannabis. Konsumunterschiede in Abhängigkeit von sozialen Merkmalen wie Schultyp, Ausbildung oder Berufstätigkeit sind nicht festzustellen.

TRENDS DES CANNABISKONSUMS

Aus Gründen der methodischen Vergleichbarkeit wird für die Bewertung der zeitlichen Trends in 2016 wie in den Vorjahren die Festnetzstichprobe zugrunde gelegt. Nach einer in den 2000er Jahren zunächst rückläufigen Entwicklung zeigen die aktuellen Zahlen der BZgA erneut Anstiege des Cannabiskonsums unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

So steigt bei den männlichen 12- bis 17-jährigen Jugendlichen die 12-Monats-Prävalenz von 6,2 % (2011) auf 9,5 % (2016) und die Verbreitung des regelmäßigen Konsums von 1,0 % (2010) auf 2,4 % (2014) an. Bei den weiblichen 12- bis 17-jährigen Jugendlichen hingegen zeichnet sich ein leichter Rückgang ab. Die 12-Monats-Prävalenz sinkt von 6,4 % (2014) auf 4,2 % (2016) und die Verbreitung des regelmäßigen Konsums von 1,5 % (2014) auf 0,3 % (2016).

In der Gruppe der jungen Männer im Alter von 18 bis 25 Jahren sind die signifikanten Zunahmen der 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz in dem Zeitraum von 2008 bis 2016 hervorzuheben. Die 12-Monats-Prävalenz hat sich seit 2008 um acht Prozentpunkte (14,8 % im Jahr 2008 gegenüber 22,9 % im Jahr 2016) und die 30-Tage-Prävalenz um knapp vier Prozentpunkte (6,0 % im Jahr 2008 gegenüber 9,8 % im Jahr 2016) erhöht. Bezogen auf die letzten zwölf Monate konsumiert somit fast jeder vierte junge Mann mindestens einmal Cannabis. Auch für die Gruppe der 18- bis 25-jährigen jungen Frauen finden sich für die 12-Monats-Prävalenz und den regelmäßigen Cannabiskonsum für den Zeitraum von 2008 bis 2016 Hinweise für eine ansteigende Tendenz.

1 EINLEITUNG

Cannabiskonsum kann mit unmittelbaren und langfristigen gesundheitlichen Folgen und sozialen Beeinträchtigungen verbunden sein. Deshalb ist die Prävention des Cannabiskonsums eine bedeutsame Aufgabe. Um Erkenntnisse über die Verbreitung des Cannabiskonsums junger Menschen zu gewinnen, führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung regelmäßig wiederholte Repräsentativbefragungen von Jugendlichen und junge Erwachsenen im Alter von 12 bis 25 Jahren durch. Der vorliegende Bericht stellt die Ergebnisse der aktuellsten Erhebung vor und untersucht Veränderungen des Cannabiskonsums junger Menschen in Deutschland im Zeitverlauf.

Cannabis ist die illegale Droge, deren Konsum unter Jugendlichen und Erwachsenen in Deutschland und Europa mit Abstand am weitesten verbreitet ist (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2018; Orth, Piontek & Kraus, 2015; Piontek, Orth & Kraus, 2018). Der Konsum dieser Droge kann jedoch zu gesundheitlichen und sozialen Beeinträchtigungen führen. So können akute Folgen des Cannabiskonsums beispielsweise Angstzustände oder ein erhöhtes Risiko für Verkehrsunfälle sein. Längerfristig können Abhängigkeit, eine Verminderung der Lungenfunktion oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen entstehen sowie die psychosoziale Entwicklung und die psychische Gesundheit beeinträchtigt werden (Hall & Degenhardt, 2014). Aus präventiver Sicht ist es daher von Bedeutung, den Einstieg in den Cannabiskonsum zu verhindern und den Ausstieg zu fördern.

Insbesondere Jugendliche sind eine wichtige Zielgruppe der Prävention, denn der erste Konsum von Cannabis findet häufig schon im Jugendalter statt. Das Alter des Erstkonsums der 12- bis 25-Jährigen die schon einmal Cannabis konsumiert haben, liegt in Deutschland laut Drogenaffinitätsstudie 2015 (Orth, 2016) im Durchschnitt bei 17,2 Jahren. Viele gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen – einschließlich des Substanzkonsums – werden im Jugendalter erprobt, erlernt, verfestigt oder auch wieder verworfen. Dies impliziert gleichzeitig eine höhere Chance, durch Interventionen, den Cannabiskonsum zu verhindern oder die Entwicklung von (riskanten) Konsummustern beeinflussen und ggf. korrigieren zu können, als das bei Erwachsenen der Fall ist, bei denen sich (riskante) Konsummuster bzw. die Abhängigkeit bereits über lange Jahre gefestigt haben (Bühringer & Bühler, 2014; Pinquart & Silbereisen, 2014).

Das Jugendalter ist weiterhin eine besonders empfindliche Phase für die ungünstigen Auswirkungen des Cannabiskonsums (Schneider, 2004), da es Hinweise auf Beeinträchtigungen der neurokognitiven Leistungsfähigkeit und der Entwicklung bestimmter Hirnstrukturen sowie einer Veränderung der Arbeitsweise des Gehirn von Jugendlichen gibt, die Cannabis stark konsumieren (Jacobus & Tapert, 2014). Cannabiskonsum ist außerdem mit schlechteren Schulleistungen verbunden (Stiby, Hickman, Munafò et al., 2015).

Um Präventionsmaßnahmen zur Reduktion des Cannabiskonsums planen, steuern und bewerten zu können, sind Kenntnisse darüber erforderlich, wie verbreitet der Cannabiskonsum ist und wie seine Verbreitung sich verändert. Deshalb führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bereits seit den 1970er Jahren regelmäßig deutschlandweite Repräsentativbefragungen durch, die unter anderem untersuchen, wie weit der Cannabiskonsum bei 12- bis 25-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland verbreitet ist. D. h. es wird beschrieben, wie viele Jugendliche und junge Erwachsene in Deutschland schon einmal Cannabis konsumiert haben, wie viele aktuell und wie viele regelmäßig Cannabis konsumieren. Es werden Geschlechts-, Alters- und soziale Unterschiede untersucht und Veränderungen des Cannabiskonsums im Zeitraum 1973 bis 2016 dargestellt.

2 METHODIK

Der Alkoholsurvey ist eine Repräsentativbefragung zum Thema Alkohol. Zusätzlich zu diesem Thema beinhaltet die Befragung einen Abschnitt zum Konsum von Cannabis. Für den Alkoholsurvey 2016 wurde eine deutschlandweite, repräsentative Stichprobe von 7.003 Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 12 bis 25 Jahren mit computergestützten, telefonischen Interviews (CATI) befragt. Die Befragung erfolgte im Zeitraum von März bis Juni 2016.

Der Alkoholsurvey 2016 wurde wie der Alkoholsurvey 2014 und die Drogenaffinitätsstudie 2015 im Dual-Frame-Ansatz durchgeführt und die Daten bei Auswertungen für das Jahr 2016 nach Region, Alter, Geschlecht und Bildung der Befragten gewichtet. Im Dual-Frame-Ansatz wird die Stichprobe über Festnetztelefonnummern und Mobiltelefonnummern gewonnen und über Festnetz- und Mobiltelefon befragt. Die Ausschöpfungsquote der Festnetzstichprobe beträgt 47,6 %, die der Mobiltelefonstichprobe 31,1 %. Die Studien der Jahre 2001 bis 2012 wurden ausschließlich mit Festnetzstichproben durchgeführt und die Daten nicht nach Bildung gewichtet. Um im Trendverlauf methodische Vergleichbarkeit zu gewährleisten, werden in diesem Bericht deshalb in den Trends für die Jahre 2014, 2015 und 2016 nur die Daten der Festnetzstichprobe verwendet und nicht nach Bildung gewichtet.

2.1 Studiendurchführung, Stichprobe und Auswertung

Der Alkoholsurvey ist eine deutschlandweite Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Die Studie wurde zum ersten Mal im Jahr 2010 durchgeführt und wird seitdem im Abstand von zwei Jahren wiederholt. Sie dient vorrangig der Evaluation der Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“, enthält aber auch einen Abschnitt zum Cannabiskonsum. Die Alkoholsurveys ergänzen die Drogenaffinitätsstudien der BZgA, die seit den 1970er Jahren im Abstand von drei bis vier Jahren stattfinden.

Am Alkoholsurvey des Jahres 2016 haben 7.003 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12 bis 25 Jahren teilgenommen. Die Befragung wurde im Zeitraum März bis Juni 2016 mit Hilfe computergestützter, telefonischer Interviews (CATI) durchgeführt. Programmierung des Interviews, Stichprobenziehung, Datenerhebung und -kontrolle sowie die Gewichtung der Daten wurden von forsa, Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH, im Auftrag der BZgA übernommen. Studienplanung, inhaltliche Überarbeitung des Interviews, Datenmanagement und -analyse sowie Berichterstellung erfolgten durch die BZgA.

Der Alkoholsurvey 2016 wurde wie der Alkoholsurvey 2014 und die Drogenaffinitätsstudie 2015 im Dual-Frame-Ansatz durchgeführt. Im Dual-Frame-Ansatz werden aus den beiden Auswahlrahmen („frames“) der Festnetz- und der Mobiltelefonnummern unabhängig voneinander zwei Teilstichproben gezogen, die miteinander kombiniert werden (Dual-Frame-Stichprobe). Die Befragung erfolgt über Festnetz- oder Mobiltelefon, je nachdem wie der Kontakt hergestellt wurde. Die Berücksichtigung der Mobiltelefonnummern ist gegenüber den Studien der Jahre 2001 bis 2012, die auf reinen Festnetzstichproben beruhen¹, eine methodische Neuerung. Der Grund für diese Neuerung ist, dass es mittlerweile viele Haushalte gibt, die kein Festnetztelefon mehr haben. Ohne die Berücksichtigung von Mobiltelefonnummern wären Menschen, die in solchen Haushalten leben, von der Studienteilnahme ausgeschlossen. Das könnte die Repräsentativität der Ergebnisse einschränken.

Wie vom Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V. (ADM, 2012) empfohlen, wurde vor Studiendurchführung festgelegt, dass 70 % der Stichprobe aus dem Auswahlrahmen der Festnetztelefonnummern und 30 % aus dem der Mobiltelefonnummern gewonnen werden sollen. Die im Jahr 2016 realisierte Dual-Frame-Stichprobe von insgesamt 7.003 Befragten, kommt diesem Verhältnis sehr nahe. Sie setzt sich aus 4.921 Befragten (70,3 %), die per Festnetznummern, und 2.082 Befragten (29,7 %), die per Mobiltelefonnummern ausgewählt wurden, zusammen.

Bei den Festnetztelefonnummern erfolgt die Stichprobenziehung mehrstufig. Ein Datensatz mit Festnetztelefonnummern (ADM Telefon-Mastersample) bildet den Auswahlrahmen für die Festnetzstichprobe. Aus ihm werden zufällig Nummern gezogen und angerufen. Er enthält auch Nummern, die künstlich erzeugt werden und nicht in öffentlichen Verzeichnissen enthalten sind. Bei den Anrufen wird festgestellt, ob es sich um einen Privathaushalt handelt, in dem 12- bis 25-Jährige leben. Leben in einem Haushalt mehrere 12- bis 25-Jährige, wird eine dieser Personen wiederum zufällig ausgewählt und per Festnetztelefon befragt. Bei 12- und 13-jährigen Kindern wird vor der Befragung das Einverständnis der Eltern eingeholt. Die Ausschöpfungsquote für die Festnetzstichprobe beträgt 47,6 %.

Bei den Mobiltelefonnummern erfolgt eine einfache Zufallsauswahl aus dem Auswahlrahmen der Mobiltelefonnummern (ADM-Auswahlrahmen für Mobiltelefonie). Weil es bei einem Anruf am Mobiltelefon nicht praktikabel ist, das Einverständnis der Eltern einzuholen, werden 12- und 13-jährige Kinder nicht über Mobiltelefon befragt. Stattdessen wird festgestellt, ob das Mobiltelefon einem 14- bis 25-Jährigen bzw. einer 14- bis 25-Jährigen gehört. Wenn das der Fall ist und die Person damit einverstanden ist, an dem Interview teilzunehmen, wird sie per Mobiltelefon befragt. Die Ausschöpfungsquote für die Mobiltelefonstichprobe beträgt 31,1 %.

¹ Bis 1997 wurden die Daten der Drogenaffinitätsstudie vor Ort durch persönliche Interviews erhoben. Mit der Drogenaffinitätsstudie 2001 wurde auf telefonische Interviews umgestellt.

