

Fragebogen für Pilotversuche mit Cannabis (FPvC)

Entwickelt durch das Konsortium¹: «Kernfragebogen für Pilotversuche mit Cannabis»
im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

¹ Mitglieder (geordnet nach Stadt):

Dr. phil. Lavinia Flückiger (Gesundheitsdepartement Basel-Stadt), Prof Dr. med. Marc Walter (Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK), Universität Basel), Prof. Dr. med. Reto Auer (Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern), Prof. Dr. med. Daniele Zullino (Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Université de Genève), Prof. Carlo Fabian (Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW), Olten), Dr. Florian Elliker & Dr. Niklaus Reichle (Seminar für Soziologie, Universität St. Gallen), Frank Zobel MSc. (Sucht Schweiz), PD Dr. med. Marcus Herdener & Dr. phil. Carlos Nordt (Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen (ZAE), Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (KPPP), Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), Universität Zürich)

Fragebogen für Pilotversuche mit Cannabis

im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG)

Projektinformation

Auftraggeberin:	Bundesamt für Gesundheit BAG Schwarzenburgstrasse 157 3003 Bern
Auftragnehmerin:	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen Selnastrasse 9 8001 Zürich
Vertrags-Id. / Aktenzeichen:	142004783 / 321.4-4/57
Laufzeit:	Oktober 2021 – Oktober 2022
Leitung Forschungsprojekt im BAG:	Marc Wittwer, Sektion Wissenschaftliche Grundlagen
Originalsprache:	Deutsch
Zitervorschlag:	Gubser, L., & Nordt, C. (2022). Fragebogen für Pilotversuche mit Cannabis (FPvC).

© 2022 bei den Autorinnen und Autoren und beim Bundesamt für Gesundheit

Querverweise

- Informationen über den **Erarbeitungsprozess** des Fragebogens, **Methoden und Resultate** der Validierung der Fragemodule «Cannabiskonsumverhalten» und «Konsumkompetenz» finden Sie im «Bericht der Erarbeitung des Fragebogens für Pilotversuche mit Cannabis (FPvC)» (Ladina Gubser, Nadine Heckel & Carlos Nordt, 2022).
- Hinweise zur **Programmierung und Auswertung** der Fragemodule zu «Cannabiskonsumverhalten» und «Konsumkompetenz» sind der Anleitung «Technisches Manual: Fragebogen für Pilotversuche mit Cannabis (FPvC)» (Ladina Gubser & Carlos Nordt, 2022) zu entnehmen.

Zusammenfassung	6
Zweck und Aufbau des Fragebogens	6
Hinweise zur Verwendung	7
Demographie	8
Konsummotive	10
<i>Konsummotive - Kern</i>	10
<i>Extended Version: Zusätzliche Konsummotive</i>	12
Psychische Gesundheit	16
<i>Depressivität: Patient Health Questionnaire (PHQ-9)</i>	16
<i>Ängstlichkeit: Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)</i>	18
<i>Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS): WHO-ADHD</i>	19
<i>Psychose: Checkliste zur Früherkennung, adaptiert</i>	20
Somatische Gesundheit	22
<i>Körperliche Beschwerden: Symptom Checklist-90 (SCL-90), Somatisierung</i>	22
<i>Grösse und Gewicht</i>	24
<i>Extended Version: Körperliche Aktivität: Godin Leisure Time Questionnaire</i>	25
<i>Extended Version: Schlaf, ausführliche Option: Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)</i>	26
<i>Extended Version: Schlaf, kurze Option: Insomnia Severity Index (ISI)</i>	29
<i>Extended Version: Respiratorische Symptome: COPD Assessment Test (CAT)</i>	31
<i>Extended Version: Lebensqualität: EuroQol-5D</i>	33
<i>Extended Version: Allgemeiner Gesundheitszustand: QCT Europe</i>	35
<i>Spitalaufenthalt / Lebensgefahr</i>	36
Cannabiskonsum und Nikotinkonsum	37
<i>Cannabiskonsum: Comprehensive Short Questionnaire of Current Cannabis Use (CS-CCU)</i>	37
<i>Nikotinkonsum: Short Questionnaire of Current Nicotine Use (S-CNU)</i>	45
<i>Konsumkompetenz: Lower Risk Cannabis Use – Knowledge (LRCU-K)</i>	48
<i>Risikowahrnehmung des eigenen Cannabiskonsums</i>	51
<i>Konsumkompetenz: Lower Risk Cannabis Use – Behaviour (LRCU-B)</i>	52
<i>Cannabiskonsumstörung: Cannabis Use Disorder Identification Test – Revised (CUDIT-R)</i>	54
<i>Beratungs- /Behandlungserfahrung</i>	56
<i>Veränderungsbereitschaft: Current Motivation to Reduce Cannabis Use (CMRCU)</i>	57
Weiterer Substanzkonsum	58
<i>Alkoholkonsumstörung: Alcohol Use Disorders Identification Test - Consumption (AUDIT-C)</i>	58
<i>Drogenkonsum: (Alcohol, Smoking and) Substance Involvement Screening Test (ASSIST, V3.0)</i>	59
<i>Medikamenteneinnahme</i>	60
30.11.2022	Ladina Gubser & Carlos Nordt für das Konsortium Kernfragebogen
	4

Opfererfahrung und Delinquenz	63
<i>Extended Version: Opfererfahrung: QCT Europe</i>	63
<i>Extended Version: Auffälliges und delinquentes Verhalten: QCT Europe</i>	64
Soziales Umfeld	65
<i>Extended Version: Lebenszufriedenheit: Satisfaction With Life Scale (SWLS)</i>	65
<i>Extended Version: Grösse des sozialen Netzes</i>	67
<i>Extended Version: Erwartete soziale Unterstützung</i>	68
Studienbezogene Fragen	70
<i>Zufriedenheit mit Bezugsstelle und Studiencannabis</i>	70
<i>Wichtige Quellen der Informationen des risikoärmeren Cannabiskonsums</i>	72
<i>Aktueller Bedarf nach Beratung / Behandlung beim Cannabiskonsum</i>	73
Übersicht zu Fragenmodulthemen Kernfragebogen	75
Mitwirkende und Institutionen	77

Zusammenfassung

Das schweizweit abgestützte wissenschaftliche Konsortium, welches diesen Fragebogen erarbeitet hat, beruft sich in ihrer Arbeitsweise auf die Deklaration von Helsinki ([WMA Deklaration von Helsinki – Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen, 2013](#)) und auf [die rechtlichen und fachlichen Grundlagen zu den Pilotversuchen mit Cannabis](#).

Bei der Erarbeitung der relevanten Themenbereiche und der Auswahl der Fragebogenmodule wurden wissenschaftliche Standards befolgt. Bei Bedarf wurden externe Experten beigezogen.

- Zunächst wurden für alle Themenbereiche bereits validierte Instrumente zusammengetragen. In einem Konsensverfahren wurde dann das am besten geeignete Instrument ausgewählt.
- Falls für einen Themenbereich noch kein validiertes Instrument greifbar war, sichteteten wir die wissenschaftliche Literatur und entwickelten ein neues Instrument.
- Alle selbst entwickelten Fragemodule wurden im Jahr 2022 mittels einer deutschen und einer französischen Onlinebefragung erfolgreich validiert.
- Das Konsortium – nach Absprache mit dem BAG – ermittelte in einem Konsensverfahren eigenverantwortlich, welche Fragemodule als **essenziell** und welche Module als **geeignet** für vertiefende Fragestellungen bei Pilotversuchen mit Cannabis angesehen werden.
 - Alle **essenziellen Module** (Kernfragebogen) sollten Bestandteil der Befragung bei Pilotversuchen mit Cannabis sein, auch wenn der Fokus eines Projektes beispielsweise primär bei ökonomischen Fragestellungen liegt.
 - Ein **geeignetes Modul** kann bei besonderem Interesse für die jeweilige Thematik verwendet werden, was die Vergleichbarkeit der Resultate verschiedener Pilotversuche ermöglicht würde. Die geeigneten Module werden mit «Extended Version» gekennzeichnet, damit sie klar von den essenziellen Modulen abgegrenzt sind.
 - Es ist dem wissenschaftlichen Konsortium wichtig zu betonen, dass es in keiner Weise anderen Pilotversuchen vorschreiben kann und will, wie diese ihr Forschungsvorhaben planen und umsetzen.

Die Kennzeichnung einzelner Fragemodule mit **Empfehlung des BAG** erfolgte später und wurde unabhängig vom wissenschaftlichen Konsortium getroffen.

Zweck und Aufbau des Fragebogens

Der vorliegende Fragebogen soll eine möglichst einheitliche Erfassung von gesundheitsbezogenen und sozialen Auswirkungen des regulierten Verkaufs von Cannabis ermöglichen. Zu diesem Zweck wurde

in einer Zusammenarbeit der wissenschaftlichen Partner der geplanten Pilotversuche in Basel, Bern, Genf, Lausanne, St. Gallen sowie Zürich und unter Einbezug externer Fachexperten in einem Konsensusverfahren der nachfolgende Fragebogen entwickelt. Diese Arbeit wurde unterstützt durch ein Mandat des Bundesamts für Gesundheit (BAG).

Der Fragebogen besteht einerseits aus einem Kernmodul, welches für alle Pilotversuche von Relevanz ist, sowie zusätzliche Module einer erweiterten Version, welche das Konsortium für die Erfassung von zusätzlichen Themenbereichen bei entsprechendem Interesse empfiehlt. **Die Zugehörigkeit einzelner Fragen zur erweiterten Version (Extended Version) ist durchgehend gekennzeichnet.**

Das erste Fragebogenteil umfasst soziodemographische Merkmale. Anschliessend werden die motivationalen Hintergründe des Cannabiskonsums erfragt, was einen positiven Einstieg in den Fragebogen bietet, womit die Akzeptanz und die Compliance bei den Befragten gestärkt wird. Danach folgt das Fragebogenmodul zur Gesundheit, welches zuerst die psychische und im Anschluss die somatische Gesundheit erfragt. Im Mittelteil folgt das Modul zum Cannabiskonsumverhalten, welches u. a. die Frequenz, Typ und Menge des Cannabiskonsums erfasst. Zudem wird die Konsumkompetenz in Bezug auf Cannabis erfragt. Danach folgen kurze Fragebogen zum Konsum anderer psychoaktiver Substanzen. Anschliessend folgen die sensiblen Fragen zum (illegalen) Risikoverhalten. Im Anschluss folgt die Erfragung des sozialen Umfelds, um das soziale Netz und die soziale Unterstützung zu erfassen. Zuletzt werden studienspezifische Fragen zur Zufriedenheit mit den Bezugsstellen und dem Studiencannabis und nach möglichem Behandlungsbedarf (durch den/die Studienarzt/-ärztin oder andere Fachstellen) aufgeführt.

Die Dauer für das Ausfüllen des Kernfragebogens wird aufgrund bisheriger Erfahrungen bei einer gut funktionierenden Onlineumfrage auf ca. 30 Minuten geschätzt. Bei Verwendung zusätzlicher Module der Extended Version verlängert sich die Befragungsdauer entsprechend.

Hinweise zur Verwendung

Der Fragebogen und dessen Module dürfen für Forschungszwecke unentgeltlich verwendet werden, jedoch sollten die in den Fussnoten genannten Quellen angegeben werden. Wenn Sie Ihr Bewilligungsgesuch für den Pilotversuch beim BAG einreichen, bitten wir Sie die aus dem Kernfragebogen verwendeten Items zu kennzeichnen.

Für die Nutzung des EuroQol-5D ist eine Registrierung erforderlich (<https://registration.euroqol.org/>), für nicht kommerzielle Zwecke wird keine Lizenzgebühr erhoben.

