

# **Bericht der Erarbeitung des Fragebogens für Pilotversuche mit Cannabis (FPvC)**

Erarbeitungsprozess des Fragebogens, Methoden und Resultate  
der Validierung der Fragemodule zu «Cannabiskonsumverhalten» und  
«Konsumkompetenz»

Finanziert durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Ladina Gubser, Nadine Heckel & Carlos Nordt

# 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., Heckel, N. & Nordt, C. (2022). Bericht der Erarbeitung des Fragebogens für Pilotversuche mit Cannabis (FPvC).

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

## Querverweise

- Das vorliegende Dokument bezieht sich auf den «Fragebogen für Pilotversuche mit Cannabis (FPvC)» (Ladina Gubser & Carlos Nordt für das Konsortium Kernfragebogen, 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.

## Inhaltsverzeichnis

<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</b> .....	<b>5</b>
<b>ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	<b>6</b>
<b>1 EINLEITUNG</b> .....	<b>8</b>
<b>2 INHALTLICHE ZIELSETZUNG UND ANWENDUNG DES KERNFRAGEBOGENS....</b>	<b>9</b>
<b>3 GESETZLICHER UND WISSENSCHAFTLICHER HINTERGRUND DES MANDATS.</b>	<b>9</b>
3.1 KONTEXT DES KERNFRAGEBOGEN-MANDATS .....	9
3.2 WAHL DER THEMENBEREICHE .....	10
3.3 ÜBERSICHT DER THEMENBEREICHE DES KERNFRAGEBOGENS.....	11
<b>4 DEMOGRAPHIE</b> .....	<b>12</b>
<b>5 PSYCHISCHE GESUNDHEIT</b> .....	<b>12</b>
<b>6 SOMATISCHE GESUNDHEIT</b> .....	<b>13</b>
<b>7 CANNABISKONSUM</b> .....	<b>14</b>
7.1 COMPREHENSIVE SHORT QUESTIONNAIRE OF CURRENT CANNABIS USE .....	14
7.2 PRETEST UND VALIDIERUNG.....	17
7.3 CANNABISKONSUMSTÖRUNG UND KONSUMMOTIVE.....	23
<b>8 WEITERER SUBSTANZKONSUM</b> .....	<b>24</b>
<b>9 KONSUMKOMPETENZ</b> .....	<b>24</b>
9.1 LOWER RISK CANNABIS USE – KNOWLEDGE / BEHAVIOUR SKALA .....	25
9.1.1 PRETEST UND VALIDIERUNG .....	26
9.1.2 AUSBLICK ZUR WEITEREN VALIDIERUNG DER LRCU-K/-B SKALEN .....	30
9.2 RISIKOWAHRNEHMUNG DES EIGENEN KONSUMS UND VERÄNDERUNGSMOTIVATION.....	30
9.3 QUELLEN ZU RISIKOÄRMEREM KONSUM UND BERATUNGS- UND BEHANDLUNGSERFAHRUNG.....	30
<b>10 EXTENDED VERSION: OPFERERFAHRUNG UND DELINQUENZ</b> .....	<b>31</b>
<b>11 EXTENDED VERSION: SOZIALES UMFELD</b> .....	<b>31</b>
<b>12 ZUFRIEDENHEIT MIT BEZUGSSTELLE UND STUDIENCANNABIS UND AKTUELLER BEDARF NACH BERATUNG / BEHANDLUNG</b> .....	<b>32</b>
<b>13 VERGLEICH DER DEUTSCHEN UND FRANZÖSISCHEN VALIDIERUNGSBEFRAGUNG</b> .....	<b>32</b>
<b>14 REFERENZEN</b> .....	<b>34</b>
<b>15 ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b> .....	<b>39</b>
<b>16 TABELLENVERZEICHNIS</b> .....	<b>40</b>

## Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
AUDIT-C	Alcohol Use Disorder Identification Test - Consumption
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BetmG	Betäubungsmittelgesetz
BFS	Bundesamt für Statistik
CAT	COPD Assessment Test
CBD	Cannabidiol
CMRCU	Current Motivation to Reduce Cannabis Use
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CS-CCU	Comprehensive Short Questionnaire of Current Cannabis Use
CUDIT-R	Cannabis Use Disorder Identification Test - Revised
DIZ	Drogeninformationszentrum Zürich
FORS	Swiss Foundation for Research in Social Sciences
GAD	Generalized Anxiety Disorder
HSI	Heaviness of Smoking Index
ISI	Insomnia Severity Index
LRCU-B	Lower Risk Cannabis Use – Behaviour Skala
LRCU-K	Lower Risk Cannabis Use – Knowledge Skala
PHQ	Patient Health Questionnaire
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index
PUK	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
QCT	Quasi-compulsory treatment
S-CNU	Short Questionnaire of Current Nicotine Use
SCL	Symptom Checkliste
SD	Standardabweichung
SHP	Schweizer Haushaltspanel
SWLS	Satisfaction With Life Scale
THC	Tetrahydrocannabinol
WHO	World Health Organization

## 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, sichteten 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.

Mit der Revision des Betäubungsmittelgesetzes, welche seit dem 15. Mai 2021 in Kraft ist, wurde die gesetzliche Grundlage zur Durchführung von Pilotversuchen mit Cannabis in der Schweiz geschaffen. Verschiedene Institutionen, darunter Städte und Universitäten, haben Pilotversuche mit unterschiedlichen Forschungsschwerpunkten geplant. Einige der wissenschaftlichen Partner der Städte Basel, Bern, Genf, Lausanne, St. Gallen und Zürich haben sich

im Sommer 2021 zu einem Konsortium<sup>1</sup> zusammengeschlossen, um ein Kernfragebogen auszuarbeiten, welcher allen Pilotversuchen zur Verfügung stehen soll. Die Koordination und Validierung eines Kernfragebogens sowie dessen Übersetzung ins Französische wurden durch ein Mandat des Bundesamts für Gesundheit (BAG) realisiert.

Ziel war es, einen Fragebogen zusammenzustellen und zu erarbeiten, der sich aus einem Kern (Kernfragebogen) und zusätzlichen Fragemodulen (Extended Version) zusammensetzt. In einem Konsensusverfahren hat das Konsortium über die Themenbereiche und die dazugehörigen Instrumente des Kernfragebogens und der Extended Version entschieden. Durch den Einsatz des Kernfragebogens soll ein grosser Satz an vergleichbaren Daten generiert werden, wodurch empirisch fundierte Aussagen zum regulierten Cannabisverkauf getroffen werden können. Aus Gründen der wissenschaftlichen Freiheit sowie der stetigen Weiterentwicklung der Forschung während der Laufzeit der Pilotversuche, ist der Fragebogen jedoch kein verpflichtendes Element für die Durchführung der Pilotversuche. Die Themenbereiche des Fragebogens orientieren sich am Jugend- und Gesundheitsschutzkonzept von Infodrog (2021) sowie an der Forschungsagenda für den nicht-medizinischen Cannabiskonsum von Zwicky und Kollegen (2021). Mit dem Fragebogen werden Veränderungen in sozialen und gesundheitsrelevanten Aspekten im Zusammenhang mit einem regulierten Cannabisverkauf abgebildet.

Zentral für das Mandat des Fragebogens war die Neuentwicklung und Validierung von zwei Fragemodulen, nämlich zum Cannabiskonsumverhalten sowie zur Konsumkompetenz. Ein etabliertes, validiertes und für Onlineumfragen geeignetes Instrument zu den beiden Themen hat gefehlt und wurde deshalb unter Einbezug von Expert:innen und externen Fachpersonen im Konsortium entwickelt und in einer grossen Onlineumfrage auf Deutsch. Anfang des Jahres 2022 getestet und ausgewertet. Die Validierung der französischsprachigen Version erfolgte Mitte 2022 und ergab im Wesentlichen die gleichen Resultate wie die deutsche Version. Die Resultate der französischen Validierung finden sich in der französischen Version dieses Dokuments.

---

<sup>1</sup> 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), 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)

## 1 Einleitung

Das vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) finanzierte Projekt «Kernfragebogen für die Pilotversuche mit Cannabis (Koordination und Validierung)» (weitere Infos [hier](#)) wurde zur Entwicklung geeigneter Fragemodule ins Leben gerufen, damit für alle Pilotversuche ein einheitliches Instrumentarium zur Erhebung der sozialen und gesundheitlichen Folgen eines regulierten Cannabisverkaufs zur Verfügung steht. Die damit erhobenen Daten sollen eine fundierte wissenschaftliche Grundlage für zukünftige Entscheide zur Regelung des Umgangs mit Cannabis liefern. Die Zielgruppe des Kernfragebogens sind primär Cannabiskonsumierende. Die neu entwickelten Fragebogenmodule können bei Bedarf jedoch auch in anderen Bevölkerungsgruppen eingesetzt werden. Die Erarbeitung des Kernfragebogens hat im Rahmen eines Konsortiums stattgefunden, bestehend aus Dr. phil. Lavinia Flückiger<sup>2</sup>, Prof. Dr. med. Marc Walter<sup>3</sup>, Prof. Dr. med. Reto Auer<sup>4</sup>, Prof. Dr. med. Daniele Zullino<sup>5</sup>, Dr. Florian Elliker<sup>6</sup>, Dr. Niklaus Reichle<sup>5</sup>, Frank Zobel<sup>7</sup> MSc., PD Dr. med. Marcus Herdener<sup>8</sup> und Dr. phil. Carlos Nordt<sup>7</sup> sowie unter Mitarbeit der Fachexperten Prof. Dr. Gerhard Gmel<sup>9</sup>, Prof. Dr. Michael Schaub<sup>10</sup> und Dr. phil. Cesar Leos-Toro<sup>11, 12</sup>. Zu den weiteren Mitarbeitenden gehören Dr. med. Philippe Pfeifer<sup>13</sup>, Dr. phil. Anna Schöni<sup>3</sup>, Prof. Carlo Fabian<sup>14</sup>, Dr. med. Maximilian Buschner<sup>7</sup>, Patricia Dürler<sup>7</sup> MSc. sowie Etna Engeli<sup>7</sup> MSc. Für die Koordination des Konsortiums war Ladina Gubser verantwortlich.

Der Kernfragebogen setzt sich aus mehreren, thematisch unterschiedlichen Fragemodulen zusammen, die für die bisher geplanten, wie auch zukünftigen Pilotversuche mit Cannabis relevant sein können. Die Themenauswahl der einzelnen Module orientiert sich am Gesundheits- und Jugendschutzkonzept (Infodrog, 2021) sowie an der Forschungsagenda für die Regulierung von Cannabiskonsum zu nicht-medizinischen Zwecken in der Schweiz (Zwicky et al., 2021). Zu den zentralen Fragemodulen gehört das Cannabiskonsumverhalten und die Konsumkompetenz, welche beide neu erarbeitet und an einem grösseren Sample getestet wurden. Die weiteren Fragemodule beinhalten Themen wie psychische und somatische Gesundheit, Cannabiskonsummotive, Cannabiskonsumstörung, Konsum anderer psychotroper

---

<sup>2</sup> Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, Abteilung Sucht

<sup>3</sup> Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel, Universität Basel

<sup>4</sup> Berner Institut für Hausarztmedizin, Universität Bern

<sup>5</sup> Service d'Addictologie, Hôpitaux Universitaires de Genève, Université de Genève

<sup>6</sup> Seminar für Soziologie, Universität St. Gallen

<sup>7</sup> Sucht Schweiz

<sup>8</sup> Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen (ZAE), Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (KPPP), Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), Universität Zürich

<sup>9</sup> Médecine des addictions, Centre hospitalier universitaire vaudois, Université de Lausanne

<sup>10</sup> ISGF Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich, Universität Zürich

<sup>11</sup> Jacobs Center for Productive Youth Development, University of Zurich

<sup>12</sup> School of Public Health & Health Systems, University of Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada

<sup>13</sup> Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD) Bern, Universität Bern

<sup>14</sup> Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW)

Substanzen, Opfererfahrung und Delinquenz, soziales Umfeld, Zufriedenheit mit den Cannabisbezugsstellen sowie demographische Angaben. Primär wurde dabei auf validierte und breit angewendete Fragebogen zurückgegriffen. Wenn solche nicht existierten, wurden bestehende Fragebogen adaptiert.

Die Dokumentation dient der Beschreibung der Ziele, der theoretischen Grundlage und der Entwicklung des Kernfragebogens sowie der Erläuterung des Kontexts des Mandates. Ausserdem enthält sie die statistische Analyse und Resultate hinsichtlich der Gütekriterien der neu entwickelten Fragemodule zu Cannabiskonsumverhalten und zur Konsumkompetenz und die zusammenfassenden Ergebnisse aus den Pretests und der Validierungsbefragung in Deutsch.

## **2 Inhaltliche Zielsetzung und Anwendung des Kernfragebogens**

Primäres Ziel des Kernfragebogens ist es, über den Zeitraum von einigen Jahren Veränderungen im Cannabiskonsumverhalten sowie in der Konsumkompetenz der Konsumierenden erfassen zu können. Mit den weiteren Fragemodulen werden Veränderungen in gesundheitsrelevanten und sozialen Aspekten erfasst, die mit einem regulierten Zugang zu Cannabis in Zusammenhang stehen können.