Die Daten der Festnetz- und Mobiltelefoninterviews werden gemeinsam ausgewertet. Dabei wird berücksichtigt, dass die Befragten sich darin unterscheiden, wie wahrscheinlich es ist, dass sie für die Studie ausgewählt werden. Die Auswahlwahrscheinlichkeit der einzelnen Befragten hängt von der Anzahl der 12- bis 25-Jährigen sowie der Festnetznummern in ihrem Haushalt und der Anzahl der Mobiltelefone, die sie besitzen, ab. Die Daten jedes einzelnen Befragten werden so gewichtet, dass die unterschiedlichen Auswahlwahrscheinlichkeiten zwischen allen Befragten ausgeglichen werden (Design-Gewicht). Um Strukturverzerrungen auszugleichen, die durch systematische Ausfälle entstehen, wird die Stichprobe schließlich so gewichtet, dass sie hinsichtlich Alter, Geschlecht, Region und Bildung der 12- bis 25-jährigen Bevölkerungsstruktur in Deutschland entspricht (Redressment-Gewichtung²).

Die Berücksichtigung der Bildung bei der Gewichtung ist gegenüber den Studien bis 2012 eine zweite Neuerung. Um zu überprüfen, wie die beiden Neuerungen – der Dual-Frame-Ansatz und die Gewichtung nach Bildung – sich auf die Zusammensetzung der Stichprobe des Jahres 2016 auswirken, werden im Folgenden vier Varianten verglichen: Die Festnetzstichprobe einmal ohne und einmal mit Bildungsgewichtung sowie die Dual-Frame-Stichprobe einmal ohne und einmal mit Bildungsgewichtung. In Tabelle 1 sind die prozentualen Häufigkeiten ausgewählter Stichprobenmerkmale für diese vier Varianten dargestellt. Die erste Variante, die Festnetzstichprobe ohne Bildungsgewichtung, entspricht methodisch dem Vorgehen in den CATI-Studien der Jahre 2001 bis 2012.

Da in allen vier Varianten die Daten nach Geschlecht, Alter und Region gewichtet werden, unterscheiden sich die Varianten in diesen Merkmalen kaum. Der gewichtete Anteil der männlichen Befragten beträgt in allen vier Varianten 51,4 % und die Anteilswerte der 12- bis 17-Jährigen betragen 39,4 % bzw. 39,7 %. In allen Varianten stammen 88,3 % der Befragten aus den alten Bundesländern (einschließlich Berlin).

Die vier Varianten haben einen Einfluss darauf, wie sich die sozialen Merkmale und der Migrationshintergrund verteilen. Dabei spielt der Wechsel von der Festnetz- zur Dual-Frame-Stichprobe eine geringere Rolle als die Frage, ob die Daten nach Bildung gewichtet werden oder nicht. Vergleicht man zum Beispiel die Festnetzstichprobe ohne Bildungsgewichtung mit der Dual-Frame-Stichprobe ohne Bildungsgewichtung, gibt es nur geringe Abweichungen in den sozialen und Bildungsmerkmalen und im Migrationshintergrund. In der Festnetzstichprobe ohne Bildungsgewichtung gibt es knapp ein Prozentpunkt mehr Auszubildende und eineinhalb Prozentpunkte weniger Befragte ohne Migrationshintergrund als in der Dual-Frame-Stichprobe ohne Bildungsgewichtung.

² Die Redressment-Gewichtung erfolgte nach Region, Alter und Geschlecht auf Basis der amtlichen Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Bundesamtes mit Stand vom 31. 12. 2014 und nach Bildung auf Basis des Mikrozensus 2014

TABELLE 1: Verteilung ausgesuchter Merkmale in der Dual-Frame- und der Festnetzstichprobe mit und ohne Bildungsgewichtung

		Festnetz-Stichprobe		Dual-Frame-Stichprobe	
		ohne Bildungsgewicht ^a	mit Bildungsgewicht ^b	ohne Bildungsgewicht ^a	mit Bildungsgewicht ^b
Region	Alte Bundesländer	88,3	88,3	88,3	88,3
	Neue Bundesländer	11,7	11,7	11,7	11,7
Geschlecht	Männlich	51,4	51,4	51,4	51,4
	Weiblich	48,6	48,6	48,6	48,6
2 Altersgruppen	12 bis 17 Jahre	39,4	39,7	39,4	39,7
	18 bis 25 Jahre	60,6	60,3	60,6	60,3
4 Altersgruppen	12 bis 15 Jahre	25,7	25,9	25,7	25,9
	16 und 17 Jahre	13,8	13,8	13,7	13,8
	18 bis 21 Jahre	27,8	27,7	27,8	27,7
	22 bis 25 Jahre	32,8	32,6	32,8	32,6
Soziale und Bildungsmerkmale	Hauptschule	1,9	4,4	1,7	4,4
	Realschule	8,9	13,1	8,7	13,1
	Gesamtschule	4,7	4,3	4,7	4,3
	Gymnasium Sek. I	15,1	10,6	15,5	10,6
	Gymnasium Sek. II	10,6	10,9	10,6	10,9
	Berufsbildende Schulen	4,9	6,5	4,5	6,0
	Azubis	12,5	12,5	12,0	12,0
	Studierende	21,6	15,5	22,4	15,8
	Erwerbstätige	13,6	15,8	13,9	16,6
	Arbeitslose	1,9	2,8	1,8	2,9
Sonstige ^c	4,4	3,6	4,3	3,4	
Migrationshintergrund	Keiner	74,0	71,8	76,3	73,9
	Westeuropa	3,5	3,7	3,5	3,5
	Osteuropa	10,8	11,5	10,0	11,3
	Türkei/Asien	8,2	9,5	7,4	8,3
	Sonstige ^d	3,5	3,6	2,8	3,0

Angaben in Prozent. ^{a)} Gewichtung nach Region, Geschlecht und Alter. ^{b)} Gewichtung nach Region, Geschlecht, Alter und Bildung. ^{c)} Die „Sonstigen“ bei den sozialen Merkmalen sind Befragte im Wehr- oder Zivildienst, Praktikum u. ä. bzw. Schülerinnen und Schüler, die keiner der Schulformen zugeordnet werden können. Diese Restkategorie ist inhaltlich nicht interpretierbar und bleibt deshalb in Analysen zu sozialen Merkmalen unberücksichtigt. ^{d)} Befragte mit einem Migrationshintergrund außerhalb Europas oder Asiens bzw. Befragte, die keine Angaben machen.

Die Abweichungen sind größer, wenn dieselbe Stichprobe einmal ohne und einmal mit Bildung gewichtet wird. So gibt es in der Dual-Frame-Stichprobe ohne Bildungsgewichtung weniger Haupt- und Realschüler oder Erwerbstätige aber mehr Gymnasiasten der Sekundarstufe I und Studierende als in der Dual-Frame-Stichprobe mit Bildungsgewichtung. Ohne Bildungsgewichtung sind Menschen mit niedriger Bildung unter- und Menschen mit höherer Bildung überrepräsentiert. Die Bildungsgewichtung gleicht das aus und führt dazu, dass mit der Stichprobe die tatsächliche Bildungsverteilung der 12- bis 25-Jährigen Bevölkerung in Deutschland dargestellt wird. Deshalb wird in diesem Bericht für Ergebnisse, die sich ausschließlich auf die Situation im Jahr 2016 beziehen (z.B. Abschnitt 3.1), die Dual-Frame-Stichprobe mit Bildungsgewichtung verwendet.

In den Auswertungen zum Cannabiskonsum werden Alters- und Geschlechtsunterschiede sowie Unterschiede in Abhängigkeit von sozialen oder Bildungsmerkmalen und dem Migrationshintergrund mit Regressionsanalysen auf statistische Signifikanz getestet. Dabei wird ein Signifikanzniveau von 5 % zugrunde gelegt ($p < 0,05$). Zur Berechnung der Inferenzstatistiken werden aufgrund des Befragungsdesigns Verfahren für komplexe Stichproben verwendet. Die Analysen erfolgten mit dem Statistikprogramm IBM® SPSS® Statistics, Version 22.

Um Trends und zeitliche Veränderungen zu untersuchen, werden die aktuellen Daten mit denen der Vorjahre verglichen. Dabei werden neben den Daten des Alkoholsurveys 2016 die Daten aller Drogenaffinitätsstudien der Jahre 1973 bis 2015 sowie der ‚rauchfrei‘-Jugendstudie 2007 und der Alkoholsurveys 2010, 2012 und 2014 einbezogen. Einen Überblick über wichtige Merkmale aller Studien (wie Altersbereich, Fallzahlen und andere methodische Aspekte) gibt Tabelle 4 im Tabellenanhang.

Die Stichproben der CATI-Studien 2001 bis 2012 waren reine Festnetzstichproben und die Daten wurden nach Region, Geschlecht und Alter aber nicht nach Bildung gewichtet. Um im Trendverlauf methodische Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wird für die Untersuchung der Trends in den Jahren 2014 bis 2016 entsprechend den Jahren 2001 bis 2012 nur die Festnetzstichprobe verwendet und auf die Bildungsgewichtung verzichtet. Ob sich die Werte der früheren Befragungen von den Ergebnissen des Jahres 2016 signifikant unterscheiden, wird mit Regressionsmodellen mit den Kovariaten Erhebungsjahr (Referenzjahr 2016), Alter und Geschlecht inferenzstatistisch getestet.

In drei der insgesamt 18 Erhebungen weicht der Altersbereich der Befragten von dem der restlichen Studien ab. In den Drogenaffinitätsstudien 1973 und 1976 wurden 14- bis 25-Jährige und in der ‚rauchfrei‘-Jugendstudie 2007 wurden 12- bis 19-Jährige befragt. In allen anderen Studien reicht das Alter der Befragten von 12 bis 25 Jahre. In den drei abweichenden Studien entfallen deshalb die Ergebnisse in den Altersgruppen, die 12- und 13-Jährige bzw. 20- bis 25-Jährige umfassen.

2.2 Erhobene Merkmale

Dieser Bericht untersucht vier Merkmale des Cannabiskonsums. Im Einzelnen sind das:

1. Die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums. Sie ist der prozentuale Anteil der Personen, die mindestens einmal im Leben Cannabis genommen haben. Sie beschreibt, ob überhaupt Konsumerfahrung vorliegt und sagt nichts über die Konsumintensität. Die Lebenszeitprävalenz wird mit der Frage „Haben Sie schon einmal selbst Marihuana oder Haschisch probiert, und sei es um nur einmal zu erfahren, wie das wirkt?“ ermittelt.
2. Die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums ist der prozentuale Anteil der Personen, die in den letzten zwölf Monaten vor Durchführung des Interviews mindestens einmal Cannabis konsumiert haben. Die Frage lautet: „Und wie ist es in den letzten zwölf Monaten, wie oft haben Sie da Marihuana / Haschisch genommen: Einmal, zweimal, drei- bis zehnmal, häufiger oder gar nicht?“. Wer mindestens einmal Cannabis genommen hat, wird als Konsument bzw. Konsumentin eingestuft.
3. Die 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums ist der prozentuale Anteil der Personen, die in den letzten 30 Tagen mindestens einmal Cannabis konsumiert haben. Die entsprechende Frage ist: „Wenn Sie jetzt einmal an die letzten 30 Tage denken, an wie vielen Tagen haben Sie Haschisch oder Marihuana genommen?“.
4. Die Verbreitung des regelmäßigen Cannabiskonsums ist der Anteil derjenigen, die in den letzten zwölf Monaten häufiger als zehnmal Cannabis konsumiert haben. Sie wird über die Frage zur Häufigkeit in den letzten zwölf Monaten ermittelt (s. o.). Regelmäßiger Konsum ist ein Merkmal für stärker ausgeprägten Cannabiskonsum.

Die Darstellung der Ergebnisse beginnt mit der aktuellen Situation des Cannabiskonsums der 12- bis 25-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland im Jahr 2016 (Abschnitt 3.1). Schwerpunkte sind die Untersuchung von Alters- und Geschlechtsunterschieden (Abschnitt 3.1.1) sowie von Zusammenhängen des Cannabiskonsums mit sozialen Merkmalen und dem Migrationshintergrund (Abschnitt 3.1.2). Dann werden – unter Rückgriff auf frühere Studien der BZgA – Trends im Konsumverhalten untersucht (Abschnitt 3.2).

3 ERGEBNISSE

3.1 Cannabiskonsum im Jahr 2016

Die Befragung des Jahres 2016 zeigt, dass jeder elfte 12- bis 17-jährige Jugendliche, schon einmal Cannabis konsumiert hat (8,7 %). Etwa jeder dritte junge Erwachsene im Alter von 18 bis 25 Jahren hat schon einmal Cannabis konsumiert (35,8 %). In den letzten 12 Monaten vor der Befragung haben 6,9 % der Jugendlichen und 18,9 % der jungen Erwachsenen Cannabis konsumiert. Regelmäßiger Cannabiskonsum, d. h. häufiger als zehnmals in den letzten 12 Monaten, ist bei 1,5 % der Jugendlichen und 5,4 % der jungen Erwachsenen gegeben. Männliche und weibliche Befragte unterscheiden sich im Cannabiskonsum, der bei männlichen Befragten weiter verbreitet und intensiver ist. Konsumunterschiede in Abhängigkeit von sozialen Merkmalen wie Schultyp, Ausbildung oder Berufstätigkeit sind nicht festzustellen.