Programmierungshinweise, Titel und Namen der Fragebogenmodule und Itembezeichnungen sollen in der Onlineumfrage nicht angezeigt werden.

Demographie²

Wir möchten Ihnen zunächst ein paar Fragen zu Ihrer Person stellen. Bitte beantworten Sie folgende Fragen: [Alle]

Wie alt sind Sie³? [Nur bei Ersterhebung]

[] Jahre

[Range 18-100, D101]

Ihr Geschlecht⁴: [Alle]

[1] Frau

[2] Mann

[3] Non-binär

[D201]

Ihr Zivilstand⁴: [Alle]

[1] Ledig

[2] Verheiratet

[3] Verwitwet

[4] Geschieden

[5] In eingetragener Partnerschaft

[6] Aufgelöste Partnerschaft

[D301]

Welcher Haushaltstyp trifft auf Sie zu⁵? [Alle]

[1] Einpersonenhaushalt

[2] Paar ohne Kinder

[3] Paar mit Kind(ern) unter 25 Jahren

[4] Einelternhaushalte mit Kind(ern) unter 25 Jahren

[5] Andere Haushalte mit mehreren Personen

[D401]

² Flückiger, Nordt & Elliker

³ eigenes Item

⁴ Kategorien gemäss BFS STATPOP, adaptiert

⁵ Kategorien gemäss BFS Standard, Strukturhebung 2019

Welches ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung⁶? [Alle]

- [1] Obligatorische Schule
- [2] Berufliche Grundausbildung (Anlehren, 2-, 3- oder 4-jährige Lehre, Handels oder Informatikmittelschulen, Lehrwerkstätten, o. ä.)
- [3] Allgemeine Ausbildungen (Gymnasiale Maturität, Berufs- und Fachmaturität)
- [4] Höhere Berufsbildung (Höhere Fachschulen, eidg. Fachausweis nach Berufsprüfung)
- [5] Hochschulen (universitäre Hochschulen, ETH, Fachhochschulen)
- [6] Anderes: _____ [D501] & [D502]
-

Sind Sie erwerbstätig⁷? [Alle]

- [1] Erwerbstätig, Vollzeit
- [2] Erwerbstätig, Teilzeit (<90%)
- [3] Student/-in, Vollzeit erwerbstätig (90-100%)
- [4] Student/-in, Teilzeit erwerbstätig (<90%)
- [5] Nichterwerbstätig (z.B. in Ausbildung (Student/-in, Schüler/-in, ...), Hausfrau/-mann, Rentner/-in)
- [6] Arbeitslos [D601]
-

Wie hoch ungefähr ist Ihr persönliches monatliches Nettoeinkommen? Das heisst nach Abzug von den obligatorischen Sozialversicherungsbeiträgen und den Pensionskassenbeiträgen, zuzüglich bzw. abzüglich allfälliger Alimente⁸. [Nur wenn Erwerbstätig oder Arbeitslos (D601 ≠ 5)]

- [1] Weniger als 1'500 Franken pro Monat
- [2] Zwischen 1'500 und 3'000 Franken pro Monat
- [3] Zwischen 3'000 und 4'500 Franken pro Monat
- [4] Zwischen 4'500 und 6'500 Franken pro Monat
- [5] Zwischen 6'500 und 9'000 Franken pro Monat
- [6] Mehr als 9'000 Franken pro Monat [D701]
-

Besitzen Sie die schweizerische Staatsangehörigkeit⁹? [Nur bei Ersterhebung]

- | Ja | Nein | |
|----------------------------|----------------------------|--------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | [D801] |
-

⁶ Kategorien gemäss BFS: Klassifikation der schweizerischen Bildungsstatistik

⁷ eigenes Item, Kategorien gemäss Definition BFS

⁸ Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017, Item 05810, 05811, 05812, 05813, 05814, adaptiert

⁹ eigenes Item

Konsummotive

Konsummotive - Kern¹⁰

Cannabis wird aus den unterschiedlichsten Gründen konsumiert. Welche Gründe stehen für Sie im Vordergrund? Bitte denken Sie an die vergangenen 6 Monate: Überlegen Sie sich bei den folgenden Aussagen, wie oft diese für Sie zutrafen. [Alle]

	Immer/ Fast immer	Meistens	Halb /Halb	Manchmal	Nie/ Fast nie
Weil sich der Cannabiskonsum gut anfühlt. [M101]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Weil es das Zusammensein besser macht. [M201]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Um meine Wahrnehmung / mein Bewusstsein zu erweitern. [M301]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Um körperliche Empfindungen und Sinneswahrnehmungen intensiver erleben zu können (z.B. Hören, Sehen). [M401]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Weil ich mich besser konzentrieren kann. [M501, wird für LRCU-B Skala verwendet]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Um mich besser zu fühlen, wenn ich schlechte Stimmung habe. [M601]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Um besser zu entspannen. [M701]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Weil mir langweilig ist. [M801]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

¹⁰ Flückiger, Nordt, Elliker & Reichle

	Immer/ Fast immer	Meistens	Halb /Halb	Manchmal	Nie/ Fast nie
Um psychische Beschwerden zu lindern (z.B. Ängstlichkeit, Traurigkeit, Sorgen, Stress, Schlaflosigkeit). <i>[M901, wird für LRCU-B Skala verwendet]</i>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Um körperliche Beschwerden zu lindern (z.B. Schmerzen, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Muskelkrämpfe). <i>[M1001]</i>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	Immer/ Fast immer	Meistens	Halb /Halb	Manchmal	Nie/ Fast nie
Um «high» zu werden. [M110]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Weil es Spass macht. [M210]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Um gesellig oder kontaktfreudig zu sein. [M310]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Weil es das Zusammensein lustiger macht. [M410]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Weil dadurch Partys und Events besser werden. [M510]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Weil auch meine Freunde/Bekannte Cannabis konsumieren. [M610]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Weil es mir hilft, kreativer zu sein. [M710]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Um offener für neue Erfahrungen zu sein. [M810]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Um mein Sexualleben zu verbessern. [M910]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

¹¹ Flückiger, Nordt, Elliker & Reichle

	Immer/ Fast immer	Meistens	Halb /Halb	Manchmal	Nie/ Fast nie
Um in Kombination mit anderen Drogen, Alkohol oder Medikamenten andersartige Erfahrungen zu machen. [M1010]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Um meine Sorgen zu vergessen. [M1110]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Weil es mir hilft, wenn ich mich traurig fühle. [M1210]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Weil ich besser schlafen kann. [M1310]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Weil ich dann weniger ängstlich/besorgt bin. [M1410]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Um meinen Stress zu verringern. [M1510]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Weil ich mich dann selbstbewusster und sicherer fühle. [M1610]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Um mich für eine Tätigkeit zu motivieren. [M1710]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Aus Gewohnheit. [M1810]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Um Schmerzen zu lindern. [M1910]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Um den Appetit anzuregen. [M2010]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Weil es gegen Übelkeit hilft. [M2110]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	Immer/ Fast immer	Meistens	Halb /Halb	Manchmal	Nie/ Fast nie
Um weniger Muskelkrämpfe zu haben. [M2210]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Um unerwünschte Wirkungen von anderen Drogen, Alkohol oder Medikamenten zu reduzieren. [M2310]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Um den Konsum von anderen Drogen, Alkohol oder Medikamenten zu reduzieren. [M2410]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Um mich von Gefühlen etwas distanzieren zu können. [M2510]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Um negative Gefühle von anderen Personen besser ertragen zu können. [M2610]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Um mit hoher Arbeitsbelastung umgehen zu können (beruflich, in der Ausbildung, im Militär, etc.). [M2710]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ich konsumiere Cannabis bei der Arbeit oder Ausbildung, um die Kreativität zu steigern. [M2810]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ich konsumiere Cannabis gemeinsam mit bestimmten Kunden oder Geschäftspartnern. [M2910]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ich konsumiere Cannabis bei Firmenanlässen (z.B. Weihnachtessen). [M3010]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	Immer/ Fast immer	Meistens	Halb /Halb	Manchmal	Nie/ Fast nie
Ich konsumiere Cannabis, wenn ich bei Partys oder beim Ausgehen eine Pause mache. [M3110]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Mit Cannabis gelingt es mir besser, Themen aus verschiedenen Perspektiven betrachten zu können. [M3210]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Mit Cannabis setze ich mich häufiger mit Dingen und Themen gedanklich vertieft auseinander. [M3310]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Dank Cannabis gelingt es mir häufiger, neue Sachen oder Aktivitäten auszuprobieren. [M3410]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Um langweilige oder uninteressante Tätigkeiten besser ertragen zu können oder angenehmer zu machen. [M3510]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Als Belohnung, wenn ich Aufgaben erledigt oder Ziele erreicht habe. [M3610]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ich konsumiere Cannabis vor, während oder nach einer Mahlzeit. [M3710]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Psychische Gesundheit

Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden sind wichtig. Deshalb möchten wir Ihnen einige Fragen zu Ihrer psychischen Gesundheit stellen. [Alle]

Depressivität: Patient Health Questionnaire (PHQ-9)¹²

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch folgende Beschwerden beeinträchtigt? [Alle]

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten [PD101]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit [PD201]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf [PD301]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben [PD401]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Verminderter Appetit oder übermässiges Bedürfnis zu essen [PD501]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben [PD601]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen [PD701]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

¹² Löwe et al. (2002)

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<i>[PD801]</i>				
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<i>[PD901]</i>				

Ängstlichkeit: Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)¹³

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch folgende Beschwerden beeinträchtigt? [Alle]

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung [PA101]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren [PA201]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten [PA301]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten zu entspannen [PA401]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt [PA501]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit [PA601]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren [PA701]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

¹³ Löwe (2015)

Markieren Sie das Kästchen, das am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 6 Monaten gefühlt und sich benommen haben. [Alle]

Wie oft haben Sie Probleme, die letzten Feinheiten einer Arbeit zum Abschluss zu bringen, nachdem Sie die wesentlichen Punkte erledigt haben? [Alle]

Niemals	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[PH101]

Wie oft fällt es Ihnen schwer, Dinge in die Reihe zu bekommen, wenn Sie an einer Aufgabe arbeiten, bei der Organisation gefragt ist? [Alle]

Niemals	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[PH201]

Wie oft haben Sie Probleme, sich an Termine oder Verabredungen zu erinnern? [Alle]

Niemals	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[PH301]

Wie oft vermeiden Sie oder verzögern Sie, die Aufgabe zu beginnen, wenn Sie vor einer Aufgabe stehen, bei der sehr viel Denkvermögen gefragt ist? [Alle]

Niemals	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[PH401]

Wie oft sind Ihre Hände bzw. Füße bei langem Sitzen in Bewegung? [Alle]

Niemals	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[PH501]

Wie oft fühlen Sie sich übermässig aktiv und verspüren den Drang Dinge zu tun, als ob Sie von einem Motor angetrieben würden? [Alle]

Niemals	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[PH601]

¹⁴ Kessler et al. (2005)

Sind Ihnen folgende Punkte in den letzten 6 Monaten aufgefallen oder sind Sie dadurch gestört oder bedrängt worden? [Alle; wenn PP301 oder PP501 oder PP601 oder PP801 mit Ja beantwortet wurde ODER wenn mehr als 1 Item von PP101 bis PP801 mit Ja beantwortet wurde, dann Meldung an Studienarzt / Studienärztin / ärztliche Ansprechperson]