Der Kernfragebogen ist für Onlineumfragen konzipiert, da die Mehrheit der Pilotversuche mehrere Tausend Personen umfassen werden. Vor dem Hintergrund der Onlineumfragen wurde bei der Wahl der Fragebogeninstrumente besonderen Wert auf Kürze und Verständlichkeit gelegt. Ebenso entscheidend war, dass sich das Instrument für eine Selbsteinschätzung im Rahmen einer Onlineumfrage eignet und mit möglichst wenigen Items Veränderungen abgebildet werden können. Die Onlineumfragen sollen zumeist wohl sechsmonatlich durchgeführt werden und sollten in maximal 30 Minuten ausgefüllt werden können. Der Kernfragebogen enthält jedoch nicht alle Fragen, die für die Ein- und Ausschlusskriterien zur Teilnahme an den Pilotversuchen zum Einsatz kommen könnten.

Der gesamte Fragebogen oder einzelne Fragemodule davon können – sofern möglich und wissenschaftlich sinnvoll – in den Pilotversuchen eingesetzt werden, um einen grossen Satz an vergleichbaren Daten über die einzelnen Pilotversuche hinweg zu erhalten.

## **3 Gesetzlicher und wissenschaftlicher Hintergrund des Mandats**

### *3.1 Kontext des Kernfragebogen-Mandats*

Die Revision des Betäubungsmittelgesetzes (BetmG), welche seit 15. Mai 2021 in Kraft ist, ermöglicht die Durchführung von wissenschaftlichen Pilotversuchen mit Cannabis. Die wissenschaftlichen Partner der «interurbanen Arbeitsgruppe Cannabis», die sich für die Umsetzung von Pilotversuchen mit Cannabis gebildet hat, sind seit Jahre als Interessensgruppe organisiert und haben sich infolgedessen zu einem Konsortium zusammengeschlossen, mit dem Ziel einen Kernfragebogen für die schweizerischen Pilotversuche mit Cannabis zu erarbeiten.

Die Erstellung und Koordination hin zu einem verwendbaren Kernfragebogen wurde innerhalb eines Mandats des BAGs realisiert.

Ein zentraler Bestandteil des Mandats war die Erarbeitung und Validierung der Fragemodule zu Cannabiskonsumverhalten und zur Konsumkompetenz. Diese wurden im Rahmen dieses Mandats in einer Onlineumfrage (N = 1174) im Januar 2022 getestet. Für die Erarbeitung dieser beiden Fragemodule, wie auch für die thematische Zusammensetzung des Kernfragebogens, war neben dem Fachwissen der Konsortiumsmitglieder auch das Fachwissen von nationalen und internationalen Experten von grosser Bedeutung. Zwischen Oktober 2021 und Februar 2022 haben sich die Konsortiumsmitglieder zusammen mit Vertreter:innen des BAGs an fünf Sitzungen ausgetauscht, um den inhaltlichen Aufbau des Kernfragebogens sowie insbesondere die Items für die Fragemodule zu Cannabiskonsumverhalten und zur Konsumkompetenz zu besprechen. Die Konsortiumsmitglieder haben in weiteren Sitzungen gemeinsam die Inhalte für den Kernfragebogen und diejenigen für eine erweiterte Version, der Extended Version, definiert. Die Extended Version enthält Items oder Fragemodule, die bei entsprechender Fragestellung vom Konsortium empfohlen sind, jedoch nicht für alle Pilotversuche von gleicher Relevanz sind.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil des Mandats war die Übersetzung ins Französische, so dass den Pilotversuchen eine deutsche und französische Version des Kernfragebogens zur Verfügung steht. Die Übersetzung wurde durch Sucht Schweiz übernommen und fachgerecht begleitet. Zuerst wurden die Fragebogen identifiziert, für die bereits eine französische Übersetzung vorlag. Fragebogen, für welche keine französische Übersetzung existierten, wurden durch Jeanne Vorlet und Gerhard Gmel übersetzt. Anschliessend wurde die französische Version extern ins Deutsche rückübersetzt. Zur Kontrolle wurden die originale und die rückübersetzte deutsche Version miteinander verglichen und wo nötig Bereinigungen vorgenommen. Als Zusatzmandat wurde die französische Version in einer Onlineumfrage im Sommer 2022 getestet. Die Resultate finden sich in der französischen Version dieses Dokuments.

### *3.2 Wahl der Themenbereiche*

Die Themenbereiche für den Kernfragebogen orientieren sich am Gesundheits- und Jugendschutzkonzept (Infodrog, 2021) sowie an der Forschungsagenda von Zwicky und Kollegen (2021) und decken eine grosse Zahl an gesundheitsbezogenen und sozialen Bereichen ab. Bei der Wahl der Themenbereiche wurde darauf geachtet, dass sie den Bedürfnissen der involvierten Akteure der Pilotversuche weitgehend entsprechen. Dazu wurde in einem Abstimmungsverfahren, bei dem jedes Projekt eine Stimme hatte, über die Aufnahme des Themenbereichs in den Kernfragebogen und die Extended Version abgestimmt.

Zentral für den Kernfragebogen sind die beiden Themen Cannabiskonsumverhalten und Konsumkompetenz. Die theoretische Grundlage und Evaluation dieser Fragemodule werden in den nachfolgenden, zugehörigen Kapiteln detailliert beschrieben. Darüber hinaus wird

die psychische und somatische Gesundheit, Cannabiskonsummotive, der Konsum weiterer psychotroper Substanzen, das Risikoverhalten der Konsumierenden, das soziale Umfeld sowie die Zufriedenheit mit den Bezugsstellen und dem Studiencannabis erfasst. Zu diesen Themenbereichen wurde, wenn immer möglich, auf bereits etablierte und standardisierte Instrumente zurückgegriffen. Dadurch können die erhobenen Daten beispielsweise mit denen anderer Bevölkerungsgruppen verglichen werden. Die Überlegungen zur Auswahl der einzelnen Instrumente wird in den zugehörigen Kapiteln erläutert.

### 3.3 Übersicht der Themenbereiche des Kernfragebogens

In **Tabelle 1** sind die Inhalte der einzelnen Themenbereiche des Kernfragebogens dargestellt, wobei die Inhalte des Kernfragebogens **Grün** und die der Extended Version **Rot** markiert sind:

**Tabelle 1: Übersicht der Themenbereiche des Kernfragebogens und Extended Version<sup>15</sup>**

Themenbereich	Inhalte
Demographie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alter</li> <li>- Geschlecht</li> <li>- Zivilstand</li> <li>- Haushaltstyp</li> <li>- Höchste Ausbildung</li> <li>- Erwerbstätigkeit</li> <li>- Einkommen</li> <li>- Nationalität</li> </ul>
Motive	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cannabiskonsummotive</li> </ul>
Psychische Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depressivität</li> <li>- Ängstlichkeit</li> <li>- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung</li> <li>- Psychose</li> </ul>
Somatische Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Körperliche Beschwerden</li> <li>- Grösse und Gewicht</li> <li>- Körperliche Aktivität</li> <li>- Schlaf</li> <li>- Respiratorische Symptome</li> <li>- Lebensqualität</li> <li>- Allgemeiner Gesundheitszustand</li> <li>- Spitalaufenthalt / Lebensgefahr</li> </ul>
Cannabiskonsum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Cannabiskonsumverhalten</u></li> <li>- <u>Cannabiskonsumstörung</u></li> </ul>
Weiterer Substanzkonsum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nikotinkonsum</li> <li>- Alkoholkonsum</li> <li>- Drogenkonsum</li> <li>- Medikamenteneinnahme</li> </ul>
Konsumkompetenz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Wissen zu risikoärmeren Cannabiskonsum</u></li> <li>- <u>Risikoärmeres Verhalten beim Cannabiskonsum</u></li> <li>- Risikowahrnehmung des eigenen Konsums</li> <li>- Motivation zur Veränderung des Cannabiskonsums</li> <li>- Beratungs-/Behandlungserfahrung beim Cannabiskonsum</li> </ul>

<sup>15</sup> Unterstrichene Inhalte wurden im Rahmen des Mandats neu erarbeitet und validiert

	- Wichtige Quellen der Informationen des risikoärmeren Cannabiskonsums
Opfererfahrung und Delinquenz	- Opfererfahrung - Auffälliges und delinquentes Verhalten
Soziales Umfeld	- Lebenszufriedenheit - Grösse des sozialen Netzes - Erwartete soziale Unterstützung
Bezugsstelle und Studiencannabis	- Zufriedenheit mit Bezugsstelle und Studiencannabis

#### 4 Demographie

Für die soziodemographischen Merkmale der Studienteilnehmenden werden Alter und Geschlecht, Zivilstand, Haushaltstyp, höchste Ausbildung, Erwerbstätigkeit und Einkommen erhoben. Die Kategorien für Zivilstand, Haushaltstyp, höchste Ausbildung sowie Erwerbstätigkeit orientieren sich am Standard des Bundesamts für Statistik (BFS). Im Fragebogen für Pilotversuche mit Cannabis (FPvC) sind an den relevanten Stellen die spezifischen Quellen angegeben.

#### 5 Psychische Gesundheit

Die Auswahl der Themenbereiche zur psychischen Gesundheit stützt sich auf den Gesundheits- und Jugendschutzbericht für Pilotversuche mit Cannabis (Infodrog, 2021) ab. Die folgenden drei Störungen stehen dabei besonders im Fokus (vgl. Kapitel 4.1 des Gesundheits- und Jugendschutzberichts für Pilotversuche mit Cannabis):

- Depressionen
- Angststörungen
- Psychosen

Für die Erfassung von Depressionen und der Angststörungen einigte man sich rasch auf etablierte und verbreitete Screeninginstrumente. Da für die Früherkennung einer Psychose ein etabliertes, für Selbstbericht geeignetes Instrument fehlt, wurden im Konsortium und unter Einbezug der involvierten Psychiater unterschiedliche Instrumente auf ihre Eignung für den Rahmen einer Onlineumfrage geprüft. Schlussendlich einigte man sich auf eine adaptierte Version der Checkliste von Maurer und Kollegen (2006). Diese Checkliste ist Teil des Früherkennungsinventar «Early Recognition Inventory - ERIsraos» und erfasst unspezifische Symptome für Schizophrenie, Symptome für ein erhöhtes Psychoserisiko und Symptome einer beginnenden Psychose (Maurer et al., 2006). Im Kernfragebogen wurden die Items für die Erfassung von Symptomen einer beginnenden Psychose aufgenommen, die so in einem Online-Selbsttest verwendet wurden (Checkliste zur Früherkennung einer Psychose, o. D.). Wird eines dieser Items mit «Ja» beantwortet, kann dies als Anzeichen für eine beginnende Psychose gedeutet werden, weshalb eine Meldung an den Studienarzt oder die Studienärztin gemacht werden sollte (Häfner et al., 2012).

Neben den drei genannten Störungsbildern enthält der Kernfragebogen einen Fragebogen zur Erfassung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). ADHS ist ein Risikofaktor für die Entwicklung von Substanzgebrauchsstörungen (Biederman et al., 1995; Charach et al., 2011; Szobot et al., 2007); die Prävalenz für ADHS bei Personen mit einer Substanzgebrauchsstörung ist mit rund 23% entsprechend höher im Vergleich mit der allgemeinen Bevölkerung (van Emmerik - van Oortmerssen et al., 2012). Bei Personen, die aufgrund ihrer Cannabiskonsumstörung in Behandlung sind, wurden Prävalenzen zwischen 34% und 46% gefunden (Notzon et al., 2020). Mit der gleichzeitigen Erfassung des Medikamentenkonsums der Studienteilnehmenden kann dadurch u. a. erfasst werden, ob Cannabis möglicherweise zur Selbstmedikation eingesetzt wird, so wie dies in einer qualitativen Analyse berichtet wurde (Mitchell et al., 2016).

In **Tabelle 2** sind die Themenbereiche und die entsprechenden Instrumente aufgelistet.

**Tabelle 2: Instrumente zur Erfassung der psychischen Gesundheit**

Themenbereich	Instrument
Depressivität	Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (Löwe et al., 2002)
Ängstlichkeit	Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) (Löwe, 2015)
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	WHO-ADHD (Kessler et al., 2005)
Psychose	Checkliste zur Früherkennung, adaptiert (Maurer et al., 2006)

## 6 Somatische Gesundheit

Ein weiterer zentraler Bestandteil des Kernfragebogens ist die Erfassung der körperlichen Gesundheit (vgl. Kapitel 4.1 des Gesundheits- und Jugendschutzberichts für Pilotversuche mit Cannabis). Die Frage, wie sich die unterschiedlichen Regulierungsmodelle auf die Gesundheit der Konsumierenden auswirken, ist von grossem Interesse. Das Modul zur somatischen Gesundheit erfasst im Kernmodul Grösse und Gewicht, körperliche Beschwerden sowie Fragen zu stationärem Spitalaufenthalt und akuter Lebensgefahr.