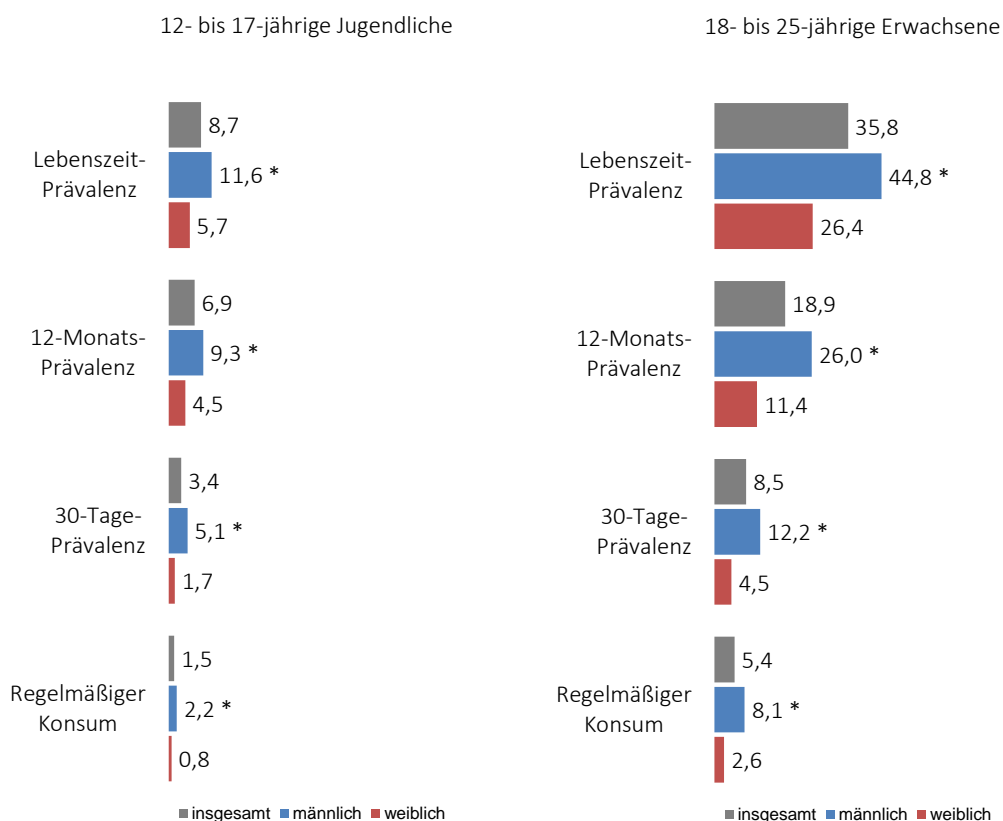
3.1.1 Cannabiskonsum nach Alter und Geschlecht

In der Befragung des Jahres 2016 gibt jeder elfte (8,7 %) Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren an, schon einmal Cannabis konsumiert zu haben (Lebenszeitprävalenz). Bezogen auf die letzten zwölf Monate (12-Monats-Prävalenz) und die letzten 30 Tage (30-Tage-Prävalenz) fällt die Verbreitung des Cannabiskonsums mit 6,9 % bzw. 3,4 % geringer aus (Abbildung 1). 1,5 % der 12- bis 17-Jährigen konsumieren regelmäßig Cannabis, d. h. sie haben in den letzten zwölf Monaten häufiger als zehnmals Cannabis genommen.

Bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren ist die Verbreitung des Cannabiskonsums höher. Gut ein Drittel haben Cannabis schon einmal konsumiert (Lebenszeitprävalenz: 35,8 %), 18,9 % nahmen in den letzten zwölf Monaten und 8,5 % in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Cannabis. Der Anteil der 18- bis 25-Jährigen mit regelmäßigem Cannabiskonsum beträgt 5,4 %, d. h. bei etwa jedem zwanzigsten jungen Erwachsenen ist regelmäßiger Cannabiskonsum gegeben.

Der Anteil der männlichen 12- bis 17-Jährigen, die schon einmal Cannabis konsumiert haben, ist größer als der der weiblichen 12- bis 17-Jährigen (Lebenszeitprävalenz; männlich: 11,6 %; weiblich: 5,7 %). Auch die 12-Monats-Prävalenz (männlich: 9,3 %; weiblich: 4,5 %), die 30-Tage-Prävalenz (männlich: 5,1 %; weiblich: 1,7 %) und die Verbreitung des regelmäßigen Cannabiskonsums (männlich: 2,2 %; weiblich: 0,8 %) ist bei männlichen gegenüber weiblichen Jugendlichen statistisch signifikant erhöht.

Auch in der Altersgruppe der 18- bis 25-jährigen Erwachsenen gibt es statistisch signifikante Geschlechtsunterschiede. Mehr junge Männer als junge Frauen konsumieren Cannabis. Das zeigt sich sowohl in der Lebenszeit- (männlich: 44,8 %; weiblich: 26,4 %), der 12-Monats- (männlich: 26,0%; weiblich: 11,4 %), der 30-Tage-Prävalenz (männlich: 12,2 %; weiblich: 4,5 %) als auch im regelmäßigen Cannabiskonsum (männlich: 8,1 %; weiblich: 2,6 %).



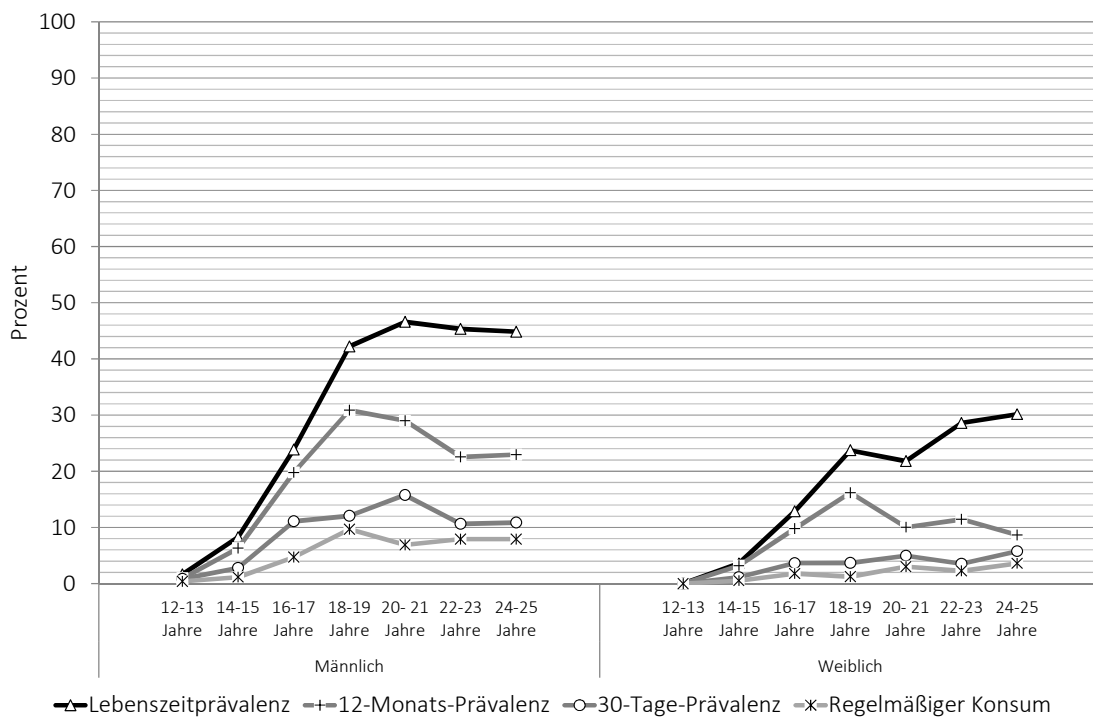
Angaben in Prozent. Ergebnisse der Dual-Frame-Stichprobe mit Gewichtung nach Region, Geschlecht, Alter und Bildung.

*) Statistisch signifikanter Geschlechtsunterschied mit $p < 0,05$ (Binär logistische Regressionen mit den Kovariaten Alter und Geschlecht).

ABBILDUNG 1: Verbreitung des Cannabiskonsums bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 18- bis 25-jährigen Erwachsenen im Jahr 2016

Der Anteil derjenigen, die Cannabis schon einmal ausprobiert haben, steigt im Jugendalter stärker an als im jungen Erwachsenenalter. Nur wenige der befragten Kinder im Alter von 12

und 13 Jahren geben an, schon einmal Cannabis ausprobiert zu haben (insgesamt 0,8 %). Im Alter von 18 und 19 Jahren dagegen haben vier von zehn Männern (42,2 %) und jede vierte Frau (23,7 %) Erfahrung mit Cannabiskonsum (Lebenszeitprävalenz, Abbildung 2). Danach erhöht sich die Lebenszeitprävalenz mit steigendem Alter weniger stark. Von den 24- und 25-jährigen Männern haben 44,8 % und von den Frauen diesen Alters 30,1 % schon einmal Cannabis konsumiert. Der Verlauf der 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums erreicht in beiden Geschlechtergruppen in der Altersgruppe der 18- und 19-Jährigen seinen Höhepunkt. Danach geht die 12-Monats-Prävalenz wieder zurück. Das heißt, der Anteil derjenigen, die Erfahrung mit Konsum haben aber seit zwölf Monaten oder länger nicht mehr konsumieren, wird bei jungen Erwachsenen mit steigendem Alter größer. Die 30-Tage-Prävalenz und die Verbreitung des regelmäßigen Konsums verändern sich in beiden Geschlechtergruppen ab dem 18. Lebensjahr nicht mehr statistisch signifikant.



Angaben in Prozent. Ergebnisse der Dual-Frame-Stichprobe mit Gewichtung nach Region, Geschlecht, Alter und Bildung.

ABBILDUNG 2: Verbreitung des Cannabiskonsums nach sieben Altersgruppen 2016

3.1.2 Cannabiskonsum nach sozialen Merkmalen und Migrationshintergrund

Im Folgenden wird untersucht, ob der Cannabiskonsum mit sozialen Merkmalen wie Schulbesuch, Ausbildung, Berufstätigkeit oder dem Migrationshintergrund zusammenhängt. In Tabelle 2 werden die Befragten anhand des Typs der Schule, die sie derzeit besuchen, bzw. der Ausbildung oder Tätigkeit, die sie derzeit ausüben, unterschieden. Hinsichtlich ihres Migrationshintergrunds werden sie in fünf Herkunftsregionen unterteilt. Da der Cannabiskonsum vom Lebensalter abhängt, werden hier die vergleichsweise jungen Schülerinnen und Schüler der Sekundarstufe I, d. h. der fünften bis zehnten Klassen allgemeinbildender Schulen, und die älteren Befragten, die die Sekundarstufe I schon verlassen haben, getrennt untersucht.

Zwischen Schülerinnen und Schülern der Sekundarstufe I (obere Hälfte der Tabelle 2) gibt es in Abhängigkeit des besuchten Schultyps keine statistisch signifikanten Unterschiede in den Konsumprävalenzen. In der Gruppe der Schülerinnen und Schüler mit westeuropäischem Migrationshintergrund sind die Lebenszeit- und die 12-Monats-Prävalenz statistisch signifikant geringer als in der Gruppe ohne Migrationshintergrund.

Auch zwischen den älteren Befragten, die nicht mehr in der Sekundarstufe I sind (untere Hälfte der Tabelle 2), gibt es bezogen auf Schulbildung, Ausbildung, Studium, Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit keine statistisch signifikanten Unterschiede in den Konsumprävalenzen. Die Erfahrung mit Cannabiskonsum (Lebenszeitprävalenz) ist in der Gruppe mit osteuropäischem Migrationshintergrund weiter und in der Gruppe mit dem Migrationshintergrund „Türkei/Asien“ geringer verbreitet als in der Gruppe ohne Migrationshintergrund. Die 30-Tage-Prävalenz und der regelmäßige Konsum sind in der Gruppe mit dem Migrationshintergrund „Westeuropa“ statistisch signifikant erhöht. Auch in der Gruppe mit sonstigem Migrationshintergrund, das sind Befragte mit einem Migrationshintergrund außerhalb Europas oder Asiens bzw. Befragte, die keine Angaben machen, ist die Verbreitung des Cannabiskonsums erhöht.