	Ja	Nein
Meine gewohnte Umgebung kommt mir manchmal unwirklich oder fremdartig vor (zum Beispiel besonders eindrucksvoll oder bedrohlich). Manchmal habe ich das Gefühl, nicht ich selbst, sondern unwirklich oder mir fremd zu sein, beispielsweise beim Blick in den Spiegel.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
[PP101]		
Ich beschäftige mich mit ungewöhnlichen, geheimnisvollen oder übernatürlichen Dingen oder Themen (zum Beispiel religiöse oder esoterische Themen).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
[PP201]		
Mit meinem Denken scheint etwas nicht zu stimmen (Gedankengänge werden plötzlich von anderen Gedanken unterbrochen oder gestört; Gedanken werden aus dem Kopf gezogen; die eigenen Gedanken strahlen aus; andere Menschen können meine Gedanken lesen; Gedanken werden in meinen Kopf gebracht, die nicht meine eigenen sind).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
[PP301]		
Ich nehme Geräusche oder Farben in meiner Umwelt ungewohnt intensiv oder deutlich wahr. Manchmal erscheinen mir Dinge oder Menschen äusserlich, zum Beispiel in ihrer Form oder Grösse verändert.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
[PP401]		
Ich sehe, höre, schmecke oder rieche manchmal Dinge, die andere nicht bemerken.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
[PP501]		
Ich fühle mich phasenweise ganz besonders beobachtet, verfolgt oder durch etwas bedroht. Jemand versucht, mir absichtlich Schaden zuzufügen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
[PP601]		
Ich habe zunehmend den Eindruck, dass bestimmte Vorkommnisse im Alltag (zum Beispiel Hinweise und Botschaften aus meiner Umwelt) mit mir persönlich zu tun haben oder nur für mich bestimmt sind.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
[PP701]		

¹⁵ Maurer et al. (2006)

Hat Ihnen in den letzten 6 Monaten ein Arzt / eine Ärztin, ein Psychologe / eine Psychologin oder eine andere Person, die im Gesundheitswesen arbeitet, mitgeteilt, dass Sie an einer Psychose oder Schizophrenie leiden? [Alle]

Ja

Nein

1

2

[PP801]

Somatische Gesundheit

Nun möchten wir Ihnen einige Fragen zu Ihrer körperlichen Gesundheit stellen. [Alle]

Körperliche Beschwerden: Symptom Checklist-90 (SCL-90), Somatisierung¹⁶

Wie sehr wurden Sie in den letzten 4 Wochen durch folgende Beschwerden belastet? [Alle]

Kopfschmerzen [Alle]

Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Stark	Sehr stark
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SK101]

Ohnmachts- oder Schwindelgefühle [Alle]

Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Stark	Sehr stark
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SK201]

Herz- und Brustschmerzen [Alle]

Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Stark	Sehr stark
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SK301]

Kreuzschmerzen [Alle]

Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Stark	Sehr stark
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SK401]

Muskelschmerzen [Alle]

Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Stark	Sehr stark
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SK501]

¹⁶ Franke (2002)

Schwierigkeiten beim Atmen [Alle]

Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Stark	Sehr stark
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SK601]

Hitzewallungen oder Kälteschauer [Alle]

Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Stark	Sehr stark
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SK701]

Gefühl, einen Klumpen (Kloss) im Hals zu haben [Alle]

Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Stark	Sehr stark
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SK801]

Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen [Alle]

Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Stark	Sehr stark
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SK901]

Schweregefühl in den Armen und Beinen [Alle]

Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Stark	Sehr stark
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SK1001]

Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen [Alle]

Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Stark	Sehr stark
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SK1101]

Übelkeit oder Magenverstimmung [Alle]

Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Stark	Sehr stark
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SK1201]

Grösse und Gewicht

Wie gross sind Sie in Zentimeter (z.B. 1 Meter 72 cm = 172 cm)? [Alle]

[] Zentimeter

[Range 140 - 220, SG101]

Was ist Ihr Gewicht? [Alle]

[] Kilogramm

[Range 35 - 200, SG201]

In den letzten 7 Tagen, wie viele Minuten haben Sie die folgenden körperlichen Aktivitäten ausgeübt? [Alle]

Anstrengende körperliche Aktivität _____ Anzahl Minuten
(erhöhte Anstrengung und Schwitzen)
z.B. intensive Schwimmen, Jogging, Fussballspielen
[Range 0 - 2100, SZ110]

Mässige körperliche Aktivität _____ Anzahl Minuten
(kaum erhöhte Anstrengung und leichtes Schwitzen)
z.B. schnelles Gehen, langsames Radfahren, langsames Schwimmen

[Range 0 - 2100, SZ210]
Leichte körperliche Aktivität _____ Anzahl Minuten
(keine erhöhte Anstrengung und kein Schwitzen)
z.B. Golf spielen, leichtes Gehen, Angeln
[Range 0 - 2100, SZ310]

EXTENDED VERSION

¹⁷ Godin & Shephard (1985)

Extended Version: Schlaf, ausführliche Option: Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)¹⁸

In den folgenden Fragen geht es ausschliesslich um Ihre Schlafgewohnheiten in den letzten 30 Tagen (im vergangenen Monat). Ihre Antworten sollten möglichst genau sein und sich auf die Mehrzahl der Tage und Nächte in den letzten 30 Tagen beziehen. [Alle]

Wann sind Sie in den letzten 30 Tagen abends gewöhnlich zu Bett gegangen? Verwenden Sie bitte das 24-Stunden-Format. Falls Sie abends um 10:30 Uhr zu Bett gegangen sind, geben Sie bitte 22:30 Uhr an. [Alle]

Schlafenszeit (00:00 Uhr bis 23:59 Uhr) [__:__] Uhr [SP110]

Wie lange (in Minuten) hat es in den letzten 30 Tagen gewöhnlich gedauert, bis Sie abends eingeschlafen sind? [Alle]

Anzahl der Minuten [____] [Range 0 - 200, SP210]

Wann sind Sie in den letzten 30 Tagen morgens gewöhnlich aufgestanden? [Alle]

Aufstehzeit (00:00 bis 23:59 Uhr) [__:__] Uhr [SP310]

Wie viele Stunden haben Sie in den letzten 30 Tagen nachts tatsächlich geschlafen? (Das muss nicht mit der Anzahl der Stunden übereinstimmen, die Sie im Bett verbracht haben.) [Alle]

Anzahl der Schlafstunden pro Nacht [____] [Range 0 - 15, SP410]

Wie oft hatten Sie in den letzten 30 Tagen Probleme mit dem Schlafen, weil ... [Alle]

	Nie in den letzten 30 Tagen	Seltener als einmal pro Woche	Ein- oder zweimal pro Woche	Dreimal oder öfter pro Woche
Sie nicht innerhalb von 30 Minuten einschlafen konnten? [SP510]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sie mitten in der Nacht oder früh morgens aufgewacht sind? [SP511]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sie aufstehen mussten, um zur Toilette zu gehen? [SP512]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sie nicht richtig atmen konnten? [SP513]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

¹⁸ Buysse et al. (1989)

	Nie in den letzten 30 Tagen	Seltener als einmal pro Woche	Ein- oder zweimal pro Woche	Dreimal oder öfter pro Woche
Sie laut gehustet oder geschnarcht haben? [SP514]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Es Ihnen zu kalt war? [SP515]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Es Ihnen zu warm war? [SP516]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sie schlecht geträumt haben? [SP517]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sie Schmerzen hatten? [SP518]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Andere Gründe? Bitte beschreiben <hr/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
[SP519] & [SP520]				

Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafes in den letzten 30 Tagen beurteilen? [Alle]

Sehr gut

Eher gut

Eher schlecht

Sehr schlecht

1

2

3

4

[SP610]

Wie oft haben Sie in den letzten 30 Tagen Medikamente eingenommen, die Ihnen helfen, zu schlafen (vom Arzt verschriebene oder frei verkäufliche)? [Alle]

Nie in den letzten 30 Tagen

Seltener als einmal pro Woche

Ein- oder zweimal pro Woche

Dreimal oder öfter pro Woche

1

2

3

4

[SP710]

Wie oft hatten Sie in den letzten 30 Tagen Schwierigkeiten, wach zu bleiben, z.B. während Sie Auto gefahren sind, Mahlzeiten eingenommen haben oder etwas mit anderen Menschen unternommen haben? [Alle]

Nie in den letzten 30 Tagen

Seltener als einmal pro Woche

Ein- oder zweimal pro Woche

Dreimal oder öfter pro Woche

1

2

3

4

[SP810]

Hatten Sie in den letzten 30 Tagen Probleme, die üblichen Alltagsaufgaben mit dem nötigen Schwung zu erledigen? [Alle]

Überhaupt keine Probleme

Kaum Probleme

Etwas Probleme

Sehr grosse Probleme

1

2

3

4

[SP910]

Extended Version: Schlaf, kurze Option: Insomnia Severity Index (ISI)¹⁹

Bitte kreuzen Sie für jede der folgenden Fragen die Antwort an, die am besten Ihrem Schlafmuster im letzten Monat entspricht. Bei den ersten drei Fragen geht es um eine Beurteilung Ihrer Schlafschwierigkeiten. [Alle]

Schwierigkeiten, einzuschlafen. [Alle]

Keine	Leichte	Mässige	Starke	Sehr starke
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SS110]

Schwierigkeit, durchzuschlafen. [Alle]

Keine	Leichte	Mässige	Starke	Sehr starke
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SS210]

Das Problem, am Morgen früh aufzuwachen. [Alle]

Keine	Leichte	Mässige	Starke	Sehr starke
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SS310]

Wie zufrieden/unzufrieden sind Sie mit Ihrem aktuellen Schlafverhalten? [Alle]

Sehr zufrieden	Zufrieden	Neutral	Unzufrieden	Sehr unzufrieden
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SS410]

In welchem Ausmass beeinflussen Ihre Schlafprobleme Ihrer Ansicht nach Ihre Alltagsfunktion (z.B. Tagesmüdigkeit, Fähigkeit auf der Arbeit/bei Alltagstätigkeiten zu funktionieren, Konzentration, Erinnerung, Stimmung)? [Alle]

Überhaupt nicht	Wenig	Etwas	Stark	Sehr stark
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SS510]

In welchem Ausmass nehmen Ihrer Ansicht nach Ihre Mitmenschen Ihr Schlafproblem und die damit verbundene Beeinflussung Ihrer Lebensqualität wahr? [Alle]

Überhaupt nicht	Wenig	Etwas	Stark	Sehr stark
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[SS610]

¹⁹ Dieck et al. (2018)

Wie besorgt/bedrückt sind Sie durch Ihre gegenwärtigen Schlafprobleme? [Alle]

Überhaupt nicht

Wenig

Etwas

Stark

Sehr stark

1

2

3

4

5

[SS710]

Leiden Sie unter Atemproblemen, die möglicherweise in Richtung einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) gehen könnten? Bitte gehen Sie den folgenden COPD-Fragebogen durch und kreuzen Sie das zutreffende Feld an. [Alle]

EXTENDED VERSION

Ich huste nie	0	1	2	3	4	5	Ich huste ständig	[SR110]
Ich bin überhaupt nicht verschleimt	0	1	2	3	4	5	Ich bin völlig verschleimt	[SR210]
Ich spüre keinerlei Engegefühl in der Brust	0	1	2	3	4	5	Ich spüre ein sehr starkes Engegefühl in der Brust	[SR310]
Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich nicht außer Atem	0	1	2	3	4	5	Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich sehr außer Atem	[SR410]
Ich bin bei meinen häuslichen Aktivitäten nicht eingeschränkt	0	1	2	3	4	5	Ich bin bei meinen häuslichen Aktivitäten sehr stark eingeschränkt	[SR510]
Ich habe keine Bedenken, trotz meiner Lungenerkrankung das Haus zu verlassen	0	1	2	3	4	5	Ich habe wegen meiner Lungenerkrankung große Bedenken, das Haus zu verlassen	[SR610]
Ich schlafe tief und fest	0	1	2	3	4	5	Wegen meiner Lungenerkrankung schlafe ich nicht tief und fest	[SR710]
Ich bin voller Energie	0	1	2	3	4	5	Ich habe überhaupt keine Energie	[SR810]