Cannabis wird üblicherweise mit Tabak gemischt und geraucht (Zobel et al., 2020), dadurch steigt das Risiko u. a. für Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und des Atemsystems (Hall et al., 2019; Puig-Cotado et al., 2020). Das Auftreten von Symptomen in diesen Dimensionen wird mit dem Modul zur Somatisierung der *Symptom Checkliste-90* (SCL-90) erfasst. Mit dem *COPD Assessment Test* (CAT) bietet sich in der Extended Version zudem die Möglichkeit, klinische Symptome einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) zu erfragen.

Mit der Frage nach einem stationären Spitalaufenthalt und dem Befinden in einer lebensbedrohlichen Situation in den vergangenen sechs Monaten werden schwerwiegende, unerwünschte Ereignisse erfasst, die mit dem Cannabiskonsum in Verbindung stehen könnten.

Zu den weiteren Themenbereichen der Extended Version gehören körperliche Aktivität, Schlaf, die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie der allgemeine Gesundheitszustand.

Für die Erfassung der Schlafqualität stehen zwei Optionen zur Verfügung: Eine ausführliche Option, der *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI), und eine kurze Option, der *Insomnia Severity Index* (ISI). Beide Instrumente werden von Expert:innen für die Beurteilung des globalen Schlafs und von Symptomen der Insomnie empfohlen (Buysse et al., 2006). Da das Ausmass der körperlichen Aktivität eng mit der somatischen Gesundheit verbunden ist, wird für dessen Erhebung der drei Fragen umfassende *Godin Leisure Time Questionnaire* vorgeschlagen.

Mit dem EuroQol-5D wurde ein weitverbreitetes Instrument gewählt, dass die Lebensqualität aus der Perspektive der körperlichen und psychischen Gesundheit erfasst.

Insgesamt werden in diesem Fragebogenteil eine Vielzahl an Aspekten der körperlichen Gesundheit abgedeckt: Es reicht von allgemeinen Fragen zu körperlichen Beschwerden, Grösse und Gewicht, dem allgemeinen Gesundheitszustand, der körperlichen Aktivität, der Lebensqualität und -zufriedenheit hin zur Beurteilung der Schlafqualität, zu respiratorischen Symptomen und schliesslich zur Erfassung eines stationären Spitalaufenthalts und akuter Lebensgefahr. In **Tabelle 3** sind die Themenbereiche mit den dazugehörigen Instrumenten aufgelistet.

**Tabelle 3: Instrumente zur Erfassung der somatischen Gesundheit**

Themenbereich	Instrument
Körperliche Beschwerden	Symptom Checkliste (SCL-90), Somatisierung (Franke, 2002)
Grösse und Gewicht	Eigene Items
Körperliche Aktivität	Godin Leisure Time Questionnaire (Godin & Shepard, 1985)
Schlaf	Kurze Option: Insomnia Severity Index (ISI) (Dieck et al., 2018) Ausführliche Option: Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (Buysse et al., 1989)
Respiratorische Symptome	COPD Assessment Test (CAT) (Jones et al., 2009)
Lebensqualität	EuroQol-5D (Schulenburg et al., 1998)
Allgemeiner Gesundheitszustand	Items aus QCT Europe (MISTEL SPI Forschung & Institut für Suchtforschung Zürich, 2003)
Spitalaufenthalt / Lebensgefahr	Eigene Items

## 7 Cannabiskonsum

Zentraler Bestandteil des Kernfragebogens ist die Erfassung des aktuellen Cannabiskonsumverhaltens: Wie wirkt sich der regulierte Cannabisverkauf auf das Konsumverhalten aus und zeichnet sich möglicherweise eine Veränderung hin zu einem risikoärmeren Konsum ab? Die Erarbeitung eines Fragemoduls zum Cannabiskonsumverhalten und dessen Validierung war Gegenstand des Mandats. Im nächsten Abschnitt wird das Instrument genauer beschrieben und es werden die Resultate aus der Onlinebefragung von Anfang 2022 präsentiert.

### 7.1 *Comprehensive Short Questionnaire of Current Cannabis Use*

Ein etabliertes und für Onlineumfragen geeignetes Instrument zur Erfassung des Cannabiskonsumverhaltens fehlte zum Zeitpunkt der Planung der Pilotversuche im Sommer 2021. Ein Fragebogen, der mithilfe einer geringen Anzahl an Fragen möglichst viele Aspekte des

Konsumverhaltens abdeckt, relevante Ergebnisse ableiten lässt und Veränderungen im aktuellen Konsumverhalten abbildet, war Ziel des Entwicklungsprozesses. Für die Ausarbeitung der Items wurden im Vorfeld unterschiedliche Instrumente analysiert, darunter das der *European Web Survey on Drugs* aus dem Jahr 2021 sowie die Fragebogen der *Canadian Cannabis Study* (Leos-Toro & Hammond, 2017) und der *International Cannabis Policy Survey* (Hammond et al., 2020). Folgende Merkmale können mit den 23 Items des im Rahmen dieses Mandates entwickelten *Comprehensive Short Questionnaire of Current Cannabis Use* (CS-CCU) erfasst werden:

- Alter Erstkonsum
- Cannabisprodukte, die aktuell konsumiert werden
- Aktuelle Konsumfrequenz in Tagen nach Cannabisprodukt
- Typische Konsummenge pro Konsumtag in Gramm nach Cannabisprodukt
- Akute Intoxikation
- Ausgaben pro Gramm in CHF nach Cannabisprodukt
- Monatliche Ausgaben in CHF nach Cannabisprodukt
- Eigenanbau Ja/Nein
- Deckung des Cannabiskonsums durch Eigenanbau
- Aktuell verschenkte/geteilte Menge Cannabis in Gramm
- Aktuell geschenkte/erhaltene Menge Cannabis in Gramm
- Konsumformen
- Verwendung von Filtern bei Joints
- Mischkonsum
- Konsumkontext

Da sich die Fragen aus dem CS-CCU auf den aktuellen Konsum beziehen und mit wenigen Ausnahmen den Konsum der vergangenen sechs Monate erfragen, werden mithilfe der Einstiegsfrage diejenigen Personen identifiziert, die in den vergangenen sechs Monaten Cannabis konsumiert haben. Personen, deren Cannabiskonsum länger als sechs Monate zurückliegt, werden mit diesem Fragebogen nicht erfasst.

Bei der Erarbeitung wurde grossen Wert daraufgelegt, dass die Studienteilnehmenden möglichst nur für sie relevante Fragen beantworten müssen. Dies wurde mithilfe von Filterfragen umgesetzt. Der Einsatz der Filter ist im technischen Manual (Gubser & Nordt, 2022) zum Kernfragebogen genauer erläutert.

Ein wichtiger Aspekt des Konsumverhaltens, ist die Erhebung der konsumierten Menge Cannabis. Zum Zeitpunkt der Erstellung des Kernfragebogens gibt es keinen in der Forschung oder im klinischen Bereich etablierten Standard zur Erfassung der Cannabismenge (Lorenzetti

et al. 2021). Die Erhebung der Menge wird durch die grosse Vielfalt an Produkten und Konsumformen zusätzlich erschwert (Freeman & Lorenzetti, 2019). Welche Messmethode zum Einsatz kommt, hängt massgebend vom Setting der Befragung ab. Im Falle der Pilotversuche beantworteten die Teilnehmenden die Fragen selbständig online. Folgende zwei Messmethoden wurden für die Erfassung der monatlich konsumierten Menge in Betracht gezogen: Die Befragung nach standardisierten Einheiten (Option 1) - meist in Form von Joints - sowie die Befragung nach den monatlichen Ausgaben und dem Durchschnittspreis pro Gramm (Option 2). In **Tabelle 4** sind die nötigen Variablen für die jeweilige Messmethode dargestellt. Option 2 hat den Vorteil, dass Ungenauigkeiten weniger Einfluss auf das Resultat haben und weniger Frageitems nötig sind. Option 1 ist in Verbindung mit der jeweiligen Konsumform zu erheben und Option 2 mit dem jeweiligen Produkt.

**Tabelle 4: Messmethoden zur Erfassung der monatlich konsumierten Cannabismenge**

Variable	Option 1	Option 2
Anzahl Konsumeinheiten (K)	x	
Anzahl Konsumtage (T)	x	
Menge pro Konsumeinheit (M)	x	
Monatliche Ausgaben (A)		x
Durchschnittspreis pro Gramm (D)		x
Gesamtmenge pro Monat (G)	$G = K * M * T$	$G = A / D$

Van Laar und Kollegen (2013) haben die beiden Messmethoden gegenübergestellt und dabei vergleichbare Mittelwerte und Mediane für die konsumierte Menge Cannabis während der letzten 30 Tage gefunden. Bei den Maximalwerten gibt es zwischen den beiden Methoden deutliche Unterschiede: Mit Option 2 sind extremere Werte zu erwarten. Insgesamt fanden Van Laar und Kollegen (2013, Seite 143) nur schwache Korrelationen zwischen den zwei Methoden ( $r = 0.28$ ,  $p = 0.000$ ), diese stieg aber an, sobald nur noch die monatlichen Ausgaben mit der konsumierten Menge, ausgehend von Konsumtagen und Gramm pro Tag, einbezogen wurden ( $r = 0.52$ ,  $p = 0.000$ ). Dies weist darauf hin, dass je mehr Variablen einbezogen werden, sich umso mehr Fehler fortpflanzen können. Wenn sich vergegenwärtigt wird, dass es sich bei all diesen erfragten Angaben immer um Abschätzungen handelt, die deshalb mit einem Unsicherheitsbereich behaftet sind, ist mit einem gewissen Fehlerbereich zu rechnen. Schliesslich kann mit dem neu entwickelten Fragemodul die monatliche Konsummenge mit beiden Optionen geschätzt werden, wobei bei Option 1 auf die Erfassung der Anzahl Konsumeinheiten und Menge pro Konsumeinheit verzichtet wurde und direkt nach der typischen Menge an einem Konsumtag gefragt wurde.

Um die effektiv konsumierte Menge besser abschätzen zu können, enthält das Fragemodul zudem Fragen zur Menge an verschenkten bzw. geteilten Cannabis sowie erhaltenen bzw. geteilten Cannabis. Dadurch kann die monatlich konsumierte Menge korrigiert werden. Generell muss aber bemerkt werden, dass bei Personen, die selten Cannabis konsumieren,

bei der Abschätzung der Konsummengen über die monatlichen Ausgaben, es zu einer deutlichen Unterschätzung der konsumierten Cannabismenge kommen kann. Bei Personen, die häufiger Cannabis konsumieren, dürfte diese Differenz von marginaler Bedeutung sein. Bei den Pilotversuchen ist anzunehmen, dass vor allem die zweite Gruppe der regelmässig Konsumierenden teilnehmen wird, weil eine Studienteilnahme mit einem gewissen Aufwand verbunden ist. Zudem ist die Passung zwischen den berichteten monatlichen Ausgaben für Studiencannabis und den objektiven Verkaufsdaten des «Track and Trace»-Systems optimal, welches jedes einzelne, verkaufte Studienprodukt registriert und somit objektive Zahlen generiert.

## 7.2 *Pretest und Validierung*

Im Dezember 2021 wurden qualitative Pretest-Befragungen mit Cannabiskonsumierenden (N = 19) durchgeführt, um die Items des neu entwickelten Fragemoduls auf seine Verständlichkeit zu überprüfen. Die Onlinebefragung wurde über unterschiedliche Kanäle kommuniziert: Webseiten der Stadt Basel, Bern, Zürich, Webseite «Marktplatz» der Universität Zürich, prevention.ch, Webseite von Infodrog und deren Netzwerk-Verteiler sowie über den Twitteraccount des BAGs. Der Fokus der Pretests lag insbesondere auf der Einschätzung der Befragten, inwiefern sie verlässliche Angaben zu den monatlichen Ausgaben und der typisch konsumierten Cannabismenge machen können. Die Stichprobe umfasste Patient:innen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK), Student:innen und dem Projekt zugewandte Personen. Alle Rückmeldungen der Konsumierenden wurden aufgenommen und wenn diese mehrfach vorlagen, wurden die Items entsprechend angepasst. Aufgrund der Rückmeldungen zu den Pretests wurden neue Bilder angefertigt, welche als verbesserte Hilfestellung zur Abschätzung der Konsummengen eingesetzt wurden. Die neuen Bilder wurden in Zusammenarbeit mit den Teilnehmenden der Pretests gemacht. Anschliessend wurde das Fragemodul, zusammen mit dem Fragemodul zum Nikotinkonsum und zur Konsumkompetenz zwischen dem 11. Januar 2022 und dem 12. Februar 2022 in einer Onlineumfrage innerhalb einer grösseren Stichprobe (N = 1174) getestet und analysiert. In diesem Sample hatte es mehr Männer (62.1%) als Frauen (36.9%) und 1.0%, die sich als non-binär definierten. Das Durchschnittsalter lag bei 33.6 Jahren (SD = 12.3). Nachfolgend werden die Resultate zur Objektivität der Items des Cannabiskonsumverhaltens präsentiert.

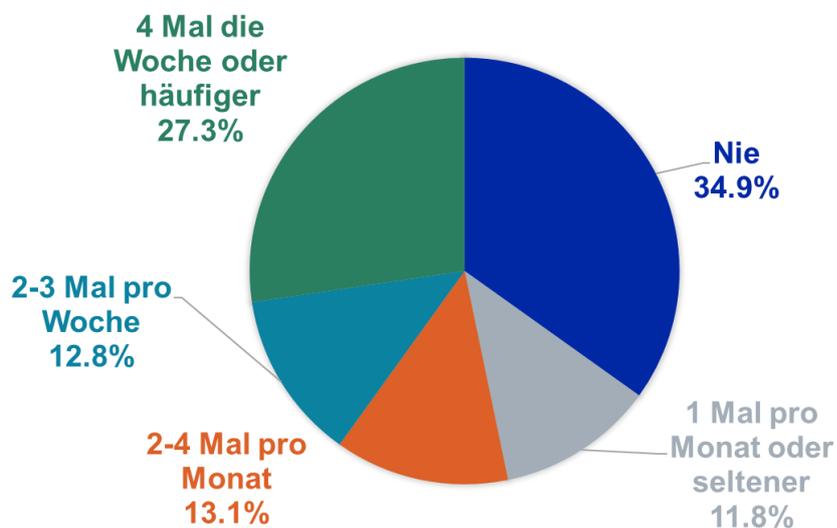
Die Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität kann aufgrund der vorliegenden Befunde als gegeben betrachtet werden. Durch die Instruktionen zu Beginn des Fragemoduls und Überleitungen zwischen den Fragen ist die Durchführungsobjektivität gewährleistet. Die Auswertungs- und Interpretationsobjektivität ist durch das Vorhandensein eines Werts für jede Antwortoption und die Instruktionen im technischen Manual (Gubser & Nordt, 2022) zum Kernfragebogen erfüllt. Fehlende Werte sind im Fragemodul nicht zulässig.

Weitere Informationen zur Auswertung der Skala sind im technischen Manual (Gubser & Nordt, 2022) zum Kernfragebogen zu finden.

An dieser Stelle werden einige der relevantesten Ergebnisse zum Cannabiskonsumverhalten aus der Onlineumfrage dargestellt.

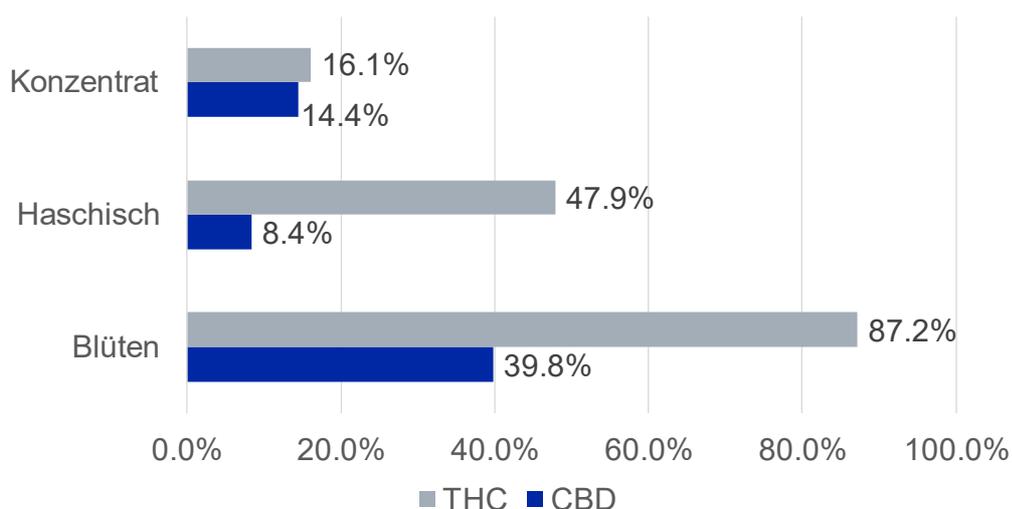
Rund ein Drittel (34.9%) der gesamten Stichprobe (N = 1174) hat in den vergangenen sechs Monaten kein Cannabis konsumiert (**Abbildung 1**). Dieser Anteil hat an der Umfrage zum Cannabiskonsumverhalten nicht teilgenommen. Die folgenden Ergebnisse leiten sich aus den Antworten von insgesamt 764 Cannabiskonsumierenden ab.

**Abbildung 1: Häufigkeit des Cannabiskonsum während der letzten 6 Monate**



Zu Beginn des Fragemoduls wurden die Personen nach den cannabishaltigen Produkten gefragt, welche sie in den vergangenen 30 Tagen konsumiert haben (**Abbildung 2**). Unter den THC-haltigen Produkten, d. h. Produkte mit mehr als 1% THC, werden Blüten (87.2%) am häufigsten genannt, danach Haschisch (47.9%) und schliesslich Konzentrate (16.1%).

**Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung der konsumierten Cannabisprodukte in den letzten 30 Tagen**



Als nächstes wurde die Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen erfragt. Personen, die sowohl CBD- als auch THC-Cannabis konsumiert haben, wurden zuerst nach der gesamten Anzahl Konsumtage gefragt und anschliessend getrennt nach Produktart (**Abbildung 3**). Wenn nur ein Produkt – also CBD- oder THC-Cannabis – konsumiert wurde, wurde lediglich nach den Konsumtagen des entsprechenden Produkts gefragt. Im Durchschnitt haben Konsumierende, die beide Produkte konsumiert haben, an 17.0 Tagen cannabis-haltige Produkte konsumiert. Personen, die THC-Cannabis konsumiert haben, taten dies an durchschnittlich 15.66 Tagen. Für CBD-Cannabis lag dieser Wert bei 8.26 Tagen.

**Abbildung 3: Durchschnittliche Anzahl Konsumtage in den letzten 30 Tagen nach Produktart**

Art	Anzahl Konsumtage M (SD)
Cannabishaltige Produkte (CBD und THC)	17.00 (11.42)
CBD-Cannabis	8.26 (9.71)
THC-Cannabis	15.66 (11.52)

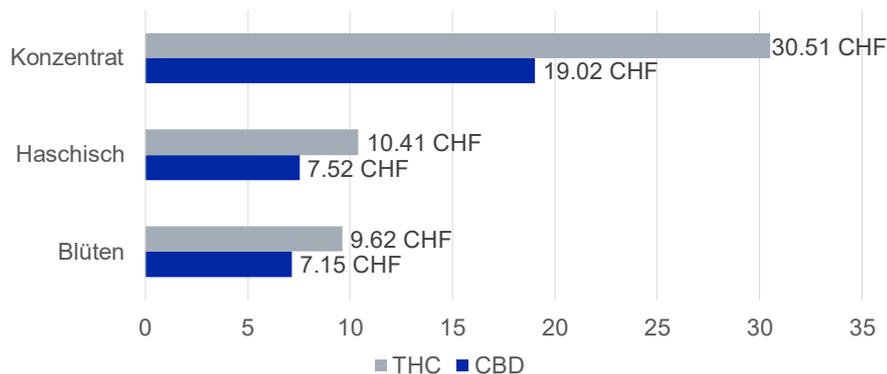
Im nächsten Schritt wurde nach der Menge Cannabis in Gramm an einem typischen Konsumtag gefragt. Dabei wurde ebenfalls zwischen CBD- und THC-Cannabis unterschieden. Die Ergebnisse sind in **Abbildung 4** dargestellt. Anhand dieser beiden Angaben können nun Aussagen zur durchschnittlich konsumierten Menge Cannabis während der letzten 30 Tage gemacht werden.

**Abbildung 4: Durchschnittliche Cannabismenge an einem typischen Konsumtag**

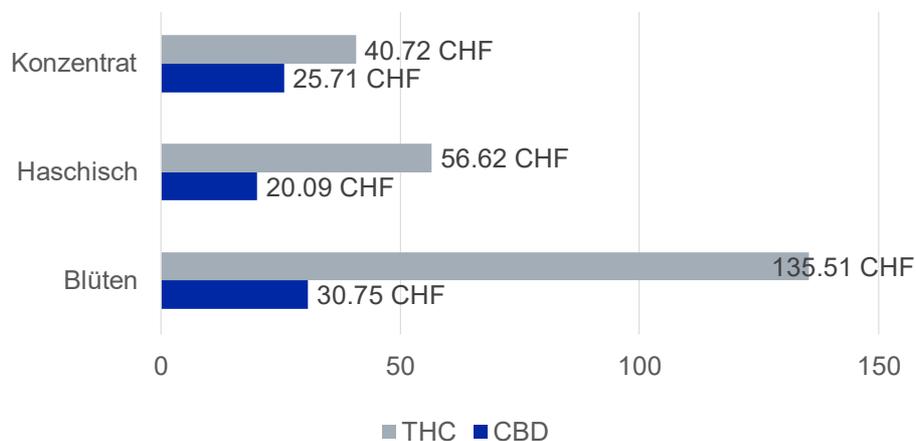
Art	Konsummene in Gramm M (SD)	Range Konsummene in Gramm
CBD	0.52 (0.81)	0.01–5.00
THC	0.59 (0.87)	0.01–5.00

Zusätzlich haben die Cannabiskonsumierenden Angaben zum Durchschnittspreis pro Gramm gemacht sowie zu den monatlichen Ausgaben pro Produktart (**Abbildung 5** und **Abbildung 5**). Falls die Befragten ein Produkt nicht eingekauft haben, wurden Sie gebeten, beim Durchschnittspreis Null einzusetzen. Damit kann anschliessend abgeschätzt werden, wie hoch der Anteil an Personen ist, die ein Produkt konsumieren, jedoch nicht dafür bezahlen (**Abbildung 7**). Insgesamt belaufen sich die durchschnittlichen monatlichen Ausgaben für Cannabis auf CHF 160.34.

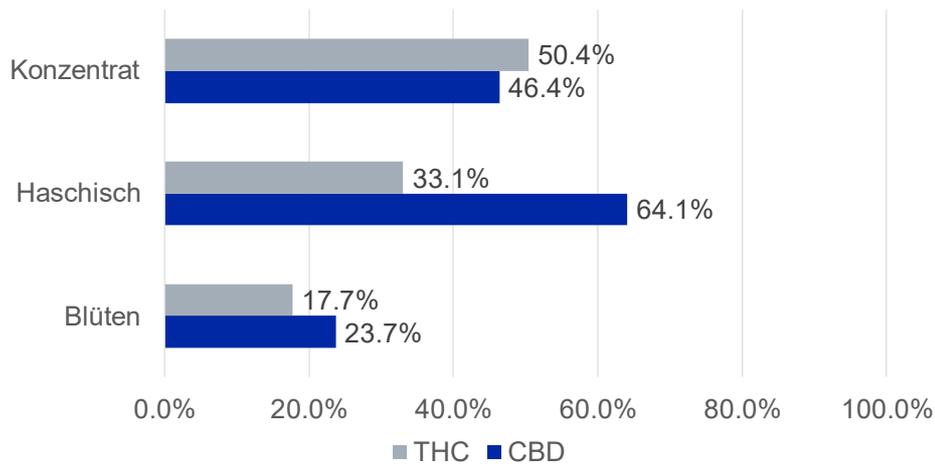
**Abbildung 6: Durchschnittlicher Preis pro Gramm nach Produktart**



**Abbildung 5: Durchschnittliche monatliche Ausgaben nach Produktart**



**Abbildung 7: Anteil nicht-bezahlender Konsumierender**



Befragte, die ein Produkt nicht eingekauft hatten, wurden gebeten, beim Durchschnittspreis Null einzusetzen. Damit wurde der Anteil an Personen geschätzt, die ein Produkt konsumieren, jedoch nicht dafür bezahlen.

Danach haben die Befragten angegeben, welche Konsumformen sie in den vergangenen sechs Monaten genutzt haben. Die Variante «Joint mit Tabak» ist die am häufigsten vertretene Konsumform: 64.5% konsumieren Cannabis «meistens» bis «(Fast) jedes Mal» als Joint mit Tabak. «Joint ohne Tabak» und «Verdampfer/Vaporizer ohne Tabak» sind mit rund 11% ähnlich häufig vertreten. Die anderen erwähnten Konsumformen werden selten genutzt (**Tabelle 5**).

**Tabelle 5: Anteil der Konsumformen in den vergangenen 6 Monaten**

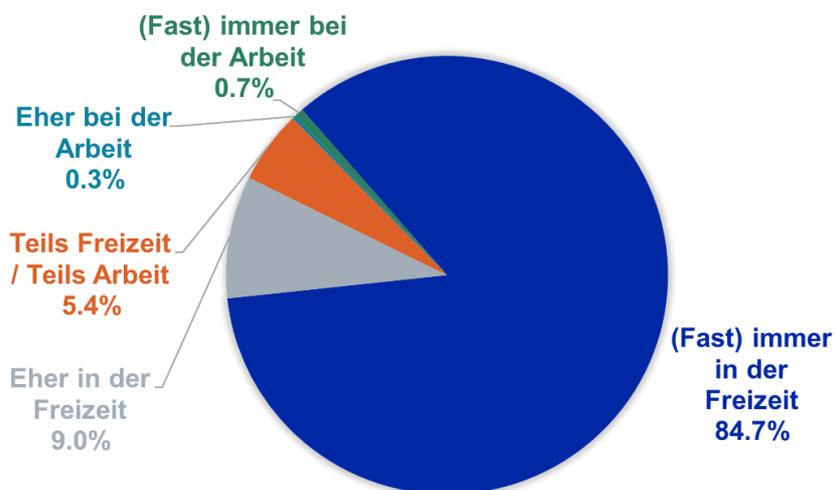
Konsumform	Anteil in Prozent der Kategorien «Meistens» und «(Fast) jedes Mal»
Joint mit Tabak	64.5%
Joint ohne Tabak	11.1%
Verdampfer/Vaporizer und Tabak	0.3%
Verdampfer/Vaporizer ohne Tabak	11.4%
Wasserpfeife/Bong und Tabak	1.4%
Wasserpfeife/Bong ohne Tabak	1.7%
Chillum/Pfeife und Tabak	0.1%
Chillum/Pfeife ohne Tabak	1.3%
Dab-Rig	0.8%
Mundtropfen oder Spray	2.6%
Lebensmittel	2.9%
Anderes	1.6%

Wie sich bereits in den Pretests gezeigt hat, baut ein substantieller Anteil von Konsumierenden Cannabis selbst an. Gemäss den Ergebnissen der Onlineumfrage haben 18.8%

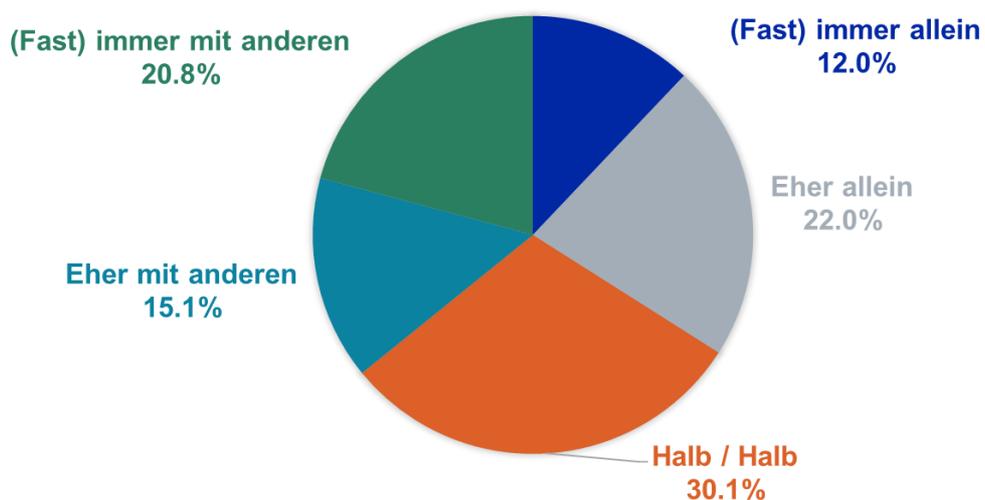
der Befragten THC-Cannabis angebaut, welches sie in den letzten 30 Tagen konsumiert haben. Diese Personen können im Durchschnitt 74.5% ihres THC-Cannabiskonsums durch den Eigenanbau decken.

Schliesslich gehört auch der Konsumkontext zum Konsumverhalten. Die Mehrheit der Cannabiskonsumierenden (84.7%) konsumieren Cannabis immer oder fast immer in der Freizeit (**Abbildung 8**). Beim sozialen Kontext zeigt sich eine relativ gleichmässige Verteilung über die fünf Antwortkategorien. Am häufigsten konsumieren die befragten Personen gleich oft allein oder mit anderen zusammen (30.1%) (**Abbildung 9**).

**Abbildung 8: Konsum in der Freizeit oder während der Arbeit?**



**Abbildung 9: Konsum allein oder mit anderen zusammen?**



### 7.3 Cannabiskonsumstörung und Konsummotive

Weitere Bestandteile des Kernfragebogens zum Cannabiskonsum sind die Fragemodule «Cannabiskonsumstörung» und «Konsummotive». Während die Mehrheit der Cannabiskonsumierenden keine Konsumstörung entwickelt (Chowdhury et al., 2016), sind rund 1-2% der erwachsenen Konsumierenden im Verlauf ihres Lebens von einer Konsumstörung betroffen (Fischer et al., 2015). Der *Cannabis Use Disorder Identification Test* (CUDIT) ist ein einfaches und kurzes Screeninginstrument, um eine Konsumstörung während der vergangenen sechs Monate identifizieren zu können und eine direkte Adaptation des *Alcohol Use Disorder Identification Test - Consumption* (AUDIT-C) (Adamson & Sellman, 2003). Die ursprüngliche Form von Adamson und Sellman (2003) besteht aus zehn Items, wovon bereits bei der Veröffentlichung des Instruments einige Items davon als problematisch bezeichnet wurden. Im Kernfragebogen wird deshalb die revidierte Form (CUDIT-R) von Adamson und Kollegen (2010) verwendet, welche aus acht Items besteht und eine vergleichbare Reliabilität und Validität mit dem originalen CUDIT zeigt. Zudem ist nur mit dieser Version eine Angabe zur klinisch signifikanten Differenz (Differenz > 3) publiziert worden. In der Validierungsbefragung (N = 764) wurde ein Cronbachs Alpha für den CUDIT-R mit acht Items von 0.72 gefunden. Der Mittelwert lag bei 8.92 und die Standardabweichung bei 4.94.

Die Motive für den Cannabiskonsum sind Prädiktoren für die Frequenz und Menge des konsumierten Cannabis (Lee et al., 2007; Lee et al., 2009). Für ein ganzheitliches Verständnis eines problematischen Konsums oder einer Konsumstörung ist deshalb der Einbezug der Konsummotive wichtig (Simons et al., 1998). Cannabiskonsummotive können nach Simons und Kollegen (1998) in fünf Faktoren unterteilt werden: *coping* («um Probleme zu vergessen»), *enhancement* («weil es Spass macht»), *social* («weil es Partys verbessert»), *conformity* («um sich nicht ausgeschlossen zu fühlen») und *expansion* («um das Bewusstsein zu erweitern»). Ausgehend vom *Marijuana Motives Measure* (Simons et al., 1998) sowie von weiteren Items von Benschop und Kollegen (2015), McDonald (2020) und Genrich und Kollegen (2021) wurde in einer Arbeitsgruppe des Konsortiums ein eigener Fragebogen mit zehn Items für den Kernfragebogen und 37 weiteren Items für die Extended Version ausgearbeitet. Ziel war es, einen möglichst breiten Themenbereich an Motiven abzudecken. Dazu kamen zu den obengenannten Faktoren Items für die Themen Selbstmedikation, Gewohnheit und Langeweile.

**Tabelle 6: Instrumente zur Erfassung des Cannabiskonsums**

Themenbereich	Instrument
Cannabiskonsumverhalten	Comprehensive Short Questionnaire of Current Cannabis Use (CS-CCU) (Nordt, Gubser, Engeli, Flückiger, Gmel, Dürler & Schaub, 2022)
Cannabiskonsumstörung	Cannabis Use Disorder Identification Test - Revised (CUDIT-R) (Adamson et al., 2010)
Cannabiskonsummotive	Eigene Items (Flückiger, Nordt, Elliker & Reichle, 2022)

## 8 Weiterer Substanzkonsum

Neben dem Cannabiskonsum erfasst der Kernfragebogen auch den Nikotin-, Alkohol- und Drogenkonsum sowie die Medikamenteneinnahme. Negative körperliche Folgen beim Cannabiskonsum können vor allem durch das Verbrennen von Tabak entstehen. Mit einem in der Onlineumfrage von Januar 2022 getesteten Instrument, dem *Short Questionnaire of Current Nicotine Use* (S-CNU), können Veränderungen im aktuellen Nikotinkonsum und der Abhängigkeitsgrad, gemessen mit dem *Heaviness of Smoking Index* (HSI), erfasst werden. Anhand der Erfassung des Nikotinkonsums kann auch beobachtet werden, ob es zu Veränderungen hin zu risikoärmeren Konsumformen oder allgemein zur Tabak- und / oder Nikotinreduktion kommt.

Da Cannabis mit anderen psychoaktiven Substanzen und Medikamenten interagieren kann (Infodrog, 2021) und die Wahrscheinlichkeit, illegale Substanzen zu konsumieren unter Cannabiskonsumierenden erhöht ist (Smith et al., 2011), erfasst der Kernfragebogen die Häufigkeit des Alkohol-, Drogen und Medikamentenkonsums während der letzten sechs Monate. Auf diese Weise können mögliche Auswirkungen des regulierten Zugangs zu Cannabis auf den Konsum anderer Substanzen erfasst werden. Zusätzlich kann anhand des AUDIT-C beobachtet werden, ob die Studienteilnehmenden Anzeichen einer Alkoholkonsumstörung zeigen.

In **Tabelle 7** sind die für die Erfassung des weiteren Substanzkonsums verwendeten Instrumente aufgelistet.

**Tabelle 7: Instrumente zur Erfassung des weiteren Substanzkonsums**

Themenbereich	Instrument
Nicotinkonsum	Short Questionnaire of Current Nicotine Use (S-CNU) (Nordt, Gubser, Engeli, Flückiger, Gmel & Dürler, 2022)
Alkoholkonsum	Alcohol Use Disorder Identification Test – Consumption (AUDIT-C) (WHO, 2006)
Drogenkonsum	(Alcohol, Smoking, and) Substance Involvement Screening Test (ASSIST V3.0), adaptiert (Schütz et al., 2005)
Medikamenteneinnahme	Eigene Items (Engeli & Buschner, 2022)

## 9 Konsumkompetenz

Neben der Erfassung von Veränderungen im Konsumverhalten, sind auch Veränderungen rund um die Konsumkompetenz von grossem Interesse. Konsumkompetenz ist ein weit gefasster Begriff, der unterschiedliche Aspekte beinhaltet. Ein bereits etabliertes Instrument zur Erfassung der Konsumkompetenz des Cannabiskonsums fehlte zum Zeitpunkt der Erstellung des Kernfragebogens. Ein solches Instrument wurde deshalb im Rahmen dieses Mandats entwickelt. Für die Erarbeitung des Fragemoduls zur Konsumkompetenz wurde im Konsortium zusammen mit assoziierten Forscher:innen darüber diskutiert, wie Aspekte des Begriffs für die Pilotprojekte mit Cannabis sinnvoll beschrieben und definiert werden können,

um Veränderungen im Wissen, den Fähigkeiten und den Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Cannabiskonsum zu erfassen und im Sinne einer empirischen Outcome-Messung operationalisieren zu können.

### 9.1 *Lower Risk Cannabis Use – Knowledge / Behaviour Skala*

Gemäss Reinhard und Vögeli (2014) setzt Konsumkompetenz substanz- und verhaltensbezogenes Wissen voraus und umschreibt die Fähigkeit, dieses Wissen auf der Handlungsebene umzusetzen. Für die Identifizierung der Themenbereiche wurde sich an den Safer Use Regeln des Gesundheits- und Jugendschutzkonzepts (Infodrog, 2021) sowie an den Canada's Lower-Risk Cannabis Use Guidelines (Fischer et al., 2017) orientiert. Die Items des neu entwickelten Fragemoduls decken die Vielfalt an Themen zum risikoärmeren Konsum ab, wobei es für jeden Themenbereich jeweils mindestens ein Item für die Wissenssebene und mindestens eines für die Handlungsebene gibt. Auf diese Weise wird erfasst, inwiefern Cannabiskonsumierende ihr Wissen zum risikoärmeren Konsum auch umsetzen.

Folgende Themenbereiche werden mit dem Fragemodul abgedeckt:

- Gesundheitsrisiko von THC und CBD
- Cannabis und Verstärkung von negativen Gefühlen
- Jugendschutz
- Gesundheitsrisiko bei Mischkonsum
- Gefährdung Dritter
- Gesundheitsrisiko von Rauchen und Tabak
- Einfluss auf Kognition

Das neu entwickelte Fragemodul zur Konsumkompetenz setzt sich deshalb aus zwei Skalen zusammen, eine für die Wissenssebene, die *Lower Risk Cannabis Use – Knowledge Skala* (LRCU-K) und eine für die Handlungsebene, die *Lower Risk Cannabis Use – Behaviour Skala* (LRCU-B). In **Tabelle 8** sind die Themenbereiche und die analogen Items zu Wissen und Handlung aufgelistet. Die Unterteilung des Fragemoduls hat den Vorteil, dass die LRCU-K Skala auch bei Personen, die nicht Cannabis konsumieren, eingesetzt werden kann, um damit das Wissen zum risikoärmeren Cannabiskonsum in der allgemeinen Bevölkerung zu testen. Für die Entwicklung und Formulierung der Items wurden unterschiedliche Fragebogen zum Cannabiskonsum und dessen Regulierung gescreent, insbesondere die Fragebogen der *Canadian Cannabis Study* (Leos-Toro & Hammond, 2017) und der *International Cannabis Policy Survey* (Hammond et al., 2020). Dabei wurde auf eine möglichst einheitliche, neutrale und kurze Formulierung der Items und Antwortoptionen geachtet, damit die Beantwortung der Fragen für die Studienteilnehmenden möglichst wenig durch deren Formulierung beeinflusst wird. Insgesamt wurden zwölf Items für die Wissenssebene entwickelt, für die es zwölf entsprechende Items auf der Handlungsebene gibt. Bei zwei dieser zwölf Wissensitems handelt es sich um Items zu verbreiteten Mythen rund um den Cannabiskonsum: Nach der Sitzung vom

17. Dezember 2021 und auf Anregung des BAGs hat das Konsortium in Rücksprache mit dem Drogeninformationszentrum der Stadt Zürich (DIZ) sowie der Suchtpräventionsstelle Zürich zwei Items entwickelt. Damit wird die Verbreitung von als richtig geglaubten Wissensinhalten überprüft. Ausserdem dient es als Hinweis dafür, in welchen Bereichen es Aufklärungsbedarf gibt.

#### *9.1.1 Pretest und Validierung*

Die Pretest-Befragung für die Items zur Konsumkompetenz wurden gleichzeitig mit den Pretests zum Fragemodul für das Cannabiskonsumverhalten im Dezember 2021 durchgeführt. Dementsprechend handelt es sich um dieselbe Stichprobe (N = 19), bestehend aus Patient:innen der PUK sowie Student:innen und dem Projekt zugewandte Personen. Die Items zur Konsumkompetenz wurden auf ihre Verständlichkeit und Häufigkeitsverteilung der Antworten überprüft. Alle Rückmeldungen der Konsumierenden wurden aufgenommen, Item für Item diskutiert und wo nötig angepasst. Anschliessend wurden die Items in derselben Onlineumfrage (N = 1174), welche vom 11. Januar 2022 bis 12. Februar 2022 aufgeschaltet war, getestet und analysiert. Im folgenden Abschnitt werden die Resultate zur Objektivität und Reliabilität der Items präsentiert.

Die Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität kann aufgrund der vorliegenden Befunde als gegeben betrachtet werden. Durch die Instruktionen zu Beginn des Fragemoduls und Überleitungen zwischen den Fragen ist die Durchführungsobjektivität gewährleistet. Die Auswertungs- und Interpretationsobjektivität ist durch die eindeutige Zuordnung eines Werts für jede Antwortoption und die Instruktionen im technischen Manual zum Kernfragebogen erfüllt. Für die Auswertung wurde der ursprüngliche Wertebereich der Antwortoptionen von 1 bis 5 auf 0 bis 4 geändert. Weitere Informationen zur Auswertung der Skala sind im technischen Manual (Gubser & Nordt, 2022) zum Kernfragebogen zu finden.

**Tabelle 8: Analoge Items der Wissens- und Handlungsebene und Korrelation zwischen den analogen Items**

Themengebiet	Inhalt Wissensebene	Variablenname LRCU-K	Korrelation	Variablenname LRCU-B	Inhalt Handlungsebene
Gesundheitsrisiko THC und CBD	Hoher THC-Gehalt	KW101	$r = 0.04$ ( $p = 0.31$ ) N = 764	KH101	Subjektive Wichtigkeit der Kenntnis über THC- und CBD-Gehalt
	Hoher CBD-Gehalt	KW201	$r = 0.05$ ( $p = 0.15$ ) N = 764		
Cannabis und Verstärkung negativer Gefühle	Cannabiskonsum bei psychischem Unwohlsein	KW301	Na	M901	Cannabiskonsum, um psychische Beschwerden zu lindern
Jugendschutz	Cannabiskonsum im frühen Jugendalter	KW401	$r = 0.04$ ( $p = 0.56$ ) N = 179	KH401	Cannabisaufbewahrung
			$r = 0.05$ ( $p = 0.53$ ) N = 179	KH501	Cannabiskonsum in Anwesenheit Minderjähriger
Gesundheitsrisiko Mischkonsum	Alkohol	KW501	$r = 0.27$ ( $p < 0.001$ ) N = 764	CC1901	Häufigkeit Mischkonsum mit Alkohol
	Drogen	KW601	$r = 0.32$ ( $p < 0.001$ ) N = 764	CC2001	Häufigkeit Mischkonsum mit anderen Drogen
Gefährdung Dritter	Fahrzeuglenken unter Cannabiseinfluss	KW701	$r = 0.36$ ( $p < 0.001$ ) N = 396	KH701	Häufigkeit Fahrzeuglenken unter Cannabiseinfluss
Gesundheitsrisiko von Rauchen und Tabak	Verdampfen anstatt Rauchen von Cannabis	KW801	$r = 0.35$ ( $p < 0.001$ ) N = 764	MAX(CC1703, CC1704)	Häufigkeit Verwendung von Verdampfern/Vaporizern
	Beimischen von Tabak	KW901	$r = 0.15$ ( $p < 0.001$ ) N = 764	<b>MAX(CC1701, CC1703, CC1705, CC1707)</b>	Häufigkeit Beimischen von Tabak
Mythen	Abhängigkeitspotential bei starkem Cannabiskonsum	KW1001	$r = 0.20$ ( $p < 0.001$ ) N = 764	CU301	Gefühl des «nicht mehr aufhören können» beim Cannabiskonsum
	Einfluss auf Konzentrationsfähigkeit	KW1101	Na	M501	Cannabiskonsum, um sich besser konzentrieren zu können
Einfluss auf Kognition	Einfluss auf Gedächtnisleistung	KW1201	$r = 0.37$ ( $p < 0.001$ ) N = 153	CU601	Erinnerungs- bzw. Konzentrations-schwierigkeiten

**Hinweis:** MAX = Wert des Items mit der höchsten Ausprägung wählen;  $r$  = Pearson Korrelationskoeffizient;  $p$  = Signifikanzwert; N = Stichprobengrösse; Na = Wert nicht verfügbar; fettgedruckte Items invertiert, N ist tiefer, wenn kein Fahrzeug gelenkt wurde oder kein regelmässiger Kontakt mit Minderjährigen bestand

In **Tabelle 9** sind die Mittelwerte mit Standardabweichung sowie die Stichprobengröße für die jeweiligen Items der LRCU-K angegeben. Je höher der Summenscore der Skala, desto mehr Wissen zum risikoarmen Cannabiskonsum ist vorhanden.

**Tabelle 9: Mittelwerte und Standardabweichungen für Items der LRCU-K**

Themenbereich	Variablenamen	M (SD)	N
Einfluss auf Gedächtnisleistung	KW1201	2.06 (0.94)	169
Hoher CBD-Gehalt	KW201	2.10 (1.02)	1174
Verdampfen anstatt Rauchen von Cannabis	KW801	2.21 (1.23)	1174
Abhängigkeitspotential bei starkem Cannabiskonsum	KW1001	2.28 (1.02)	1174
Hoher THC-Gehalt	KW101	2.64 (0.97)	1174
Einfluss auf Konzentrationsfähigkeit	KW1101	2.66 (1.04)	1174
Cannabiskonsum bei psychischem Unwohlsein	KW301	2.72 (1.09)	1174
Jugendschutz: Cannabiskonsum im frühen Jugendalter	KW401	3.23 (0.80)	1174
Beimischen von Tabak	KW901	3.35 (0.84)	1174
Mischkonsum 1: Alkohol	KW501	3.41 (0.71)	1174
Fahrzeuglenken unter Cannabiseinfluss	KW701	3.46 (0.84)	1174
Mischkonsum 2: Drogen	KW601	3.50 (0.80)	1174
Summenscore LRCU-K	-	33.25 (5.23)	169

**Hinweis:** Items sind nach absteigendem Mittelwert geordnet; Range von 0-4, wobei 4 bei allen Items ein hohes Wissen zum risikoarmen Cannabiskonsum bedeutet (theoretischer Gesamtrange 0-48; Summenscore LRCU-K = SUMME(KW101 bis KW1201)); M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; N = Stichprobengröße

Da das Item zur Gedächtnisleistung (Variable KW1201) später im Verlauf der Onlineumfrage hinzugefügt wurde, ist die Stichprobengröße für dieses Item entsprechend kleiner (N = 169). Das Cronbachs Alpha für die LRCU-K Skala mit allen zwölf Items (N = 169) liegt bei 0.62. Ohne die Variable KW1201, d. h. mit elf Items (N = 1174), ist das Cronbachs Alpha 0.55. Diese Reliabilitätswerte sind eher tief, was eher an der heterogenen Struktur der Bereiche, als an einer mangelhaften Operationalisierung liegen dürfte. Inwiefern diese Masse bei Verlaufsmessungen reliabel sind, benötigt zukünftige Längsschnittstudien.

Die LRCU-B Skala erfasst das risikoarme Verhalten der Cannabiskonsumierenden. Da das Verhalten zu einigen Themenbereichen bereits an anderen Stellen des Kernfragebogens erfragt wurde, setzt sich die LRCU-B Skala aus Items unterschiedlicher Fragemodule zusammen. In der nachfolgenden **Tabelle 10** sind die Mittelwerte mit Standardabweichung und der Größe der Stichprobe für die jeweiligen Items der LRCU-B ersichtlich. Die Variablen M501 und M901 sind Items des Fragemoduls zu den Konsummotiven. Da diese nicht Teil der Validierung waren, können bei diesen Items keine Angaben zum Mittelwert gemacht werden. Die Interpretation des Summenscore ist analog zu dieser der LRCU-K: Je höher der Summenscore der LRCU-B, desto risikoärmer ist das Konsumverhalten.

**Tabelle 10: Mittelwerte und Standardabweichungen für Items der LRCU-B**

Themenbereich	Variablennamen	M (SD)	N
Verdampfen anstatt Rauchen von Cannabis	MAX(CC1703, CC1704)	0.68 (1.24)	764
Beimischen von Tabak	<b>MAX(CC1701, CC1703, CC1705, CC1707)</b>	1.30 (1.62)	764
Mischkonsum 1: Alkohol	CC1901	2.79 (1.06)	764
Kenntnis THC/CBD-Gehalt	KH101	2.90 (1.19)	764
Einfluss auf Gedächtnisleistung	<b>CU601</b>	3.31 (0.95)	764
Abhängigkeitspotential bei starkem Cannabiskonsum	<b>CU301</b>	3.36 (1.06)	764
Mischkonsum 2: Drogen	CC2001	3.58 (0.77)	764
Fahrzeuglenken unter Cannabiseinfluss	KH701	3.62 (1.07)	764
Jugendschutz 1: Cannabisaufbewahrung	KH401	3.68 (0.85)	764
Jugendschutz 2: Cannabiskonsum in Anwesenheit Minderjähriger	KH501	3.90 (0.45)	764
Einfluss auf Konzentrationsfähigkeit	M501	Na	Na
Cannabiskonsum bei psychischem Unwohlsein	M901	Na	Na
Summenscore LRCU-B	-	29.11 (4.58)	764

**Hinweis:** Range von 0-4, wobei 4 bei allen Items ein risikoarmes Cannabiskonsumverhalten bedeutet; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; N = Stichprobengrösse; Na = Wert nicht verfügbar; fettgedruckte Items müssen invertiert werden (siehe technisches Manual)

Für die LRCU-B Skala wurde ein Cronbachs Alpha von 0.51 gefunden. In **Tabelle 8** sind die Korrelationskoeffizienten zwischen den analogen Items der Wissens- und Handlungsebene dargestellt, die je nach Themengebiet variieren. Die gesamte Korrelation zwischen der LRCU-K und der LRCU-B Skala ist in **Tabelle 11** dargestellt, jeweils für die LRCU-K mit elf Items, also ohne Item zur Gedächtnisleistung (Variable KW1201) sowie für die vollständige LRCU-K mit zwölf Items. Die geringe Korrelation, die zwischen der Wissens- und Handlungsebene gefunden wurde, ist ein bekanntes Phänomen aus der Gesundheitsförderung. Menschen treffen nicht nur rationale Entscheidungen und Wissen allein reicht deshalb häufig nicht aus, um gesundheitsrelevantes Verhalten zu ändern (Kelly & Barker, 2016). Ebenso wichtig ist es, die Gewohnheiten und den Kontext, in dem konsumiert wird, einzubeziehen (Blue et al., 2014).

**Tabelle 11: Korrelation zwischen LRCU-K bzw. LRCU-K mit 11 Items und LRCU-B**

	Summenscore LRCU-B
<b>Summenscore LRCU-K mit 12 Items</b>	r = 0.168 (p = 0.038) N = 153
<b>Summenscore LRCU-K mit 11 Items</b>	r = 0.100 (p = 0.005) N = 764

**Hinweis:** r = Pearson Korrelationskoeffizient; p = Signifikanzwert; N = Stichprobengrösse

### 9.1.2 Ausblick zur weiteren Validierung der LRCU-K/-B Skalen

Die neu ausgearbeiteten Skalen LRCU-K und LRCU-B wurden zum Zeitpunkt der Verfassung dieses Berichts einmalig in einer Onlinebefragung ausgewertet. Eine Messwiederholung war aufgrund der zeitlichen Begrenzung nicht möglich, sodass fundierte Aussagen zur Reliabilität und Kriteriumsvalidität, d. h. inwiefern die beiden Skalen prädiktiv für das Verhalten ausserhalb der Testsituation sind, nicht zulässig sind. Die Überprüfung der Reliabilität, der Dimensionalität der Skalen sowie der Kriteriumsvalidität soll im Rahmen der Pilotversuche geschehen. Insbesondere soll im Verlauf der Pilotversuche erhoben werden, wie sich die Korrelationen der analogen Items zur Wissens- und Handlungsebene entwickeln.

### 9.2 Risikowahrnehmung des eigenen Konsums und Veränderungsmotivation

Wissen und Verhalten sind also nicht immer kongruent. In einer Studie von Bertholet und Kollegen (2012) wurden die Veränderungsbereitschaft (*readiness to change*), Wichtigkeit der Veränderung und Zuversicht für Veränderung in Bezug auf das Substanzkonsumverhalten untersucht. Insbesondere hohe Wichtigkeit und hohe Zuversicht für eine Verhaltensänderung sind mit risikoärmeren Substanzkonsum assoziiert und damit wichtige Faktoren, vorhandenes Wissen in Handlungen zu transferieren. Diese drei Dimensionen der Verhaltensänderung sind deshalb Teil des Kernfragebogens. Die Veränderungsbereitschaft wurde ebenfalls im Rahmen der Onlineumfrage erfasst. Diese umfasste ursprünglich 12 Items aus dem Fragebogen des QCT Europe (quasi-compulsory treatment of drug offenders in Europe) und wurde nach einer Faktorenanalyse auf drei Items reduziert, welche die Veränderungsmotivation erfassen (*Current Motivation to Reduce Cannabis Use*). Diese drei Items sind für ein Sample mit mehrheitlich nicht problematischem Konsum angemessen, da sie direkt und ohne hypothetische Annahme des Vorliegens eines problematischen Konsums, die Motivation zur Reduktion des Konsums erfassen. Das Cronbachs Alpha für die Veränderungsmotivation mit den drei Items (N = 764) liegt bei 0.82. Der Skalenwert liegt bei 3.97 und die Standardabweichung bei 3.15.

### 9.3 Quellen zu risikoärmerem Konsum und Beratungs- und Behandlungserfahrung

Ein wichtiger Inhalt der Pilotversuche mit Cannabis ist die Förderung eines risikoärmeren Cannabiskonsums. Die Möglichkeiten, Informationen dazu zu vermitteln sind vielfältig und sollen anhand einer Frage nach der Quelle von sinnvollen Informationen zu risikoärmerem Konsum erfasst werden. Ausserdem werden die Studienteilnehmenden zu ihrer Beratungs- bzw. Behandlungserfahrung in Bezug auf ihren Cannabiskonsum befragt. So kann erfasst werden, ob sich die Inanspruchnahme von Beratungs- und Behandlungsangeboten im Verlauf der Pilotversuche verändert.

In **Tabelle 12** sind die Themenbereiche und zugehörigen Instrumente der Konsumkompetenz aufgelistet.

**Tabelle 12: Instrumente zur Konsumkompetenz**

Themenbereich	Instrument
Wissen zu risikoärmeren Cannabiskonsum	Lower Risk Cannabis Use – Knowledge (LRCU-K) (Nordt, Dürler, Gubser, Flückiger & Gmel, 2022)
Risikoarmes Verhalten bei Cannabiskonsum	Lower Risk Cannabis Use – Behaviour (LRCU-B) (Nordt, Dürler, Gubser, Flückiger & Gmel, 2022)
Risikowahrnehmung des eigenen Konsums	Eigene Items (Herdener, Nordt, Dürler, Gubser, Flückiger & Gmel, 2022)
Veränderungsmotivation	Current Motivation to Reduce Cannabis Use (CMRCU) (Nordt & Gubser, 2022)
Wichtige Quellen der Informationen des risikoärmeren Cannabiskonsums	Eigene Item (Nordt, Dürler, Gubser, Flückiger & Gmel, 2022)
Beratungs-/Behandlungserfahrung beim Cannabiskonsum	Eigene Items (Herdener, Walter, Buschner, Pfeifer, Zullino, Gubser & Nordt, 2022)

## 10 Extended Version: Opfererfahrung und Delinquenz

Mit dem Fragemodul zur Opfererfahrung und Delinquenz, welches zur Extended Version des Kernfragebogens gehört, werden die Umstände und rechtliche Verstösse erfasst, die im Zusammenhang mit dem illegalen Bezug von Cannabis stehen können. Dazu gehört beispielsweise das Erleben von Diebstahl, körperlicher oder verbaler Gewalt. Mit den beiden adaptierten Fragemodulen «Opfererfahrung» und «Auffälliges und delinquentes Verhalten» des QCT Europe können mögliche Auswirkungen einer Entkriminalisierung auf kriminelle oder schädigende Handlungen im Zusammenhang mit dem Bezug von Cannabis erhoben werden.

**Tabelle 13: Instrumente zur Opfererfahrung und Delinquenz**

Themenbereich	Instrument
Opfererfahrung	QCT Europe – Opfererfahrung, adaptiert (MISTEL SPI Forschung & Institut für Suchtforschung Zürich, 2003)
Auffälliges und delinquentes Verhalten	QCT Europe – Auffälliges und delinquentes Verhalten (Kurzversion), adaptiert (MISTEL SPI Forschung & Institut für Suchtforschung Zürich, 2003)

## 11 Extended Version: Soziales Umfeld

Ein weiterer Teil der Extended Version ist die Erfassung der Lebensqualität und des sozialen Umfelds. Um die globale Lebenszufriedenheit zu erfassen, wird die *Satisfaction With Life Scale* (SWLS) empfohlen. Dabei handelt es sich um ein kurzes Instrument, welches die Beurteilung der Zufriedenheit der Befragten zur allgemeinen Lebenssituation misst. Soziale Ressourcen spielen eine bedeutsame Rolle für die Gesundheit (Bachmann, 2014). Zu den Dimensionen des sozialen Umfelds zählen die Grösse des sozialen Netzes und die erwartete soziale Unterstützung. Es ist anzunehmen, dass sich in der heterogenen Gruppe von Cannabiskonsumierenden Unterschiede im sozialen Umfeld finden lassen. Insbesondere für Pilotversuche, die neben Apotheken auch andere Bezugsstellen geplant haben, ist dieser Themenbereich von Interesse, da auf diese Weise Veränderungen im sozialen Umfeld, beispiels-

weise im Zusammenhang mit *Cannabis Social Clubs*, erfasst werden können. Für die Erfassung dieser Bereiche werden Items aus dem Schweizer Haushaltspanel (SHP) von 2010 empfohlen (Bachmann, 2014). Mit den Daten aus dem SHP ist damit auch ein Vergleich mit der Schweizer Bevölkerung möglich.

**Tabelle 14: Instrumente zum sozialen Umfeld**

Themenbereich	Instrument
Lebenszufriedenheit	Satisfaction With Life Scale (SWLS) (Janke & Glöckner-Rist, 2014)
Grösse des sozialen Netzes	Items aus Schweizer Haushaltspanel (SHP, FORS) (Bachmann, 2014)
Erwartete soziale Unterstützung	Items aus Schweizer Haushaltspanel (SHP, FORS) (Bachmann, 2014)

## 12 Zufriedenheit mit Bezugsstelle und Studiencannabis und aktueller Bedarf nach Beratung / Behandlung

Schliesslich sind auch die Fragen nach der Zufriedenheit mit der aktuellen Bezugsstelle und dem Studiencannabis Teil des Kernfragebogens. Die Items dazu wurden in einer Fragebogen-Arbeitsgruppe ausgearbeitet (Nordt, Flückiger, Elliker, Engeli & Dürler, 2022) und beinhalten Fragen zu den Räumlichkeiten der Bezugsstelle, zum Verkaufspersonal sowie zum Angebot und zur Qualität des Studiencannabis. Ausserdem haben die Studienteilnehmenden die Möglichkeit, ihre Wünsche nach anderen Cannabisprodukten mitzuteilen. So können häufig erwähnte Rückmeldungen im Verkaufs- und Produktionsprozess berücksichtigt werden.

Die letzten zwei Fragen jeder Onlineumfrage sollen den aktuellen Bedarf nach einer Beratung oder ärztlichen Behandlung im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum sowie den Wunsch nach einer Kontaktaufnahme durch die ärztliche Ansprechperson (bei einer Beobachtungsstudie) oder den/ die Studienärzt:in (bei einer klinischen Studie) klären.

**Tabelle 15: Instrumente zur Zufriedenheit mit Bezugsstelle und Studiencannabis und aktueller Bedarf nach Beratung / Behandlung**

Themenbereich	Instrument
Zufriedenheit mit Bezugsstelle und Studiencannabis	Eigene Items (Nordt, Flückiger, Elliker, Engeli & Dürler, 2022)
Aktueller Bedarf nach Beratung / Behandlung	Eigene Items (Nordt & Gubser, 2022)

## 13 Vergleich der deutschen und französischen Validierungsbefragung

Insgesamt ergaben sich aus der französischen und der deutschen Validierungsbefragung sehr ähnliche Ergebnisse. Es liessen sich jedoch auch einige Unterschiede feststellen, die im Folgenden aufgeführt werden.

In der französischen Vorbefragung gab es einen geringeren Anteil an Teilnehmenden, die in den vergangenen 6 Monaten Cannabis konsumiert hatten (44.4%) als in der deutschen

Vorbefragung (65.1%). Bei den Personen, die Cannabis konsumiert hatten, waren die Häufigkeitsverteilung der konsumierten Cannabisprodukte, die Anzahl der Konsumtage, die Menge pro Konsumtag und die monatlichen Ausgaben für Cannabis jedoch ähnlich.

Einzig der Anteil der Befragten, die für CBD Konzentrat nichts bezahlt hatten, lag in der französischen Vorbefragung höher als in der deutschen Vorbefragung (77.3% und 46.4%,  $p=0.008$ , Chi-Square-Test).

Der CUDIT-R lag mit 8.06 in der französischen Validierungsbefragung knapp signifikant ( $p=0.028$ , T-Test) tiefer als in der deutschen Validierungsbefragung mit 8.92. In der französischen Validierungsbefragung war zudem die Veränderungsmotivation, also die Motivation, weniger Cannabis zu konsumieren, tiefer als in der deutschen Validierungsbefragung (Skalenwerte 3.38 und 3.97,  $p = 0.019$ , T-Test).

Da die Validierungsbefragung aufgrund des Samplings weder als repräsentative Befragung für die Deutsche Schweiz noch für die Welsche Schweiz betrachtet werden darf, dürfen die gefundenen Unterschiede nicht überinterpretiert werden.

## 14 Referenzen

- Adamson, S. J., Kay-Lambkin, F. J., Baker, A. L., Lewin, T. J., Thornton, L., Kelly, B. J., & Sellman, J. D. (2010). An improved brief measure of cannabis misuse: The Cannabis Use Disorder Identification Test-Revised (CUDIT-R). *Drug and Alcohol Dependence*, 110(), 137-143.
- Adamson, S. J., & Sellman, J. D. (2003). A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol dependent clinic sample. *Drug Alcohol Rev*, 22(), 309-315.
- Bachmann, N. (2014). Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa (Obsan Dossier 27). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Benschop, A., Liebrechts, N., van der Pol, P., Schaap, R., Buisman, R., van Laar, M., van den Brink, W., de Graaf, R., & Korf, D. J. (2015). Reliability and validity of the Marijuana Motives Measure among young adult frequent cannabis users and associations with cannabis dependence. *Addictive Behaviors*, 40, 91-95.
- Bertholet, N., Gaume, J., Faouzi, M., Gmel, G., Daeppen, J.-B. (2012) Predictive value of readiness, importance, and confidence in ability to change drinking and smoking. *BMC Public Health*, 12(708).
- Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Milberger, S., Spencer, T. J., Faraone, S. V. (1995). Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry*, 152, 1652-1658.
- Blue, S., Shove, E., Carmona, C., & Kelly, M. P. (2014). Theories of practice and public health: understanding (un)healthy practices. *Critical Public Health*, 26(1), 36-50.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.*, 28(2), 193-213.
- Buysse, D. J., Ancoli-Israel, S., Edinger, J. D., Lichstein, K. L., Morin, C. M. (2006). Recommendations for a standard assessment of insomnia. *SLEEP*, 29(9), 1155-1173.
- Charach, A., Yeung, E., Climans, T., & Lillie, E. (2011). Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: Comparative meta-analyses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 50, 19-21.
- Checkliste zur Früherkennung einer Psychose. (o. D.). Psychische Erkrankungen. <https://www.psychisch-erkrankt.de/psychose/checkliste/>

- Chowdhury, N., Kevorkian, S., Sheerin, C., Zvolensky, M., & Berenz, E. (2016). Examination of the association among personality traits, anxiety sensitivity, and cannabis use motives in a community sample. *Journal of Psychopathological Behaviour Assessment*, 38, 373-380.
- Dieck, A., Morin, C. M., & Backhaus, J. (2018). A German version of the Insomnia Severity Index. *Somnologie*, 22(1), 27-35.
- Engeli, E., & Buschner, M. (2022). Fragebogen für Pilotversuche mit Cannabis: «Medikamenteneinnahme».
- Fischer, B., Imtiaz, S., Rudzinski, K., & Rehm, J. (2015). Crude estimates of cannabis-attributable mortality and morbidity in Canada-implications for public health focused interventions. *Journal of Public Health*, 38, 183-188.
- Fischer, B., Russell, C., Sabioni, P., van den Brink, W., Le Foll, B., Hall, W., Rehm, J., & Room, R. (2017). Lower-Risk Cannabis Use Guidelines (LRCUG): A Comprehensive Update of Evidence and Recommendations. *American Journal of Public Health*, 107(8).
- Flückiger, L., Nordt, C., Elliker, F., & Reichle, N. (2022). Fragebogen für Pilotversuche mit Cannabis: «Konsummotive - Kern».
- Franke, G. H. (2002). Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R) Manual. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Freeman, T., & Lorenzetti, V. (2019). 'Standard THC units': A proposal to standardize dose across all cannabis products and methods of administration. *Addiction*, 115, 1207-1216.
- Genrich, G., Zeller, C., & Znoj, H. J. (2021). Interactions of protective behavioral strategies and cannabis use motives: An online survey among past-month users. *PLoS ONE*, 16(3), e0247387.
- Godin, G. & Shepard, R. J. (1985). A simple method to assess exercise behavior in the community. *Can J Appl Sport Sci*, 10, 141-146.
- Gubser, L., & Nordt, C. (2022) Technisches Manual: Fragebogen für Pilotversuche mit Cannabis (FPvC).
- Häfner, H., Bechdorf, A., Klosterkötter, J., & Maurer, K. (2012). Psychosen – Früherkennung und Frühintervention. Der Praxisleitfaden. Schattauer: Stuttgart.
- Hall, W., Stjepanović, D., Caulkins, J., Lynskey, M., Leung, J., Campbell, G., & Degenhardt, L. (2019). Public health implications of legalizing the production and sale of cannabis for medical and recreational use. *Lancet*, 394(10208), 1580-1590.
- Herdener, M., Nordt, C., Dürler, P., Gubser, L., Flückiger, L., Gmel, G. (2022). Fragebogen für Pilotversuche mit Cannabis: «Risikowahrnehmung des eigenen Cannabiskonsums».

- Herdener, M., Walter, M., Buschner, M., Pfeifer, P., Zullino, D., Gubser, L., & Nordt, C. (2022). Fragebogen für Pilotversuche mit Cannabis: «Behandlungserfahrung».
- Hammond, D., Goodman, S., Wadsworth, E., Abramovici, H., Acton, R., Carnide, N., Chaiton, M., Driezen, P., Freeman, T., Greaves, L., Hall, W., Hemsing, N., Hobin, E., Kaufman, P., Mahamad, S., Owusu-Bempah, A., & Porath, A. (2020). International Cannabis Policy Survey.
- Infodrog (Hrsg.) (2021). Gesundheitsschutz, Jugendschutz und Prävention. Orientierungsrahmen für die Pilotversuche mit Cannabis. Bern: Infodrog.
- Janke, S., & Glöckner-Rist, A. (2014). Deutsche Version der Satisfaction with Life Scale (SWLS). Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen.
- Jones, P. W., Harding, G., Berry, P., Wiklund, I., Chen, W.-H., & Leidy, N. K. (2009). Development and first validation of the COPD Assessment Test. *Euro Respir J.*, 34(3), 648-654.
- Kelly, M. P., & Barker M. (2016). Why is changing health-related behaviour so difficult? *Public Health*, 136, 109-116.
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., & Walters, E. E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale: A short screening scale for use in the general population. *Psychol Med.*, 35(2), 245-256.
- Lee, C. M., Neighbors, C., Hendershot, C. S., & Grossbard, J. R. (2009). Development and preliminary validation of a comprehensive marijuana motives questionnaire. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70, 279-287.
- Lee, C. M., Neighbors, C., & Woods, B. A. (2007). Marijuana motives: Young adults' reasons for using marijuana. *Addictive Behaviors*, 32, 1384-1394.
- Leos-Toro, C., & Hammond D. (2017). The Canadian Cannabis Study: Survey.
- Lorenzetti, V., Hindocha, C., Petrilli, K., Griffiths, P., Brown, J., Castillo-Carniglia, Á., Caulkins, J. P., Englund, A., ElSohly, M. A., Gage, S. H., Groshkova, T., Gual, A., Hammond, D., Lawn, W., López-Pelayo, H., Manthey, J., Mokrysz, C., Pacula, R. L., van Laar, M., ..., Freeman, T. P. (2021). The International Cannabis Toolkit (iCannToolkit): a multidisciplinary expert consensus on minimum standards for measuring cannabis use. *Addiction*, 1-8.
- Löwe, B. (2015). Deutsche Version «Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7)». Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S., & Herzog, W. (2002). PHQ-D: Gesundheitsfragebogen für Patienten. Autorisierte deutsche Version des «Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ)». Heidelberg: Medizinische Universitätsklinik.
- Maurer, K., Hörrmann, F., Trendler, G., Schmidt, M., & Häfner, H. (2006). Früherkennung des Psychoserisikos mit dem Early Recognition Inventory (ERlraos). *Nervenheilkunde*, 25(1-2), 11-16.
- McDonald, C. (2020). Identifying cannabis use motives and their association with problematic use. Thesis, University of New Brunswick.
- MISTEL SPI Forschung, Berlin & Institut für Suchtforschung, Zürich (2003). Übersetzung des Fragebogensets QCT Europe.
- Mitchell, J. T., Sweitzer, M. M., Tunno, A. M., Kollins, S. H., & McClernon, F. J. (2016). «I Use Weed for my ADHD»: A Qualitative Analysis of Online Forum Discussion on Cannabis Use and ADHD. *PLoS ONE*, 11(5), 1-13.
- Nordt, C., Dürler, P., Gubser, L., Flückiger, L., & Gmel, G. (2022). Fragebogen für Pilotversuche mit Cannabis: «Lower Risk Cannabis Use – Knowledge / Behaviour».
- Nordt, C., Flückiger, L., Elliker, F., Engeli, E., & Dürler, P. (2022). Fragebogen für Pilotversuche mit Cannabis: «Zufriedenheit mit Bezugsstelle und Studiencannabis».
- Nordt, C., & Gubser, L. (2022). Fragebogen für Pilotversuche mit Cannabis: «Aktueller Bedarf nach Beratung / Behandlung beim Cannabiskonsum».
- Nordt, C., & Gubser, L. (2022). Fragebogen für Pilotversuche mit Cannabis: «Current Motivation to Reduce Cannabis Use».
- Nordt, C., Gubser, L., Engeli, E., Flückiger, L., Gmel, G., & Dürler, P. (2022). Fragebogen für Pilotversuche mit Cannabis: «Short Questionnaire of Current Nicotine Use».
- Nordt, C., Gubser, L., Engeli, E., Flückiger, L., Gmel, G., Dürler, P., & Schaub, M. (2022). Fragebogen für Pilotversuche mit Cannabis: «Comprehensive Short Questionnaire of Current Cannabis Use».
- Notzon, D. P., Pavlicova, M., Glass, A., Mariani, J. J., Mahony, A. L., Brooks, D. J., & Levin, F. R. (2020). ADHD is highly prevalent in patients seeking treatment for cannabis use disorders. *Journal of Attention Disorders*, 24(11), 1487-1492.
- Puig-Cotado, F., Tursan d'Espaignet, E., St Claire, S., Bianco, E., Bhatti, L., & Schotte, K. et al. (2020). Tobacco and coronary heart disease: WHO tobacco knowledge summaries. Geneva: World Health Organization.
- Reinhard, I., & Vögeli, L. (2014). Konsumkompetenz: Denkanstösse für Politik und Praxis. *SuchtMagazin*, 4(40), 24-28.

- Schulenburg, J.-M., Claes, C., Greiner, W., & Uber, A. (1998). Die deutsche Version des EuroQol-Fragebogens. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 6(1), 3-20.
- Schütz, C. G., Daamen, M., & van Niekerk, C. (2005). Deutsche Übersetzung des WHO Assists Screening-Fragebogens. *Sucht*, 51(5), 265-271.
- Simons, J., Correia, C. J., Carey, K. B., Borsari, B. E. (1998). Validation of a Five-Factor Marijuana Motives Measure: Relations With Use, Problems, and Alcohol Motives. *Journal of Counseling Psychology*, 45(3), 265-273.
- Smith, G. W., Farrell, M., Bunting, B. P., Houston, J. E., & Shevlin, M. (2011). Patterns of polydrug use in Great Britain: Findings from a national household population survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 113(2-3), 222-228.
- van Emmerik - Van Oortmerssen, K., van de Glind, G., van den Brink, W., Smit, F., Crunelle, C. L., Swets, M., & Schoevers, R. A. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 122(1-2), 11-19.
- van Laar, M., Frijns, T., Trautmann, F., & Lombi, L. (2013). Cannabis market: user types, availability and consumption estimates. In van Laar, M., Frijns, T., Trautmann, F. (Hrsg.) *Further insights into the aspect of the EU illicit drugs market*, European Commission, Bruxelles, 73-169.
- WHO (2006). Deutsche Übersetzung AUDIT-C durch Dybek, I., Bischof, G., Grothues, J., Reinhardt, S., Meyer, C., Hapke, U., John, U., Broocks, A., Hohagen, F., & Rumpf, H. J. Geneva: World Health Organization.
- Zobel, F., Esseiva, P., Udrisard, R., & Samitca, S. (2020). *Le marché des stupéfiants dans le canton de Vaud: Les cannabinoïdes*. Lausanne: Addiction Suisse/Ecole des sciences criminelles/Unisanté.
- Zwicky, R., Brunner, P., Caroni, F., & Kübler, D. (2021). *A Research Agenda for the Regulation of Non-Medical Cannabis Use in Switzerland*. Zurich: Departement of Political Science (Zürcher Politik- und Evaluationsstudien Nr. 20).

## 15 **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Häufigkeit des Cannabiskonsum während der letzten 6 Monate .....	18
Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung der konsumierten Cannabisprodukte in den letzten 30 Tagen .....	19
Abbildung 3: Durchschnittliche Anzahl Konsumtage in den letzten 30 Tagen nach Produktart .....	19
Abbildung 4: Durchschnittliche Cannabismenge an einem typischen Konsumtag .....	20
Abbildung 5: Durchschnittlicher Preis pro Gramm nach Produktart.....	20
Abbildung 6: Durchschnittliche monatliche Ausgaben nach Produktart.....	20
Abbildung 7: Anteil nicht-bezahlender Konsumierender .....	21
Abbildung 8: Konsum in der Freizeit oder während der Arbeit?.....	22
Abbildung 9: Konsum allein oder mit anderen zusammen? .....	22

## 16 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Themenbereiche des Kernfragebogens und Extended Version .....	11
Tabelle 2: Instrumente zur Erfassung der psychischen Gesundheit.....	13
Tabelle 3: Instrumente zur Erfassung der somatischen Gesundheit .....	14
Tabelle 4: Messmethoden zur Erfassung der monatlich konsumierten Cannabismenge .....	16
Tabelle 5: Anteil der Konsumformen in den vergangenen 6 Monaten .....	21
Tabelle 6: Instrumente zur Erfassung des Cannabiskonsums.....	23
Tabelle 7: Instrumente zur Erfassung des weiteren Substanzkonsums .....	24
Tabelle 8: Analoge Items der Wissens- und Handlungsebene und Korrelation zwischen den analogen Items .....	27
Tabelle 9: Mittelwerte und Standardabweichungen für Items der LRCU-K .....	28
Tabelle 10: Mittelwerte und Standardabweichungen für Items der LRCU-B .....	29
Tabelle 11: Korrelation zwischen LRCU-K bzw. LRCU-K mit 11 Items und LRCU-B.....	29
Tabelle 12: Instrumente zur Konsumkompetenz.....	31
Tabelle 13: Instrumente zur Opfererfahrung und Delinquenz .....	31
Tabelle 14: Instrumente zum sozialen Umfeld .....	32
Tabelle 15: Instrumente zur Zufriedenheit mit Bezugsstelle und Studiencannabis und aktueller Bedarf nach Beratung / Behandlung .....	32