TABELLE 2: Cannabiskonsum nach sozialen Merkmalen und Migrationshintergrund für Befragte in und außerhalb der Sekundarstufe I im Jahr 2016

		Lebenszeit- prävalenz	12-Monats- Prävalenz	30-Tage- Prävalenz	Regel- mäßiger Konsum
Befragte in der Sekundarstufe I					
Gesamt		6,6	5,1	2,6	1,2
Schultyp	Gymnasium Sek. I (Ref.)	5,4	4,9	2,1	0,7
	Gesamtschule	5,4	5,1	2,1	0,6
	Realschule	7,9	5,3	2,5	1,5
	Hauptschule	6,7	4,7	4,7	2,2
Migrations- hintergrund	Keiner (Ref.)	6,4	4,9	2,2	0,9
	Westeuropa	1,3*	1,3*	0,6	1,0
	Osteuropa	9,2	8,6	6,7	4,2
	Türkei/Asien	6,9	3,2	2,1	0,9
	Sonstige	8,7	5,6	1,4	0,0
Befragte außerhalb der Sekundarstufe I					
Gesamt		34,0	18,7	8,1	5,1
(Aus-)Bildung und Tätigkeit	Gymnasium Sek. II (Ref.)	27,4	20,6	8,4	4,5
	Berufsbildende Schulen	32,8	24,4	9,6	7,0
	Auszubildende	33,7	15,0	6,1	4,2
	Studierende	39,6	20,6	9,8	5,7
	Erwerbstätige	34,9	17,5	7,2	4,4
	Arbeitslose	28,0	11,6	9,1	7,7
Migrations- hintergrund	Keiner (Ref.)	33,9	18,0	7,3	4,4
	Westeuropa	36,5	26,7	19,3*	12,4*
	Osteuropa	39,7*	21,9	9,9	6,8
	Türkei/Asien	23,9*	12,5	5,7	5,2
	Sonstige	42,7*	32,3*	17,1*	8,5*

Angaben in Prozent. Ergebnisse der Dual-Frame-Stichprobe mit Gewichtung nach Region, Geschlecht, Alter und Bildung.

*) Statistisch signifikanter Unterschied zu den Gruppen Gymnasium Sek. I bzw. Sek. II und Kein Migrationshintergrund mit $p < 0,05$ (Binär logistische Regressionen mit den Kovariaten Alter und Geschlecht). Beim regelmäßigen Cannabiskonsum wurde wegen nicht besetzter Zellen bei Befragten in der Sek. I ein Regressionsmodell ohne Migrationshintergrund berechnet.

3.1.3 Schätzungen mit verschiedenen Gewichtungen und Stichprobenansätzen

In Tabelle 3 ist für die verschiedenen Prävalenzen des Cannabiskonsums dargestellt, welche Ergebnisse sich für 12- bis 17-jährige Jugendliche und 18- bis 25-jährige junge Erwachsene ergeben, wenn sie auf Grundlage der Dual-Frame-Stichprobe (d. h. der Kombination von Mobiltelefon- und Festnetzstichprobe) bzw. ausschließlich auf Grundlage der Festnetzstichprobe berechnet werden. Außerdem werden die verwendeten Gewichtungsverfahren variiert und die Daten beider Stichprobenansätze einmal mit und einmal ohne Berücksichtigung der Bildung gewichtet (s. a. Abschnitt 2.1). Eine Gewichtung nach Alter, Geschlecht und Region erfolgt in allen vier Varianten.

Der Stichprobenansatz und die Art der Gewichtung beeinflussen die Ergebnisse zum Cannabiskonsum bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen kaum. In dieser Altersgruppe unterscheiden sich die vier Schätzungen höchstens um 0,9 Prozentpunkte (in der Lebenszeit- und der 12-Monats-Prävalenz auf Grundlage der Dual-Frame-Stichprobe ohne Bildungsgewichtung bzw. der Festnetzstichprobe mit Bildungsgewichtung). Der Unterschied ist praktisch unerheblich und kann, weil die Schätzwerte der einen Methode jeweils innerhalb des Konfidenzintervalls der anderen Methode liegen, aus statistischer Sicht vernachlässigt werden.

Im Fall der 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen sind die Effekte des Stichprobenansatzes und der Gewichtung größer. Auf Grundlage der Dual-Frame-Stichprobe ohne Bildungsgewichtung ergibt sich eine Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums von 36,3 %. Auf Grundlage der Festnetzstichprobe mit Bildungsgewichtung wird eine Prävalenz von 33,4 % geschätzt. Das ist ein Unterschied von 2,9 Prozentpunkten. Die Ergebnisse fallen in allen hier dargestellten Merkmalen in den Dual-Frame-Stichproben größer als in den Festnetzstichproben aus. Die Hinzunahme der Bildungsgewichtung beeinflusst das Ergebnis um lediglich 0,1 bis 0,5 Prozentpunkte.

Der verwendete Stichprobenansatz und die Gewichtung können also einen gewissen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Deshalb werden im folgenden Abschnitt, der die Veränderungen des Cannabiskonsums im Zeitverlauf untersucht, ausschließlich Daten der Festnetzstichproben ohne Bildungsgewichtung verwendet. Damit wird im Vergleich zu Erhebungen aus früheren Jahren, in denen noch ausschließlich mit Festnetzstichproben gearbeitet und keine Gewichtung nach Bildung vorgenommen wurde, die methodische Kontinuität gewahrt und die Zuverlässigkeit der Tendaussagen erhöht.

TABELLE 3: Ergebnisse zum Cannabiskonsum für 12- bis 17-jährige Jugendliche und 18- bis 25-jährige Erwachsene mit verschiedenen Stichproben und Gewichtungen

	12- bis 17-Jährige % (95%-KI)	18- bis 25-Jährige % (95%-KI)
Lebenszeitprävalenz		
Dual-Frame-Stichprobe mit Bildungsgewichtung	8,7 (7,5-10,0)	35,8 (33,6-38,1)
Dual-Frame-Stichprobe ohne Bildungsgewichtung	8,9 (7,8-10,1)	36,3 (34,3-38,3)
Festnetzstichprobe mit Bildungsgewichtung	8,0 (6,8-9,3)	33,4 (30,9-36,0)
Festnetzstichprobe ohne Bildungsgewichtung	8,3 (7,2-9,7)	33,8 (31,5-36,1)
12-Monats-Prävalenz		
Dual-Frame-Stichprobe mit Bildungsgewichtung	6,9 (5,9-8,1)	18,9 (17,1-20,8)
Dual-Frame-Stichprobe ohne Bildungsgewichtung	7,3 (6,3-8,5)	19,0 (17,4-20,7)
Festnetzstichprobe mit Bildungsgewichtung	6,4 (5,3-7,7)	16,7 (14,9-18,8)
Festnetzstichprobe ohne Bildungsgewichtung	6,9 (5,9-8,1)	16,8 (15,1-18,6)
30-Tage-Prävalenz		
Dual-Frame-Stichprobe mit Bildungsgewichtung	3,4 (2,7-4,3)	8,5 (7,2-10,0)
Dual-Frame-Stichprobe ohne Bildungsgewichtung	3,3 (2,7-4,2)	8,3 (7,1-9,6)
Festnetzstichprobe mit Bildungsgewichtung	3,0 (2,3-4,0)	6,7 (5,5-8,2)
Festnetzstichprobe ohne Bildungsgewichtung	3,1 (2,4-3,9)	6,6 (5,5-7,9)
Regelmäßiger Konsum		
Dual-Frame-Stichprobe mit Bildungsgewichtung	1,5 (1,0-2,1)	5,4 (4,4-6,7)
Dual-Frame-Stichprobe ohne Bildungsgewichtung	1,5 (1,1-2,0)	5,3 (4,4-6,4)
Festnetzstichprobe mit Bildungsgewichtung	1,3 (0,8-1,9)	4,1 (3,2-5,3)
Festnetzstichprobe ohne Bildungsgewichtung	1,4 (1,0-2,0)	4,0 (3,2-5,1)

Angaben in Prozent (in Klammern: 95%-Konfidenzintervalle).

3.2 Trends des Cannabiskonsums

In der Gruppe der 12- bis 17-jährigen männlichen Jugendlichen sind die Konsumprävalenzen im Vergleich zu 2011 wieder angestiegen. Unter 12- bis 17-jährigen weiblichen Jugendlichen haben sie sich gegenüber 2014 verringert. Bei jungen Männern im Alter von 18 bis 25 Jahren haben sich die 12-Monats- und die 30-Tage-Prävalenz seit 2008 erhöht. Auch für die Gruppe der 18- bis 25-jährigen jungen Frauen finden sich für die 12-Monats-Prävalenz und den regelmäßigen Cannabiskonsum für den Zeitraum von 2008 bis 2016 Hinweise für eine ansteigende Tendenz.

In diesem Abschnitt wird untersucht, wie sich der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland in den letzten vier Jahrzehnten verändert³. Die Lebenszeit- und die 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums werden schon seit der ersten Drogenaffinitätsstudie, die im Jahr 1973 durchgeführt wurde, erfasst. In den Abbildungen 3 und 4 sind für die Lebenszeit- und die 30-Tage-Prävalenz die Trendverläufe von 1973 bis 2016 für die Gesamtgruppen aller 12- bis 17-jährigen Jugendlichen⁴ und aller 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen dargestellt. Die Ergebnisse der Studien der Jahre 2001 bis 2012 beruhen auf reinen Festnetzstichproben ohne Bildungsgewichtung. Die Studien der Jahre 2014, 2015 und 2016 wurden im Dual-Frame-Ansatz durchgeführt. Um die methodische Vergleichbarkeit mit den Jahren 2001 bis 2012 zu gewährleisten, werden bei den Trends für 2014, 2015 und 2016 die Ergebnisse dargestellt, die sich ohne Berücksichtigung der Mobiltelefonstichprobe und ohne Bildungsgewichtung ergeben⁵.

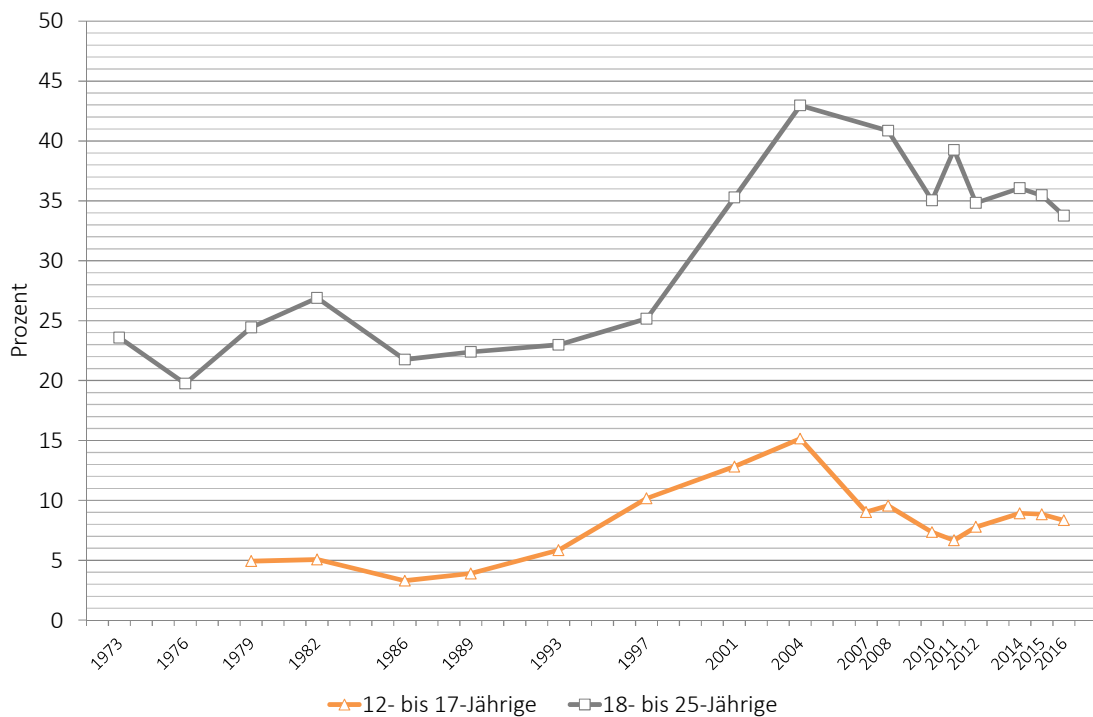
Die Konsumerfahrung Jugendlicher und junger Erwachsener, gemessen am Anteil derjenigen, die mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert haben, unterliegt in Deutschland einem langfristigen Wandel (Lebenszeitprävalenz, Abbildung 3 und Tabellenanhang, Tabelle 5). Nach anfänglicher Stagnation und leichtem Rückgang der Lebenszeitprävalenz im Zeitraum 1979 bis 1986 steigt bei den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen der Anteil derjenigen, die Cannabis im Leben zumindest einmal probiert haben, von 3,3 % (1986) kontinuierlich auf 15,1 % im Jahr 2004 an. In diesem Zeitraum ist auch bei den 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen ein Anstieg zu verzeichnen, der zwischen 1997 (25,2 %) und 2004 (43,0 %) besonders steil verläuft. Im Jahr 2004 erreicht die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in beiden Altersgruppen ihren Höhepunkt. Bei den Jugendlichen verringert sie sich in den Folgejahren deutlich und beträgt 2011 nur noch 6,7 %. Danach nimmt der Anteil Jugendlicher, die schon einmal Cannabis konsumiert haben, wieder zu und die Lebenszeitprävalenz dieser Altersgruppe weist mit 8,3 % im Jahr 2016 eine steigende aber statistisch nicht signifikante Tendenz auf. Auch

³ In den Abbildungen werden keine Zahlen dargestellt. Sie können den Tabellen im Anhang entnommen werden.

⁴ 12- und 13-jährige Kinder werden seit 1979 befragt. Deshalb beginnen die Trends der Gruppe der 12- bis 17-Jährigen mit diesem Jahr.