Da Sie unter COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) leiden: [Alle]

Hatten Sie in der Vergangenheit eine COPD-Exazerbation*? [Alle]

*** akute Verschlimmerung der Atemwegsymptome, die zu einer zusätzlichen Therapie führen**

Ja

Nein

1

2

[SR910]

Falls ja, wie viele Male insgesamt? _____

[SR911]

Wie viele Male in den letzten 6 Monaten? _____

[SR912]

²⁰ Jones et al. (2009)

Wurden Sie schon wegen einer COPD-Exazerbation hospitalisiert? [Alle]

Ja

Nein

1

2

[SR1010]

Falls ja, wie viele Male insgesamt? _____

[SR1011]

Wie viele Male in den letzten 6 Monaten? _____

[SR1012]

Gibt es möglicherweise grössere Einschränkungen wegen Ihrer gesundheitlichen Situation? [Alle]

Bitte wählen Sie unter jeder Überschrift das Kästchen an, das Ihre Gesundheit heute am besten beschreibt. [Alle]

Beweglichkeit / Mobilität

- Ich habe keine Probleme herumzugehen
- Ich habe leichte Probleme herumzugehen
- Ich habe mässige Probleme herumzugehen
- Ich habe grosse Probleme herumzugehen
- Ich bin nicht in der Lage herumzugehen

[SQ110]

Für sich selbst sorgen

- Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe mässige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe grosse Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

[SQ210]

Allgemeine Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe mässige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe grosse Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

[SQ310]

Schmerzen / Körperliche Beschwerden

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe mässige Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

[SQ410]

²¹ Schulenburg et al. (1998); für Verwendung des Fragebogens ist eine Registrierung erforderlich (<https://registration.euroqol.org/>)

Angst / Niedergeschlagenheit

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin mässig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

[SQ510]

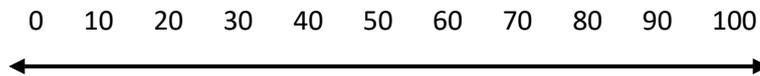
Tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein. [Alle]

Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.

100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

Bitte überlegen Sie sich, wo Sie einen Punkt auf der Skala ankreuzen würden, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.



Ihre Gesundheit heute: [_____]

[Range 0 – 100, SQ610]

Haben Sie chronische, gesundheitliche Probleme, die Ihr Leben immer wieder beeinträchtigen?

[Alle]

Ja

Nein

1

2

Wenn ja, welche : _____

[SA110] & [SA111]

Waren Sie während der letzten 6 Monate wegen eines körperlichen oder seelischen Problems bei einer Ärztin/einem Arzt in Behandlung? [Alle]

Ja

Nein

1

2

Wenn ja, welche : _____

[SA210] & [SA211]

EXTENDED VERSION

²² QCT Europe, Übersetzung des Fragebogensets: MISTEL SPI Forschung, Berlin; Lefop, Wien; Institut für Suchtforschung, Zürich (2003); Items C3 und C10

Spitalaufenthalt / Lebensgefahr

Hatten Sie während der letzten 6 Monaten einen Spitalaufenthalt, der länger als 24 Stunden dauerte? [Alle]

Ja

Nein

1

2

[SU101]

Waren Sie während der letzten 6 Monaten einmal in Lebensgefahr? [Alle]

Ja

Nein

1

2

[SU201]

Cannabiskonsum und Nikotinkonsum

Für die Studie ist die Erfassung Ihres Cannabiskonsums von grosser Bedeutung. [Alle]

Cannabiskonsum: Comprehensive Short Questionnaire of Current Cannabis Use (CS-CCU)²³

Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert? [Alle]

Nie	1 Mal pro Monat oder seltener	2-4 Mal im Monat	2-3 Mal pro Woche	4 Mal die Woche oder häufiger	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CU101]

[Nur anzeigen, wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde (CU101 > 1)]

Für diese Umfrage ist es wichtig festzuhalten, aus welchen Quellen Sie Cannabis beziehen und ob es Cannabis mit oder ohne THC ist.

In den folgenden Fragen bezeichnet

- «Studien-Cannabis»: alle Produkte, die Sie im Rahmen der Studie bezogen haben
 - «CBD-Cannabis (< 1% THC)»: alle Produkte, die weniger als 1 Prozent THC enthalten
 - «THC-Cannabis aus anderen Quellen»: alle Produkte mit mehr als 1 Prozent THC, welche Sie aus unterschiedlichsten Quellen ausserhalb der Studie bezogen haben (Selbstanbau, Schwarzmarkt, usw.)
 - «Cannabishaltige Produkte» meint sowohl CBD-Cannabis als auch THC-Cannabis
-

In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal Cannabis konsumiert?

[Nur bei Ersterhebung und wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde (CU101 > 1)]

mit [] Jahren [Range 6 – 100, CC101]

Welche der folgenden cannabishaltigen Produkte haben Sie in den letzten 30 Tagen konsumiert?

[Nur wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde (CU101 > 1); CC201 und CC202 nur einblenden, wenn Studiencannabis bereits bezogen werden konnte]

	Habe ich konsumiert	Habe ich nicht konsumiert	
- Studien-Blüten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[CC201]
- Studien-Haschisch	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[CC202]
- CBD-Blüten (< 1% THC)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[CC203]
- CBD-Haschisch (< 1% THC)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[CC204]
- CBD-Konzentrat (< 1% THC; z.B. Öl, Shatter, Kristalle)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[CC205]
- THC-Blüten aus anderen Quelle	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[CC206]

²³ Nordt, Gubser, Engeli, Flückiger, Gmel, Dürler & Schaub

- THC-Haschisch aus anderen Quellen 1 2 [CC207]
- THC-Konzentrat (z.B. Öl, Shatter, Kristalle) 1 2 [CC208]
aus anderen Quellen

Denken Sie an die letzten 30 Tage: An wie vielen Tagen haben Sie mindestens eines der vor Ihnen genannten cannabishaltigen Produkte konsumiert? [Nur wenn mindestens eines der erfragten Cannabisprodukte (CC201 bis CC208) innerhalb der letzten 30 Tage konsumiert wurde]

[] Anzahl Tage [Range 1-30, CC301]

Vor wie vielen Stunden haben Sie das letzte Mal THC-haltiges Cannabis konsumiert? [Nur wenn mindestens eines der erfragten THC-haltigen Cannabisprodukte (CC201, CC202, CC206, CC207, CC208) innerhalb der letzten 30 Tage konsumiert wurde; Anzahl Stunden auf 1 Dezimalstelle genau angeben]

[] Anzahl Stunden [Range 0-720, CC401]

Denken Sie an die letzten 30 Tage: An wie vielen Tagen haben Sie Studien-Cannabis konsumiert? [Nur wenn mindestens eines der erfragten Studien-Cannabisprodukte (CC201, CC202) innerhalb der letzten 30 Tage konsumiert wurde]

[] Anzahl Tage [Range 1-30, CC501]

Wie hoch schätzen Sie die typische Menge Studien-Cannabis pro Konsumtag? [Nur wenn mindestens eines der erfragten Studiencannabisprodukte (CC201, CC202) innerhalb der letzten 30 Tage konsumiert wurde; auf 2 Dezimalstelle genau angeben]

[] Gramm pro Konsumtag [Range 0.01-20, CC601]

Denken Sie an die letzten 30 Tage: An wie vielen Tagen haben Sie CBD-Cannabis konsumiert? [Nur wenn mindestens eines der erfragten CBD-Cannabisprodukte (CC203, CC204, CC205) innerhalb der letzten 30 Tage konsumiert wurde]

[] Anzahl Tage [Range 1-30, CC701]

Wie hoch schätzen Sie die typische Menge CBD-Cannabis pro Konsumtag? [Nur wenn mindestens eines der erfragten CBD-Cannabisprodukte (CC203, CC204, CC205) innerhalb der letzten 30 Tage konsumiert wurde; Gramm auf 2 Dezimalstelle genau angeben]

[] Gramm pro Konsumtag [Range 0.01-20.0, CC801]

Denken Sie an die letzten 30 Tage: An wie vielen Tagen haben Sie THC-Cannabis aus anderen Quellen konsumiert? [Nur wenn mindestens eines der erfragten THC-Cannabisprodukte aus anderen Quellen (CC206, CC207, CC208) innerhalb der letzten 30 Tage konsumiert wurde]

[] Anzahl Tage [Range 1-30, CC901]

Wie hoch schätzen Sie die typische Menge THC-Cannabis aus anderen Quellen pro Konsumtag? [Nur wenn mindestens eines der erfragten THC-Cannabisprodukte aus anderen Quellen (CC206, CC207, CC208) innerhalb der letzten 30 Tage konsumiert wurde; Gramm auf 2 Dezimalstelle genau angeben]

[] Gramm pro Konsumtag [Range 0.01-20.0, CC1001]

Unter CC601, CC801 bzw. CC1001 jeweils beide Bilder (Blüten und Haschisch) einblenden:

[Blüten-Bild ausblenden bei Frage CC601, wenn keine Studien-Blüten (CC201 = 2) innerhalb der letzten 30 Tage konsumiert wurde; bei Frage CC801 ausblenden, wenn keine CBD-Blüten (CC203 = 2) innerhalb der letzten 30 Tage konsumiert wurde; bei Frage CC1001 ausblenden, wenn keine THC-Blüten aus anderen Quellen (CC206 = 2) innerhalb der letzten 30 Tage konsumiert wurde]

Blüten-Mengen bei Joints und 2-Franken Münze



0.01 Gramm



0.05 Gramm



0.10 Gramm



0.20 Gramm



0.50 Gramm

[Haschisch-Bild ausblenden bei Frage CC601, wenn keine Studien-Haschisch (CC202 = 2) innerhalb der letzten 30 Tage konsumiert wurde; bei Frage CC801 ausblenden, wenn keine CBD-Haschisch (CC204 = 2) innerhalb der letzten 30 Tage konsumiert wurde; bei Frage CC1001 ausblenden, wenn keine THC-Haschisch aus anderen Quellen (CC207 = 2) innerhalb der letzten 30 Tage konsumiert wurde]

Haschisch-Mengen bei Joints und 2-Franken Münze



0.01 Gramm



0.05 Gramm



0.10 Gramm



0.20 Gramm



0.50 Gramm

Wie viel zahlen Sie üblicherweise für folgende Produkte pro Gramm? Bitte geben Sie «0» (Null) an, wenn Sie das jeweilige Produkt nie einkaufen. Wenn Sie unterschiedliche Preise für ein Produkt bezahlen, geben Sie bitte den geschätzten Durchschnittspreis an. [Nur wenn mindestens eines der erfragten Cannabisprodukte (CC201 bis CC208) innerhalb der letzten 30 Tage konsumiert wurde]

- Franken pro Gramm für Studien-Blüten [Wenn CC201=1, Range 0-16, CC1101]
 Franken pro Gramm für Studien-Haschisch [Wenn CC202=1, Range 0-16, CC1102]
 Franken pro Gramm für CBD-Blüten [Wenn CC203=1, Range 0-16, CC1103]
 Franken pro Gramm für CBD-Haschisch [Wenn CC204=1, Range 0-16, CC1104]
 Franken pro Gramm für CBD-Konzentrat (z.B. Öl, Shatter, Kristalle) [Wenn CC205=1, Range 0-60, CC1105]
 Franken pro Gramm für THC-Blüten aus anderen Quellen [Wenn CC206=1, Range 0-20, CC1106]
 Franken pro Gramm für THC-Haschisch aus anderen Quellen [Wenn CC207=1, Range 0-20, CC1107]
 Franken pro Gramm für THC-Konzentrat (z.B. Öl, Shatter, Kristalle) aus anderen Quellen [Wenn CC208=1, Range 0-60, CC1108]

Wie hoch sind Ihre aktuellen monatlichen Ausgaben für folgende Produkte? [Nur wenn mindestens einer der gezahlten Preise pro Gramm für Cannabisprodukte (CC1101 bis CC1108) grösser als Null war]

- Franken pro Monat für Studien-Blüten [Wenn CC1101>0, Range 1-900, CC1201]
 Franken pro Monat für Studien-Haschisch [Wenn CC1102>0, Range 1-900, CC1202]
 Franken pro Monat für CBD-Blüten [Wenn CC1103>0, Range 1-900, CC1203]
 Franken pro Monat für CBD-Haschisch [Wenn CC1104>0, Range 1-900, CC1204]
 Franken pro Monat für CBD-Konzentrat (z.B. Öl, Shatter, Kristalle) [Wenn CC1105>0, Range 1-900, CC1205]
 Franken pro Monat für THC-Blüten aus anderen Quellen [Wenn CC1106>0, Range 1-900, CC1206]
 Franken pro Monat für THC-Haschisch aus anderen Quellen [Wenn CC1107>0, Range 1-900, CC1207]
 Franken pro Monat für THC-Konzentrat (z.B. Öl, Shatter, Kristalle) aus anderen Quellen [Wenn CC1108>0, Range 1-900, CC1208]

Bauen Sie THC-Cannabis selbst an, welches Sie in den letzten 30 Tagen konsumiert haben?