⁵ Das erklärt die Abweichungen von den in Abschnitt 3.1.1 für das Jahr 2016 dargestellten Ergebnissen.

bei den jungen Erwachsenen sinkt die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums ab dem Jahr 2004. Der Wert aus dem Jahr 2016 (33,8 %) ist statistisch signifikant geringer als die Werte der Jahre 2004, 2008 und 2011. Trotz dieses Rückgangs liegt die Lebenszeitprävalenz junger Erwachsener im Jahr 2016 auf einem deutlich höheren Niveau als noch im Zeitraum von 1973 bis 1997.

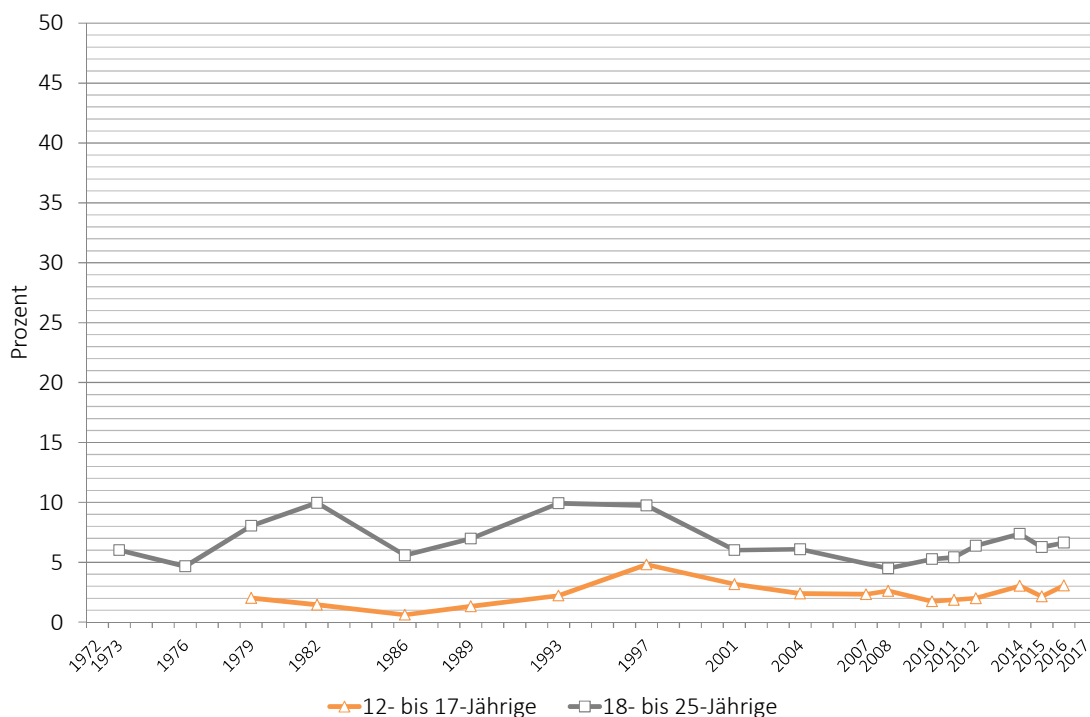


Angaben in Prozent. Ab 1993 einschließlich neue Bundesländer. 2014, 2015 und 2016: Ergebnisse der Festnetzstichprobe mit Gewichtung nach Region, Geschlecht und Alter.

ABBILDUNG 3: Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums 12- bis 17-jähriger Jugendlicher und 18- bis 25-jähriger Erwachsener insgesamt von 1973 bis 2016

Der Anteil der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, deren letzter Cannabiskonsum zum Befragungszeitpunkt nicht mehr als 30 Tage zurückliegt, sinkt in den Jahren 1979 bis 1986

zunächst leicht (30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums⁶, Abbildung 4 und Tabellenanhang, Tabelle 7). In den folgenden dreizehn Jahren kommt es zu einem Anstieg, der 1997 seinen Höhepunkt erreicht und dem bis 2010 eine rückläufige Entwicklung folgt. Seitdem steigt die 30-Tage-Prävalenz bei den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen wieder an. Im Jahr 2016 beträgt sie 3,1 %. Gegenüber 2010 (1,7 %) ist das ein statistisch signifikanter Anstieg.



Angaben in Prozent. Ab 1993 einschließlich neue Bundesländer. 2014, 2015 und 2016: Ergebnisse der Festnetzstichprobe mit Gewichtung nach Region, Geschlecht und Alter.

ABBILDUNG 4: 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums 12- bis 17-jähriger Jugendlicher und 18- bis 25-jähriger Erwachsener insgesamt von 1973 bis 2016

Die 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums 18- bis 25-jähriger Erwachsener erreicht im Jahr 1982 mit 10,0 % ihren ersten Höhepunkt. Nach einem Rückgang im Zeitraum von 1982 bis 1986 steigt sie wieder an und erreicht in den Jahren 1993 und 1997 wieder ein Niveau von knapp zehn Prozent. Es folgt ein erneuter Rückgang, der bis ins Jahr 2008 reicht. Seitdem ist wieder ein

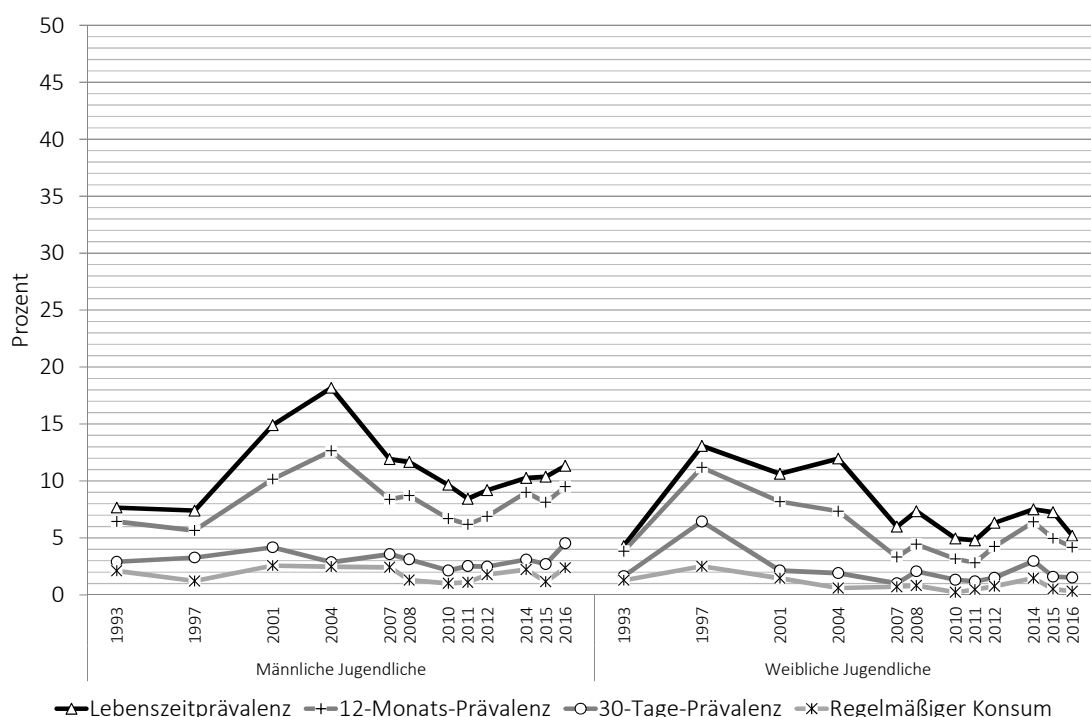
⁶ Bis 2004 wurden Personen, die schon einmal Cannabis konsumiert haben, gefragt, ob sie gegenwärtig noch Cannabis nehmen. Ab 2007 wird die 30-Tage-Prävalenz über die Frage bestimmt, an wie vielen der letzten 30 Tage Cannabis genommen wurde.

Anstieg zu verzeichnen. Die 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums ist im Jahr 2016 mit 6,6 % statistisch signifikant höher als im Jahr 2008 (4,5 %).

Seit 1993 werden zusätzlich zur Lebenszeit- und 30-Tageprävalenz auch die 12-Monats-Prävalenz und die Verbreitung des regelmäßigen Cannabiskonsums erhoben. Die beiden folgenden Abbildungen zeigen die Trends für alle vier Merkmale von 1993 bis 2016 getrennt nach männlichem und weiblichem Geschlecht.

Bei den männlichen Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren (linke Hälfte der Abbildung 5 und Tabellenanhang, Tabellen 5 bis 8) erhöht sich die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums zunächst von 7,4 % im Jahr 1997 auf 18,2 % im Jahr 2004. Gleichzeitig nimmt auch die 12-Monats-Prävalenz zu. Im weiteren zeitlichen Verlauf gehen Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz wieder zurück. Seit 2011 steigen die Werte erneut. Die Lebenszeitprävalenz erhöht sich statistisch signifikant von 8,4 % (2011) auf 11,3 % (2016) und die 12-Monats-Prävalenz von 6,2 % (2011) auf 9,5 % (2016). Auch die 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums und der regelmäßige Cannabiskonsum nehmen zu. Diese Konsummerkmale haben sich im Vergleich zu 2010 von 2,1 % auf 4,5 % bzw. von 1,0 % auf 2,4 % (2016) erhöht. Damit erreichen sie wieder die Niveaus, die sie im Zeitraum 2001 bis 2007 hatten.

Bei den weiblichen 12- bis 17-jährigen Jugendlichen (rechte Hälfte der Abbildung 5 und Tabellenanhang, Tabellen 5 bis 8) setzen die Veränderungen früher ein als bei den männlichen 12- bis 17-Jährigen. Die Verbreitung des Cannabiskonsums steigt schon in den Jahren 1993 bis 1997. Die Lebenszeitprävalenz erhöht sich von 4,3 % in 1993 auf 13,1 % in 1997. Die 12-Monats-Prävalenz nimmt in diesem Zeitraum von 3,8 % auf 11,2 % zu. Auch die 30-Tage-Prävalenz und der regelmäßige Konsum erhöhen sich. Während die Lebenszeitprävalenz bis 2004 ihr hohes Niveau zunächst noch hält, beginnt in den anderen drei Merkmalen des Cannabiskonsums nach 1997 ein Rückgang. In den Jahren 2010 bzw. 2012 wird dann in allen vier Merkmalen wieder eine vergleichsweise geringe Verbreitung erreicht. Danach ist bis 2014 eine leicht steigende Tendenz festzustellen. Seitdem zeichnet sich erneut ein leichter Rückgang ab. Die Werte aller vier Konsummerkmale liegen bei weiblichen Jugendlichen im Jahr 2016 statistisch signifikant unter denen des Jahres 2014. Die Lebenszeitprävalenz ist von 7,5 % auf 5,2 %, die 12-Monats-Prävalenz von 6,4 % auf 4,2 %, die 30-Tage-Prävalenz von 3,0 % auf 1,5 % und die Verbreitung des regelmäßigen Konsums von 1,5 % auf 0,3 % zurückgegangen (Prozentwerte jeweils aus den Jahren 2014 und 2016).



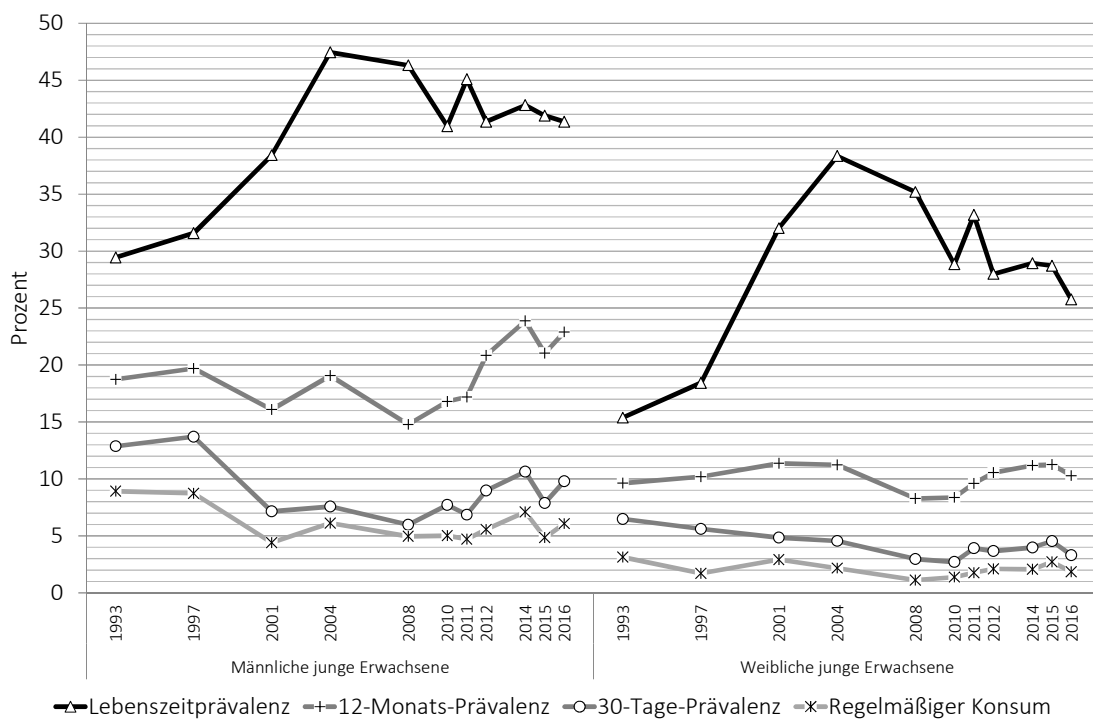
Angaben in Prozent. 2014, 2015 und 2016: Ergebnisse der Festnetzstichprobe mit Gewichtung nach Region, Geschlecht und Alter.

ABBILDUNG 5: Cannabiskonsum 12- bis 17-jähriger Jugendlicher von 1993 bis 2016 nach Geschlecht

In der Gruppe der jungen Männer (linke Hälfte der Abbildung 6 und Tabellenanhang, Tabellen 5 bis 8) erhöht sich die Lebenszeitprävalenz von 29,4 % (1993) auf 47,4 % (2004). Im Jahr 2004 gibt somit fast die Hälfte der 18- bis 25-jährigen Männer an, Cannabis zumindest einmal ausprobiert zu haben. Danach geht die Lebenszeitprävalenz zurück. Im Jahr 2016 beträgt sie 41,4 % und unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in 2004. In der 12-Monats-Prävalenz zeigt sich in den acht Jahren des Zeitraums 2008 bis 2016 ein Anstieg. Aktuell liegt sie mit 22,9 % (2016) auf einem statistisch signifikant höheren Niveau als 2008 (14,8 %). Auch die 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums ist seit 2008 (6,0 %) statistisch signifikant angestiegen (2016: 9,8 %). Im regelmäßigen Konsum unterscheidet sich der Wert des Jahres 2016 (6,1 %) von keinem der Werte der Jahre 2008 bis 2015 statistisch signifikant. Weil der regelmäßige Konsum in den Jahren 2015 und 2016 wieder geringer verbreitet ist als noch 2014, zeigt sich für die Zeit ab 2008 kein signifikanter Anstieg.

Die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums entwickelt sich bei jungen Frauen im Alter von 18 bis 25 Jahren (rechte Hälfte der Abbildung 6 und Tabellenanhang, Tabellen 5 bis 8) ähnlich

wie bei den 18- bis 25-jährigen Männern. Die Veränderungen finden aber auf niedrigerem Niveau statt, weil weniger junge Frauen als Männer Erfahrung mit dem Konsum von Cannabis haben. Die Lebenszeitprävalenz junger Frauen steigt von 15,4 % in 1993 auf 38,3 % im Jahr 2004. Wie bei den jungen Männern liegt sie im Jahr 2016 wieder statistisch signifikant unter dem Niveau von 2004 und hat sich um rund dreizehn Prozentpunkte auf 25,8 % reduziert. Die Ergebnisse zur 12-Monats-Prävalenz, zur 30-Tage-Prävalenz und zum regelmäßigen Konsum im Jahr 2016 unterscheiden sich von keinem der Werte der Vorjahre statistisch signifikant (Ausnahme: im Jahr 1993 ist die 30-Tage-Prävalenz im Vergleich zu 2016 signifikant erhöht). Behandelt man aber in den Regressionsmodellen das Erhebungsjahr als stetige Variable und beschränkt die Analyse auf den Zeitraum 2008 bis 2016, so ergeben sich für die 12-Monats-Prävalenz und den regelmäßigen Konsum signifikant steigende Tendenzen.



Angaben in Prozent. 2014, 2015 und 2016: Ergebnisse der Festnetzstichprobe mit Gewichtung nach Region, Geschlecht und Alter.

ABBILDUNG 6: Cannabiskonsum 18- bis 25-jähriger Erwachsener von 1993 bis 2016 nach Geschlecht

Neben den Ergebnissen für 12- bis 17-jährige Jugendliche und 18- bis 25-jährige Erwachsene sind im Tabellenanhang auch die Entwicklungen für vier Altersgruppen zu finden (Tabellen 5 bis 8). Die 12- bis 17-Jährigen werden dort unterteilt in die Gruppe der 12- und 13-jährigen Kinder und die Gruppe der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen. Bei den 18- bis 25-jährigen Erwachsenen werden 18- bis 21-Jährige sowie 22- bis 25-Jährige unterschieden.

Über die in den Abbildungen dargestellten Ergebnisse hinaus führt diese Aufteilung nur zu wenigen zusätzlichen Erkenntnissen. Hervorzuheben sind die Unterschiede zwischen 12- und 13-jährigen Kindern sowie 14- bis 17-jährigen Jugendlichen. Bei 12- und 13-jährigen Kindern ist Cannabiskonsum im Zeitraum von 1993 bis 2016 gering bis gar nicht verbreitet. Dementsprechend ändert sich bei ihnen im Laufe der Jahre nur wenig. Die Veränderungen in der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen (siehe Abbildungen 3 bis 5) sind auf die Veränderungen bei den 14- bis 17-Jährigen zurückzuführen.

Unterteilt man die jungen Erwachsenen in 18- bis 21- sowie 22- bis 25-Jährige, so zeigen sich in den Trends dieser Altersgruppen keine grundsätzlichen Unterschiede sondern nur einzelne Abweichungen. Bei jungen Männern findet der Rückgang der Lebenszeitprävalenz, der seit 2004 zu beobachten ist, wegen der geringeren Fallzahlen durch die Unterteilung in zwei Altersgruppen nicht mehr signifikant aus. Dagegen erhöht sich der regelmäßige Konsum in der Altersgruppe der 18- bis 21-Jährigen statistisch signifikant von 4,3 % (2010) auf 7,7 (2016) aber nicht bei den 22- bis 25-Jährigen gegenüber 2010 statistisch signifikant.

Werden die Trends 18- bis 21-jähriger und 22- bis 25-jähriger Frauen getrennt untersucht, so ergeben sich gegenüber 2008 für die 18- bis 21-jährigen Frauen ein Rückgang und für die 22- bis 25-jährigen Frauen ein Anstieg der 30-Tage-Prävalenz. Im regelmäßigen Konsum ist bei den 18- bis 21-Jährigen im Jahr 2016 im Vergleich ein zu den Vorjahren niedriger Wert zu beobachten, während sich bei den 22- bis 25-Jährigen von 2008 bis 2016 ein Anstieg zeigt.

4 DISKUSSION

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) untersucht bereits seit den 1970er Jahren mit ihren deutschlandweiten Repräsentativbefragungen Veränderungen des Substanzkonsums junger Menschen in Deutschland. Die Studien werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. Befragt werden Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12 bis 25 Jahren. Die Alkoholsurveys sind Teil dieser Reihe von BZgA-Repräsentativbefragungen und thematisieren neben dem Alkoholkonsum auch das Rauchverhalten und den Konsum von Cannabis. Damit tragen sie dazu bei, die Beobachtungsreihen zum Rauchen und zum Cannabiskonsum engmaschig fortzuschreiben. Der vorliegende Bericht stellt die Befunde des Alkoholsurveys 2016 zum Cannabiskonsum im Jahr 2016 sowie dessen Veränderung im Laufe der Zeit vor. Die Ergebnisse zum Alkoholkonsum und zum Rauchen sind in anderen Berichten zu finden (Orth, 2017 bzw. Orth & Merkel, in Druck).

Die Ergebnisse zeigen für das Jahr 2016, dass die Erfahrung mit dem Konsum von Cannabis bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland weit verbreitet ist. Jeder elfte Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren und mehr als ein Drittel der jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren haben die illegale psychoaktive Substanz Cannabis zumindest schon einmal probiert. Bei vielen Konsumentinnen und Konsumenten bleibt es aber beim einmaligen, gelegentlichen oder nur episodischen Gebrauch. So ist bei den jungen Erwachsenen der Anteil derjenigen, die in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert haben, deutlich geringer als der Anteil derjenigen, die überhaupt einmal im Leben Cannabis genommen haben. Bei knapp der Hälfte der 18- bis 25-Jährigen mit eigener Konsumerfahrung ist der letzte Konsum länger als zwölf Monate her. Andererseits gibt es einen bedeutenden Anteil junger Menschen, die regelmäßig Cannabis konsumieren. Von den Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren haben 1,5 % und von den 18- bis 25-jährigen Erwachsenen hat jeder Zwanzigste (5,4 %) in den letzten zwölf Monaten mehr als zehnmal Cannabis konsumiert.

Im Cannabiskonsum zeigt der Bericht Unterschiede in Abhängigkeit des Migrationshintergrunds. In der Gruppe mit türkischem und asiatischem Migrationshintergrund ist die Cannabiserfahrung am geringsten. Dieser Befund lässt sich auch in früheren BZgA-Studien, wie beispielsweise dem Alkoholsurvey 2014, finden. Soziale Unterschiede bezogen auf Schulform, Ausbildung, Studium, Erwerbstätigkeit oder Arbeitslosigkeit zeigen sich nicht.

Vor dem Hintergrund der gesundheitlichen und sozialen Risiken, die mit fortgesetztem, häufigem und starkem Cannabiskonsum verbunden sind, unterstreichen diese Befunde die Rolle von Prävention. Aus den aktuellen Ergebnissen der vorliegenden BZgA-Studie ergeben sich Hinweise, die für die Planung und Steuerung von Präventionsmaßnahmen genutzt werden können. Erstens machen die Altersunterschiede deutlich, wie wichtig es ist, bereits junge Menschen mit Präventionsangeboten zu erreichen. Die Wahrscheinlichkeit für Cannabiskonsum

steigt im Jugendalter erheblich und ist bei jungen Erwachsenen am höchsten. Andere Studien zeigen, dass der Cannabiskonsum mit weiter steigendem Alter wieder zurückgeht (Piontek, Gomes de Matos, Atzendorf & Kraus, 2016). Zweitens sind Geschlechtsunterschiede zu beachten. Statistisch signifikant mehr männliche als weibliche Jugendliche und junge Erwachsene konsumieren Cannabis. Der Anteil 18- bis 25-jähriger Männer mit regelmäßigem Cannabiskonsum ist dreimal so hoch wie der entsprechende Anteil der 18- bis 25-jährigen Frauen.

Über die aktuellen Ergebnisse hinaus setzt der Bericht einen Schwerpunkt auf zeitliche Trends in der Verbreitung des Cannabiskonsums⁷. Im Zeitraum von 1993 bis 2004 steigt die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen zunächst an und erreicht in 2004 ihren Höhepunkt. Dann zeichnet sich bis 2011 in dieser Altersgruppe bundesweit ein Rückgang ab. Für den Zeitraum von 2011 bis 2016 deuten die neuen Zahlen der BZgA jedoch einen erneuten Anstieg des Cannabiskonsums Jugendlicher an (6,7 % im Jahr 2011 gegenüber 8,3 % im Jahr 2016). Eine ähnliche Entwicklung zeigt sich auch in anderen aktuellen Studien in Deutschland. Die Daten der Studien „Health Behavior in School-aged Children“ (HBSC)- und „Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen“ (ESPAD), in denen Jugendliche im Alter von 11 bis 15 bzw. 15 und 16 Jahren befragt werden, zeigen ebenfalls zunächst einen Rückgang der Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums bei Jugendlichen in den Zeiträumen von 2003 bis 2011 (Kraus, Piontek, Seitz & Schoeppe, 2015) bzw. von 2002 bis 2010 (Richter, Pförtner, Lampert et al., 2012). In der letzten Erhebungswelle der Europäischen Schülerstudie kann aber auch ein Anstieg der Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums verzeichnet werden (21,5 % im Jahr 2011 gegenüber 25,2 % im Jahr 2015). Sowohl die ESPAD-Studie als auch die vorliegende BZgA-Studie zeigen auch signifikante Anstiege in anderen Merkmalen des Cannabiskonsums (12-Monats- bzw. 30-Tage-Prävalenz) für den Zeitraum von 2011 bis 2015 (Kraus, Piontek, Seitz & Schoeppe, 2015) bzw. 2010 bis 2016. In der BZgA-Studie tragen vor allem die Zunahmen der Konsumprävalenzen in der Gruppe der männlichen Jugendlichen zu den Anstiegen in der Gesamtgruppe bei.