[Nur wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde (CU101 > 1)]

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------|
| Ja | Nein | |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | [CC1301] |

Wie viel von Ihrem THC-Cannabiskonsum der letzten 30 Tagen haben Sie durch Eigenanbau gedeckt?

[Nur wenn THC-Cannabis angebaut wurde, dass in den letzten 30 Tagen konsumiert wurde (CC1301 = 1)]

- Prozent pro Monat durch Eigenanbau gedeckt [Range 0-100, CC1401]

Im Folgenden kommen einige Fragen, die sich auf Cannabis im Allgemeinen beziehen, also THC- und CBD-Cannabis. [Nur anzeigen, wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde (CU101 > 1)]

Es ist üblich, Cannabis zu verschenken oder mit anderen zu teilen. Um abschätzen zu können, wie verbreitet dies ist, möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten. [Nur anzeigen, wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde (CU101 > 1)]

Denken Sie an die letzten 30 Tage: Wie viel Cannabis haben Sie verschenkt oder mit anderen geteilt? [Nur wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde (CU101 > 1)]

Gramm Cannabis verschenkt/geteilt [Range 0-500, CC1501]

Denken Sie an die letzten 30 Tage: Wie viel Cannabis wurde Ihnen geschenkt oder mit Ihnen geteilt? [Nur wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde (CU101 > 1)]

Gramm Cannabis geschenkt/geteilt [Range 0-500, CC1601]

Wie haben Sie Cannabis in den letzten 6 Monaten konsumiert? [Nur wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde (CU101 > 1); Missing nur bei «Anders» zugelassen; CC1701, CC1703, CC1704, CC1705, CC1707 wird für LRCU-B verwendet]

	Nie/ Fast nie	Selten	Halb /Halb	Meistens	Immer/ Fast immer	
Als Joint mit Tabak	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1701]
Als Joint ohne Tabak	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1702]
Mit Verdampfer/Vaporizer und Tabak	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1703]
Mit Verdampfer/Vaporizer ohne Tabak	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1704]
Mit Wasserpfeife/Bong und Tabak	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1705]
Mit Wasserpfeife/Bong ohne Tabak	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1706]
Mit Chillum/Pfeife und Tabak	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1707]
Mit Chillum/Pfeife ohne Tabak	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1708]
Mit Dab-Rig (Cannabiskonzentrat)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1709]
Mundtropfen oder Spray	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1710]
Mit Lebensmitteln (z.B. Kekse, Tee)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1711]
Anderes, bitte angeben: _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1712]
						[max. 40 Zeichen, CC1713]

Welche Art von Filter verwenden Sie für Joints?

[Nur wenn Joints (mit oder ohne Tabak) selten oder öfters in den letzten 6 Monaten konsumiert wurden (CC1701 > 1 und/oder CC1702 > 1)]

	Nie/ Fast nie	Selten	Halb /Halb	Meistens	Immer/ Fast immer	
Papier oder Karton	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1801]
Aktivkohlefilter	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1802]
Zigarettenfilter	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1803]
Andere	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1804]

Wie oft konsumieren Sie Cannabis zusammen mit Alkohol? [Nur wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde (CU101 > 1); wird für LRCU-B Skala verwendet]

(Fast) jedes Mal	Meistens	Halb/Halb	Selten	(Fast) nie	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC1901]

Wie oft konsumieren Sie Cannabis zusammen mit anderen Drogen? [Nur wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde (CU101 > 1); wird für LRCU-B Skala verwendet]

(Fast) jedes Mal	Meistens	Halb/Halb	Selten	(Fast) nie	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC2001]

Wann konsumieren Sie Cannabis? [Nur wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde (CU101 > 1)]

(Fast) immer in der Freizeit	Eher in der Freizeit	Teils Freizeit /Teils Arbeit	Eher bei der Arbeit	(Fast) immer bei der Arbeit	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	[CC2101]

Wie oft konsumieren Sie allein oder mit anderen zusammen? [Nur wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde (CU101 > 1)]

(Fast) immer allein	Eher allein	Halb /Halb	Eher mit anderen	(Fast) immer mit anderen
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[CC2201]

Wie viele der Personen, die Ihnen wichtig sind, wissen von Ihrem Cannabiskonsum? [Nur wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde (CU101 > 1)]

Niemand	Nur wenige	Einige	Viele	Alle
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[CC2301]

Nun möchten wir Ihnen noch ein paar Fragen zum Tabakkonsum stellen. [Alle]

Haben Sie in Ihrem Leben insgesamt mehr als 100 Zigaretten (das sind 5 Päckli) oder eine vergleichbare Menge von anderen Tabakwaren geraucht?

[Nur Ersterhebung]

Ja	Nein	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[CT101]

In welchem Alter haben Sie angefangen regelmässig Zigaretten zu rauchen?

[Nur Ersterhebung, nur wenn Raucher oder Raucherin (CT101 = 1)]

mit [] Jahren [Range 6–100, CT201]

Welche der folgenden nikotinhaltigen Produkte haben Sie in den letzten 30 Tagen konsumiert?

[Alle]

	Habe ich konsumiert	Habe ich nicht konsumiert	
- Zigaretten (auch selbstgedrehte Zigaretten)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[CT301]
- E-Zigaretten (Verdampfen von nikotinhaltiger Flüssigkeit)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[CT302]
- «Heat-not-burn»-Produkte (Erhitzen von Tabak, z.B. IQOS)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[CT303]
- Shisha/Wasserpfeife	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[CT304]
- Pfeife, Zigarre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[CT305]
- Snus, Schnupftabak, Nikotin-Pouches	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[CT306]
- Nikotin-Pflaster, -Kaugummi, -Spray	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[CT307]

Wann nach dem Aufwachen konsumieren Sie das erste nikotinhaltige Produkt? [Nur wenn mindestens eines der erfragten nikotinhaltigen Produkte ausser Zigaretten (CT302 bis CT307) innerhalb der letzten 30 Tage konsumiert wurde]

<i>Innerhalb von 5 Minuten</i>	<i>6 – 30 Minuten</i>	<i>31 – 60 Minuten</i>	<i>Nach 60 Minuten</i>	
4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	[CT401]

²⁴ Nordt, Gubser, Engeli, Flückiger, Gmel & Dürler

Denken Sie an die letzten 30 Tage: An wie vielen Tagen haben Sie nikotinhaltige Produkte konsumiert? [Nur wenn mindestens eines der erfragten nikotinhaltigen Produkte ausser Zigaretten (CT302 bis CT307) innerhalb der letzten 30 Tage konsumiert wurde]

[] Anzahl Tage

[Range 1-30, CT501]

Da Sie Zigaretten rauchen, möchten wir Sie spezifisch nach Ihrem Zigarettenkonsum fragen. [Nur wenn Zigaretten innerhalb der letzten 30 Tage konsumiert wurden (CT301 = 1); für Heaviness of Smoking Index]

Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?

Innerhalb von 5 Minuten

6 – 30 Minuten

31 – 60 Minuten

Nach 60 Minuten

4

3

2

1 [CT601]

Denken Sie an die letzten 30 Tage: An wie vielen Tagen haben Sie Zigaretten geraucht? [Nur wenn Zigaretten innerhalb der letzten 30 Tage konsumiert wurden (CT301 = 1)]

[] Anzahl Tage

[Range 1-30, CT701]

Während der letzten 7 Tagen, an wie vielen Tagen haben Sie Zigaretten geraucht? [Extended Version; nur wenn Zigaretten innerhalb der letzten 30 Tage konsumiert wurden (CT301 = 1)]

[] Anzahl Tage

[Range 0-7, CT810]

An den Tagen, wo Sie rauchen, wie viele Zigaretten rauchen Sie üblicherweise pro Tag einschliesslich selbstgedrehter Zigaretten? [Nur wenn in den vergangenen 30 Tagen an mehr als 19 Tagen Zigaretten geraucht wurde (CT701 > 19); für Heaviness of Smoking Index]

[] Anzahl Zigaretten pro Tag

[Range 1-60, CT901]

Wie viele Zigaretten rauchen Sie üblicherweise pro Woche einschliesslich selbstgedrehter Zigaretten? [Nur wenn in den vergangenen 30 Tagen an weniger als 20 Tagen Zigaretten geraucht wurde (CT701 < 20)]

[] Anzahl Zigaretten pro Woche

[Range 1-140, CT1001]

EXTENDED
VERSION

Nun möchten wir Sie zu Ihren monatlichen Ausgaben für nikotinhaltige Produkte befragen. Bitte berücksichtigen Sie bei E-Zigaretten oder IQOS nur die Verbrauchsmaterialien und nicht das Gerät.

[Wenn in den vergangenen 30 Tagen mindestens eines der erfragten nikotinhaltigen Produkte (CT301 bis CT307) konsumiert wurde]

Wie hoch sind Ihre aktuellen monatlichen Ausgaben für folgende nikotinhaltigen Produkte?

[Wenn in den vergangenen 30 Tagen mindestens eines der erfragten nikotinhaltigen Produkte (CT301 bis CT307) konsumiert wurde]

- Franken pro Monat für Zigaretten/Tabak zum Selberdrehen
[Wenn CT301=1, Range 0-800, CT1101]
- Franken pro Monat für E-Zigaretten (Verdampfen von nikotinhaltiger Flüssigkeit)
[Wenn CT302=1, Range 0-800, CT1102]
- Franken pro Monat für «Heat-not-burn»-Produkte (Erhitzen von Tabak, z.B. IQOS)
[Wenn CT303=1, Range 0-800, CT1103]
- Franken pro Monat für Shisha/Wasserpfeife [Wenn CT304=1, Range 0-800, CT1104]
- Franken pro Monat für Pfeife, Zigarre [Wenn CT305=1, Range 0-800, CT1105]
- Franken pro Monat für Snus, Schnupftabak, Nikotin-Pouches
[Wenn CT306=1, Range 0-800, CT1106]
- Franken pro Monat für Nikotin-Pflaster, -Kaugummi, -Spray
[Wenn CT307=1, Range 0-800, CT1107]

Es gibt unterschiedliche Meinungen zum gesundheitlichen Risiko des Cannabiskonsums und wie dieses Risiko verkleinert werden könnte. Bitte geben Sie bei den folgenden Aussagen an, was Ihrer Meinung nach zutrifft. [Alle]

Ein hoher THC-Gehalt ... [Alle]

- [5] erhöht deutlich das Gesundheitsrisiko
- [4] erhöht etwas das Gesundheitsrisiko
- [3] beeinflusst nicht das Gesundheitsrisiko
- [2] senkt etwas das Gesundheitsrisiko
- [1] senkt deutlich das Gesundheitsrisiko

[KW101]

Ein hoher CBD-Gehalt ... [Alle]

- [1] erhöht deutlich das Gesundheitsrisiko
- [2] erhöht etwas das Gesundheitsrisiko
- [3] beeinflusst nicht das Gesundheitsrisiko
- [4] senkt etwas das Gesundheitsrisiko
- [5] senkt deutlich das Gesundheitsrisiko

[KW201]

Bei psychischem Unwohlsein ist Cannabiskonsum ... [Alle]

- [1] sehr zu empfehlen
- [2] eher zu empfehlen
- [3] weder zu empfehlen noch abzuraten
- [4] eher abzuraten
- [5] sehr abzuraten

[KW301]

Jugendliche, die früh mit dem Cannabiskonsum beginnen, haben ein ... [Alle]

- [5] deutlich erhöhtes Gesundheitsrisiko
- [4] etwas erhöhtes Gesundheitsrisiko
- [3] ein unverändertes Gesundheitsrisiko
- [2] etwas tieferes Gesundheitsrisiko
- [1] deutlich tieferes Gesundheitsrisiko

[KW401]

²⁵ Nordt, Dürler, Gubser, Flückiger & Gmel

Der gleichzeitige Konsum von Cannabis und Alkohol ... [Alle]

- [5] erhöht deutlich das Risiko für negative Auswirkungen
- [4] erhöht etwas das Risiko für negative Auswirkungen
- [3] beeinflusst nicht das Risiko für negative Auswirkungen
- [2] senkt etwas das Risiko für negative Auswirkungen
- [1] senkt deutlich das Risiko für negative Auswirkungen

[KW501]

Der gleichzeitige Konsum von Cannabis und anderen Drogen ... [Alle]

- [5] erhöht deutlich das Risiko für negative Auswirkungen
- [4] erhöht etwas das Risiko für negative Auswirkungen
- [3] beeinflusst nicht das Risiko für negative Auswirkungen
- [2] senkt etwas das Risiko für negative Auswirkungen
- [1] senkt deutlich das Risiko für negative Auswirkungen

[KW601]

Autofahren unter Cannabiseinfluss ... [Alle]

- [5] erhöht deutlich das Unfallrisiko
- [4] erhöht etwas das Unfallrisiko
- [3] beeinflusst nicht das Unfallrisiko
- [2] senkt etwas das Unfallrisiko
- [1] senkt deutlich das Unfallrisiko

[KW701]

Verdampfen statt Rauchen von Cannabis ... [Alle]

- [1] erhöht deutlich das Gesundheitsrisiko
- [2] erhöht etwas das Gesundheitsrisiko
- [3] beeinflusst nicht das Gesundheitsrisiko
- [4] senkt etwas das Gesundheitsrisiko
- [5] senkt deutlich das Gesundheitsrisiko

[KW801]

Das Beimischen von Tabak zu Cannabis ... [Alle]

- [5] erhöht deutlich das Gesundheitsrisiko
- [4] erhöht etwas das Gesundheitsrisiko
- [3] beeinflusst nicht das Gesundheitsrisiko
- [2] senkt etwas das Gesundheitsrisiko
- [1] senkt deutlich das Gesundheitsrisiko

[KW901]

Starker Cannabiskonsum macht ... [Alle]

- [1] niemanden abhängig
- [2] nur wenige abhängig
- [3] einige abhängig
- [4] viele abhängig
- [5] jeden abhängig

[KW1001]

Cannabiskonsum ... [Alle]

- [1] verbessert stark die Konzentrationsfähigkeit
- [2] verbessert die Konzentrationsfähigkeit
- [3] beeinflusst nicht die Konzentrationsfähigkeit
- [4] vermindert die Konzentrationsfähigkeit
- [5] vermindert stark die Konzentrationsfähigkeit

[KW1101]

Cannabiskonsum über mehrere Jahre macht ... [Alle]

- [1] niemanden vergesslich
- [2] nur wenige vergesslich
- [3] einige vergesslich
- [4] viele vergesslich
- [5] jeden vergesslich

[KW1201]

Wir haben Sie nach einzelnen Bereichen des Gesundheitsrisikos des Cannabiskonsums befragt. Bei den nächsten drei Fragen denken Sie bitte an das gesundheitsbezogene Risiko Ihres Cannabiskonsum im Allgemeinen. [Alle]

Wie schätzen Sie die gesundheitlichen Risiken Ihres aktuellen Cannabiskonsums ein?

[Wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde (CU101 > 1)]

überhaupt nicht risikoreich (0)

sehr risikoreich (10)



[KE101]

Wie wichtig ist es Ihnen, Cannabis so zu konsumieren, dass die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken möglichst gering sind?

[Wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde (CU101 > 1)]

überhaupt nicht wichtig (0)

sehr wichtig (10)



[KE201]

Wie zuversichtlich sind Sie, dass es Ihnen gelingt, die gesundheitlichen Risiken Ihres Cannabiskonsums möglichst gering zu halten?

[Wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde (CU101 > 1)]

überhaupt nicht zuversichtlich (0)

sehr zuversichtlich (10)



[KE301]

²⁶ Herdener, Nordt, Dürler, Gubser, Flückiger & Gmel in Anlehnung an Bertholet, Gaume, Faouzi, Gmel & Daeppen (2012)

Die Kenntnis des THC- und CBD-Gehalts ist für mich ...

[Wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde (CU101 > 1)]

- [5] sehr wichtig
- [4] eher wichtig
- [2] eher unwichtig
- [1] unwichtig

[KH101]

Wenn ich Cannabis beziehen könnte, das sicher kein synthetisches Cannabinoid enthält, wäre mir das ...

[Wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde (CU101 > 1)]

- [5] sehr wichtig
- [4] eher wichtig
- [2] eher unwichtig
- [1] unwichtig

[KH201]

Leben in Ihrem Haushalt Personen unter 18 Jahren oder haben Sie öfters Besuch von Minderjährigen?

[Wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde (CU101 > 1)]

- [1] Ja
- [2] Nein

[KH301]

Welche Massnahmen treffen Sie, damit Kinder oder Jugendliche keinen Zugang zu Ihrem Cannabis haben?

[Nur anzeigen, wenn öfter häuslicher Kontakt mit unter 18-jährigen Personen besteht (KH301 = 1)]

- [5] Ich bewahre mein Cannabis an einem abschliessbaren Ort auf.
- [3] Ich bewahre mein Cannabis ausserhalb der Reichweite von Kindern auf.
- [1] Ich treffe keine besonderen Massnahmen.

[KH401]

Wie häufig konsumieren Sie Cannabis in Anwesenheit von Kindern oder Jugendlichen?

[Nur anzeigen, wenn öfter häuslicher Kontakt mit unter 18-jährigen Personen besteht (KH301 = 1)]

- [1] (Fast) jedes Mal
- [2] Meistens
- [3] Halb/Halb
- [4] Selten
- [5] (Fast) nie

[KH501]

²⁷ Nordt, Dürler, Gubser, Flückiger & Gmel

Bitte geben sie an, wie stark Sie den motorisierten Individualverkehr sowohl geschäftlich wie privat über die letzten 6 Monate genutzt haben. [Wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde (CU101 > 1)]

Wie viele Kilometer pro Tag fahren Sie als Lenker/Lenkerin in der Regel mit dem Auto / dem Motorrad / dem Moped?

[Wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde (CU101 > 1)]

- [1] 0 km
- [2] 1-10 km
- [3] 11-25 km
- [4] 26-60 km
- [5] 61 km und mehr

[KH601]

Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten unter Cannabiseinfluss ein Fahrzeug (Auto, Moped, usw.) gelenkt?

[Wenn innerhalb der vergangenen 6 Monate ein Fahrzeug gelenkt wurde (KH601 > 1)]

- [1] Öfters
- [2] Zweimal bis viermal
- [4] Einmal
- [5] Nie

[KH701]

Cannabiskonsumstörung: Cannabis Use Disorder Identification Test – Revised (CUDIT-R)²⁸

Wir möchten Ihnen jetzt noch ein paar weitere Fragen zum Cannabiskonsum stellen. [Wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde ($CU101 > 1$)]

An einem typischen Tag, wo Sie Cannabis konsumieren, wie viele Stunden sind Sie dann bekifft/berauscht? [Wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde ($CU101 > 1$)]

Weniger als 1 Stunde	1 oder 2 Stunden	3 oder 4 Stunden	5 oder 6 Stunden	7 Stunden oder mehr
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[CU201]

Wie häufig hatten Sie in den letzten 6 Monaten den Eindruck gehabt, mit dem Cannabiskonsum nicht mehr aufhören zu können? [Wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde ($CU101 > 1$); wird für LRCU-B Skala verwendet]

Nie	Seltener als monatlich	Monatlich	Wöchentlich	Täglich oder fast täglich
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[CU301]

Wie häufig sind Sie in den letzten 6 Monaten wegen des Cannabiskonsums nicht fähig gewesen, das zu machen, was normalerweise von Ihnen erwartet wird? [Wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde ($CU101 > 1$)]

Nie	Seltener als monatlich	Monatlich	Wöchentlich	Täglich oder fast täglich
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[CU401]

Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten einen grossen Teil Ihrer Zeit für die Beschaffung oder den Konsum von Cannabis oder die Erholung vom Cannabiskonsum aufgewendet? [Wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde ($CU101 > 1$)]

Nie	Seltener als monatlich	Monatlich	Wöchentlich	Täglich oder fast täglich
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

[CU501]

²⁸ Adamson et al. (2010)

Wie häufig hatten Sie in den letzten 6 Monaten wegen Ihrem Cannabiskonsum Probleme gehabt, sich zu erinnern oder zu konzentrieren? [Wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde (*CU101* > 1); wird für LRCU-B Skala verwendet]

Nie Seltener als monatlich Monatlich Wöchentlich Täglich oder fast täglich

1 2 3 4 5

[CU601]

Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten Cannabis in potenziell gefährlichen Situationen konsumiert, etwa beim Autofahren, bei der Bedienung von Maschinen, oder bei der Betreuung von Kindern? [Wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde (*CU101* > 1)]

Nie Seltener als monatlich Monatlich Wöchentlich Täglich oder fast täglich

1 2 3 4 5

[CU701]

Haben Sie je daran gedacht, Ihren Cannabiskonsum zu reduzieren oder zu stoppen? [Wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde (*CU101* > 1)]

Nie Ja, aber nicht in den letzten 6 Monaten Ja, in den letzten 6 Monaten

1 3 5

[CU801]

Haben Sie jemals ein Beratungsgespräch wegen Ihres Cannabiskonsums gehabt? [Nur bei Ersterhebung]

Ja	Nein	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[KB101]

Hat in den letzten 6 Monaten ein Beratungsgespräch wegen Ihres Cannabiskonsums stattgefunden? [Bei Ersterhebung nur wenn in der Vergangenheit ein Beratungsgespräch wegen Cannabiskonsum stattgefunden hatte (KB101 = 1); bei nachfolgenden Erhebung bei Allen]

Ja	Nein	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[KB201]

Waren Sie jemals in ärztlicher Behandlung wegen Ihres Cannabiskonsums? [Nur bei Ersterhebung]

Ja	Nein	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[KB301]