Bezogen auf die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums der jungen Erwachsenen ist aktuell eher ein geringerer Wert zu verzeichnen – verglichen mit den Werten der Jahre 2004, 2008 und 2011. Hingegen ist der Anteil derjenigen jungen Erwachsenen, die angeben in den letzten 30-Tagen Cannabis konsumiert zu haben, seit dem Jahr 2008 signifikant gestiegen (4,5 % im Jahr 2008 gegenüber 6,6 % im Jahr 2016). Hervorzuheben sind insbesondere in der Gruppe der jungen Männer die signifikanten Zunahmen der 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz in dem Zeitraum von 2008 bis 2016. So hat sich beispielsweise die 12-Monats-Prävalenz seit 2008 um acht Prozentpunkte erhöht (14,8 % im Jahr 2008 gegenüber 22,9 % im Jahr 2016). Auch der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA), der den Konsum psychoaktiver Substanzen in der

⁷ Die Trendergebnisse für 2016 beruhen zur besseren Vergleichbarkeit mit früheren Studien auf der Festnetzstichprobe. Dadurch ergeben sich leichte Abweichungen zu den für das Jahr 2016 diskutierten Ergebnissen, die auf der Dual-Frame-Stichprobe beruhen.

erwachsenen Allgemeinbevölkerung Deutschlands untersucht, zeigt aktuelle Anstiege in den Konsumprävalenzen von Cannabis bei jungen Erwachsenen. Der aktuellen ESA-Studie zufolge hat sich die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums der 18- bis 24- Jährigen nach einem zunächst kontinuierlichen Rückgang in den Jahren 2003 bis 2012 im Zeitraum von 2012 bis 2015 signifikant erhöht (28,5 % im Jahr 2012 gegenüber 34,6 % im Jahr 2015). Die gleiche Aussage trifft auch auf die 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz in dieser Altersgruppe zu. Nach einem kontinuierlichen Rückgang in den Jahren 2003 bis 2012 findet im Zeitraum von 2012 bis 2015 ein signifikanter Anstieg statt (Piontek, Gomes de Matos, Atzendorf & Kraus, 2016).

Alles in allem zeigen die dargestellten Entwicklungen, dass die Prävention des Cannabiskonsums weiterhin vor Herausforderungen steht. Insbesondere bei den männlichen Jugendlichen und jungen Männern hat sich die rückläufige Entwicklung der 2000er Jahre umgekehrt und der Cannabiskonsum nimmt gegenwärtig wieder zu. Es bleibt somit weiterhin wichtig über die gesundheitlichen Risiken, die mit dem Cannabiskonsum verbunden sind, zu informieren.

5 LITERATUR

- Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V. (2012). ADM-Forschungsprojekt ‚Dual-Frame-Ansätze‘ 2011/2012. Forschungsbericht. Frankfurt am Main: ADM.
- Bühringer, G. & Bühler, A. (2014). Prävention von substanzbezogenen Störungen. In: K. Hurrelmann, T. Klotz, J. Haisch (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (S. 179-189). Bern: Huber.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (Hrsg.). (2018). Europäischer Drogenbericht 2018: Trends und Entwicklungen. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.
- Hall, W. & Degenhardt, L. (2014). The adverse health effects of chronic cannabis use. *Drug Testing and Analysis*, 6 (1-2), 39-45.
- Jacobus, J. & Tapert, S. F. (2014). Effects of cannabis on the adolescent brain. *Current Pharmaceutical Design*, 20 (13), 2186-2193.
- Kraus, L., Piontek, D. Seitz, N.-N. & Schoeppe, M. (2015). Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2015 (ESPAD). Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern (IFT-Berichte Bd. 188). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Orth, B. (2016). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Orth, B. (2017). Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Orth, B. & Merkel, C. (in Druck). Rauchen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland 2016. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Orth, B. Piontek, D. & Kraus, L. (2015). Illegale Drogen – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2015 (S. 132-133). Lengerich: Pabst.

- Pinquart, M. & Silbereisen, R.K. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter. In: K. Hurrelmann, T. Klotz, J. Haisch (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (S. 70-78). Bern: Huber.
- Piontek, D., Gomes de Matos, E., Atzendorf, J. & Kraus, L. (2016). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen und des klinisch relevanten Cannabisgebrauchs nach Geschlecht und Alter 1990-2015. München: IFT Institut für Therapieforchung.
- Piontek, D., Orth, B., & Kraus, L. (2018). Illegale Drogen – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2018 (S. 105-112). Lengerich: Pabst.
- Richter, M., Pförtner, T.-K., Lampert, T. & das HBSC-Team Deutschland. (2012). Veränderungen im Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum von Jugendlichen im Zeitraum von 2002 bis 2010 in Deutschland. Das Gesundheitswesen, 74 (S 01), 42-48.
- Schneider, M. (2004). Langfristige Folgen des chronischen Cannabiskonsums. Sucht, 50 (5), 309-319.
- Stiby, A. I., Hickman, M., Munafo, M. R., Heron, J., Yip, V. L. & Macleod, J. (2015). Adolescent cannabis and tobacco use and educational outcomes at age 16: birth cohort study. Addiction, 110 (4), 658-668.

6 ANHANG

TABELLEN

TABELLE 4: Überblick über die BZgA-Studien mit Fragen zum Cannabiskonsum im Zeitraum von 1973 bis 2016

Jahr	Studie	Alter ^a	Fallzahl ^b	Region ^c	Stichprobenziehung ^d	Erhebungsmethode ^e	Ausschöpfung ^f
1973	Drogenaffinitätsstudie	14 bis 25	1488	ABL	Random Route	face-to-face	-
1976	Drogenaffinitätsstudie	14 bis 25	1503	ABL	Random Route	face-to-face	-
1979	Drogenaffinitätsstudie	12 bis 25	1526	ABL	Random Route	face-to-face	-
1982	Drogenaffinitätsstudie	12 bis 25	1799	ABL	Random Route	face-to-face	-
1986	Drogenaffinitätsstudie	12 bis 25	1809	ABL	Random Route	face-to-face	-
1989	Drogenaffinitätsstudie	12 bis 25	3030	ABL	Random Route	face-to-face	-
1993	Drogenaffinitätsstudie	12 bis 25	3046	NBL und ABL	Random Route	face-to-face	-
1997	Drogenaffinitätsstudie	12 bis 25	2998	NBL und ABL	Random Route	face-to-face	69,0
2001	Drogenaffinitätsstudie	12 bis 25	3003	NBL und ABL	Festnetzstichprobe	CATI	75,1
2004	Drogenaffinitätsstudie	12 bis 25	3032	NBL und ABL	Festnetzstichprobe	CATI	71,4
2007	„rauchfrei“-Jugendstudie	12 bis 19	3602	NBL und ABL	Festnetzstichprobe	CATI	65,7
2008	Drogenaffinitätsstudie	12 bis 25	3001	NBL und ABL	Festnetzstichprobe	CATI	68,4
2010	Alkoholsurvey	12 bis 25	7000	NBL und ABL	Festnetzstichprobe	CATI	52,6
2011	Drogenaffinitätsstudie	12 bis 25	5001	NBL und ABL	Festnetzstichprobe	CATI	60,9
2012	Alkoholsurvey	12 bis 25	5000	NBL und ABL	Festnetzstichprobe	CATI	53,5
2014	Alkoholsurvey	12 bis 25	7000 (davon Festnetz: 4899)	NBL und ABL	Dual-Frame-Stichprobe	CATI	40,3 (Festnetz) und 30,2 (Mobiltelefon)
2015	Drogenaffinitätsstudie	12 bis 25	7004 (davon Festnetz: 4903)	NBL und ABL	Dual-Frame-Stichprobe	CATI	48,7 (Festnetz) und 32,0 (Mobiltelefon)
2016	Alkoholsurvey	12 bis 25	7003 (davon Festnetz: 4921)	NBL und ABL	Dual-Frame-Stichprobe	CATI	47,6 (Festnetz) und 31,1 (Mobiltelefon)

Anmerkungen. ^{a)} Altersbereich der Befragten in Jahren. ^{b)} Ungewichtete Fallzahlen. ^{c)} ABL: Alte Bundesländer; NBL: Neue Bundesländer. ^{d)} In den Dual-Frame-Stichproben werden eine Festnetztelefon- und eine Mobiltelefonstichprobe im Verhältnis von 70 % zu 30 % kombiniert. ^{e)} face-to-face: persönliches Interview vor Ort; CATI: computergestützte Telefoninterviews. ^{f)} Liegt ab 1997 vor. Angaben in Prozent.

TABELLE 5: Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums nach Altersgruppen und Geschlecht von 1973 bis 2016

Jahr	12- bis 25-Jährige			12- bis 17-Jährige			18- bis 25-Jährige			12- und 13-Jährige			14- bis 17-Jährige			18- bis 21-Jährige			22- bis 25-Jährige		
	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.
1973	-	-	-	-	-	-	23,6*	29,9*	15,6*	-	-	-	11,5	12,4	10,8	26,4*	34,7	15,7	20,7*	24,9*	15,4*
1976	-	-	-	-	-	-	19,8*	23,9*	15,2*	-	-	-	4,6*	3,1*	6,2	18,1*	23,4*	12,4*	21,8*	24,4*	18,8*
1979	14,1*	15,6*	12,6	4,9*	5,3*	4,5	24,4*	27,0*	21,6	0,8	0,8	0,8	7,0*	7,5*	6,3	22,2*	25,0*	19,1	27,5*	30,0*	25,0
1982	15,9*	17,3*	14,4	5,1*	5,1*	5,0	26,9*	29,8*	24,0	0,4	0,0	0,7	7,0*	6,9*	7,0	22,6*	24,7*	20,7	33,1	36,5	29,3
1986	15,6*	18,4*	12,7*	3,3*	4,1*	2,4*	21,8*	26,1*	17,5*	0,9	0,0	1,9	4,0*	5,2*	2,6	17,0*	19,8*	14,1*	26,7*	32,7	20,8*
1989	16,3*	18,7*	13,8*	3,9*	4,2*	3,6	22,4*	25,8*	18,8*	0,2	0,5	0,0	5,5*	5,7*	5,3	16,7*	17,3*	16,1	27,5*	34,2*	21,1*
1993	16,3*	21,8*	10,7*	5,8	7,7	4,3	23,0*	29,4*	15,4*	0,4	0,8	0,0	8,8	11,3	6,6	21,7*	26,5*	15,7	23,9*	31,6*	15,1*
1997	19,0*	21,6*	16,2	10,2	7,4*	13,1*	25,2*	31,6*	18,4*	0,9	0,3	1,5	14,8	11,0*	18,9	24,0*	28,5*	19,1	26,2*	34,2	17,9*
2001	25,6*	28,3	22,8*	12,8*	14,9*	10,6*	35,3	38,4	32,0*	1,0	1,9	0,0	18,9*	21,6*	16,1	34,7	36,0	33,4*	35,9	40,9	30,6
2004	31,1*	34,9*	27,1*	15,1*	18,2*	12,0*	43,0*	47,4*	38,3*	1,6	1,8	1,3	22,0*	26,4*	17,3	42,0*	46,1	37,7*	43,9*	48,7	39,0*
2007	-	-	-	9,0	11,9	6,0	-	-	-	0,4	0,7	0,0	12,8	16,8	8,6	-	-	-	-	-	-
2008	28,3*	32,3*	24,0*	9,6	11,7	7,4	40,9*	46,3*	35,2*	0,6	0,6	0,5	13,5	16,5	10,3	37,6*	44,5	30,3*	44,1*	48,1	40,0*
2010	24,2	28,7	19,5	7,4	9,6	4,9	35,0	41,0	28,8	1,3	1,9	0,7	10,2	13,3	7,0	29,9	36,9	22,5	40,4	45,2	35,4
2011	26,6*	30,8	22,2*	6,7	8,4*	4,8	39,2*	45,1	33,2*	0,2	0,0	0,4	10,0	12,8	7,0	34,5	40,3	28,4*	43,8*	49,6*	37,7*
2012	24,3	28,8	19,6	7,8	9,2	6,3	34,8	41,4	28,0	0,3	0,7	0,0	11,5	13,4	9,5	30,3	35,2*	25,1	39,2	47,3	30,7
2014	25,2	29,8	20,4*	8,9	10,3	7,5*	36,0	42,8	28,9	0,3	0,4	0,1	13,2	15,1	11,2*	32,1	38,4	25,4	39,4	46,6	31,9
2015	25,0	29,5	20,3	8,8	10,4	7,2	35,5	41,9	28,7	0,3	0,5	0,1	12,9	15,1	10,6	34,1	41,7	26,0	36,6	42,0	31,0
2016	23,7	29,5	17,6	8,3	11,3	5,2	33,8	41,4	25,8	0,5	1,0	0,0	12,0	16,1	7,6	31,1	40,8	20,7	36,1	41,9	30,0

Angaben in Prozent. Definition Lebenszeitprävalenz: Anteil der Personen, die mindestens einmal im Leben Cannabis genommen haben. Alter der Befragten in den verschiedenen Studien: 1973 und 1976 14 bis 25 Jahre; 2007 12 bis 19 Jahre; sonstige Studien 12 bis 25 Jahre. Für die Studien 1973, 1976 und 2007 entfallen deshalb Ergebnisse für manche Altersgruppen. 2014, 2015 und 2016 beruhen die Ergebnisse wie in 2001 bis 2012 auf der Festnetzstichprobe mit Gewichtung nach Region, Geschlecht und Alter.

*) Statistisch signifikanter Unterschied zum Referenzwert in 2016 mit $p < 0,05$ (Binär logistische Regressionen mit den Kovariaten Alter und in Gesamtspalten Geschlecht). Wegen nicht besetzter Zellen wurden bei männlichen und weiblichen 12- und 13-Jährigen keine Regressionsmodelle berechnet.

TABELLE 6: 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums nach Altersgruppen und Geschlecht von 1993 bis 2016

Jahr	12- bis 25-Jährige			12- bis 17-Jährige			18- bis 25-Jährige			12- und 13-Jährige			14- bis 17-Jährige			18- bis 21-Jährige			22- bis 25-Jährige		
	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.
1993	10,9*	14,4*	7,2	5,0	6,4	3,8	14,5	18,7	9,6	0,4	0,8	0,0	7,5	9,4	5,9	15,6	18,9*	11,6	13,8	18,6	8,3
1997	12,3	13,9*	10,6*	8,3	5,7*	11,2*	15,1	19,7	10,2	0,7	0,0	1,5	12,2	8,5*	16,1*	15,9	21,0	10,4	14,3	18,6	10,0
2001	11,8	13,5*	10,0*	9,2*	10,2	8,2*	13,8*	16,1*	11,4	0,7	1,3	0,0	13,6	14,7	12,4*	14,9*	17,0*	12,6	12,6	15,1	10,1
2004	13,0	16,3	9,6	10,1*	12,6*	7,4*	15,2	19,1*	11,2	1,4	1,4	1,3	14,5*	18,3*	10,4*	18,0	22,2	13,7	12,4	16,0	8,8
2007	-	-	-	5,9	8,4	3,3	-	-	-	0,4	0,7	0,0	8,4	11,8	4,8	-	-	-	-	-	-
2008	9,6*	12,3*	6,7	6,6	8,7	4,4	11,6*	14,8*	8,3	0,3	0,6	0,0	9,4	12,2	6,4	13,9*	18,0*	9,6	9,3*	11,5*	6,9
2010	9,7*	12,8*	6,3	5,0*	6,7*	3,2	12,7*	16,8*	8,4	0,3	0,1	0,6	7,2*	9,8*	4,4	13,6*	18,3*	8,7	11,7*	15,2*	8,0
2011	10,0*	12,9*	7,0	4,6*	6,2*	2,8	13,5*	17,2*	9,6	0,2	0,0	0,4	6,8*	9,3*	4,1	15,3*	19,3*	11,2	11,7*	15,2*	8,1
2012	11,8	15,4	8,1	5,6	6,9	4,2	15,8	20,8	10,5	0,0	0,0	0,0	8,4	10,3	6,4	17,9	22,5	13,2	13,8	19,3	8,1
2014	13,7	17,9	9,3	7,7	9,0	6,4*	17,7	23,9	11,2	0,3	0,4	0,1	11,4	13,2	9,5*	20,0	27,0	12,7	15,7	21,2	9,9
2015	12,4	15,9	8,8	6,6	8,1	5,0	16,3	21,0	11,2	0,3	0,5	0,1	9,6	11,7	7,3	19,3	26,0	12,3	13,7	16,9	10,4
2016	12,9	17,6	7,9	6,9	9,5	4,2	16,8	22,9	10,3	0,4	0,7	0,0	9,9	13,6	6,1	18,5	26,0	10,4	15,3	20,2	10,2

Angaben in Prozent. Definition 12-Monats-Prävalenz: Anteil der Personen, die mindestens einmal in den letzten 12 Monaten Cannabis genommen haben. Alter der Befragten in den verschiedenen Studien: 2007 12 bis 19 Jahre; sonstige Studien 12 bis 25 Jahre. Für die Studie 2007 entfallen deshalb Ergebnisse für manche Altersgruppen. 2014, 2015 und 2016 beruhen die Ergebnisse wie in 2001 bis 2012 auf der Festnetzstichprobe mit Gewichtung nach Region, Geschlecht und Alter.

*) Statistisch signifikanter Unterschied zum Referenzwert in 2016 mit $p < 0,05$ (Binär logistische Regressionen mit den Kovariaten Alter und in Gesamtspalten Geschlecht). Wegen nicht besetzter Zellen wurden bei 12- und 13-Jährigen keine Regressionsmodelle berechnet.

TABELLE 7: 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums nach Altersgruppen und Geschlecht von 1973 bis 2016

Jahr	12- bis 25-Jährige			12- bis 17-Jährige			18- bis 25-Jährige			12- und 13-Jährige			14- bis 17-Jährige			18- bis 21-Jährige			22- bis 25-Jährige		
	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.
1973	-	-	-	-	-	-	6,0	8,3	3,2	-	-	-	3,5	5,0	2,4	8,0	11,7	3,4	4,0	4,8	3,0
1976	-	-	-	-	-	-	4,7*	7,0	2,1	-	-	-	1,7*	1,0*	2,4	6,4	10,2	2,5	2,5*	3,2*	1,6
1979	4,9	4,9	4,9*	2,0	2,4*	1,6	8,1	7,7	8,5*	0,0	0,0	0,0	3,0	3,6	2,4	7,8	6,5	9,3*	8,4	9,3	7,4
1982	5,7	7,2	4,1*	1,5*	1,6*	1,4	10,0*	12,9	7,0*	0,0	0,0	0,0	2,1*	2,1*	2,0	8,8	12,2	5,6*	11,7*	13,9*	9,2*
1986	3,9	5,2*	2,6	0,6*	0,6*	0,7	5,6	7,7	3,5	0,0	0,0	0,0	0,8*	0,8*	0,8	5,1	7,6	2,6	6,0	7,7	4,4
1989	5,1	6,7	3,5	1,3*	1,6*	1,0	7,0	9,2	4,7	0,0	0,0	0,0	1,9*	2,3*	1,5	4,9	5,8*	3,8	8,9	12,4	5,4
1993	6,9*	9,4	4,4*	2,2	2,9	1,6	9,9*	12,9	6,5*	0,0	0,0	0,0	3,4	4,4	2,5	9,5	11,1	7,5*	10,3*	14,2*	5,8
1997	7,7*	9,4	6,0*	4,8*	3,3	6,4*	9,7*	13,7*	5,6	0,0	0,0	0,0	7,2*	4,9	9,7*	11,4*	15,9	6,4*	8,4	11,8	5,0
2001	4,8	5,9	3,7	3,2	4,2	2,1	6,0	7,1*	4,8	0,4	0,8	0,0	4,6	5,9	3,2	5,6	6,7*	4,4	6,4	7,6	5,2
2004	4,5	5,5*	3,4	2,4	2,9	1,9	6,1	7,6	4,5	0,7	0,5	0,9	3,3	4,1	2,4	6,8	8,9	4,6*	5,4	6,3	4,4
2007	-	-	-	2,3	3,6	1,0	-	-	-	0,1	0,2	0,0	3,3	5,0	1,5	-	-	-	-	-	-
2008	3,7*	4,8*	2,6	2,6	3,1	2,1	4,5*	6,0*	3,0	0,3	0,6	0,0	3,6	4,2	3,0	6,2	7,5*	4,8*	2,8*	4,4*	1,2*
2010	3,9*	5,5*	2,2	1,7*	2,1*	1,3	5,3	7,7	2,7	0,0	0,0	0,0	2,6*	3,1*	2,0	5,5	8,2	2,7	5,0	7,2	2,7
2011	4,0*	5,2*	2,9	1,9*	2,5*	1,2	5,4	6,9*	3,9	0,2	0,0	0,4	2,7*	3,8*	1,6	6,4	7,5*	5,2*	4,5	6,3	2,7
2012	4,7	6,4	2,8	2,0	2,5*	1,5	6,4	9,0	3,7	0,0	0,0	0,0	3,0	3,7*	2,2	7,8	10,7	4,6*	5,1	7,3	2,8
2014	5,6	7,6	3,6	3,0	3,1	3,0*	7,4	10,6	4,0	0,2	0,4	0,0	4,4	4,4	4,4*	8,3	12,0	4,4*	6,6	9,5	3,6
2015	4,6	5,8*	3,4	2,2	2,7*	1,6	6,3	7,9	4,5	0,3	0,5	0,0	3,1	3,7*	2,4	7,2	9,1	5,3*	5,5	6,9	3,9
2016	5,2	7,7	2,6	3,1	4,5	1,5	6,6	9,8	3,3	0,3	0,6	0,0	4,4	6,4	2,2	6,9	11,4	2,2	6,4	8,4	4,2

Angaben in Prozent. Definition 30-Tage-Prävalenz: 1973 bis 2004 der Anteil der Personen, die sagen, gegenwärtig Cannabis zu nehmen. Ab 2007 der Anteil der Personen, die in den letzten 30 Tagen mindestens einmal Cannabis genommen haben. Alter der Befragten in den verschiedenen Studien: 1973 und 1976 14 bis 25 Jahre; 2007 12 bis 19 Jahre; sonstige Studien 12 bis 25 Jahre. Für die Studien 1973, 1976 und 2007 entfallen deshalb Ergebnisse für manche Altersgruppen. 2014, 2015 und 2016 beruhen die Ergebnisse wie in 2001 bis 2012 auf der Festnetzstichprobe mit Gewichtung nach Region, Geschlecht und Alter.

*) Statistisch signifikanter Unterschied zum Referenzwert in 2016 mit $p < 0,05$ (Binär logistische Regressionen mit den Kovariaten Alter und in Gesamtspalten Geschlecht). Wegen nicht besetzter Zellen wurden bei 12- und 13-Jährigen keine Regressionsmodelle berechnet.

TABELLE 8: Regelmäßiger Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten nach Altersgruppen und Geschlecht von 1993 bis 2016

Jahr	12- bis 25-Jährige			12- bis 17-Jährige			18- bis 25-Jährige			12- und 13-Jährige			14- bis 17-Jährige			18- bis 21-Jährige			22- bis 25-Jährige		
	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.	ges.	männl.	weibl.
1993	4,5*	6,5	2,3	1,7	2,1	1,3*	6,2*	8,9*	3,1	0,0	0,0	0,0	2,6	3,2	2,0*	6,8	8,4	4,8*	5,8	9,3*	2,0
1997	3,9	5,6	2,0	1,8	1,2	2,5*	5,3	8,7	1,7	0,0	0,0	0,0	2,8	1,8	3,8*	6,3	9,2	3,1*	4,5	8,3	0,6*
2001	3,0	3,6	2,3	2,0	2,6	1,5*	3,7	4,4	2,9	0,1	0,3	0,0	3,0	3,8	2,2*	3,4	4,2*	2,6*	3,9	4,5	3,3
2004	3,1	4,5	1,5	1,6	2,5	0,6	4,2	6,1	2,2	0,7	0,5	0,9	2,0	3,5	0,4	4,9	7,4	2,4*	3,4	4,8	1,9
2007	-	-	-	1,6	2,4	0,7	-	-	-	0,0	0,0	0,0	2,3	3,5	1,0	-	-	-	-	-	-
2008	2,3	3,5	1,0	1,1	1,3	0,8	3,1	5,0	1,1	0,0	0,0	0,0	1,5	1,9	1,2	4,3	6,9	1,5	1,8*	3,0	0,7*
2010	2,2	3,4	0,9	0,6*	1,0*	0,2	3,2	5,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,9*	1,5*	0,3	3,1	4,3*	1,8*	3,4	5,7	0,9*
2011	2,3	3,3*	1,3	0,8	1,1*	0,5	3,3	4,7	1,7	0,0	0,0	0,0	1,2	1,7*	0,7	3,7	5,2	2,2*	2,9	4,3	1,4
2012	2,9	4,1	1,6	1,3	1,8	0,8	3,9	5,6	2,1	0,0	0,0	0,0	1,9	2,7	1,1	5,3	7,4	3,0*	2,5	3,8	1,2
2014	3,5	5,1	1,8	1,9	2,2	1,5*	4,6	7,1	2,1	0,0	0,0	0,0	2,8	3,3	2,2*	5,7	8,7	2,6*	3,7	5,7	1,6
2015	2,6	3,4	1,8	0,8	1,1*	0,5	3,8	4,8	2,7	0,0	0,0	0,0	1,2	1,7	0,7	4,3	6,1	2,5*	3,4	3,8	2,9
2016	3,0	4,6	1,2	1,4	2,4	0,3	4,0	6,1	1,8	0,1	0,3	0,0	1,9	3,3	0,5	4,3	7,7	0,6	3,8	4,7	2,9

Angaben in Prozent. Definition regelmäßiger Cannabiskonsum: 1993 bis 1997 definiert als zehnmal oder häufiger in den letzten zwölf Monaten. Ab 2001 definiert als häufiger als zehnmal in den letzten zwölf Monaten. Alter der Befragten in den verschiedenen Studien: 2007 12 bis 19 Jahre; sonstige Studien 12 bis 25 Jahre. Für die Studie 2007 entfallen deshalb Ergebnisse für manche Altersgruppen. 2014, 2015 und 2016 beruhen die Ergebnisse wie in 2001 bis 2012 auf der Festnetzstichprobe mit Gewichtung nach Region, Geschlecht und Alter.

*) Statistisch signifikanter Unterschied zum Referenzwert in 2016 mit $p < 0,05$ (Binär logistische Regressionen mit den Kovariaten Alter und in Gesamtspalten Geschlecht). Wegen nicht besetzter Zellen wurden bei 12- und 13-Jährigen keine Regressionsmodelle berechnet.