Hat in den letzten 6 Monaten eine ärztliche Behandlung wegen Ihrem Cannabiskonsum stattgefunden? [Bei Ersterhebung nur wenn in der Vergangenheit eine ärztliche Behandlung stattgefunden hatte (KB301 = 1); bei nachfolgenden Erhebung bei Allen]

Ja	Nein	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	[KB401]

²⁹ Herdener, Walter, Buschner, Pfeifer, Zullino, Gubser & Nordt

Veränderungsbereitschaft: Current Motivation to Reduce Cannabis Use (CMRCU)³⁰

Die folgenden Fragen befassen sich mit Ihrer persönlichen Einstellung zu Ihrem momentanen Cannabiskonsum. Bitte wählen Sie jeweils eine für Sie passende Antwort aus. [Wenn in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert wurde (CU101 > 1)]

	Trifft gar nicht zu	Trifft nicht zu	Weder noch	Trifft zu	Trifft sehr zu
Ich genieße Cannabis, aber manchmal konsumiere ich zu viel. [KV101]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Manchmal denke ich, ich sollte meinen Cannabiskonsum reduzieren. [KV201]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Manchmal ist mein Cannabiskonsum ein Problem. [KV301]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

³⁰ Nordt & Gubser, adaptiert nach QCT Europe, Übersetzung des Fragebogensets: MISTEL SPI Forschung, Berlin; Lefop, Wien; Institut für Suchtforschung, Zürich (2003); Code P5

Weiterer Substanzkonsum

Alkoholkonsumstörung: Alcohol Use Disorders Identification Test - Consumption (AUDIT-C)³¹

Nachfolgend möchten wir Ihnen noch ein paar Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum stellen. [Alle]

Wie oft haben Sie während der letzten 6 Monate ein alkoholhaltiges Getränk getrunken? [Alle]

Nie Seltener als monatlich Monatlich Wöchentlich Täglich oder fast täglich

1 2 3 4 5

[CA101]

Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viel alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann typischerweise? Ein alkoholisches Getränk entspricht z.B. ca. 3dl Bier (5 Vol.%), 1dl Wein oder Sekt (12.5 Vol.%), 2cl Schnaps (55 Vol.%) oder 4cl Likör (30 Vol.%). Beachten Sie dazu die untenstehende Abbildung. [Wenn mindestens 'seltener als monatlich' Alkohol konsumiert wurde (CA101 > 1)]

1 oder 2 3 oder 4 5 oder 6 7 bis 9 10 oder mehr

1 2 3 4 5

[CA201]

Wie oft haben Sie in den letzten 6 Monaten an einem Tag mehr als 6 alkoholische Getränke getrunken? [Wenn mindestens 'seltener als monatlich' Alkohol konsumiert wurde (CA101 > 1)]

Nie Seltener als monatlich Monatlich Wöchentlich Täglich oder fast täglich

1 2 3 4 5

[CA301]



1 Glas Wein oder Sekt (100 ml, 12% Vol.) → 1 Standardgetränk



1 Glas Spirituosen (20 ml, 40% Vol.) → 1 Standardgetränk



1 Glas Bier (300 ml, 5% Vol.) → 1 Standardgetränk



1 Flasche Wein (750 ml, 12% Vol.) → 7 Standardgetränke

[Einblenden bei CA201]

³¹ World Health Organization (2006)

Nun möchten wir Ihnen einige Fragen zur Häufigkeit Ihres Drogen- und Medikamentenkonsums stellen. [Alle]

Denken Sie an die letzten 6 Monate: Wie oft haben Sie diese Substanzen konsumiert (ohne ärztliche Verschreibung)?

[Alle; Missing nur bei «Andere» zulässig]

	Nie	1-2-mal	Monatlich	Wöchentlich	Täglich oder fast täglich
Kokain Koks, Crack, usw. [CD101]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Amphetamine Speed, Appetitzügler, Ecstasy, usw. [CD201]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Inhalantien Stickstoffverbindungen, Klebstoff, Benzin Lösungsmittel, usw. [CD301]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel und Schlaftabletten Valium, Oxazepam, Rohypnol, usw. [CD401]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Halluzinogene LSD, Acid, Pilze, PCP, Ketamin, usw. [CD501]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Opiate Heroin, Morphinum, Methadon, Codein, usw. [CD601]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Andere, nämlich: <hr/> [CD701], [CD702]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

³² Schütz et al. (2005), adaptierte Version

Denken Sie an die letzten 6 Monate: Wie oft haben Sie folgende Medikamente auf ärztliche Verschreibung eingenommen? [Alle]

	Nie	Seltener als monatlich	Monatlich	Wöchentlich	Täglich oder fast täglich
Schlafmittel (Hypnotika) wie z.B.					
- Benzodiazepine (Dalmadorm®, Rohypnol®, Halcion® u.a.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
- Barbiturate (Mysoline®, Aphenylbarbit® u.a.)					
- Chloralhydrate (Nervifen® u.a.)					
- Zopiclon (Imovane®, Zopiclone Zentiva u.a.)					
- Zolpidem (Zoldorm®, Stilnox®, u.a.)					
- oder andere					
					[CM101]
Beruhigende oder angstlösende Medikamente wie z.B.					
- Benzodiazepine (Valium®, Xanax®, Librax®, Temesta®, Normison®, Demetrin®, Dalmadorm®, u.a.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
- Muskelrelaxanzien (Lioresal®, Botox®, Mydocalm® u.a.)					
- oder andere					
					[CM201]
Starke Schmerzmittel (nicht Aspirin, Paracetamol oder Irfen) wie z.B.					
- Buprenorphine (Temgesic® u.a.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
- Codein (Benylin®, Codicalm® u.a.)					
- Opiate (Fentanyl, Hydrocodon, Journista®, Palladon®, Targin®, Oxycodon®, Vicodin®, Dilaudid®, u.a.)					
- Dextrometorphan (Bexin®, Calmesin® u.a.)					
- oder andere					
					[CM301]

³³ Engeli & Buschner adaptiert gemäss C-Surf-Befragung

	Nie	Seltener als monatlich	Monatlich	Wöchentlich	Täglich oder fast täglich
Stimulanzien wie z.B.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
- Amphetamin (Aderall®, Elvanse® u.a.)					[CM401]
- Atomoxetin (Strattera® u.a.)					
- Methylphenidat (Ritalin®, Concerta®, Focalin® u.a.)					
- oder andere					
Antidepressiva wie z.B.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
- Remeron®					[CM501]
- Fluoxetin®					
- Citalopram®					
- Trimin®					
- Effexor®					
- Floxyfral®					
- oder andere					
Antipsychotika wie z.B.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
- Aripiprazol (Abilify®)					[CM601]
- Quetiapin (Sequase®, Seroquel®, u.a.)					
- Levomepromazin (Nozinan®)					
- Chlorprothixen (Truxal®)					
- Haloperidol (Haldol®)					
- oder andere					
Beta-Blocker wie z.B.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
- Propranolol (Inderal®, Bedranol® u.a.)					[CM701]
- Atenolol (Atenil®, Tenormil®, u.a.)					
- Metoprolol (Lopresor®, Beloc® u.a.)					
- oder andere					
THC-haltige Cannabisarzneimittel wie z.B.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
- Sativex®					[CM801]
- Dronabinol					
- Cannabistinktur					
- Cannabisöl					
- Sativaöl					
- Magistralrezeptur (durch Apotheke hergestelltes Produkt)					
- oder andere					

Nie
Seltener als
monatlich
Monatlich
Wöchentlich
Täglich oder
fast täglich

**CBD-haltige Cannabisarzneimittel
(weniger als 1% THC), die ärztlich
verschrieben wurden wie z.B.**

1

2

3

4

5

[CM901]

- Epidiolex®
- Magistralrezeptur (durch Apotheke hergestelltes Produkt)

**Haben Sie in den letzten 6 Monaten irgendein anderes Medikament regelmässig (mind. einmal pro
Woche) eingenommen?** [Alle]

Ja

Nein

1

2

[CM1001]

[Einblenden, wenn ein anderes Medikament (CM1001 = 1) regelmässig eingenommen wurde]

Welche?

[CM1002]

Opfererfahrung und Delinquenz

Extended Version: Opfererfahrung: QCT Europe³⁴

Denken Sie an die letzten 6 Monate: Wie häufig ist Ihnen eines der folgenden Dinge zugestossen?

[Alle]

Wie häufig wurde Ihnen in den letzten 6 Monaten etwas aus Ihrer Tasche/Handtasche gestohlen?

[Alle]

nie	einmal	zweimal	öfters	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	[RO110]

Wie häufig wurde Ihnen in den letzten 6 Monaten etwas anderes gestohlen? [Alle]

nie	einmal	zweimal	öfters	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	[RO210]

Wie häufig wurden Sie in den letzten 6 Monaten körperlich angegriffen? [Alle]

nie	einmal	zweimal	öfters	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	[RO310]

Wie häufig wurden Sie in den letzten 6 Monaten in irgendeiner Art von jemandem, der nicht ein Angehöriger von Ihnen ist, beschimpft, belästigt oder eingeschüchtert? [Alle]

nie	einmal	zweimal	öfters	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	[RO410]

Wie häufig sind Sie in den letzten 6 Monaten in einem Fahrzeug (Auto, Motorrad, Moped, usw.) mitgefahren, dessen Lenker / Lenkerin unter Cannabiseinfluss stand? [Alle]

nie	einmal	zweimal	öfters	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	[RO510]

³⁴ QCT Europe, Übersetzung des Fragebogensets: MISTEL SPI Forschung, Berlin; Lefop, Wien; Institut für Suchtforschung, Zürich (2003); Code P2, adaptiert

Bitte gehen Sie die folgenden Handlungen durch und geben Sie an, ob und wie oft Sie selbst diese in den letzten 6 Monaten begangen haben. [Alle]

Störung der öffentlichen Ordnung (z.B. Strassenkämpfe, Trunkenheit oder ordnungswidriges Verhalten). [Alle]

nie	einmal	zweimal	öfters	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	[RD110]

Schwerwiegende Zuwiderhandlungen gegen die Strassenverkehrsordnung (z.B. rücksichtsloses Fahren, Fahrerflucht, Fahren im angetrunkenen Zustand mit 0,5 Promille und mehr, u.ä.). [Alle]

nie	einmal	zweimal	öfters	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	[RD210]

Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten Drogen gehandelt oder geschmuggelt? [Alle]

nie	einmal	zweimal	öfters	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	[RD310]

³⁵ QCT Europe, Übersetzung des Fragebogensets: MISTEL SPI Forschung, Berlin; Lefop, Wien; Institut für Suchtforschung, Zürich (2003); Code P1c, adaptiert

Soziales Umfeld

Bitte denken Sie nun an Ihre gesamte Lebenssituation der letzten 6 Monate. [Alle]

Extended Version: Lebenszufriedenheit: Satisfaction With Life Scale (SWLS)³⁶

Inwieweit stimmen Sie den folgenden 5 Aussagen zu? [Alle]

In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen. [Alle]

Stimme völlig zu	Stimme zu	Stimme eher zu	Weder/noch	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
7 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
						[UL110]

Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet. [Alle]

Stimme völlig zu	Stimme zu	Stimme eher zu	Weder/noch	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
7 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
						[UL210]

Ich bin mit meinem Leben zufrieden. [Alle]

Stimme völlig zu	Stimme zu	Stimme eher zu	Weder/noch	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
7 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
						[UL310]

Bisher habe ich die wesentlichen Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche. [Alle]

Stimme völlig zu	Stimme zu	Stimme eher zu	Weder/noch	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
7 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
						[UL410]

³⁶ Janke & Glöckner-Rist (2014)

Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas ändern. [Alle]

Stimme völlig zu	Stimme zu	Stimme eher zu	Weder/noch	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme über- haupt nicht zu
---------------------	-----------	-------------------	------------	-------------------------	--------------------	--------------------------------

7

6

5

4

3

2

1

[UL510]

Neben der körperlichen und seelischen Gesundheit ist auch das soziale Umfeld für das Wohlbefinden wichtig. Wir möchten Ihnen nun ein paar Fragen zu Ihrer aktuellen sozialen Situation stellen. [Alle]

Zu wie vielen Verwandten haben Sie eine gute und enge Beziehung? [Alle]

Anzahl Personen [Range 0-50, UG110]

Und wie viele gute und enge Freunde und Freundinnen haben Sie? [Alle]

Anzahl Personen [Range 0-50, UG210]

Zu wie vielen von Ihren Nachbarn und Nachbarinnen haben Sie eine gute und enge Beziehung?
[Alle]

Anzahl Personen [Range 0-60, UG310]

Zu wie vielen von Ihren Kollegen und Kolleginnen von der Arbeit, Bekannte aus der Freizeit, aus der Politik, der Kirche und anderen Lebensbereichen haben Sie eine gute und enge Beziehung? [Alle]

Anzahl Personen [Range 0-60, UG410]

³⁷ Bachmann (2014)

Studienbezogene Fragen

Zufriedenheit mit Bezugsstelle und Studiencannabis³⁹

Von welcher Bezugsstelle haben Sie Ihr Studiencannabis (hauptsächlich) bezogen? [Wenn Studiencannabis bereits seit mindestens sechs Monaten bezogen werden konnte]

Dropdown-Menü mit studienspezifischen Bezugsstellen

[B101]

Nun kommen wir zum letzten Teil der Befragung. Ihre Erfahrungen in den letzten 6 Monaten mit der (hauptsächlich) Bezugsstelle und mit dem Studiencannabis sind uns wichtig. [Wenn Studiencannabis bereits seit mindestens sechs Monaten bezogen werden konnte]

Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? [Wenn Studiencannabis bereits seit mindestens sechs Monaten bezogen werden konnte]

	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Weder noch	Stimme eher zu	Stimme zu
Den Cannabiskauf in meiner Bezugsstelle empfinde ich als angenehm.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
					[B201]
Das Verkaufspersonal ist freundlich.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
					[B301]
Das Verkaufspersonal ist kompetent.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
					[B401]
Ich fühle mich in der Räumlichkeit meiner Bezugsstelle wohl.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
					[B501]
Meine Bezugsstelle bietet ausreichend Anonymität/Privatsphäre.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
					[B601]
Ich konsumiere gerne im Social Club. [Wenn es solche gibt]	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
					[B701]

³⁹ Nordt, Flückiger, Elliker, Engeli & Dürler

	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Weder noch	Stimme eher zu	Stimme zu
Ich bin mit dem Angebot an unterschiedlichen Cannabisprodukten der Studie zufrieden (Blüten, Hasch, Sorte, THC/CBD-Gehalt).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
					[B801]
Ich bin mit der Qualität des Studiencannabis zufrieden.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
					[B901]
Ich finde die Produktinformation (THC/CBD-Gehalt, Sorten, Menge) auf der Verpackung des Studiencannabis nützlich.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
					[B1001]
Die Warnhinweise auf der Verpackung vom Studiencannabis sind verständlich.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
					[B1101]
Die Informationen zu den diversen Präventionsthemen sind hilfreich.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
					[B1201]
Informationen zu weiterführenden Beratungsangeboten sind hilfreich.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
					[B1301]
Bei Polizeikontrollen konnte ich das Studiencannabis behalten, sofern ich die gesetzlichen Bestimmungen eingehalten habe.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
					[B1401]

Wünschen Sie sich weitere Cannabisprodukte zusätzlich zu den aktuell erhältlichen Studienprodukten?

[Wenn Studiencannabis bereits seit mindestens sechs Monaten bezogen werden konnte]

Ja	Nein
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

[B1501]

Welche Cannabisprodukte wünschen Sie sich zusätzlich zu den aktuell erhältlichen Produkten? [Wenn Studiencannabis bereits seit mindestens sechs Monaten bezogen werden konnte und zusätzliche Studienprodukte (B1501 = 1) erwünscht sind; Mehrfachantwort möglich, 1 = Ja, 2 = Nein]

- [1-2] Cannabisöl für den oralen Konsum [B1601]
[1-2] E-Liquids zum Verdampfen [B1602]
[1-2] Cannabiskonzentrate (z.B. Shatter, Kristalle) [B1603]
[1-2] Edibles [B1604]
[1-2] Getränke [B1605]
[1-2] Anderes: _____ [B1606]
[B1607]

Bitte geben Sie an, welche Cannabiskonzentrate Sie gerne kaufen würden:

[Wenn (zusätzliche) Cannabiskonzentrate (B1603 = 1) gewünscht werden]

_____ [B1701]

Wichtige Quellen der Informationen des risikoärmeren Cannabiskonsums⁴⁰

Bitte geben Sie alle Quellen an, von denen Sie sinnvolle Informationen zu risikoärmeren Cannabiskonsum erhalten haben.

[Wenn Studiencannabis bereits seit mindestens sechs Monaten bezogen werden konnte; Reihenfolge randomisiert, Mehrfachantwort möglich, 1 = Ja, 2 = Nein; Je nach Studienart kann auch ein anderer Begriff als Studienarzt/Studienärztin verwendet werden]

- [1-2] Webseite (Safer Use, Eve and Rave, Infodrog, o. ä.) [KQ101]
[1-2] Personal der Bezugsstelle (Apotheke, Social Club, DIZ) [KQ102]
[1-2] Informationsflyer unserer Studie [KQ103]
[1-2] Studienarzt/Studienärztin [KQ104]
[1-2] andere Studienteilnehmenden [KQ105]
[1-2] andere Konsumenten und Konsumentinnen [KQ106]
[1-2] Produkt-Etiketten [KQ107]
[1-2] Andere _____ [KQ108] & [KQ109]

Ich gebe Informationen zur Risikominimierung des Cannabiskonsums an Cannabiskonsumenden ausserhalb der Studie weiter.

[Wenn Studiencannabis bereits seit mindestens sechs Monaten bezogen werden konnte]

- [1] Ja
[2] Nein

[KQ201]

⁴⁰ Nordt, Dürler, Gubser, Flückiger & Gmel

Aktueller Bedarf nach Beratung / Behandlung beim Cannabiskonsum⁴¹

Haben Sie zurzeit das Bedürfnis nach einer Beratung oder ärztlicher Behandlung in Zusammenhang mit Ihrem Cannabiskonsum? [Alle, muss letzte Frage in Umfrage sein]

]

Ja

Nein

1

2

[KB501]

Wünschen Sie eine Kontaktaufnahme durch den Studienarzt / die Studienärztin? [Wenn das Bedürfnis nach Beratung/Behandlung wegen Cannabiskonsum besteht (KB501 = 1); Je nach Studienart kann auch ein anderer Begriff als Studienarzt/Studienärztin verwendet werden]

Ja

Nein

1

2

[KB601]

⁴¹ Nordt & Gubser

Folgenden Weblinks könnten für Sie von Interesse sein:

Allgemeine Informationen:

www.suchtschweiz.ch

www.prevention.ch

Beratungsangebot:

www.saferzone.ch

www.suchtindex.ch

Aktuelle Informationen zu synthetischen Cannabinoiden:

www.eve-rave.ch

(<https://www.eve-rave.ch/wordpress/substanzen/pillenwarnungen/>)

Informationen zu den Pilotversuchen mit Cannabis:

www.bag.admin.ch

(<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/cannabis/pilotprojekte.html>)

Übersicht zu Fragenmodulthemen Kernfragebogen

Bezeichnung der Items

Die Items werden mit mindestens einem Buchstaben abgekürzt, die Frageitems werden chronologisch nummeriert. Dem Kernfragebogen zugehörige Fragen tragen die Nummern 01-99, Zusatzfragen reichen von 10-990.

Beispiel:

D101: Erste Frage zur Demographie (1), dem Kernfragebogen zugeordnet (01).

Abkürzung des Items		Modul		Inhalt	Zuständige Person
1. Stelle	2. Stelle				
D	-	Demographie		Alter, Gender, Zivilstand, Haushaltstyp, höchste Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Einkommen, Nationalität	LF CN FE
M	-	Motive		Cannabiskonsummotive	LF CN FE NR
P	D A H P	Psychische Gesundheit		Depressivität, Ängstlichkeit, ADHS, Psychose	MB LF MW DZ MH PP CN
S	K G Z S / P R Q A U	Somatische Gesundheit		Körperliche Beschwerden, Grösse, Gewicht, körperliche Aktivität, Schlaf (kurz / ausführlich), respiratorische Symptome, Lebensqualität, allgemeiner Gesundheitszustand, Spitalaufenthalt / Lebensgefahr	PD RA AS CN
C	C T A D M U	Konsumverhalten	Cannabis Tabak/Nikotin Alkohol Drogen Medikamente	Cannabiskonsumverhalten, Cannabiskonsumstörung, Nikotinkonsum, Alkoholkonsum, Drogenkonsum, Medikamenteneinnahme	LF CN GG FZ EE MS DZ RA FE
K	W H E V B Q	Konsumkompetenz		Wissen zu risikoärmeren Cannabiskonsum, risikoärmeres Verhalten beim Cannabiskonsum, Risikoeinschätzung des eigenen Konsums, Motivation zur Veränderung des Cannabiskonsums, Beratungs-/Behandlungserfahrung und aktueller Bedarf nach Beratung/Behandlung, wichtige Quellen der Informationen des risikoärmeren Cannabiskonsums	LF CN PD GG CLT LG
R	O D	Opfererfahrung und Delinquenz		Opfererfahrung, auffälliges und delinquentes Verhalten	CN
U	L G	Soziales Umfeld		Lebenszufriedenheit, Grösse des sozialen Netzes,	CF CN

	U		erwartete soziale Unterstützung	
B	-	Bezugsstelle und Studiencannabis	Zufriedenheit mit Bezugsstelle und Studiencannabis	LF FE CN PD EE

Mitwirkende und Institutionen

Abkürzung	Person	Institution
AS	Anna Schöni	Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern
CF	Carlo Fabian	Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Fachhochschule Nordwestschweiz
CLT	Cesar Leos-Toro	Jacobs Center for Productive Youth Development, University of Zurich; School of Public Health & Health Systems, University of Waterloo
CN	Carlos Nordt	Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen (ZAE), Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (KPPP), Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), Universität Zürich
DZ	Daniele Zullino	Service d'Addictologie, Hôpitaux Universitaires de Genève, Université de Genève
EE	Etna Engeli	Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen (ZAE), Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (KPPP), Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), Universität Zürich
FE	Florian Elliker	Seminar für Soziologie, Universität St. Gallen
FZ	Frank Zobel	Sucht Schweiz
GG	Gerhard Gmel	Médecine des addictions, Centre hospitalier universitaire vaudoise, Université de Lausanne
LF	Lavinia Flückiger	Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, Abteilung Sucht
LG	Ladina Gubser	Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen (ZAE), Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (KPPP), Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), Universität Zürich
MB	Maximilian Buschner	Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen (ZAE), Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (KPPP), Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), Universität Zürich
MH	Marcus Herdener	Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen (ZAE), Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (KPPP), Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), Universität Zürich
MS	Michael Schaub	ISGF Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich, Universität Zürich
MW	Marc Walter	Universitäre Psychiatrische Kliniken, Universität Basel
NR	Niklaus Reichle	Seminar für Soziologie, Universität St. Gallen
PD	Patricia Dürler	Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen (ZAE), Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (KPPP), Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), Universität Zürich
PP	Philippe Pfeifer	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Universität Bern
RA	Reto Auer	Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern