



IQWiG-Berichte – Nr. 1335

Psycho- und soziotherapeutische Interventionen – Jugendliche

Evidenzbericht zur S3-Leitlinie Behandlung cannabisbezogener Störungen

Evidenzbericht

Auftrag: V21-06A
Version: 1.0
Stand: 14.04.2022

Impressum

Herausgeber

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Thema

Psycho- und soziotherapeutische Interventionen – Jugendliche – Evidenzbericht zur S3-Leitlinie Behandlung cannabisbezogener Störungen

Auftraggeber

Bundesministerium für Gesundheit

Datum des Auftrags

24.06.2021

Interne Auftragsnummer

V21-06A

Anschrift des Herausgebers

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Im Mediapark 8
50670 Köln

Tel.: +49 221 35685-0

Fax: +49 221 35685-1

E-Mail: berichte@iqwig.de

Internet: www.iqwig.de

ISSN: 1864-2500

Dieser Bericht wurde ohne die Beteiligung externer Sachverständiger erstellt.

Für die Inhalte des Berichts ist allein das IQWiG verantwortlich.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IQWiG

- Kevin Rudolf
- Tatjana Hermanns
- Claudia Mischke
- Ulrike Paschen
- Wiebke Sieben
- Sarah Thys

Schlagwörter

Marihuana-Missbrauch, Psychotherapie, Adolescent, Systematische Übersicht

Keywords

Marijuana Abuse, Psychotherapy, Adolescent, Systematic Review

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Tabellenverzeichnis	v
Abbildungsverzeichnis	vii
Abkürzungsverzeichnis	viii
1 Hintergrund	1
2 Fragestellung	2
3 Projektverlauf	3
3.1 Zeitlicher Verlauf des Projekts	3
3.2 Spezifizierung im Projektverlauf	3
4 Methoden	4
4.1 Kriterien für den Einschluss von Studien	4
4.1.1 Population.....	4
4.1.2 Prüf- und Vergleichsintervention	4
4.1.3 Endpunkte.....	5
4.1.4 Studientypen	6
4.1.5 Studiendauer	6
4.1.6 Publikationssprache	6
4.1.7 Publikationszeitraum	6
4.1.8 Tabellarische Darstellung der Kriterien für den Studieneinschluss	6
4.1.9 Einschluss von Studien, die die vorgenannten Kriterien nicht vollständig erfüllen.....	7
4.2 Informationsbeschaffung	7
4.2.1 Fokussierte Informationsbeschaffung von systematischen Übersichten	7
4.2.2 Fokussierte Informationsbeschaffung von Studien	7
4.2.3 Selektion relevanter Studien.....	8
4.3 Informationsdarstellung und Synthese	8
4.3.1 Darstellung der Einzelstudien.....	8
4.3.2 Bewertung der Studienlimitationen (Verzerrungspotenzial).....	10
4.3.3 Metaanalysen.....	10
4.3.4 Bewertung der Qualität der Evidenz	10
4.3.4.1 Abwertung der Qualität der Evidenz	11
4.3.4.2 Aufwertung der Qualität der Evidenz.....	12
5 Ergebnisse	13
5.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung	13

5.2	Charakteristika der in die Evidenzdarstellung eingeschlossenen Studien	15
5.3	Übersicht der Endpunkte	43
5.4	Ergebnisse zu Endpunkten.....	46
5.4.1	Ergebnisse zum Vergleich MET vs. Wartekontrollgruppe	46
5.4.2	Ergebnisse zum Vergleich MET + TAU vs. TAU	48
5.4.3	Ergebnisse zum Vergleich MET + PE vs. Entspannungstraining + PE	50
5.4.4	Ergebnisse zum Vergleich KVT von Depression + MET/KVT von Substanzkonsum vs. E-TAU von Depression + MET/KVT von Substanzkonsum.....	52
5.4.5	Ergebnisse zum Vergleich KVT von Substanzkonsum vs. PE	55
5.4.6	Ergebnisse zum Vergleich I-KVT vs. E-TAU	56
5.4.7	Ergebnisse zum Vergleich I-MET/KVT vs. TAU.....	61
5.4.8	Ergebnisse zum Vergleich IFKVT vs. PE.....	65
5.4.9	Ergebnisse zum Vergleich Nachsorge: ACRA + CM vs. TAU	68
5.4.10	Ergebnisse zum Vergleich Nachsorge: ACRA + CM + KM _{Abs} + KM _{Adh} vs. TAU.....	72
5.4.11	Ergebnisse zum Vergleich Nachsorge: KM _{Abs} + KM _{Adh} + TAU vs. TAU	74
5.4.12	Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT5 vs. MET/KVT12.....	76
5.4.13	Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT5 vs. FSN + MET/KVT12	77
5.4.14	Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT12 vs. FSN + MET/KVT12	78
5.4.15	Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT5 vs. ACRA	79
6	Anmerkungen zu den Ergebnissen	80
7	Literatur	82
8	Studienlisten	90
8.1	Liste der identifizierten systematischen Übersichten	90
8.2	Liste der ausgeschlossenen Publikationen mit Ausschlussgründen	90
Anhang A Bewertung der Studienlimitationen.....		104
Anhang B Suchstrategien.....		111
B.1	Bibliografische Datenbanken.....	111
B.2	Studienregister	116

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Endpunkte für vergleichende Interventionsstudien und ihre Bewertung.....	5
Tabelle 2: Übersicht über die Kriterien für den Studieneinschluss.....	6
Tabelle 3: Studienpool der Evidenzdarstellung	15
Tabelle 4: Charakteristika der in die Evidenzdarstellung eingeschlossenen Studien	18
Tabelle 5: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien.....	23
Tabelle 6: Ein- / Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten in den Studien.....	37
Tabelle 7: Charakterisierung der Studienpopulationen.....	42
Tabelle 8: Matrix der Endpunkte	44
Tabelle 9: Evidenzprofil für den Vergleich MET vs. Wartekontrollgruppe – Nachbeobachtung – binäre Daten.....	46
Tabelle 10: Evidenzprofil für den Vergleich MET vs. Wartekontrollgruppe – Nachbeobachtung – stetige Daten	47
Tabelle 11: Evidenzprofil für den Vergleich MET + TAU vs. TAU – Nachbeobachtung – Incidence Rate Ratio.....	48
Tabelle 12: Evidenzprofil für den Vergleich MET + TAU vs. TAU – Nachbeobachtung – Zeit-bis-Ereignis Daten.....	49
Tabelle 13: Evidenzprofil für den Vergleich MET + PE vs. Entspannungstraining + PE – Nachbeobachtung – stetige Daten	50
Tabelle 14: Evidenzprofil für den Vergleich KVT von Depression + MET/KVT von Substanzkonsum vs. E-TAU von Depression + MET/KVT von Substanzkonsum – Interventionsende – binäre Daten	52
Tabelle 15: Evidenzprofil für den Vergleich KVT von Depression + MET/KVT von Substanzkonsum vs. E-TAU + MET/KVT von Substanzkonsum – Interventionsende – stetige Daten	53
Tabelle 16: Evidenzprofil für den Vergleich KVT von Substanzkonsum vs. PE – Nachbeobachtung – stetige Daten	55
Tabelle 17: Evidenzprofil für den Vergleich I-KVT vs. E-TAU – Nachbeobachtung – binäre Daten.....	56
Tabelle 18: Evidenzprofil für den Vergleich I-KVT vs. E-TAU – Nachbeobachtung – stetige Daten	58
Tabelle 19: Evidenzprofil für den Vergleich I-KVT vs. E-TAU – Nachbeobachtung – Incidence Rate Ratio.....	60
Tabelle 20: Evidenzprofil für den Vergleich I-MET/KVT vs. TAU – Nachbeobachtung – binäre Daten.....	61
Tabelle 21: Evidenzprofil für den Vergleich I-MET/KVT vs. TAU – Nachbeobachtung – stetige Daten	63
Tabelle 22: Evidenzprofil für den Vergleich IFKVT vs. PE – Nachbeobachtung – binäre Daten.....	65

Tabelle 23: Evidenzprofil für den Vergleich IFKVT vs. PE – Nachbeobachtung – stetige Daten.....	66
Tabelle 24: Evidenzprofil für den Vergleich Nachsorge: ACRA + CM vs. TAU – Interventionsende – binäre Daten	68
Tabelle 25: Evidenzprofil für den Vergleich Nachsorge: ACRA + CM vs. TAU – Nachbeobachtung – binäre Daten	69
Tabelle 26: Evidenzprofil für den Vergleich Nachsorge: ACRA + CM vs. TAU – Nachbeobachtung – stetige Daten	71
Tabelle 27: Evidenzprofil für den Vergleich Nachsorge: ACRA + CM + KM _{Abs} + KM _{Adh} vs. TAU – Nachbeobachtung – binäre Daten	72
Tabelle 28: Evidenzprofil für den Vergleich Nachsorge: ACRA + CM + KM _{Abs} + KM _{Adh} vs. TAU – Nachbeobachtung – stetige Daten.....	73
Tabelle 29: Evidenzprofil für den Vergleich Nachsorge: KM _{Abs} + KM _{Adh} + TAU vs. TAU – Nachbeobachtung – binäre Daten.....	74
Tabelle 30: Evidenzprofil für den Vergleich Nachsorge: KM _{Abs} + KM _{Adh} + TAU vs. TAU – Nachbeobachtung – stetige Daten	75
Tabelle 31: Evidenzprofil für den Vergleich MET/KVT5 vs. MET/KVT12 – Nachbeobachtung – binäre Daten.....	76
Tabelle 32: Evidenzprofil für den Vergleich MET/KVT5 vs. FSN + MET/KVT12 – Nachbeobachtung – binäre Daten.....	77
Tabelle 33: Evidenzprofil für den Vergleich MET/KVT12 vs. FSN + MET/KVT12 – Nachbeobachtung – binäre Daten.....	78
Tabelle 34: Evidenzprofil für den Vergleich MET/KVT5 vs. ACRA – Nachbeobachtung – binäre Daten.....	79
Tabelle 35: Studienlimitationen für die Studie Brown 2015.....	104
Tabelle 36: Studienlimitationen für die Studie Curry 2021	104
Tabelle 37: Studienlimitationen für die Studie Dennis 2004.....	105
Tabelle 38: Studienlimitationen für die Studie Esposito-Smythers 2011	106
Tabelle 39: Studienlimitationen für die Studie Godley 2007.....	107
Tabelle 40: Studienlimitationen für die Studie Godley 2014.....	107
Tabelle 41: Studienlimitationen für die Studie Kaminer 2002	108
Tabelle 42: Studienlimitationen für die Studie Latimer 2003.....	108
Tabelle 43: Studienlimitationen für die Studie Martin 2008.....	109
Tabelle 44: Studienlimitationen für die Studie Stein 2011	109
Tabelle 45: Studienlimitationen für die Studie Wolff 2020.....	110

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Ergebnis der Informationsbeschaffung	14

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
ACRA	Adolescent Community Reinforcement Approach
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.
DG-Sucht	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V.
DSM-IV / DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen), Edition 4 oder 5
DVG	Digitale-Versorgung-Gesetz
E-TAU	Enhanced Treatment as usual (erweiterte übliche Therapie)
FSN	Family Support Network
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (Bewertung von Empfehlungen, Entwicklung und Auswertung)
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme), 10. Revision
IFKVT	integrierte Familien- und kognitive Verhaltenstherapie
I-KVT	integrierte kognitive Verhaltenstherapie
I-MET/KVT	integrierte Therapie zur Motivationssteigerung mit kognitiver Verhaltenstherapie
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ITT	Intention to treat
KI	Konfidenzintervall
KVT	kognitive Verhaltenstherapie
MDFT	multidimensionale Familientherapie
MET	motivational enhancement therapy (Therapie zur Motivationssteigerung)
MET/KVT5	Therapie zur Motivationssteigerung und kognitive Verhaltenstherapie mit 5 Therapieeinheiten
MET/KVT12	Therapie zur Motivationssteigerung und kognitive Verhaltenstherapie mit 12 Therapieeinheiten
MWD	Mittelwertdifferenz
OR	Odds Ratio
PE	Psychoedukation
PICO	Participants Intervention Comparison Outcomes (Akronym für Studienteilnehmer, Interventionsgruppe, Vergleichsgruppe, Endpunkte)

Abkürzung	Bedeutung
RCT	Randomized controlled Trial (randomisierte kontrollierte Studie)
RD	absolute Risikodifferenz
SMD	standardisierte Mittelwertdifferenz
TAU	Treatment as usual (übliche Therapie)

1 Hintergrund

Auf Basis des Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG) kann die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Leitlinien vorschlagen, bei denen das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gemäß SGB V (§§ 139a Abs. 3 Nr. 3, 139b Abs. 6) deren Entwicklung oder Aktualisierung mit Evidenzrecherchen unterstützen soll [1].

Der vorliegende Auftrag umfasst die Beantwortung von Fragestellungen zur Weiterentwicklung zu einer interdisziplinären S3-Leitlinie „Behandlung cannabisbezogener Störungen“ (Registernummer der AWMF: 076-005) [2].

2 Fragestellung

Folgende Fragestellung wird untersucht:

- Darstellung von Evidenz bezüglich der Effekte von psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Interventionen zur Konsumreduktion und / oder zur Rückfallprophylaxe (z. B. Motivationsförderung, kognitive Verhaltenstherapie, Kontingenzmanagement, Familientherapie) im Vergleich zu keiner aktiven Behandlung, einer Wartekontrollgruppe oder einer anderen aktiven Behandlung bei jugendlichen Patientinnen und Patienten (< 18 Jahre) mit cannabisbezogenen Störungen.

3 Projektverlauf

3.1 Zeitlicher Verlauf des Projekts

Das IQWiG wurde am 24.06.2021 vom BMG beauftragt, die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP) und die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht) zur Weiterentwicklung zu einer interdisziplinären S3-Leitlinie „Behandlung cannabisbezogener Störungen“ [2] zu unterstützen.

Insgesamt wurden 4 Population-Intervention-Comparison-Outcome(PICO)-Fragen von den Leitlinienkoordinatorinnen und Leitlinienkoordinatoren in Abstimmung mit Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern und mit Beratung durch die AWMF formuliert, zu denen das IQWiG jeweils auf Basis einer Projektskizze einen Evidenzbericht erstellt hat. Die Projektbearbeitung im IQWiG begann mit dem Kick-off Treffen, an dem die Leitlinienkoordinatorin, eine Ansprechpartnerin der AWMF und Ansprechpartnerinnen des IQWiG teilnahmen. Das Kick-off-Treffen hat am 09.08.2021 stattgefunden. Diese Evidenzberichte wurden an die Koordinatorinnen und Koordinatoren der Leitlinienerstellung sowie an die zuständige Ansprechpartnerin für die Leitlinie bei der AWMF übermittelt.

Nach Abschluss aller Evidenzberichte für diesen Auftrag wurden diese zusammen an das BMG übermittelt und 4 Wochen später auf der Website des IQWiG veröffentlicht.

3.2 Spezifizierung im Projektverlauf

Abschnitt 4.1.1: Es wurde spezifiziert, was unter der systematischen Erhebung von Haupt- oder Nebendiagnosekriterien des schädlichen, bzw. bis zur Abhängigkeit führenden Konsums von pflanzlichem Cannabis nach DSM-IV, DSM-5 oder ICD-10 verstanden wird.

Abschnitt 4.1.2: Es wurde spezifiziert, wie Therapien zur Motivationssteigerung zusammengefasst werden. Zusätzlich wurde spezifiziert, welche Vergleichsinterventionen in der Kategorie „aktive Behandlung“ betrachtet wurden sowie unter welchen Voraussetzungen Vergleiche verschiedener aktiver Interventionen dargestellt wurden.

Abschnitt 4.2.1: Das Suchdatum der Recherche nach systematischen Übersichten wurde auf den Zeitraum ab 2015 eingeschränkt.

4 Methoden

Die PICO-Fragestellung wird durch die Darstellung von Evidenzprofilen beantwortet. Die Erstellung der Evidenzprofile erfolgte auf Grundlage der methodischen Vorgaben von Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) [3] und ist konform zu den Allgemeinen Methoden [4].

4.1 Kriterien für den Einschluss von Studien

4.1.1 Population

In die Evidenzdarstellung wurden Studien mit jugendlichen Patientinnen und Patienten (< 18 Jahre) mit cannabisbezogenen Störungen, z. B. nach DSM-IV, DSM-5 oder ICD-10, aufgenommen. Dabei musste als Haupt- oder Nebendiagnose der schädliche, bzw. bis zur Abhängigkeit führende Konsum von pflanzlichem Cannabis nach DSM-IV, DSM-5 oder ICD-10 diagnostiziert oder systematisch erhoben worden sein.

Unter einer systematischen Erhebung von Haupt- oder Nebendiagnose wurden auch Patientinnen und Patienten ohne Angabe einer Diagnosestellung, die aber zur stationären oder ambulanten Behandlung ihres Cannabiskonsums in einer spezialisierten Klinik waren oder zu einer solchen Behandlung weitergeleitet wurden, verstanden.

Von der Population ausgeschlossen waren Patientinnen und Patienten, die Cannabis als Medizin erhielten oder synthetisch hergestellte Cannabinoide konsumierten.

4.1.2 Prüf- und Vergleichsintervention

Die zu prüfenden Interventionen stellte die Behandlung mit psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Interventionen zur Konsumreduktion und / oder Rückfallprophylaxe in Anlehnung an die systematische Übersicht von Gates 2016 [5] dar. Dazu gehörten insbesondere folgende Interventionen:

- Motivationsförderung
- Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)
- Kontingenzmanagement
- Kombinationen der zuvor genannten Interventionen

Darüber hinaus wurde die Familientherapie zur Konsumreduktion und / oder Rückfallprophylaxe als Prüfintervention eingeschlossen.

Als Intervention zur Motivationsförderung wurde die Therapie zur Motivationssteigerung (MET) eingeschlossen. Diese basiert auf den Grundsätzen der motivierenden Gesprächsführung („Motivational Interviewing“) nach Miller und Rollnick [6]. Da diese beiden Konzepte in den Studien nicht immer klar voneinander zu trennen sind und die Begriffe häufig synonym verwendet werden, werden sie nachfolgend unter dem Begriff MET zusammengefasst.

Als Vergleichsinterventionen galten keine aktive Behandlung, eine Wartekontrollgruppe oder eine andere aktive Behandlung. Als andere aktive Behandlung galten übliche Therapie (TAU), Attention-Control-Gruppen sowie Interventionen aus der Kategorie der Prüfinderventionen. Vergleiche verschiedener aktiver Interventionen wurden nur dann dargestellt, wenn für mindestens eine der betrachteten Interventionen ein Vorteil angenommen werden konnte. Hierfür musste für mindestens eine der betrachteten aktiven Interventionen Evidenz auf Basis vergleichender Studien gegenüber keiner Zusatzbehandlung (keine aktive Behandlung, Attention-Control-Gruppen, Sockeltherapie) oder TAU vorgelegen haben, in denen sich in der Gesamtschau der betrachteten Endpunkte ein Vorteil zeigte. Lagen keine Studien für einen solchen Vergleich vor oder zeigte sich kein Vorteil bezüglich der betrachteten Endpunkte, wurden die Vergleiche verschiedener aktiver Interventionen nicht dargestellt.

Als Prüf- und Vergleichsintervention ausgeschlossen waren medikamentöse sowie digitale Interventionen wie zum Beispiel app-, web- und CD-ROM-basierte Interventionen. Diese wurden in separaten Fragestellungen bearbeitet. Digitale Interventionen, die ausschließlich auf einer digitalen Interaktion mit einer Therapeutin oder einem Therapeuten beruhen, waren hingegen nicht ausgeschlossen.

4.1.3 Endpunkte

Die Darstellung der Evidenzgrundlage erfolgte anhand von Endpunkten, die durch die Leitliniengruppe festgelegt und hinsichtlich ihrer Bedeutung für die jugendlichen Patientinnen und Patienten mit cannabisbezogenen Störungen den Kategorien „kritisch für die Entscheidung“ (im Folgenden: kritisch) und „wichtig, aber nicht kritisch für die Entscheidung“ (im Folgenden: wichtig) zugeordnet worden sind (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Endpunkte für vergleichende Interventionsstudien und ihre Bewertung

Zuordnung der Endpunkte	Endpunkte
Kritisch (Bewertung durch die Leitliniengruppe)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cannabisabstinenz ▪ Häufigkeit des Cannabiskonsums ▪ Menge des Cannabiskonsums ▪ Schwere der Abhängigkeit (severity of dependence scale) ▪ Verbesserung cannabisbedingter Probleme
Wichtig (Bewertung durch die Leitliniengruppe)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Symptomreduktion oder Remission als Indexwert der cannabisbedingten Störungen nach ICD-10, DSM-IV oder DSM-5 ▪ Aufhör- / Veränderungsmotivation ▪ psychische Probleme ▪ anderer Substanzkonsum
DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems	

4.1.4 Studientypen

Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) sind, sofern sie methodisch adäquat und der jeweiligen Fragestellung angemessen durchgeführt wurden, mit der geringsten Ergebnisunsicherheit behaftet. Sie liefern daher die zuverlässigsten Ergebnisse für die Evidenzdarstellung einer medizinischen Intervention.

Für alle in Abschnitt 4.1.2 genannten Interventionen und alle in 4.1.3 genannten Endpunkte war eine Evaluation im Rahmen von RCTs möglich und praktisch durchführbar.

Für den zu erstellenden Evidenzbericht sind daher RCTs als relevante wissenschaftliche Literatur in die Evidenzdarstellung eingeflossen.

4.1.5 Studiendauer

Hinsichtlich der Studiendauer bestand keine Einschränkung.

4.1.6 Publikationssprache

Die Publikation musste in deutscher oder englischer Sprache verfasst sein.

4.1.7 Publikationszeitraum

Hinsichtlich des Publikationszeitraums bestand keine Einschränkung.

4.1.8 Tabellarische Darstellung der Kriterien für den Studieneinschluss

In der folgenden Tabelle 2 sind die Kriterien aufgelistet, die Studien erfüllen mussten, um in die Evidenzdarstellung eingeschlossen zu werden.

Tabelle 2: Übersicht über die Kriterien für den Studieneinschluss

Einschlusskriterien	
E1	Population: jugendliche Patientinnen und Patienten (< 18 Jahre) mit cannabisbezogenen Störungen (siehe auch Abschnitt 4.1.1)
E2	Prüfintervention: Behandlung mit psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Interventionen (siehe auch Abschnitt 4.1.2)
E3	Vergleichsintervention: keine aktive Behandlung, Wartekontrollgruppe oder eine andere aktive Behandlung (siehe auch Abschnitt 4.1.2)
E4	kritische oder wichtige Endpunkte wie in Abschnitt 4.1.3 formuliert
E5	Studientypen: RCTs, wie in Abschnitt 4.1.4 formuliert
E6	Publikationssprache: Deutsch oder Englisch (siehe auch Abschnitt 4.1.6)
E7	Vollpublikation verfügbar ^a
<p>a. Als Vollpublikation gilt in diesem Zusammenhang auch ein Studienbericht gemäß ICH E3 [7] oder ein Bericht über die Studie, der den Kriterien des CONSORT-Statements [8] genügt und eine Bewertung der Studie ermöglicht, sofern die in diesen Dokumenten enthaltenen Informationen zur Studienmethodik und zu den Studienergebnissen nicht vertraulich sind.</p> <p>CONSORT: Consolidated Standards of Reporting Trials; ICH: International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use; RCT: randomisierte kontrollierte Studie</p>	

4.1.9 Einschluss von Studien, die die vorgenannten Kriterien nicht vollständig erfüllen

Für die Einschlusskriterien E1 (Population), E2 (Prüfintervention, bezogen auf die Interventionsgruppe der Studie) und E3 (Vergleichsintervention, bezogen auf die Vergleichsgruppe der Studie) reichte es aus, wenn bei mindestens ca. 80 % der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten diese Kriterien erfüllt waren. Lagen für solche Studien Subgruppenanalysen für Patientinnen und Patienten vor, die die Einschlusskriterien erfüllten, wurde auf diese Analysen zurückgegriffen. Studien, bei denen die Einschlusskriterien E1, E2 und E3 bei weniger als ca. 80 % erfüllt waren, konnten ggf. unberücksichtigt bleiben.

4.2 Informationsbeschaffung

4.2.1 Fokussierte Informationsbeschaffung von systematischen Übersichten

Parallel zur Erstellung der Projektskizze erfolgte eine Recherche nach systematischen Übersichten in der Datenbank MEDLINE (umfasst auch die Cochrane Database of Systematic Reviews), HTA Database sowie auf den Websites des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) und der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Die Suche wurde auf das Publikationsdatum ab 2015 eingeschränkt. Die Suche fand am 12.08.2021 statt. Die Suchstrategien für die Suche in bibliografischen Datenbanken finden sich in Anhang B.

Die Selektion erfolgte durch 1 Person und wurde anschließend von einer 2. Person überprüft. Diskrepanzen wurden durch Diskussion zwischen beiden aufgelöst.

Es wurde geprüft, ob mindestens eine hochwertige und aktuelle systematische Übersicht infrage kam, deren Informationsbeschaffung als Grundlage für die Evidenzdarstellung verwendet werden konnte (im Folgenden: Basis-SÜ). Dafür erfolgte eine Bewertung der Qualität der Informationsbeschaffung dieser systematischen Übersicht(en). Konnte mindestens eine diesbezüglich hochwertige und aktuelle Basis-SÜ identifiziert werden, wurden die zugrunde liegenden Studien beziehungsweise Dokumente von 1 Person auf deren Relevanz für die vorliegende Evidenzdarstellung geprüft und das Ergebnis von einer 2. Person überprüft. Bewertungen der Studienlimitationen bzw. der Studienqualität der eingeschlossenen Studien oder die Datenextraktion aus den systematischen Übersichten wurden nicht übernommen.

Die finale Entscheidung, welche systematische(n) Übersicht(en) als Basis-SÜ für die Evidenzdarstellung herangezogen wurde(n), erfolgte nach Erstellung der Projektskizze anhand der darin festgelegten Kriterien. In jedem Fall wurden die Referenzlisten der identifizierten systematischen Übersichten hinsichtlich relevanter Primärstudien gesichtet (siehe 4.2.2).

4.2.2 Fokussierte Informationsbeschaffung von Studien

Bei einer systematischen Recherche nach relevanten Studien beziehungsweise Dokumenten wurden folgende primäre und weitere Informationsquellen sowie Suchtechniken berücksichtigt:

Primäre Informationsquellen

- bibliografische Datenbanken
 - MEDLINE
 - Cochrane Central Register of Controlled Trials
- Studienregister (Es erfolgt eine Einschränkung auf Studienergebnisse)
 - U.S. National Institutes of Health. ClinicalTrials.gov
 - World Health Organization. International Clinical Trials Registry Platform Search Portal

Weitere Informationsquellen und Suchtechniken

- Anwendung weiterer Suchtechniken
 - Sichten von Referenzlisten identifizierter systematischer Übersichten
 - Identifizieren von Studienregistereinträgen zu eingeschlossen Studien

4.2.3 Selektion relevanter Studien

Selektion relevanter Studien bzw. Dokumente aus den Ergebnissen der bibliografischen Recherche

Die in bibliografischen Datenbanken identifizierten Treffer wurden in einem 1. Schritt anhand ihres Titels und, sofern vorhanden, Abstracts in Bezug auf ihre potenzielle Relevanz bezüglich der Einschlusskriterien bewertet. Als potenziell relevant erachtete Dokumente wurden in einem 2. Schritt anhand ihres Volltextes auf Relevanz geprüft. Beide Schritte erfolgten durch 2 Personen unabhängig voneinander. Diskrepanzen wurden durch Diskussion zwischen beiden aufgelöst.

Selektion relevanter Studien bzw. Dokumente aus weiteren Informationsquellen

Rechercheergebnisse aus den folgenden Informationsquellen wurden von 1 Person auf Studien gesichtet:

- Studienregister
- Referenzlisten identifizierter systematischer Übersichten

Die identifizierten Studien wurden dann auf ihre Relevanz geprüft. Der gesamte Prozess wird anschließend von einer 2. Person überprüft. Sofern in einem der genannten Selektionsschritte Diskrepanzen auftraten, wurden diese jeweils durch Diskussion zwischen beiden aufgelöst.

4.3 Informationsdarstellung und Synthese

4.3.1 Darstellung der Einzelstudien

Alle für den Evidenzbericht notwendigen Informationen wurden aus den Unterlagen zu den eingeschlossenen Studien in standardisierte Tabellen extrahiert. Ergaben sich im Abgleich der

Informationen aus unterschiedlichen Dokumenten zu einer Studie (aber auch aus multiplen Angaben zu einem Aspekt innerhalb eines Dokumentes selbst) Diskrepanzen, die auf die Interpretation der Ergebnisse erheblichen Einfluss haben könnten, wurde dies an den entsprechenden Stellen des Berichts dargestellt.

Die Extraktion erfolgte durch eine Person und wurde von einer 2. Person auf Grundlage der Studien kontrolliert.

Die Ergebnisse zu den in den Studien berichteten kritischen und wichtigen Endpunkten werden im Bericht vergleichend beschrieben.

Die Bewertung des Einflusses der Studienlimitationen auf die berichtsrelevanten Ergebnisse wird unter 4.3.2 endpunktspezifisch pro Studie beschrieben. Anschließend werden die Informationen zu den ausgewählten Endpunkten in Evidenzprofilen zusammengeführt und analysiert [9]. Wenn möglich wurden über die Gegenüberstellung der Ergebnisse der Einzelstudien hinaus die in den Abschnitten 4.3.3 und 4.3.4 beschriebenen Verfahren eingesetzt.

Für binäre Daten wurde als relativer Effektschätzer primär das Odds Ratio (OR) herangezogen. Dabei wurde im Fall von 0 Ereignissen in einem Studienarm bei der Berechnung von Effekt und Konfidenzintervall (KI) der Korrekturfaktor 0,5 in beiden Studienarmen verwendet. Für absolute Effekte wurde vorrangig die absolute Risikodifferenz (RD) verwendet. Das Basisrisiko wurde in der Regel durch den Median des Risikos der Kontrollgruppe in den eingeschlossenen Einzelstudien bestimmt. Auf Grundlage dieses angenommenen Basisrisikos wurden mit Hilfe des relativen Gesamtschätzers der Metaanalyse das absolute Risiko in der Interventionsgruppe und die Risikodifferenz errechnet. Zur Abschätzung der quantitativen Ergebnisunsicherheit wurden ergänzend die oberen und unteren Konfidenzgrenzen der RD basierend auf den Konfidenzintervallgrenzen des relativen Gesamtschätzers der Metaanalyse berechnet. Wurde keine Metaanalyse durchgeführt, erfolgte eine Berechnung der RD pro Studie durch die Risiken in den beiden Behandlungsgruppen; als zugehöriges KI wurde standardmäßig das KI nach der Wilson-Score-Methode [10] angegeben. Sollte das Ergebnis des CSZ-Tests [11] qualitativ nicht zum Ergebnis des KI nach der Wilson-Score-Methode, sondern zum Wald-KI passen, wurde dieses angegeben.

Für stetige Daten wurde primär die Mittelwertdifferenz (MWD) herangezogen. Falls notwendig (z. B. wenn verschiedene Skalen gepoolt werden sollten oder dies zur Bewertung der Qualität der Evidenz benötigt wurde), wurde außerdem eine standardisierte Mittelwertdifferenz (SMD, z. B. Hedges' g) angegeben.

Ergebnisse blieben ggf. im Evidenzbericht unberücksichtigt, wenn ein großer Anteil der in die Auswertung eigentlich einzuschließenden Personen nicht in der Auswertung berücksichtigt worden war. Für die Entscheidung hierüber wurde sich an einem Anteil von ca. 70 % orientiert, die in der Auswertung mindestens berücksichtigt sein sollten.

Die Ergebnisse konnten ggf. auch dann unberücksichtigt bleiben, wenn der Unterschied der Anteile nicht berücksichtigter Personen zwischen den Gruppen sehr groß war. Als Orientierung für die Entscheidung diente ein Unterschied von 15 Prozentpunkten.

4.3.2 Bewertung der Studienlimitationen (Verzerrungspotenzial)

Der Einfluss möglicher Studienlimitationen auf die Ergebnisse wurde endpunktspezifisch pro Studie insbesondere anhand folgender Kriterien bewertet:

- adäquate Erzeugung der Randomisierungssequenz
- Verdeckung der Gruppenzuteilung
- Verblindung
- Umsetzung des Intention-to-treat(ITT)-Prinzips
- ergebnisunabhängige Berichterstattung

4.3.3 Metaanalysen

Metaanalysen kamen nicht zur Anwendung.

4.3.4 Bewertung der Qualität der Evidenz

Alle für den Evidenzbericht relevanten Ergebnisse wurden hinsichtlich der Beeinflussung durch Studienlimitationen, des Risikos von Publikationsbias, der Genauigkeit und Konsistenz der Effekte, der Übertragbarkeit und ggf. hinsichtlich möglicher Aspekte zur Aufwertung der Qualität der Evidenz überprüft. Für jeden für die Entscheidung kritischen und wichtigen Endpunkt wurde eine endpunktbezogene studienübergreifende Aussage zur Qualität der Evidenz in 4 Abstufungen bezüglich der jeweiligen Aussagesicherheit getroffen und diese in eine der Stufen hohe, moderate, niedrige und sehr niedrige Qualität der Evidenz entsprechend der GRADE-Guideline eingeteilt [12,13]:

- Eine hohe Qualität der Evidenz bedeutet, dass der wahre Effekt sehr sicher nahe bei dem Effektschätzer liegt.
- Eine moderate Qualität der Evidenz bedeutet, dass der wahre Effekt wahrscheinlich nahe bei dem Effektschätzer liegt, aber die Möglichkeit besteht, dass er relevant verschieden ist.
- Eine niedrige Qualität der Evidenz bedeutet, dass der wahre Effekt durchaus relevant verschieden zum Effektschätzer sein kann.
- Eine sehr niedrige Qualität der Evidenz bedeutet, dass der wahre Effekt wahrscheinlich relevant verschieden vom Effektschätzer ist.

Die Bewertung erfolgte durch 2 Personen unabhängig voneinander. Diskrepanzen wurden durch Diskussion zwischen beiden aufgelöst.

Ergebnissen aus RCTs wurde im 1. Bewertungsschritt eine hohe, Ergebnissen aus Beobachtungsstudien eine niedrige Qualität der Evidenz attestiert [12]. Von dieser rein designbedingten Einschätzung ausgehend, wurde bei Studienlimitationen, einem Risiko von Publikationsbias, fehlender Genauigkeit der Effekte, inkonsistenten Effekten oder eingeschränkter Übertragbarkeit die Qualität der Evidenz abgewertet sowie bei (sehr) großen Effekten, einer Dosis-Wirkungs-Beziehung oder, wenn die Berücksichtigung aller potenziellen Confounder zu einer Effekterhöhung / Verstärkung des beobachteten Ergebnisses führen würde, aufgewertet. Unterstützend für diese Bewertungsschritte sollten Sensitivitätsanalysen durchgeführt werden.

4.3.4.1 Abwertung der Qualität der Evidenz

A: Studienlimitationen

Die Qualität der Evidenz wurde aufgrund von schwerwiegenden oder sehr schwerwiegenden Studienlimitationen um 1 oder 2 Stufen abgewertet, wenn starke Limitierungen in einem oder mehreren der in Abschnitt 4.3.2 genannten Kriterien das Vertrauen in die Effektschätzung beeinträchtigten. Die endpunktbezogene studienübergreifende Bewertung der Studienlimitationen erfolgte unter Berücksichtigung des Einflusses der einzelnen Studien auf die Effektschätzung für jeden Endpunkt. Gründe für eine Abwertung wurden transparent beschrieben [14].

B: Inkonsistente (heterogene) Effekte

Dieses Kriterium kam für diesen Evidenzbericht nicht zur Anwendung, da jeweils nur 1 Studie pro Endpunkt, Beobachtungszeitpunkt und Vergleich vorlag.

C: Indirektheit

Die Qualität der Evidenz wurde bei starker oder sehr starker Indirektheit um 1 oder 2 Stufen abgewertet. Indirektheit konnte auf Abweichungen zwischen dem PICO und den Einschlusskriterien der Studien basieren [15].

D: Publikationsbias

Die Qualität der Evidenz sollte um 1 Stufe abgewertet werden, wenn ein Publikationsbias wahrscheinlich oder sehr wahrscheinlich war.

Kriterien für die Annahme eines Publikationsbias umfassten eine Evidenzgrundlage, welche vorrangig auf kleinen Studien und wenigen Ereignissen beruhte, einen beobachteten Zusammenhang zwischen Größe der Effektschätzung und Studiengröße (oder Genauigkeit der Effekte) zeigte, vorzeitige Studienabbrüche auf der Grundlage von hohen Effektschätzungen aufwies oder Auffälligkeiten in der gesichteten Datenlage erkennen ließ [16].

E: Fehlende Genauigkeit der Effekte

Die Qualität der Evidenz wurde wegen geringer oder sehr geringer Genauigkeit der Effekte um 1 oder 2 Stufen abgewertet. Maßgeblich hierfür war die Lage und Breite des

95 %-Konfidenzintervalls. Außerdem konnten sehr kleine Fallzahlen zu einer Abwertung wegen fehlender Genauigkeit führen [17]. Bei ausreichender Patientenzahl wurde regelhaft nicht abgewertet, wenn das Konfidenzintervall eines Effekts (relativ oder absolut im Fall binärer Daten bzw. Mittelwertdifferenz oder standardisierte Mittelwertdifferenz im Fall stetiger Daten) einen signifikanten Unterschied anzeigte.

Andernfalls erfolgte eine Abwertung wegen fehlender Präzision, falls das Konfidenzintervall (des relativen Effekts bei binären Daten bzw. Hedges' g bei stetigen Daten) einen großen Effekt und gleichzeitig auch den Nulleffekt überdeckte. Bei binären Daten wurde unter einem großen Effekt eine Halbierung oder eine Verdopplung (0,5 oder 2) des relativen Effekts verstanden. Bei stetigen Daten wurde von einem großen Effekt ausgegangen, wenn das Konfidenzintervall für eine standardisierte Mittelwertdifferenz die Grenze 0,5 oder -0,5 umfasste. In diesen Fällen sollte eine Abwertung wegen fehlender Genauigkeit um 1 Stufe in Betracht gezogen werden. Eine Abwertung um 2 Stufen wurde in Fällen in Betracht gezogen, in denen die zuvor genannten Konfidenzintervallgrenzen beide, d. h. z. B. im Fall binärer Daten sowohl 0,5 als auch 2 im Konfidenzintervall enthalten waren.

4.3.4.2 Aufwertung der Qualität der Evidenz

A: Große Effekte

Die Qualität der Evidenz sollte in methodisch guten, nicht randomisierten Interventionsstudien bei großen bzw. sehr großen Effekten um 1 oder 2 Stufen aufgewertet werden. Eine Aufwertung um 1 Stufe war bei großen Effekten möglich, wenn beispielsweise das relative Risiko zwischen 2 und 5 bzw. zwischen 0,2 und 0,5 lag, ohne dass plausible Confounder diesen Effekt verringern könnten. Eine Aufwertung um 1 weitere Stufe konnte bei sehr großen Effekten erfolgen, wenn beispielsweise das relative Risiko über 5 bzw. unter 0,2 lag, keine relevanten Verzerrungsrisiken vorlagen und die Effekte präzise (mit hinreichend schmalen Konfidenzintervallen) geschätzt werden konnten [18].

B: Dosis-Wirkungs-Beziehung

Die Qualität der Evidenz sollte bei einer Dosis-Wirkungs-Beziehung aufgewertet werden [18].

C: Confounding

Die Qualität der Evidenz sollte bei einer möglichen Verstärkung des beobachteten Ergebnisses bei Berücksichtigung aller potenziellen Confounder oder Verzerrungsquellen aufgewertet werden [18].

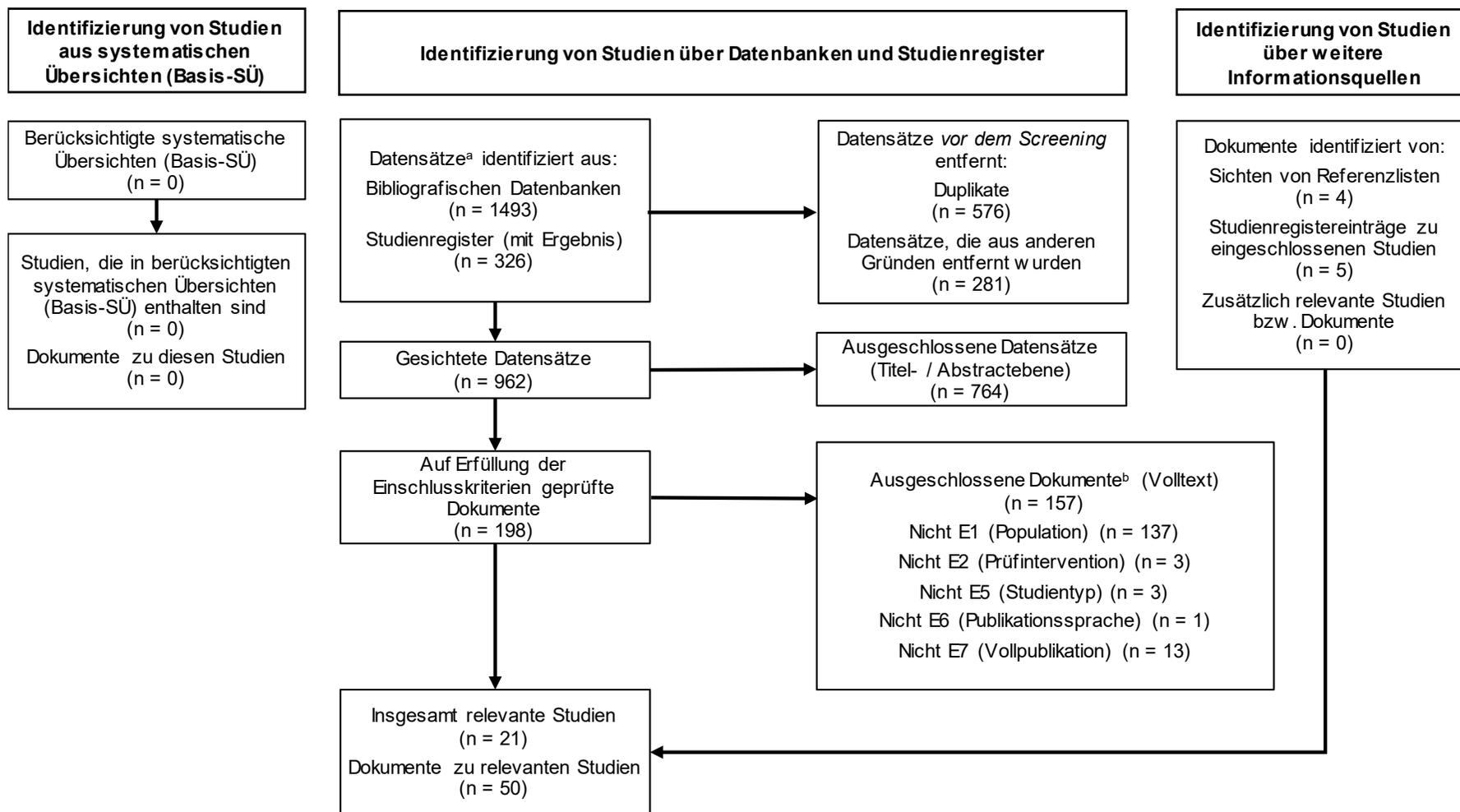
5 Ergebnisse

5.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung

Abbildung 1 zeigt das Ergebnis der Informationsbeschaffung inklusive Studienselektion gemäß den Kriterien für den Studieneinschluss. Die Suchstrategien für die Suche in bibliografischen Datenbanken (letzte Suche am 02.09.2021) und der Suche in Studienregistern (letzte Suche am 07.10.2021) sind in Anhang B dargestellt.

Die Referenzen der als Volltexte geprüften, jedoch ausgeschlossenen Treffer finden sich mit Angabe des jeweiligen Ausschlussgrundes in Abschnitt 8.2.

Von den 2 identifizierten systematischen Übersichten (siehe Abschnitt 8.1) wurde keine als Basis-SÜ herangezogen.



a. Datensatz: Titel oder Abstract (oder beides) einer Studie, der in einer Datenbank (z. B. Medline) oder auf einer Website indiziert ist
 b. nicht gelistete Ein- und Ausschlusskriterien (n = 0)

Abbildung 1: Ergebnis der Informationsbeschaffung

Resultierender Studienpool

Durch die verschiedenen Rechenschritte konnten insgesamt 21 relevante Studien identifiziert werden (siehe auch Tabelle 3).

Tabelle 3: Studienpool der Evidenzdarstellung

Studie	Verfügbare Dokumente	
	Vollpublikation (in Fachzeitschriften)	Registereintrag / Ergebnisbericht aus Studienregistern
Brown 2015	ja [19]	nein / nein
Curry 2021	ja [20]	ja [21] / nein
Dennis 2004	ja [22-27]	nein / nein
Esposito-Smythers 2011	ja [28]	nein / nein
Godley 2007	ja [29,30]	nein / nein
Godley 2014	ja [31]	nein / nein
Kaminer 2002	ja [32]	nein / nein
Kaminer 2017 ^a	ja [33,34]	nein / nein
Latimer 2003	ja [35]	nein / nein
Martin 2008	ja [36]	nein / nein
Stein 2011	ja [37-40]	nein / nein
Wolff 2020	ja [41,42]	ja [43] / nein
Studien mit nicht dargestellten Vergleichen		
Henggeler 2006 ^{b,c}	ja [44]	nein / nein
Kaminer 2014 ^b	ja [45]	nein / nein
Killeen 2012 ^b	ja [46]	nein / nein
Liddle 2008 ^c	ja [47]	nein / nein
Liddle 2018 ^c	ja [48]	ja [49] / nein
Rigter 2013 ^c	ja [50-60]	ja [61,62] / nein
Rohde 2014 ^c	ja [63]	nein / nein
Stanger 2009 ^b	ja [64-66]	nein / nein
Stanger 2015 ^b	ja [67]	ja [68] / ja
<p>a. In dieser Studie wurden keine verwertbaren Ergebnisse berichtet (siehe Abschnitt 5.2).</p> <p>b. Die Studie wird nicht weiter berücksichtigt, da sie lediglich Vergleiche von Interventionen beinhaltet, aus denen kein Vorteil gegenüber keiner Zusatzbehandlung oder TAU ableitbar ist (siehe Abschnitt 4.1.2 und 5.2).</p> <p>c. Die Studie wird im IQWiG-Bericht N21-03 „Systemische Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen“ dargestellt (siehe Abschnitt 5.2).</p>		

5.2 Charakteristika der in die Evidenzdarstellung eingeschlossenen Studien

In der Studie Kaminer 2017 wurden keine verwertbaren Daten berichtet (siehe Tabelle 8). Der Anteil fehlender Werte lag in beiden Behandlungsgruppen deutlich über 30 %. Diese Studie wird daher im Folgenden ausschließlich in Tabelle 8 aufgeführt.

Die Studien Henggeler 2006, Liddle 2008, Liddle 2018, Rigter 2013 und Rohde 2014 untersuchten Interventionen aus dem Bereich der systemischen Therapie und wurden im IQWiG-Bericht N21-03 „Systemische Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen“ eingeschlossen. Diese 5 Studien werden daher im Folgenden ausschließlich in Tabelle 8 aufgeführt.

In der Publikation Dennis 2004 wurden 2 Studien berichtet, die nachfolgend mit (I) und (II) benannt werden. In beiden Studien liegen jeweils 3 Interventionsarme vor, die miteinander verglichen werden. In Dennis 2004 (II) wurde in 1 Interventionsarm eine multidimensionale Familientherapie (MDFT) eingesetzt. Da diese einen systemischen Therapieansatz beinhaltet, wurden die Vergleiche mit der MDFT im IQWiG-Bericht N21-03 „Systemische Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen“ berücksichtigt und Informationen zum MDFT-Interventionsarm im Folgenden ausschließlich in Tabelle 4 aufgeführt.

In den Studien Henggeler 2006, Kaminer 2014, Killeen 2012, Liddle 2018, Stanger 2009 und Stanger 2015 wurden ausschließlich Vergleiche von verschiedenen aktiven Interventionen betrachtet. Für keine der betrachteten aktiven Interventionen zeigte sich im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung bzw. TAU ein Vorteil bezüglich der betrachteten Endpunkte (siehe Abschnitt 4.1.2). Diese 6 Studien werden daher im vorliegenden Bericht nicht dargestellt und im Folgenden ausschließlich in Tabelle 4 und Tabelle 8 aufgeführt.

Die KVT wird in der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses [69] aufgeführt. Daher wird ein Nutzen der KVT vorausgesetzt. Weiterhin ist anzunehmen, dass die MET weder zu einer Reduktion des Nutzens noch zu einer Erhöhung des Schadens einer kognitiven Verhaltenstherapie führt. Daher werden Vergleiche einer MET/KVT mit einer anderen aktiven Intervention im Evidenzbericht dargestellt, auch wenn keine Studien vorlagen, die einen Vorteil zugunsten der MET/KVT im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung bzw. TAU zeigten.

Studiendesign und Studienpopulationen

In diesem Abschnitt werden die eingeschlossenen Studien charakterisiert.

Es handelt sich bei den Studien mit dargestellten Vergleichen und verwertbaren Ergebnissen um 11 RCTs, die jeweils zwischen 20 und 102 Patientinnen und Patienten mit cannabisbezogener Störung in den einzelnen Studienarmen einschlossen. 10 Studien wurden in den USA und 1 in Australien [36] durchgeführt. In der Mehrheit der Studien (6 von 11) betrug die Interventionsdauer zwischen 10 und 16 Wochen [20,23,30,31,35,42]. Die Nachbeobachtungszeit in den Studien betrug 3 bis 12 Monate. In 8 der 11 Studien wurden die Nachbeobachtungszeitpunkte ausgehend vom jeweiligen Interventionsende angegeben [20,32,35,36,42] oder ließen sich aufgrund der beschriebenen Interventionsdauer entsprechend umrechnen [28,30,31]. In Dennis 2004 orientierte sich die Dauer der Nachbeobachtung am Zeitpunkt der Datenerhebung zu Baseline, in Brown 2015 am Zeitpunkt der Entlassung aus der psychiatrischen Klinik, in Stein 2011 war die Entlassung aus der Strafvollzugsanstalt der

relevante Zeitpunkt für die Berechnung der Nachbeobachtungszeit. In Curry 2021 wurden keine Daten aus der geplanten Nachbeobachtung berichtet.

Die Prüfintervention wurde in 9 Studien ambulant durchgeführt. In Brown 2015 wurde sie hingegen in einer stationären psychiatrischen Einrichtung zusätzlich zur üblichen Therapie durchgeführt. Die Studie Stein 2011 wurde im Strafvollzug durchgeführt. Die Interventionen in Godley 2007 und Godley 2014 wurden im unmittelbaren Anschluss an eine stationäre Behandlung von Substanzkonsumstörungen als ambulante Nachsorge („continuing care“) durchgeführt. In Curry 2021 wurden die Patientinnen und Patienten erst nach 4-wöchiger Behandlung mit MET/KVT von Substanzkonsum in Abhängigkeit ihrer Response randomisiert: ausschließlich die Patientinnen und Patienten, die nach den 4 Wochen keine Verbesserung in depressionsspezifischen Parametern zeigten, wurden in eine KVT von Depression bzw. die übliche Therapie von Depression randomisiert. Entsprechend werden nur diese Patientinnen und Patienten ab dem Zeitpunkt der Randomisierung im Evidenzbericht berücksichtigt.

Tabelle 4: Charakteristika der in die Evidenzdarstellung eingeschlossenen Studien (mehreseitige Tabelle)							
Studie	Studien- design	Patientenzahl (randomisiert) N	Intervention	Vergleich	Setting	Ort und Zeitraum der Durchführung	Interventionsdauer; spätester Nachbeobach- tungszeitpunkt nach Interventionsende
Brown 2015	RCT	I: 79 C: 72	MET + TAU	TAU	stationär (psychiatrische Klinik)	USA ^a ; k. A.	ca. 7 Tage ^b ; 12 Monate
Curry 2021	RCT	I: 25 C: 25	KVT (von Depression) + MET/KVT (von Substanzkonsum)	E-TAU (von Depression) + MET/KVT (von Substanzkonsum)	ambulant	USA; k. A.	10 Wochen ^c ; 9 Monate
Dennis 2004 (I)	RCT	I ₁ : 102	MET/KVT5	I ₂ / I ₃	ambulant	USA; 1997 bis 2001	7 Wochen; 12 Monate
		I ₂ : 96	MET/KVT12	I ₁ / I ₃			12–14 Wochen; 12 Monate
		I ₃ : 102	FSN + MET/KVT12	I ₁ / I ₂			12–14 Wochen; 12 Monate
Dennis 2004 (II)	RCT	I ₄ : 100	MET/KVT5	I ₅	ambulant	USA, 1997 bis 2001	7 Wochen; 12 Monate
		I ₅ : 100	ACRA	I ₄			12–14 Wochen; 12 Monate
		I ₆ : 100	MDFT ^d				12–14 Wochen; 12 Monate
Esposito- Smythers 2011	RCT	I: 20 C: 20	I-KVT	E-TAU	ambulant	USA; 2004 bis 2007	12 Monate; 6 Monate
Godley 2007	RCT	I: 102 C: 81	ACRA + CM + TAU	TAU	ambulant ^e	USA; k. A.	90 Tage; 6 Monate

Tabelle 4: Charakteristika der in die Evidenzdarstellung eingeschlossenen Studien (mehrsseitige Tabelle)							
Studie	Studien- design	Patientenzahl (randomisiert) N	Intervention	Vergleich	Setting	Ort und Zeitraum der Durchführung	Interventionsdauer; spätester Nachbeobach- tungszeitpunkt nach Interventionsende
Godley 2014	RCT	I ₁ : 79	ACRA + CM + TAU		ambulant ^e	USA; 2004 bis 2008	12 Wochen; 9 Monate
		I ₂ : 88	ACRA + CM + KM _{Abs} + KM _{Adh} + TAU				
		I ₃ : 84	KM _{Abs} + KM _{Adh} + TAU				
		C: 84	TAU				
Kaminer 2002	RCT	I: 51 C: 37	KVT	PE	ambulant	USA ^a ; k. A.	8 Wochen; 9 Monate
Latimer 2003	RCT	I: 21 C: 22	IFKVT	PE	ambulant	USA; k. A.	16 Wochen; 6 Monate
Martin 2008	RCT	I: 20 C: 20	MET	Wartekontrollgruppe	ambulant	Australien ^a ; k. A.	ca. 7 Tage; 3 Monate
Stein 2011	RCT	I: 99 C: 90	MET + PE	Entspannungstraining + PE	Strafvollzugsanstalt	USA; 2001 bis 2006	8 Wochen; 3 Monate
Wolff 2020	RCT	I: 61 C: 50	I-MET/KVT	TAU	ambulant	USA; 2012 bis 2017	12 Wochen; 12 Monate
Studien mit nicht dargestellten Vergleichen							
Henggeler 2006	RCT	I ₁ : 42	FC	I ₂ / I ₃ / I ₄	Strafvollzug (auf Bewährung)	USA; 2000 bis 2003	12 Wochen; 9 Monate
		I ₂ : 38	DC	I ₁ / I ₃ ^f / I ₄			12 Monate; keine
		I ₃ : 38	DC/MST	I ₁ / I ₂ ^f / I ₄			12 Monate; keine
		I ₄ : 43	DC/MST + KM _{Abs}	I ₁ / I ₂ / I ₃			12 Monate; keine
Kaminer 2014	RCT	I: 29 C: 30	KVT + KM _{Abs}	KVT + KM _{Adh}	ambulant	USA ^a ; k. A.	10 Wochen; 3 Monate
Killeen 2012	RCT	I: 16 C: 15	KM _{Abs} + TAU	KM _{Adh} + TAU	ambulant	USA ^a ; 2006 bis 2009	10 Wochen; 3 Monate

Tabelle 4: Charakteristika der in die Evidenzdarstellung eingeschlossenen Studien (mehreseitige Tabelle)							
Studie	Studien- design	Patientenzahl (randomisiert) N	Intervention	Vergleich	Setting	Ort und Zeitraum der Durchführung	Interventionsdauer; spätester Nachbeobach- tungszeitpunkt nach Interventionsende
Stanger 2009	RCT	I: 36 C: 33	MET/KVT12 + CM + KM _{Abs} für Jugendliche + FMC + KM _{Adh} für Eltern	MET/KVT12 + CM + KM _{Adh} für Jugendliche + PE für Eltern	ambulant	USA; 2003 bis 2006	14 Wochen; 9 Monate
Stanger 2015	RCT	I ₁ : 51	MET/KVT12 + KM _{Adh} für Jugendliche	I ₂ / I ₃	ambulant	USA; 2007 bis 2012	14 Wochen; 12 Monate
		I ₂ : 51	MET/KVT12 + KM _{Abs} für Jugendliche + KM _{Adh} für Eltern	I ₁ / I ₃			
		I ₃ : 51	MET/KVT12 + KM _{Abs} für Jugendliche + PT + KM _{Adh} für Eltern	I ₁ / I ₂			
<p>a. keine Angaben zum Ort der Durchführung, jedoch Autorengruppe in dem jeweiligen Land verortet</p> <p>b. Die MET fand insgesamt 2x während des Klinikaufenthalts statt. Dieser betrug durchschnittlich 6,99 Tage (SD = 9,77 Tage).</p> <p>c. 10 Wochen ab Randomisierung. Die Sockeltherapie (MET/KVT von Substanzkonsum) startete 4 Wochen vor der Randomisierung und dauerte insgesamt 14 Wochen.</p> <p>d. Vergleiche mit der MDFT werden in IQWiG-Bericht N21-03 „Systemische Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen“ dargestellt.</p> <p>e. Die Studie fand im unmittelbaren Anschluss an eine stationäre Behandlung von Substanzkonsumstörung statt.</p> <p>f. Der Vergleich DC/MST vs. DC wird in IQWiG-Bericht N21-03 „Systemische Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen“ dargestellt.</p> <p>ACRA: Adolescent Community Reinforcement Approach; C: Vergleichsgruppe; CM: Case Management; DC: Drug Court with Community Services (Drogengericht mit kommunalen Dienstleistungen); DC/MST: Drug Court with Multisystemic Therapy (Drogengericht mit multisystemischer Therapie); E-TAU: erweiterte übliche Therapie; FC: Family Court with Community Services (Familiengericht mit kommunalen Dienstleistungen); FMC: Family Management Curriculum; FSN: Family Support Network; I: Interventionsgruppe; IFKVT: integrierte Familien- und kognitive Verhaltenstherapie; I-KVT: integrierte kognitive Verhaltenstherapie; I-MET/KVT: integrierte MET/KVT; k. A.: keine Angabe; KM_{Abs}: abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement; KM_{Adh}: adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MDFT: multidimensionale Familientherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; MET/KVT5: MET/KVT mit 5 Therapieeinheiten; MET/KVT12: MET/KVT mit 12 Therapieeinheiten; PE: Psychoedukation; PT: behavioral parent training (Verhaltenstraining für Eltern); RCT: randomisierte kontrollierte Studie; SD: Standardabweichung; TAU: übliche Therapie; vs.: versus</p>							

Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen

Eine Übersicht der Prüf- und Vergleichsinterventionen ist in Tabelle 5 dargestellt.

Die Ausgestaltung der Prüfinderventionen unterschied sich stark zwischen den eingeschlossenen Studien und reichte von 2 Einheiten MET innerhalb 1 Woche [19] bis hin zu langfristigen Multikomponenten-Interventionen mit einer Dauer von 12 Monaten [28].

Die häufigste Therapieform war die KVT, die zumeist in Kombination mit anderen Therapien wie der MET und / oder als integrierter Therapieansatz eingesetzt wurde [20,23,28,35,42]. Lediglich in Kaminer 2002 wurde eine KVT ohne zusätzliche (Begleit-)Behandlung mit den Patientinnen und Patienten durchgeführt. Die MET wurde in 5 der 6 Studien, die eine entsprechende Komponente in die jeweilige Intervention integrierten, in Anlehnung an die Prinzipien des „Motivational Interviewing“ von Miller und Rollnick [6] durchgeführt [19,20,23,36,40]. In Wolff 2020 wurde das Motivational Interviewing ebenfalls als Therapiebestandteil erwähnt, es wurde jedoch nicht spezifiziert, ob es den Prinzipien von Miller und Rollnick [6] folgte.

In Curry 2021 wurde als Prüfindervention eine KVT für die Behandlung einer Depression eingesetzt, während eine MET/KVT zur Behandlung einer Substanzkonsumstörung als Sockeltherapie sowohl in Prüf- als auch Vergleichsgruppe eingesetzt wurde. Der jeweilige Therapiefokus der 3 Studien mit integrierten Therapieansätzen [28,35,42] unterschied sich zwischen den Studien. In der integrierten KVT in Esposito-Smythers 2011 und Wolff 2020 lag der Therapiefokus zusätzlich zur Behandlung einer Substanzkonsumstörung auch auf der Verbesserung der psychischen Gesundheit. In Latimer 2003 stand neben der Behandlung des Substanzkonsums zusätzlich die Verbesserung schulischer Leistungen im Fokus.

Ein Kontingenzmanagement wurde in Godley 2014 eingesetzt und umfasste sowohl Belohnungen für negative Drogentests (abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement) als auch für die Teilnahme an sozialen Aktivitäten (adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement). Als Prämien wurden Gutscheine (z. B. Einkaufs- oder Kinogutscheine) und Sachpreise (z. B. Süßigkeiten, Videospiele, Sportartikel) anstelle von Geldpreisen vergeben.

In 7 der 11 Studien wurden die Patientinnen und Patienten mit der üblichen Therapie (TAU) behandelt. In 3 dieser 7 Studien wurde TAU als (alleinige) Vergleichsintervention eingesetzt [20,28,42], in weiteren 3 Studien [19,30,31] als Sockeltherapie in allen Gruppen, während in den jeweiligen Vergleichsgruppen keine zusätzliche Behandlung erfolgte. TAU beinhaltete bei diesen 6 Studien eine angebotsspezifische, bedarfsorientierte Therapie, die keine einheitlich standardisierten Vorgaben für die Umsetzung enthielt. In der 7. Studie [40] wurde hingegen eine standardisierte Psychoedukation als TAU beschrieben und sowohl in der Prüfindervention als auch in der Vergleichsgruppe als Sockeltherapie eingesetzt. Zusätzlich zu dieser Sockeltherapie wurde Entspannungstraining als Attention-Control-Gruppe im Vergleichsarm eingesetzt. In Kaminer 2002 und Latimer 2003 wurde Psychoedukation als Vergleich mit der

Begründung eingesetzt, dass diese in Studien zu Substanzkonsumstörungen eine übliche Vergleichsintervention darstelle.

Einzelsitzungen mit den Patientinnen und Patienten waren das häufigste wiederkehrende Merkmal der verschiedenen Prüfinerventionen. In 7 der 11 Studien wurden zusätzlich die Erziehungsberechtigten bzw. Familien der Patientinnen und Patienten in die Therapie [23,28,30,31,35,42] bzw. Begleittherapie [19] eingebunden.

In Brown 2015 wurden die 2 Einheiten MET im Rahmen eines stationären Aufenthalts durchgeführt, der durchschnittlich 7 Tage dauerte. Die begleitende TAU wurde in beiden Interventionsgruppen auch über den stationären Aufenthalt hinaus (in unbekannter Länge) durchgeführt. In Wolff 2020 erfolgte die Behandlung in Abhängigkeit des individuellen klinischen Bildes und der jeweiligen Krankenversicherung. Im Mittel betrug die Behandlungszeit 12 Wochen.

Allen Prüfinerventionen der 11 Studien lag ein Therapiemanual zugrunde, dessen Einhaltung in den Studien regelmäßig überprüft wurde. Zudem erhielt das behandelnde Personal in 10 der 11 Studien (Ausnahme: Martin 2008) im Vorfeld der Studien spezifische Schulungen für die Umsetzung der Prüfinerventionen.

Tabelle 5: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien (mehrseitige Tabelle)

Studie	Intervention	Vergleich
Brown 2015	MET <ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapiefokus: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Substanzkonsum ▪ Manual: ja (keine Quellenangabe des Manuals) ▪ 2 Einzelsitzungen ▪ 45 Minuten pro Sitzung 	keine zusätzliche Behandlung
	<i>Alle Gruppen</i> TAU <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pharmakotherapie <ul style="list-style-type: none"> ▫ Therapiefokus: <ul style="list-style-type: none"> - akuteste Probleme ▪ Einzel- und Familiensitzungen <ul style="list-style-type: none"> ▫ Therapiefokus: <ul style="list-style-type: none"> - akuteste Probleme ▪ psychoedukative Gruppensitzungen <ul style="list-style-type: none"> ▫ Therapiefokus: <ul style="list-style-type: none"> - verschiedene Themen - Substanzkonsum (1x wöchentlich 45 min) 	
Curry 2021	KVT (ab Woche 5) ^a <ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapiefokus: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Depression ▪ Manual: ja (unpubliziertes Manual)^b ▪ bis zu 7 wöchentliche Einzelsitzungen ▪ Sitzungsdauer: k. A. 	E-TAU (ab Woche 5) ^a <ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapiefokus: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Depression ▪ Unterstützung bei der Auswahl geeigneter Therapieangebote ▪ Therapieansatz und –inhalte individuell nach jeweiligem Angebot

Tabelle 5: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien (mehrseitige Tabelle)

Studie	Intervention	Vergleich
	<p><i>Alle Gruppen</i></p> <p>MET/KVT (Woche 1–14)^a</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapiefokus: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Substanzkonsum ▪ Manual: ja (unpubliziertes Manual)^b ▪ 2 Einzelsitzungen MET ▪ 10 Einzelsitzungen KVT ▪ Sitzungsdauer: k. A. 	
Dennis 2004 (I)	<p>I₁ – MET/KVT5</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapiefokus: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Substanzkonsum ▪ Manual: ja [70] ▪ 2 Einzelsitzungen MET <ul style="list-style-type: none"> ▫ 60 Minuten pro Sitzung ▪ 3 Gruppensitzungen KVT <ul style="list-style-type: none"> ▫ 75 Minuten pro Sitzung 	
Dennis 2004 (I)	<p>I₂ – MET/KVT12</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapiefokus: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Substanzkonsum ▪ Manual: ja [70,71] ▪ 2 Einzelsitzungen MET <ul style="list-style-type: none"> ▫ 60 Minuten pro Sitzung ▪ 10 Gruppensitzungen KVT <ul style="list-style-type: none"> ▫ 75 Minuten pro Sitzung 	

Tabelle 5: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien (mehrseitige Tabelle)

Studie	Intervention	Vergleich
Dennis 2004 (I)	<p>I₃ – FSN + MET/KVT12</p> <p>FSN</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manual: ja [72] ▪ Familiensitzungen <ul style="list-style-type: none"> ▫ Therapiefokus <ul style="list-style-type: none"> - Substanzkonsum ▫ 4 Sitzungen zu Hause ▫ 90 Minuten pro Sitzung ▪ Eltern-PE <ul style="list-style-type: none"> ▫ Fokus: <ul style="list-style-type: none"> - Beratung zur eigenen Rolle im Umgang mit dem Konsumverhalten des Kindes ▫ 6 Gruppensitzungen ▫ 60 Minuten pro Sitzung ▪ CM <ul style="list-style-type: none"> ▫ bei Bedarf ▫ Monitoring der Therapieteilnahme ▫ Unterstützung u. a. bei <ul style="list-style-type: none"> - Zugang zu benötigten Leistungen - Transport zu Terminen <p>MET/KVT12</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapiefokus: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Substanzkonsum ▪ Manual: ja [70,71] ▪ 2 Einzelsitzungen MET <ul style="list-style-type: none"> ▫ 60 Minuten pro Sitzung ▪ 10 Gruppensitzungen KVT <ul style="list-style-type: none"> ▫ 75 Minuten pro Sitzung 	

Tabelle 5: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien (mehrseitige Tabelle)

Studie	Intervention	Vergleich
Dennis 2004 (II)	I ₄ – MET/KVT5 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapiefokus <ul style="list-style-type: none"> ▫ Substanzkonsum ▪ Manual: ja [70] ▪ 2 Einzelsitzungen MET <ul style="list-style-type: none"> ▫ 60 Minuten pro Sitzung ▪ 3 Gruppensitzungen KVT <ul style="list-style-type: none"> ▫ 75 Minuten pro Sitzung 	
Dennis 2004 (II)	I ₅ – ACRA <ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapiefokus <ul style="list-style-type: none"> ▫ Substanzkonsum ▪ Manual: ja [73] ▪ 10 Einzelsitzungen mit Kind ▪ 2 Einzelsitzungen mit Erziehungsberechtigten ▪ 2 Sitzungen mit Kind und Erziehungsberechtigten zusammen ▪ Sitzungsdauer: 60 Minuten pro Sitzung 	

Tabelle 5: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien (mehrseitige Tabelle)

Studie	Intervention	Vergleich
Esposito-Smythers 2011	I-KVT <ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapiefokus: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Substanzkonsum ▫ Suizidalität ▪ Manual: ja (keine Quellenangabe des Manuals^c) ▪ Einzelsitzungen für jeweils <ul style="list-style-type: none"> ▫ Kind <ul style="list-style-type: none"> - Monat 1–6: wöchentlich - Monat 7–9: zweiwöchentlich - Monat 10–12: monatlich ▫ Eltern <ul style="list-style-type: none"> - Monat 1–6: wöchentlich bis zweiwöchentlich - Monat 7–9: zweiwöchentlich bis monatlich - Monat 10–12: monatlich bei Bedarf ▫ Familie <ul style="list-style-type: none"> - Häufigkeit: k. A. ▪ Sitzungsdauer: k. A. ▪ bei Bedarf CM <ul style="list-style-type: none"> ▫ z. B. Unterstützung im Umgang mit Sozialdiensten, Schule 	E-TAU <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unterstützung bei der Auswahl geeigneter Therapieangebote ▪ Therapieansatz und -inhalte individuell nach jeweiligem Angebot ▪ bei Bedarf ergänzt durch Notfalltermine und nicht dringende Termine mit der Kinderpsychiaterin / dem Kinderpsychiater der Studie
<i>Alle Gruppen</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ diagnostischer Bewertungsbericht der Baseline-Erhebung, der (mit Einwilligung der Eltern) an die jeweils therapierende Person weitergegeben wurde ▪ Überprüfung der Medikation und Medikationsmanagement durch die Kinderpsychiaterin / den Kinderpsychiater der Studie im Zeitraum der Studienteilnahme (18 Monate) 		

Tabelle 5: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien (mehrseitige Tabelle)

Studie	Intervention	Vergleich
Godley 2007 ^d	<p>ACRA + CM + TAU</p> <p>ACRA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapiefokus: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Substanzkonsum ▪ Manual: ja [73] ▪ 10 Einzelsitzungen mit Kind ▪ 2 Einzelsitzungen mit Erziehungsberechtigten ▪ 2 Sitzungen mit Kind und Erziehungsberechtigten zusammen ▪ Sitzungsdauer: 60 Minuten pro Sitzung <p>CM</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manual: ja [74]^b ▪ Hausbesuche ▪ Unterstützung bei <ul style="list-style-type: none"> ▫ Zugang zu benötigten Leistungen (z. B. Ausfüllen von Formularen) ▫ Zugang zu sozialen Aktivitäten ▫ Jobsuche ▪ Transport zu Terminen ▪ Monitoring von Rückfällen und von Teilnahme an Behandlungsoptionen und Aktivitäten ▪ soziale Unterstützung bei der Bewältigung von Rückfällen und anderen Herausforderungen <hr/> <p><i>Alle Gruppen</i></p> <p>Übliche Nachsorge über lokale ambulante Angebote (TAU)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ anbotsspezifische Nachsorge 	keine zusätzliche Behandlung

Tabelle 5: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien (mehrseitige Tabelle)

Studie	Intervention	Vergleich
Godley 2014 ^d	<p>I₁ – ACRA + CM + TAU</p> <p>ACRA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapiefokus: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Substanzkonsum ▪ Manual: ja [73] ▪ 10 Einzelsitzungen mit Kind ▪ 2 Einzelsitzungen mit Erziehungsberechtigten ▪ 2 Sitzungen mit Kind und Erziehungsberechtigten zusammen ▪ Sitzungsdauer: 60 Minuten pro Sitzung <p>CM</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manual: ja, nach [74]^b ▪ Hausbesuche ▪ Unterstützung bei <ul style="list-style-type: none"> ▫ Zugang zu benötigten Leistungen (z. B. Bildungsabschluss) ▫ Zugang zu sozialen Aktivitäten ▫ Suche nach alternativer Schule ▫ Treffen mit Bewährungshelferin oder Bewährungshelfer ▫ Arztterminen <p>Übliche Nachsorge über lokale ambulante Angebote (TAU)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ angebotsspezifische Nachsorge 	

Tabelle 5: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien (mehrseitige Tabelle)

Studie	Intervention	Vergleich
Godley 2014 ^d	<p>I₂ – ACRA + CM + KM_{Abs} + KM_{Adh} + TAU</p> <p>ACRA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapiefokus: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Substanzkonsum ▪ Manual: ja [73] ▪ 10 Einzelsitzungen mit Kind ▪ 2 Einzelsitzungen mit Erziehungsberechtigten ▪ 2 Sitzungen mit Kind und Erziehungsberechtigten zusammen <p>CM</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manual: ja, nach [74]^b ▪ Hausbesuche ▪ Unterstützung bei <ul style="list-style-type: none"> ▫ Zugang zu benötigten Leistungen (z. B. Bildungsabschluss) ▫ Zugang zu sozialen Aktivitäten ▫ Suche nach alternativer Schule ▫ Treffen mit Bewährungshelferin oder Bewährungshelfer ▫ Arztterminen <p>abstinenz- und adhärenzbasiertes KM</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manual: ja, nach [75-77] ▪ Lose für negativen Drogen- und Alkoholtest und Teilnahme an sozialen Aktivitäten <ul style="list-style-type: none"> ▫ 12 Wochen ▫ Maximale mögliche Anzahl Lose: 117 für Abstinenz + 117 für Teilnahme an sozialen Aktivitäten ▫ Prämien: Nieten bis große Preise (im Wert von jeweils bis zu 100 \$) 	

Tabelle 5: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien (mehrseitige Tabelle)

Studie	Intervention	Vergleich
	Drogentest via Urinprobe und Atemalkoholtest <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1x pro Woche ▪ Abgabe im Rahmen eines Hausbesuchs durch die das KM administrierende Person ▪ Test auf Cannabis, Kokain, Amphetamine, Opiate, Methamphetamine und Alkohol Übliche Nachsorge über lokale ambulante Angebote (TAU) <ul style="list-style-type: none"> ▪ anbotsspezifische Nachsorge 	
Godley 2014 ^d	I ₃ – KM _{Abs} + KM _{Adh} + TAU abstinenz- und adhärenzbasiertes KM <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manual: ja, nach [75-77] ▪ Lose für negativen Drogen- und Alkoholtest und Teilnahme an sozialen Aktivitäten <ul style="list-style-type: none"> ▫ 12 Wochen ▫ Maximale mögliche Anzahl Lose: 117 für Abstinenz + 117 für Teilnahme an sozialen Aktivitäten ▫ Prämien: Nieten bis große Preise (im Wert von jeweils bis zu 100 \$) Drogentest via Urinprobe und Atemalkoholtest <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1x pro Woche ▪ Abgabe im Rahmen eines Hausbesuchs durch die das KM administrierende Person ▪ Test auf Cannabis, Kokain, Amphetamine, Opiate, Methamphetamine und Alkohol Übliche Nachsorge über lokale ambulante Angebote (TAU) <ul style="list-style-type: none"> ▪ anbotsspezifische Nachsorge 	
Godley 2014 ^d		C – Übliche Nachsorge über lokale ambulante Angebote (TAU) <ul style="list-style-type: none"> ▪ anbotsspezifische Nachsorge

Tabelle 5: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien (mehrseitige Tabelle)

Studie	Intervention	Vergleich
Kaminer 2002	KVT <ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapiefokus: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Substanzkonsum ▪ Manual: ja [78] ▪ 8 Gruppensitzungen ▪ 1x pro Woche ▪ 75–90 Minuten pro Sitzung 	PE <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fokus: <ul style="list-style-type: none"> ▫ schädliche Auswirkungen des Drogenkonsums ▪ Manual: k. A. ▪ 8 Gruppensitzungen ▪ 1x pro Woche ▪ 75–90 Minuten pro Sitzung
Latimer 2003	IFKVT <ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapiefokus: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Substanzkonsum ▫ schulische Leistung ▪ Manual: ja (keine Quellenangabe des Manuals) ▪ 16 Familiensitzungen <ul style="list-style-type: none"> ▫ 1x pro Woche ▫ 60 Minuten pro Sitzung ▪ 32 Gruppensitzungen KVT <ul style="list-style-type: none"> ▫ 2x pro Woche ▫ 90 Minuten pro Sitzung 	PE <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fokus: <ul style="list-style-type: none"> ▫ schädliche Auswirkungen des Drogenkonsums ▪ Manual: ja (keine Quellenangabe des Manuals) ▪ 16 Gruppensitzungen <ul style="list-style-type: none"> ▫ 1x pro Woche ▫ 90 Minuten pro Woche
Martin 2008	MET <ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapiefokus: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Substanzkonsum ▪ Manual: ja (keine Quellenangabe des Manuals) ▪ 2 Einzelsitzungen ▪ Sitzungsdauer: k. A. 	Wartekontrollgruppe

Tabelle 5: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien (mehrseitige Tabelle)

Studie	Intervention	Vergleich
Stein 2011	<p>MET</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapiefokus: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Substanzkonsum ▫ dadurch bedingtes Risikoverhalten ▪ Manual: ja (keine Quellenangabe des Manuals) ▪ 1 Einheit <ul style="list-style-type: none"> ▫ vor Eintritt in PE ▫ 90 min ▪ 1 Booster-Einheit <ul style="list-style-type: none"> ▫ 2 Wochen vor Haftentlassung ▫ 60 min ▪ Handouts (z. B. über ausgewählte Ziele der / des Behandelten) 	<p>Entspannungstraining</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Progressive Muskelrelaxation und Meditation mit Bildern ▪ Manual: ja (keine Quellenangabe des Manuals) ▪ 1 Einheit <ul style="list-style-type: none"> ▫ vor Eintritt in PE ▫ 90 min ▪ 1 Booster-Einheit <ul style="list-style-type: none"> ▫ 2 Wochen vor Haftentlassung ▫ 60 min ▪ Handouts über Entspannungstechniken <p>Beratung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ allgemeine Ratschläge zur Beendigung riskanter Aktivitäten im Zusammenhang mit Substanzen (inkl. Alkohol- und Cannabis-konsum)
<p><i>Alle Gruppen</i></p> <p>PE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapiefokus: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Substanzkonsum ▫ Behandlungsoptionen nach Entlassung aus Haft ▪ Manual: k. A. ▪ 16 Gruppensitzungen ▪ 2x pro Woche ▪ 60 Minuten pro Sitzung 		

Tabelle 5: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien (mehreseitige Tabelle)

Studie	Intervention	Vergleich
Wolff 2020	I-MET/KVT <ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapiefokus: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Substanzkonsum ▫ psychische Gesundheit ▪ Manual: ja (keine Quellenangabe des Manuals) ▪ Einzelsitzungen für jeweils <ul style="list-style-type: none"> ▫ Kind ▫ Eltern ▫ Familie ▪ Teils standardisierte Inhalte, teils auf Bedarf ausgerichtet 	TAU <ul style="list-style-type: none"> ▪ eklektische, flexible Behandlung (z. B. supportive Therapie, personenzentrierte Ansätze)
<p><i>Alle Gruppen</i></p> <p>Variable Sitzungsdauer (0,5–3 Stunden) und – häufigkeit (bis zu 3x pro Woche) in Abhängigkeit von klinischem Bild und Art der Krankenversicherung</p> <p>Durchschnittlicher Behandlungszeitraum:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 12 Wochen <p>Standardprozedere der Klinik oder auf Anlass der therapierenden Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ggf. Pharmakotherapie (Einstellung durch klinische Psychiaterin / klinischen Psychiater) ▪ unangekündigte / zufällige Drogentests via Urinprobe 		
<p>a. Die Randomisierung erfolgt nach Woche 4 der MET/KVT.</p> <p>b. Keine Einsicht in Studienmanual möglich.</p> <p>c. Eigenes Manual, das in Anlehnung an [79,80] entwickelt wurde.</p> <p>d. Die Studie fand im unmittelbaren Anschluss an eine stationäre Behandlung von Substanzkonsumstörung statt.</p> <p>ACRA: Adolescent Community Reinforcement Approach; C: Vergleichsgruppe; CM: Case Management; E-TAU: erweiterte übliche Therapie; FSN: Family Support Network; I: Interventionsgruppe; IFKVT: integrierte Familien- und kognitive Verhaltenstherapie; I-KVT: integrierte kognitive Verhaltenstherapie; I-MET/KVT: integrierte MET/KVT; k. A.: keine Angabe; KM: Kontingenzmanagement; KM_{Abs}: abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement; KM_{Adh}: adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; MET/KVT5: MET/KVT mit 5 Therapieeinheiten; MET/KVT12: MET/KVT mit 12 Therapieeinheiten; PE: Psychoedukation; TAU: übliche Therapie</p>		

Ein- und Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten in den Studien

Die Ein- und Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten der Studien sind in Tabelle 6 dargestellt.

In Dennis 2004 war die Diagnose einer cannabisbezogenen Störung nach DSM-IV oder die Erfüllung der dort festgelegten Kriterien Voraussetzung für die Studienteilnahme. In den anderen Studien wurde die Diagnose einer alkohol- oder cannabisbezogenen Störung [20,28], einer Alkohol- und / oder anderen Substanzkonsumstörung [30,31] oder eine nicht näher spezifizierte Substanzkonsumstörung [19,35] als Einschlusskriterium aufgeführt. In Martin 2008, Stein 2011 und Wolff 2020 war keine Diagnose einer Substanzkonsumstörung erforderlich, stattdessen war das Ausmaß des Cannabiskonsums als Kriterium für den Einschluss maßgeblich. In Kaminer 2002 wurde als einziges Einschlusskriterium die Überweisung zu einem Behandlungsprogramm von Substanzkonsumstörungen genannt. Trotz dieser Unterschiede in den Einschlusskriterien lag der Anteil der Patientinnen und Patienten, die eine cannabisbezogene Störung aufwiesen, in allen Studien bei über 80 %.

Wesentliche Unterschiede zwischen den eingeschlossenen Studien gab es vor allem in Bezug auf den Einschluss von Patientinnen und Patienten mit komorbiden psychischen Störungen. In der Mehrzahl der Studien stellten psychische Komorbiditäten ein Ausschlusskriterium dar. Insbesondere Patientinnen und Patienten mit Psychosen wurden in 9 Studien ausgeschlossen [19,20,28,30,32,35,42]. Ebenso wurden häufig Patientinnen und Patienten mit fremdgefährdendem [20,28,30-32,35,42] und / oder suizidalem Verhalten [20,32,35,42] ausgeschlossen. Dagegen musste in Brown 2015 neben einer Substanzkonsumstörung mindestens 1 weitere psychische Störung aus der Achse I der DSM-IV (z. B. Depression, Posttraumatische Belastungsstörung) als Einschlusskriterium vorliegen. In Esposito-Smythers 2011 stellte ein vorangegangener Suizidversuch oder intensive Gedanken über einen Suizid ein Einschlusskriterium dar und in Curry 2021 wurden ausschließlich Patientinnen und Patienten eingeschlossen, die eine akute klinisch relevante Depression aufwiesen.

Weitere Unterschiede zeigten sich im Umgang mit anderem Substanzkonsum. Während in 7 Studien anderer Substanzkonsum kein Ausschlusskriterium darstellte, wurden in Esposito-Smythers 2011 und Curry 2021 Patienten und Patienten mit Substanzkonsumstörungen, die nicht cannabis-, alkohol- oder tabakbezogen waren, explizit ausgeschlossen. In 2 weiteren Studien wurden starker Alkoholkonsum [23,36] und / oder Konsum von psychoaktiven Substanzen, ausgenommen Cannabis, Tabak und Alkohol [23], als Ausschlusskriterien definiert.

Charakterisierung der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten

Die Charakteristika der resultierenden Studienpopulationen sind in Tabelle 7 dargestellt.

Über alle Studien betrachtet setzten sich die Studienpopulationen überwiegend aus männlichen Jugendlichen mit einem mittleren Alter zwischen 15 und 16 Jahren zusammen. Zu Studienbeginn konsumierten die Patientinnen und Patienten in allen Studien (Ausnahme: keine

Angabe in Kaminer 2002) durchschnittlich regelmäßig mindestens 1-mal pro Woche Cannabis [20,23,30,35,36,40]. Der Konsum anderer Substanzen wie u. a. Alkohol fiel dagegen deutlich geringer aus.

Bezogen auf die Teilnahme an der Therapie fällt auf, dass in vielen Studien eine große Anzahl Patientinnen und Patienten die Therapie nicht vollständig abschloss bzw. nicht die von den jeweiligen Studienautorinnen und –autoren festgelegte Mindestzahl an Therapieeinheiten erfüllten. In 3 Studien [20,31,35] wurden durchschnittlich 50 bis 70 % der Therapieeinheiten besucht, wobei es für die Studie Curry 2021 zu beachten gilt, dass die Ergebnisse zur Therapieteilnahme nur für die gesamte Studienpopulation vorlag, also auch jene mit einschloss, die nicht randomisiert wurden. In Dennis 2004 wurde das Kriterium für eine ausreichende Therapieteilnahme auf 75 % der jeweiligen Therapiezeiten festgelegt und von 60 bis 87 % der Patientinnen und Patienten erreicht. Im Gegensatz dazu steht die Studie Stein 2011, in der alle Patientinnen und Patienten an der Therapie teilnahmen. Allerdings ist davon auszugehen, dass dieser hohe Wert im Setting der Studie (Strafvollzug) und der Kürze der Prüfintervention (2 Einheiten) begründet war. Auch in Martin 2008 umfasste die Prüfintervention lediglich 2 Therapieeinheiten, die von einem hohen Anteil der Patientinnen und Patienten (90 %) komplett absolviert wurden. In 2 Studien [19,42] finden sich keine Angabe dazu, wie viele Therapieeinheiten absolviert wurden.

Tabelle 6: Ein- / Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten in den Studien (mehreseitige Tabelle)

Studie	Wesentliche Einschlusskriterien	Wesentliche Ausschlusskriterien
Brown 2015	Alter: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 13–17 Jahre Diagnose (DSM-IV): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfüllung von Kriterien für (nicht-Nikotin-) Substanzkonsumstörung in den letzten 12 Monaten ▪ und akute Erfüllung von Kriterien für ≥ 1 psychiatrische Störung (Achse I Störung, die keine Substanzkonsumstörung ist) 	Psychische Gesundheit: <ul style="list-style-type: none"> ▪ psychotische Störung (DSM-IV) ▪ geistige Retardierung (DSM-IV) ▪ tiefgreifende Entwicklungsstörung (DSM-IV)
Curry 2021	Alter: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 13–21 Jahre Diagnose (DSM-IV): <ul style="list-style-type: none"> ▪ aktuelle Alkohol- oder Cannabisabhängigkeit oder schädlicher Cannabiskonsum oder Substanzkonsum (letzte 90 Tage): <ul style="list-style-type: none"> ▪ $\geq 3x$ Cannabiskonsum ▪ oder $\geq 3x$ gefährlicher Alkoholkonsum ($\geq 3 / \geq 4$ alkoholische Getränke am Tag für weibliche / männliche Jugendliche) Psychische Gesundheit: <ul style="list-style-type: none"> ▪ akute klinisch relevante Depression 	Psychische Gesundheit: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychose ▪ Schizophrenie ▪ bipolare affektive Störung ▪ Autismus ▪ geistige Behinderung ▪ Abhängigkeit von anderen Substanzen als Alkohol, Nikotin oder Cannabis (letzter Monat) ▪ andere primäre Diagnose als Depression oder alkohol- oder cannabisbedingte Störung Behandlung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ laufende Psychotherapie von Depression oder Substanzkonsum (außerhalb der Studie) Verhalten (letzter Monat): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suizidalität ▪ Fremdgefährdung

Tabelle 6: Ein- / Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten in den Studien (mehreseitige Tabelle)

Studie	Wesentliche Einschlusskriterien	Wesentliche Ausschlusskriterien
Dennis 2004 (I) und (II)	<p>Alter:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 12–18 Jahre <p>Diagnose (DSM-IV):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfüllung von ≥ 1 Diagnosekriterien für schädlichen Cannabiskonsum oder Cannabisabhängigkeit ▪ Cannabiskonsum: ▪ $\geq 1x$ in den letzten 90 Tagen oder ▪ $\geq 1x$ in den letzten 90 Tagen vor Aufnahme in eine kontrollierte Umgebung <p>Sonstiges:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ geeignet für ambulante oder intensive ambulante Behandlung laut ASAM [81] 	<p>Psychische Gesundheit:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ akute psychische oder medizinische Zustände, die in Konflikt mit der Teilnahme an der Studie stehen <p>Substanzkonsum:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alkoholkonsum an ≥ 45 der letzten 90 Tage ▪ Konsum anderer Substanzen als Alkohol und Cannabis an ≥ 13 der letzten 90 Tage <p>Verhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorgeschichte von wiederholt gewalttätigem Verhalten oder einer schweren Verhaltensstörung, die eine Gefahr für andere Personen in der Studie darstellt
Esposito-Smythers 2011	<p>Alter:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 13–17 Jahre <p>Diagnose (k. A.):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alkohol- oder Cannabiskonsumstörung <p>Verhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suizidversuch in den letzten 3 Monaten oder ▪ klinisch signifikante Suizidgedanken im letzten Monat (Score ≥ 41 im Suicide Ideation Questionnaire) <p>Sonstiges:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ zusammenlebend mit einer erziehungsberechtigten Person, die bereit war, an der Studie teilzunehmen 	<p>Psychische Gesundheit:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abhängigkeit von anderen Substanzen als Alkohol oder Cannabis ▪ bipolare affektive Störung ▪ aktive Psychose ▪ verbaler IQ < 70 mit dem Kaufman Brief Intelligence Test <p>Verhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fremdgefährdung

Tabelle 6: Ein- / Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten in den Studien (mehreseitige Tabelle)

Studie	Wesentliche Einschlusskriterien	Wesentliche Ausschlusskriterien
Godley 2007	Alter: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 12–17 Jahre Diagnose (DSM-IV): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alkohol- und / oder andere Drogenabhängigkeit Behandlung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ in stationärer Behandlung von Substanzkonsumstörung 	Psychische Gesundheit: <ul style="list-style-type: none"> ▪ aktive unkontrollierte psychotische Symptome Behandlung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abbruch der stationären Behandlung vor dem 7. Tag Verhalten: <ul style="list-style-type: none"> ▪ eingeschätzt als Gefahr für sich selbst oder andere Sonstiges: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mündel des staatlichen Jugendamtes
Godley 2014	Alter: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 12–18 Jahre Diagnose (DSM-IV): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alkohol- und / oder andere Drogenkonsumstörung im letzten Jahr Behandlung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ in stationärer Behandlung von Substanzkonsumstörung 	Psychische Gesundheit: <ul style="list-style-type: none"> ▪ pathologisches Glücksspiel (DSM-IV) ▪ schwere kognitive Beeinträchtigung Behandlung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abbruch der stationären Behandlung vor dem 7. Tag Verhalten: <ul style="list-style-type: none"> ▪ eingeschätzt als Gefahr für sich selbst oder andere Sonstiges: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inhaftierung im Anschluss an die stationäre Behandlung ▪ Mündel der Kinderschutzhbehörde
Kaminer 2002	Behandlung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ überwiesen zu einem ambulanten Programm zur Behandlung von Substanzkonsumstörungen 	Psychische Gesundheit: <ul style="list-style-type: none"> ▪ aktive Psychose ▪ andere psychische oder medizinische Zustände, die in Konflikt mit der Teilnahme an der Studie stehen Behandlung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Notwendigkeit einer intensiveren Behandlung als in der Studie verfügbar Verhalten (letzter Monat): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suizidalität ▪ Aggressivität

Tabelle 6: Ein- / Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten in den Studien (mehreseitige Tabelle)

Studie	Wesentliche Einschlusskriterien	Wesentliche Ausschlusskriterien
Latimer 2003	<p>Alter:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 12–18 Jahre <p>Diagnose (DSM-IV):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfüllung von Diagnosekriterien für mind. 1 psychoaktive Substanzkonsumstörung <p>Behandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ überwiesen an Klinik zur Überprüfung und Behandlung einer Drogenabhängigkeit ▪ Empfehlung zur Teilnahme an ambulantem Behandlungsprogramm für schädlichen Drogenkonsum nach initialem Assessment 	<p>Psychische Gesundheit:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ aktive Psychose <p>Behandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Notwendigkeit einer weniger intensiven oder intensiveren Behandlung als in der Studie verfügbar ▪ Verweigerung medikamentöser Behandlung bei vorliegender bipolarer affektiver Störung <p>Verhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suizidalität ▪ Fremdgefährdung
Martin 2008	<p>Alter:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 14–19 Jahre <p>Cannabiskonsum:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ≥ 1 Tag im letzten Monat 	<p>Substanzkonsum (letzte 90 Tage):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ durchschnittlich > 80 g Alkohol pro Tag ▪ und / oder 2x pro Woche andere illegale Drogen als Cannabis <p>Behandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Teilnahme an Behandlung von Drogen- oder Alkoholproblemen in den letzten 90 Tagen
Stein 2011	<p>Alter:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 14–19 Jahre <p>Substanzkonsum (Vorliegen von mind. 1 der folgenden Kriterien):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ mind. monatlicher Alkohol- und / oder Drogenkonsum im Jahr vor der Inhaftierung ▪ mind. 1x binge-drinking (≥ 5 Standardgetränke für Jungen, ≥ 4 Standardgetränke für Mädchen) ▪ Alkohol und / oder Drogenkonsum 4 Wochen vor der Straftat, die zur Inhaftierung geführt hat ▪ Alkohol und / oder Drogenkonsum 4 Wochen vor der Inhaftierung <p>Sonstiges:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ in Haft für 4–12 Monate in staatlicher Jugendstrafanstalt 	k. A.

Tabelle 6: Ein- / Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten in den Studien (mehreseitige Tabelle)

Studie	Wesentliche Einschlusskriterien	Wesentliche Ausschlusskriterien
Wolff 2020	Alter: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 12–18 Jahre Substanzkonsum: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alkohol und / oder Drogenkonsum in den letzten 3 Monaten Sonstiges: <ul style="list-style-type: none"> ▪ überwiesen an ambulantes, häusliches Intensivprogramm für die gleichzeitige Behandlung von problematischem Substanzkonsum und psychischer Probleme 	Psychische Gesundheit: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Essstörung ▪ Zwangsneurosen ▪ schwere psychotische Symptome Verhalten: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suizidalität ▪ Fremdgefährdung
ASAM: American Society of Addiction Medicine; DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; k. A.: keine Angabe		

Tabelle 7: Charakterisierung der Studienpopulationen^a (mehrsseitige Tabelle)

Vergleichskategorie Studie Gruppe	N	Alter [Jahre] MW (SD)	Geschlecht [w / m] %	Cannabis- konsum [Tage] MW (SD)	Sonstiger Substanz- konsum [Tage] MW (SD)
Brown 2015					
I: MET + TAU	79	15,9 (1,1)	58 / 42	14,9 (10,1) ^b	Alkohol: 3,7 (5,6) ^b
C: TAU	72	15,9 (1,0)	72 / 28	14,6 (10,8) ^b	Alkohol: 2,3 (3,5) ^b
Curry 2021					
I: KVT (D) + MET/KVT (S)	25	17,4 (1,8) ^c	33 / 67 ^c	47 (40) ^{b, d}	k. A.
C: E-TAU + MET/KVT (S)	25			32 (29) ^{b, d}	k. A.
Dennis 2004 (I)					
I ₁ : MET/KVT5	102	15; 54; 31 ^e	19 / 81	67 ^f	Alkohol: 22 ^f
I ₂ : MET/KVT12	96	16; 64; 21 ^e	14 / 86	70 ^f	Alkohol: 17 ^f
I ₃ : FSN + MET/KVT12	102	23; 52; 26 ^e	16 / 84	74 ^f	Alkohol: 11 ^f
Dennis 2004 (II)					
I ₄ : MET/KVT5	100	11; 57; 32 ^e	21 / 79	75 ^f	Alkohol: 19 ^f
I ₅ : ACRA	100	14; 56; 30 ^e	20 / 80	68 ^f	Alkohol: 15 ^f
Esposito-Smythers 2011					
I: I-KVT	20	15,8 (1,0)	68 / 32	9,6 (9,7) ^g	Alkohol: 4,3 (6,0) ^g
C: TAU	20	15,7 (1,4)	65 / 35	10,7 (10,5) ^g	Alkohol: 2,2 (2,7) ^g
Godley 2007					
I: ACRA + CM + TAU	102	11; 42; 47 ^h	30 / 70	50 ^f	Alkohol: 28 ^f
C: TAU	81	10; 48; 42 ^h	27/73	57 ^f	Alkohol: 26 ^f
Godley 2014					
I ₁ : ACRA + CM + TAU	79	15,5 (1,2)	44 / 56	58 (35)	29 (28)
I ₂ : ACRA + CM + KM _{Abs} + KM _{Adh} + TAU	88	15,9 (1,2)	37 / 63	69 (30)	26 (26)
I ₃ : KM _{Abs} + KM _{Adh} + TAU	84	15,7 (1,2)	29 / 71	58 (35)	24 (29)
C: TAU	84	15,9 (1,0)	35 / 65	67 (33)	25 (26)
Kaminer 2002					
I: KVT	51	15,4 (1,3) ⁱ	29 / 71	k. A.	k. A.
C: PE	37		30 / 70	k. A.	k. A.
Latimer 2003					
I: IFKVT	21	16,1 (1,3)	24 / 76	15,9 (10,4) ^g	Alkohol: 5,7 (5,4) ^g
C: PE	22	16,1 (1,0)	23 / 77	16,6 (11,5) ^g	Alkohol: 7,0 (7,7) ^g
Martin 2008					
I: MET	20	16,6 (1,2)	45 / 55	74,1 (24,6) ^b	Alkohol: 93 ^{i, j} Ecstasy: 53 ^{i, j}
C: Wartekontrollgruppe	20	16,4 (1,4)	20 / 80	55,4 (31,4) ^b	Amphetamine: 45 ^{i, j}
Stein 2011					
I: MET + PE	99	17,1 (1,1) ⁱ	14 / 86 ^{i, k}	69,3 (37,8) ^{b, i}	Alkohol: 18,6 (23,6) ^{b, i}
C: Entspannungstraining + PE	90				

Tabelle 7: Charakterisierung der Studienpopulationen^a (mehrsseitige Tabelle)

Vergleichskategorie Studie Gruppe	N	Alter [Jahre] MW (SD)	Geschlecht [w / m] %	Cannabis- konsum [Tage] MW (SD)	Sonstiger Substanz- konsum [Tage] MW (SD)
Wolff 2020					
I: I-MET/KVT	61	k. A.	46 / 54	36 (38) ^{d, g}	Alkohol: 7 (17) ^{d, g}
C: TAU	50	k. A.	38 / 62	39 (38) ^{d, g}	Alkohol: 9 (20) ^{d, g}

a. Teilweise beziehen sich die Baseline-Charakteristika nicht auf die eingeschlossenen, sondern die analysierten Patientinnen und Patienten.
b. in den letzten 3 Monaten / 90 Tagen
c. Angaben beziehen sich auf die gesamte Population der Studie (N = 70) inklusive einer nicht randomisierten Teilpopulation von 35 Patientinnen und Patienten.
d. Anteil der Konsumtage in % bezogen auf den jeweiligen Zeitraum.
e. Anteil der Patientinnen und Patienten in % der jeweiligen Gruppe, die 13–14 Jahre; 15–16 Jahre; 17–18 Jahre alt sind.
f. Anteil der Patientinnen und Patienten in %, die mind. wöchentlich konsumieren.
g. in den letzten 30 Tagen
h. Anteil der Patientinnen und Patienten in % der jeweiligen Gruppe, die 12–14 Jahre; 15–16 Jahre; 17–18 Jahre alt sind.
i. Angabe für beide Gruppen gemeinsam
j. Anteil der Patientinnen und Patienten in %, die mind. 1x in den letzten 90 Tagen konsumiert haben.
k. Angaben aus [38]

ACRA: Adolescent Community Reinforcement Approach; C: Vergleichsgruppe; CM: Case Management; E-TAU: erweiterte übliche Therapie; FSN: Family Support Network; I: Interventionsgruppe; IFKVT: integrierte Familien- und kognitive Verhaltenstherapie; I-KVT: integrierte kognitive Verhaltenstherapie; I-MET/KVT: integrierte MET/KVT; k. A.: keine Angabe; KM_{Abs}: abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement; KM_{Adh}: adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; m: männlich; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; MET/KVT5: MET/KVT mit 5 Therapieeinheiten; MET/KVT12: MET/KVT mit 12 Therapieeinheiten; MET/KVT (D): MET/KVT mit Therapiefokus Depression; MET/KVT (S): MET/KVT mit Therapiefokus Substanzkonsum; MW: Mittelwert; N: Anzahl eingeschlossener Patientinnen und Patienten; PE: Psychoedukation; SD: Standardabweichung; w: weiblich; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; TAU: übliche Therapie

5.3 Übersicht der Endpunkte

Aus 11 Studien konnten Daten zu kritischen und klinisch wichtigen Endpunkten extrahiert werden. Die Tabelle 8 zeigt die Übersicht der verfügbaren Daten zu Endpunkten aus den eingeschlossenen Studien. Zu den Endpunkten Schwere der Abhängigkeit und Aufhör- / Veränderungsmotivation wurden in keiner Studie Daten berichtet.

Zum Endpunkt Cannabisabstinenz waren die Ergebnisse in 2 Studien nicht verwertbar. In Esposito-Smythers 2011 wurde lediglich die Anzahl positiver Urinproben für die Gesamtgruppe im gesamten Studienzeitraum berichtet. In Kaminer 2002 wurde lediglich das Fehlen eines statistisch signifikanten Gruppenunterschieds berichtet, ohne Angaben zu der Effektschätzung und zum KI für den Gruppenvergleich zu machen.

Zum Endpunkt Häufigkeit des Cannabiskonsums waren die Ergebnisse in Dennis 2004 (I) und (II) nicht verwertbar, da keine Ergebnisse für die einzelnen Interventionsgruppen, sondern nur für die Gesamtgruppe präsentiert wurden.

Für den Endpunkt Verbesserung cannabisbedingter Probleme waren Ergebnisse aus 3 Studien nicht verwertbar. In Brown 2015 und Kaminer 2002 war die Operationalisierung nicht cannabispezifisch. In Godley 2014 wurde lediglich das Fehlen eines statistisch signifikanten Gruppenunterschieds berichtet.

Zum Endpunkt psychische Probleme wurden in Brown 2015 nur Teilergebnisse eines Fragebogens dargestellt. Laut Designpublikation [24] waren in den Studien Dennis 2004 (I) und (II) Erhebungen vorgesehen, die dem Endpunkt psychische Probleme hätten zugeordnet werden können. Zu diesen wurden jedoch keine Ergebnisse in einer der zugehörigen Ergebnispublikationen berichtet.

Für den Endpunkt anderer Substanzkonsum konnten die Daten aus Curry 2021 nicht verwertet werden, da die Ergebnisse aufgrund der fehlenden Beschreibung der Operationalisierung nicht interpretierbar waren.

Tabelle 8: Matrix der Endpunkte (mehrseitige Tabelle)

Studie	Kritische Endpunkte					Klinisch wichtige Endpunkte			
	Cannabisabstinenz	Häufigkeit Cannabiskonsum	Menge Cannabiskonsum	Schwere der Abhängigkeit	Verbesserung cannabisbedingter Probleme	Symptomreduktion oder Remission als Indexwert der cannabisbedingten Störungen nach ICD-10, DSM-IV oder DSM-5	Aufhör- / Veränderungsmotivation	psychische Probleme	anderer Substanzkonsum
Brown 2015	●	●	–	–	○	–	–	○	●
Curry 2021	●	●	–	–	–	–	–	●	○
Dennis 2004 (I) ^a	–	○	–	–	–	●	–	x ^b	–
Dennis 2004 (II)	–	○	–	–	–	●	–	x ^b	–
Esposito-Smythers 2011	○	●	–	–	●	●	–	●	●
Godley 2007	●	–	–	–	–	–	–	–	●
Godley 2014 ^a	–	●	–	–	○	●	–	–	●
Kaminer 2002	○	–	–	–	○	–	–	●	–
Kaminer 2017	○	–	–	–	–	–	–	–	–
Latimer 2003	●	●	–	–	–	–	–	–	●
Martin 2008	–	●	●	–	–	●	–	–	–
Stein 2011	–	●	●	–	–	–	–	–	●

Studie	Kritische Endpunkte					Klinisch wichtige Endpunkte			
	Cannabisabstinenz	Häufigkeit Cannabiskonsum	Menge Cannabiskonsum	Schwere der Abhängigkeit	Verbesserung cannabisbedingter Probleme	Symptomreduktion oder Remission als Indexwert der cannabisbedingten Störungen nach ICD-10, DSM-IV oder DSM-5	Aufhör- / Veränderungsmotivation	psychische Probleme	anderer Substanzkonsum
Wolff 2020	–	●	–	–	–	–	–	●	●
Studien mit nicht dargestellten Vergleichen									
Henggeler 2006	nicht relevant ^c /siehe N21-03 ^d								
Kaminer 2014	nicht relevant ^c								
Killeen 2012	nicht relevant ^c								
Liddle 2008	siehe N21-03 ^d								
Liddle 2018	siehe N21-03 ^d								
Rigter 2013	siehe N21-03 ^d								
Rohde 2014	siehe N21-03 ^d								
Stanger 2009	nicht relevant ^c								
Stanger 2015	nicht relevant ^c								
<p>●: Daten wurden berichtet und waren verwertbar. ○: Daten wurden berichtet, aber waren nicht für den Evidenzbericht verwertbar. x: Daten wurden trotz geplanter Erhebung nicht berichtet. –: Es wurden keine Daten berichtet (keine weiteren Angaben) / Der Endpunkt wurde nicht erhoben.</p> <p>a. Studie enthält mehrere relevante Vergleiche. b. siehe Designpublikation [24] c. Die Studie wird nicht weiter berücksichtigt, da sie lediglich Vergleiche von Interventionen beinhaltet, aus denen kein Vorteil gegenüber keiner Zusatzbehandlung oder TAU ableitbar ist (siehe Abschnitt 4.1.2 und 5.2). d. Die Studie wird im IQWiG-Bericht N21-03 „Systemische Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen“ dargestellt (siehe Abschnitt 5.2).</p> <p>DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</p>									

5.4 Ergebnisse zu Endpunkten

Nachfolgend werden die Ergebnisse für die Endpunkte getrennt nach jeweiligem Vergleich, Beobachtungszeitpunkt und Datenart dargestellt.

5.4.1 Ergebnisse zum Vergleich MET vs. Wartekontrollgruppe

Tabelle 9: Evidenzprofil für den Vergleich MET vs. Wartekontrollgruppe – Nachbeobachtung – binäre Daten

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis / Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko in % ^a	Effekt		Qualität der Evidenz ^b
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD in %-Punkten [95 %-KI]	
Symptomreduktion oder Remission als Indexwert der cannabisbedingten Störungen nach ICD-10, DSM-IV oder DSM-5 (wichtiger Endpunkt)												
Anzahl Personen, die die Kriterien für DSM-IV Cannabisabhängigkeit erfüllen – Nachbeobachtungszeitpunkt 3 Monate nach Interventionsende												
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative absolute Effektschätzung bzw. ein Odds Ratio kleiner als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [36]	sehr schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	schwerwiegend ^e	keine	13/20	16/20	80	0,46 [0,11; 1,94] ^f	-15 [-42; 12] ^f	sehr niedrig
<p>a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie.</p> <p>b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.</p> <p>c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.</p> <p>d. Die Verblindung und die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat. Zu Baseline lagen große Unterschiede zwischen den Gruppen zuungunsten der Interventionsgruppe vor, die in der Berechnung des Effekts nicht berücksichtigt wurden.</p> <p>e. Das 95 %-KI des Odds Ratio überdeckt sowohl 1 als auch 0,5. Somit kann weder eine Halbierung des Effektes zugunsten noch ein Effekt zugunsten der Prüflintervention ausgeschlossen werden.</p> <p>f. Zu Baseline lagen große Unterschiede zwischen den Gruppen zuungunsten der Interventionsgruppe vor.</p> <p>C: Vergleichsgruppe; DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; I: Prüflinterventionsgruppe; ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz</p>												

Tabelle 10: Evidenzprofil für den Vergleich MET vs. Wartekontrollgruppe – Nachbeobachtung – stetige Daten

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Effekt		Qualität der Evidenz ^a
Studien-design, N	Studien-limitationen ^b	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren		Mittelwert-differenz [95 %-KI]	Hedges' g [95 %-KI]	
Häufigkeit des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)										
Veränderung der Anzahl der Konsumtage in den letzten 90 Tagen im Vergleich zur Baseline – Nachbeobachtungszeitpunkt 3 Monate nach Klinikentlassung										
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [36]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	20; 20	-18,40 [-35,10; -1,70] ^f	-0,69 [-1,33; -0,05] ^f	moderat
Menge des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)										
Veränderung der Menge des Cannabiskonsums in den letzten 90 Tagen im Vergleich zur Baseline [Cones^d pro Woche] – Nachbeobachtungszeitpunkt 3 Monate nach Klinikentlassung										
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [36]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^c	keine	20; 20	-15,00 [-58,27; 28,27] ^f	-0,22 [-0,84; 0,40] ^f	niedrig
<p>a. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.</p> <p>b. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.</p> <p>c. Die Verblindung und die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat.</p> <p>d. Cannabisdosis, die über eine Wasserpfeife oder eine Bong konsumiert wird. Laut Studienpublikation entspricht 1 Joint in etwa 3 Cones.</p> <p>e. Das 95 %-KI des Hedges' g umfasst sowohl -0,5 als auch 0. Somit können weder große Effekte zugunsten noch Effekte zuungunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.</p> <p>f. Zu Baseline lagen große Unterschiede zwischen den Gruppen zuungunsten der Interventionsgruppe vor. Die eigenen Berechnungen wurden auf Grundlage der Veränderung im Vergleich zu Baseline durchgeführt. Somit wurden die Baseline-Unterschiede berücksichtigt.</p> <p>C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie</p>										

5.4.2 Ergebnisse zum Vergleich MET + TAU vs. TAU

Tabelle 11: Evidenzprofil für den Vergleich MET + TAU vs. TAU – Nachbeobachtung – Incidence Rate Ratio

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko in % ^a	Effekt		Qualität der Evidenz ^b
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		IRR [95 %-KI]	RD in %-Punkten [95 %-KI]	
Häufigkeit des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)												
Anzahl Konsumtage in den letzten 30 Tagen^d – Nachbeobachtungszeitraum Interventionsende bis 6 Monate nach Interventionsende												
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative absolute Effektschätzung bzw. ein IRR kleiner als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [19]	sehr schwerwiegend ^e	nicht zutreffend	schwerwiegend ^f	unentdeckt	nicht schwerwiegend	keine	79 ^g	72 ^g	k. A.	0,44 [0,20; 0,98]	k. A.	sehr niedrig
<p>a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie.</p> <p>b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.</p> <p>c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.</p> <p>d. Die Berechnung ist für die Zeit in einer kontrollierten Umgebung (z. B. stationärer Behandlung) adjustiert.</p> <p>e. Unter anderem waren die Randomisierung und die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar und die Verblindung nicht adäquat.</p> <p>f. Die übliche Therapie enthielt eine individuelle Pharmakotherapie. Diese wurde in der Auswertung jedoch nicht berücksichtigt.</p> <p>g. Anzahl randomisierter Patientinnen und Patienten. Unklar, wie viele Patientinnen und Patienten zur Berechnung des IRR herangezogen wurden.</p> <p>C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; IRR: Incidence Rate Ratio; k. A.: keine Angabe; KI: Konfidenzintervall; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz; TAU: übliche Therapie</p>												

Tabelle 12: Evidenzprofil für den Vergleich MET + TAU vs. TAU – Nachbeobachtung – Zeit-bis-Ereignis Daten

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko in % ^a	Effekt		Qualität der Evidenz ^b
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Mediane Zeit bis zum Ereignis in Tagen [95 %-KI]			Hazard Ratio [95 %-KI]	RD in %-Punkten [95 %-KI]	
Cannabisabstinenz (kritischer Endpunkt)												
Zeit bis zum ersten Cannabiskonsum nach Entlassung aus der Therapie [Tage^d] – Nachbeobachtungszeitpunkt 12 Monate nach Klinikentlassung												
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative absolute Effektschätzung bzw. ein Hazard Ratio kleiner als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [19]	sehr schwerwiegend ^c	nicht zutreffend	schwerwiegend ^f	unentdeckt	schwerwiegend ^g	keine	69; 51 [k. A.]	70; 15 [k. A.]	k. A.	0,71 [0,49; 1,02]	k. A.	sehr niedrig
Anderer Substanzkonsum (wichtiger Endpunkt)												
Zeit bis zum ersten Alkoholkonsum nach Entlassung aus der Therapie [Tage] – Nachbeobachtungszeitpunkt 12 Monate nach Klinikentlassung												
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative absolute Effektschätzung bzw. ein Hazard Ratio kleiner als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [19]	sehr schwerwiegend ^c	nicht zutreffend	schwerwiegend ^f	unentdeckt	nicht schwerwiegend	keine	69; 64 [k. A.]	70; 41 [k. A.]	k. A.	0,81 [0,56; 1,16]	k. A.	sehr niedrig
<p>a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie.</p> <p>b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.</p> <p>c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.</p> <p>d. Die Berechnung ist für die Zeit in einer kontrollierten Umgebung (z. B. stationärer Behandlung) adjustiert.</p> <p>e. Unter anderem waren die Randomisierung und die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar und die Verblindung nicht adäquat.</p> <p>f. Die übliche Therapie enthielt eine individuelle Pharmakotherapie. Diese wurde in der Auswertung jedoch nicht berücksichtigt.</p> <p>g. Das 95 %-KI des Hazard Ratio überdeckt sowohl 1 als auch 0,5. Somit kann weder eine Halbierung des Effektes zuungunsten noch ein Effekt zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.</p> <p>C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; k. A.: keine Angabe; KI: Konfidenzintervall; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz; TAU: übliche Therapie</p>												

5.4.3 Ergebnisse zum Vergleich MET + PE vs. Entspannungstraining + PE

Tabelle 13: Evidenzprofil für den Vergleich MET + PE vs. Entspannungstraining + PE – Nachbeobachtung – stetige Daten (mehrsseitige Tabelle)

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Effekt		Qualität der Evidenz ^a
Studien-design, N	Studien-limitationen ^b	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren		Mittelwert-differenz [95 %-KI]	Hedges' g [95 %-KI]	
Häufigkeit des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)										
Anteil Konsumtage in den letzten 90 Tagen [%] – Nachbeobachtungszeitpunkt 3 Monate nach Haftentlassung										
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [40] ^{c, d}	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	60; 53	1,06 [-13,86; 15,98]	0,03 [-0,34; 0,40]	moderat
RCT; 1 [40] ^{c, f}	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	26; 23	-26,98 [-50,97; -2,99]	-0,64 [-1,21; -0,06]	moderat
Menge des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)										
Menge des Cannabiskonsums in den letzten 90 Tagen [Joints pro Tag] – Nachbeobachtungszeitpunkt 3 Monate nach Haftentlassung										
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [40] ^{c, d}	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^g	keine	60; 53	2,12 [-0,66; 4,90]	0,28 [-0,09; 0,65]	niedrig
RCT; 1 [40] ^{c, f}	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	sehr schwer-wiegend ^h	keine	26; 23	-0,32 [-11,01; 10,37]	-0,02 [-0,58; 0,54]	sehr niedrig

Tabelle 13: Evidenzprofil für den Vergleich MET + PE vs. Entspannungstraining + PE – Nachbeobachtung – stetige Daten (mehrseitige Tabelle)

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Effekt		Qualität der Evidenz ^a
Studien-design, N	Studien-limitationen ^b	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren		Mittelwert-differenz [95 %-KI]	Hedges' g [95 %-KI]	
Anderer Substanzkonsum (wichtiger Endpunkt)										
Anteil Tage in den letzten 90 Tagen, an denen ≥ 4 (Mädchen) bzw. ≥ 5 (Jungen) alkoholische Getränke konsumiert wurden – Nachbeobachtungszeitpunkt 3 Monate nach Haftentlassung										
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [40] ^{c, d}	schwer-wiegend ^e	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	60; 53	-0,71 [-5,30; 3,88]	-0,06 [-0,43; 0,31]	moderat
RCT; 1 [40] ^{c, f}	schwer-wiegend ^e	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	26; 23	-10,29 [-19,86; -0,72]	-0,61 [-1,18; -0,03]	moderat
<p>a. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.</p> <p>b. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.</p> <p>c. In der Publikation wird ein Modell aufgestellt, in dem die Behandlung, Depression und die Wechselwirkung zwischen Behandlung und Depression als erklärende Variablen berücksichtigt wurden. Die Wechselwirkung hatte einen statistisch signifikanten Einfluss, daher wurden die Subgruppen nach Depressivität getrennt dargestellt. Der Haupteffekt der Behandlung war im Modell statistisch signifikant (p-Wert = 0,033). Die hier dargestellten Effektschätzungen sind selbst berechnete Annäherungen auf Basis der Mittelwerte und Standardabweichungen in beiden Gruppen zum Zeitpunkt 3 Monate und entstammen nicht dem Modell.</p> <p>d. Subgruppe der Patientinnen und Patienten mit stark ausgeprägter Depressionssymptomatik (CES-D Score > 15)</p> <p>e. Unter anderem waren die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar, die Verblindung und die Umsetzung des ITT-Prinzips nicht adäquat.</p> <p>f. Subgruppe der Patientinnen und Patienten mit gering ausgeprägter Depressionssymptomatik (CES-D Score ≤ 15)</p> <p>g. Das 95 %-KI des Hedges' g umfasst sowohl 0 als auch 0,5. Somit können weder große Effekte zuungunsten noch Effekte zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.</p> <p>h. Das 95 %-KI des Hedges' g umfasst sowohl -0,5 als auch 0,5. Somit können weder große Effekte zugunsten noch große Effekte zuungunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.</p> <p>C: Vergleichsgruppe; CES-D: Center for Epidemiological Studies-Depression scale; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; PE: Psychoedukation; RCT: randomisierte kontrollierte Studie</p>										

5.4.4 Ergebnisse zum Vergleich KVT von Depression + MET/KVT von Substanzkonsum vs. E-TAU von Depression + MET/KVT von Substanzkonsum

Tabelle 14: Evidenzprofil für den Vergleich KVT von Depression + MET/KVT von Substanzkonsum vs. E-TAU von Depression + MET/KVT von Substanzkonsum – Interventionsende – binäre Daten

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis / Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko in % ^a	Effekt		Qualität der Evidenz ^b
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD in %-Punkten [95 %-KI]	
Cannabisabstinenz (kritischer Endpunkt)												
Anteil Personen mit negativer Urinprobe zum Messzeitpunkt (Punktprävalenz) [%] – Interventionsende												
Interpretation der Effektschätzung: Eine positive absolute Effektschätzung bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [20]	schwer-wiegend ^d	nicht zutreffend	schwer-wiegend ^e	unentdeckt	sehr schwer-wiegend ^f	keine	45,0 % / k. A. ^g	34,78 % / k. A. ^g	35	1,50 [0,43; 5,25]	10 [-20; 39]	sehr niedrig
<p>a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie.</p> <p>b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.</p> <p>c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.</p> <p>d. Unter anderem waren die Verdeckung der Gruppenzuteilung und die Umsetzung des ITT-Prinzips unklar. Die Verblindung war nicht adäquat.</p> <p>e. Die Behandlung in der Vergleichsgruppe beinhaltete verschiedene Therapieoptionen je nach Angebot. Es ist daher nicht vollständig auszuschließen, dass einzelne Patientinnen und Patienten der Vergleichsgruppe Therapien erhielten, die der Prüfintervention ähnelten.</p> <p>f. Das 95 %-KI des Odds Ratio überdeckt 0,5 und 2. Somit kann weder eine Halbierung des Effektes zuungunsten noch eine Verdopplung des Effektes zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.</p> <p>g. Randomisiert wurden 50 Patientinnen und Patienten im Verhältnis 1:1. In der Gesamtpopulation, die zusätzlich zu diesen 50 eine nicht randomisierte Teilpopulation enthielt, fehlten ca. 15 % in der Auswertung. Die Berechnungen wurden unter der Annahme von jeweils 21 Patientinnen und Patienten in beiden Gruppen durchgeführt.</p> <p>C: Vergleichsgruppe; E-TAU: erweiterte übliche Therapie; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; k. A.: keine Angabe; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz</p>												

Tabelle 15: Evidenzprofil für den Vergleich KVT von Depression + MET/KVT von Substanzkonsum vs. E-TAU + MET/KVT von Substanzkonsum – Interventionsende – stetige Daten (mehrseitige Tabelle)

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Effekt		Qualität der Evidenz ^a
Studien-design, N	Studien-limitationen ^b	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren		Mittelwert-differenz [95 %-KI]	Hedges' g [95 %-KI]	
Häufigkeit des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)										
Anteil Konsumtage in den letzten 5 Wochen [%] – Interventionsende										
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [20]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	schwer-wiegend ^d	unentdeckt	sehr schwer-wiegend ^e	keine	k. A. ^f	2,37 [-16,05; 20,79]	0,08 [-0,53; 0,68]	sehr niedrig
Psychische Probleme (wichtiger Endpunkt)										
Depression – CDRS-R^g – Interventionsende										
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [20]	schwer-wiegend ^h	nicht zutreffend	schwer-wiegend ^d	unentdeckt	schwer-wiegend ⁱ	keine	k. A. ^f	5,59 [-1,37; 12,55]	0,49 [-0,12; 1,11]	sehr niedrig

Tabelle 15: Evidenzprofil für den Vergleich KVT von Depression + MET/KVT von Substanzkonsum vs. E-TAU + MET/KVT von Substanzkonsum – Interventionsende – stetige Daten (mehrseitige Tabelle)

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Effekt		Qualität der Evidenz ^a
Studien-design, N	Studien-limitationen ^b	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren		Mittelwert-differenz [95 %-KI]	Hedges' g [95 %-KI]	
<p>a. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.</p> <p>b. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.</p> <p>c. Unter anderem waren die Verdeckung der Gruppenzuteilung und die Umsetzung des ITT-Prinzips unklar. Die Verblindung war nicht adäquat.</p> <p>d. Die Behandlung in der Vergleichsgruppe beinhaltete verschiedene Therapieoptionen je nach Angebot. Es ist daher nicht vollständig auszuschließen, dass einzelne Patientinnen und Patienten der Vergleichsgruppe Therapien erhielten, die der Prüfintervention ähnelten.</p> <p>e. Das 95 %-KI des Hedges' g umfasst sowohl -0,5 als auch 0,5. Somit können weder große Effekte zugunsten der Prüfintervention noch große Effekte zuungunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.</p> <p>f. Randomisiert wurden 50 Patientinnen und Patienten im Verhältnis 1:1. In der Gesamtpopulation, die zusätzlich zu diesen 50 eine nicht randomisierte Teilpopulation enthielt, fehlten ca. 15 % in der Auswertung. Die Berechnungen wurden unter der Annahme von jeweils 21 Patientinnen und Patienten in beiden Gruppen durchgeführt.</p> <p>g. Der kleinstmögliche Wert ist 17, der größtmögliche Wert 113. Je größer der Wert, desto schwerer die Depression.</p> <p>h. Unter anderem waren die Verdeckung der Gruppenzuteilung und die Umsetzung des ITT-Prinzips unklar. Die Verblindung und die ergebnisunabhängige Berichterstattung waren nicht adäquat.</p> <p>i. Das 95 %-KI des Hedges' g umfasst sowohl 0 als auch 0,5. Somit können weder Effekte zugunsten der Prüfintervention noch große Effekte zuungunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.</p> <p>C: Vergleichsgruppe; CDRS-R: Children's Depression Rating Scale-Revised; E-TAU: erweiterte übliche Therapie; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; k. A.: keine Angabe; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie</p>										

5.4.5 Ergebnisse zum Vergleich KVT von Substanzkonsum vs. PE

Tabelle 16: Evidenzprofil für den Vergleich KVT von Substanzkonsum vs. PE – Nachbeobachtung – stetige Daten

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Effekt		Qualität der Evidenz ^a
Studien-design, N	Studien-limitationen ^b	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren		Mittelwert-differenz [95 %-KI]	Hedges' g [95 %-KI]	
Psychische Probleme (wichtiger Endpunkt)										
Psychische Probleme – T-ASI^c – Nachbeobachtungszeitpunkt 9 Monate nach Interventionsende										
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [32]	sehr schwer-wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^e	keine	k. A. ^f	-0,20 [-0,65; 0,25]	-0,23 [-0,76; 0,29]	sehr niedrig
<p>a. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.</p> <p>b. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.</p> <p>c. Verwendet wurde die Subskala Psychische Probleme des T-ASI. Je größer der Wert, desto ausgeprägter die Probleme.</p> <p>d. Unter anderem waren die Randomisierung und die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar. Die Umsetzung des ITT-Prinzips und die Verblindung waren nicht adäquat.</p> <p>e. Das 95 %-KI des Hedges' g umfasst sowohl -0,5 als auch 0. Somit können weder große Effekte zugunsten noch Effekte zuungunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.</p> <p>f. Laut Studienpublikation nahmen an der Nacherhebung (9 Monate) 57 der ursprünglich rekrutierten 88 Patientinnen und Patienten teil. Die Aufteilung auf die Gruppen ist jedoch unklar. Die Berechnungen wurden unter der Annahme von 33 (I) bzw. 24 (C) Patientinnen und Patienten in beiden Gruppen durchgeführt.</p> <p>C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; k. A.: keine Angabe; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie N: Anzahl der Studien; PE: Psychoedukation; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; T-ASI: Teen-Addiction Severity Index</p>										

5.4.6 Ergebnisse zum Vergleich I-KVT vs. E-TAU

Tabelle 17: Evidenzprofil für den Vergleich I-KVT vs. E-TAU – Nachbeobachtung – binäre Daten (mehrseitige Tabelle)

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis / Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko in % ^a	Effekt		Qualität der Evidenz ^b
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikationsbias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD in %-Punkten [95 %-KI]	
Symptomreduktion oder Remission als Indexwert der cannabisbedingten Störungen nach ICD-10, DSM-IV oder DSM-5 (wichtiger Endpunkt)												
Anteil Personen mit Cannabiskonsumstörung [%] – Nachbeobachtungszeitpunkt 6 Monate nach Interventionsende												
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative absolute Effektschätzung bzw. ein Odds Ratio kleiner als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [28]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	schwerwiegend ^e	unentdeckt	schwerwiegend ^f	keine	30,8 % / k. A. ^g	60,0 % / k. A. ^g	60	0,35 [0,08; 1,48] ^h	-25 [-52; 8] ^h	sehr niedrig
Psychische Probleme (wichtiger Endpunkt)												
Anzahl Suizidversuche seit Baseline – Nachbeobachtungszeitpunkt 6 Monate nach Interventionsende												
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative absolute Effektschätzung bzw. ein Odds Ratio kleiner als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [28]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	schwerwiegend ^e	unentdeckt	nicht schwerwiegend	keine	1/19	6/17	35,3	0,10 [0,01; 0,96]	-30 [-54; -4]	niedrig
Anteil Personen mit psychiatrischer Diagnose (Affektive Störung) [%] – Nachbeobachtungszeitpunkt 6 Monate nach Interventionsende												
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative absolute Effektschätzung bzw. ein Odds Ratio kleiner als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [28]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	schwerwiegend ^e	unentdeckt	schwerwiegend ^f	keine	6,7 % / k. A. ⁱ	31,3 % / k. A. ⁱ	31	0,17 [0,02; 1,68] ^h	-23 [-48; 2] ^h	sehr niedrig

Tabelle 17: Evidenzprofil für den Vergleich I-KVT vs. E-TAU – Nachbeobachtung – binäre Daten (mehreseitige Tabelle)

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis / Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko in % ^a	Effekt		Qualität der Evidenz ^b
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD in %-Punkten [95 %-KI]	
<p>a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie.</p> <p>b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.</p> <p>c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.</p> <p>d. Unter anderem waren die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar, die Verblindung und die Umsetzung des ITT-Prinzips nicht adäquat.</p> <p>e. Die Behandlung in der Vergleichsgruppe beinhaltete verschiedene Therapieoptionen je nach Angebot. Es ist daher nicht vollständig auszuschließen, dass einzelne Patientinnen und Patienten der Vergleichsgruppe Therapien erhielten, die der Prüfindervention ähnelten.</p> <p>f. Das 95 %-KI des Odds Ratio überdeckt sowohl 1 als auch 0,5. Somit kann weder eine Halbierung des Effektes zugunsten noch ein Effekt zuungunsten der Prüfindervention ausgeschlossen werden.</p> <p>g. Laut Studienpublikation wurden in die Berechnung der Anteile 28 der ursprünglich 40 rekrutierten Patientinnen und Patienten eingeschlossen. Die Verteilung ist jedoch unklar.</p> <p>h. Laut Studienpublikation nahmen an der Nacherhebung 6 Monate nach Interventionsende 15 (I) bzw. 17 (C) Patientinnen und Patienten teil. Die Berechnungen des Odd Ratios und der Risikodifferenz wurden unter der Annahme von 15 (I) bzw. 17 (C) Patientinnen und Patienten in beiden Gruppen durchgeführt.</p> <p>i. Laut Studienpublikation wurden in die Berechnung der Anteile 31 der ursprünglich 40 rekrutierten Patientinnen und Patienten eingeschlossen. Die Verteilung ist jedoch unklar.</p> <p>C: Vergleichsgruppe; DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; E-TAU: erweiterte übliche Therapie; I: Prüfindventionsgruppe; ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; I-KVT: integrierte kognitive Verhaltenstherapie; k. A.: keine Angabe; KI: Konfidenzintervall; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz</p>												

Tabelle 18: Evidenzprofil für den Vergleich I-KVT vs. E-TAU – Nachbeobachtung – stetige Daten (mehreseitige Tabelle)

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Effekt		Qualität der Evidenz ^a
Studien-design, N	Studien-limitationen ^b	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren		Mittelwert-differenz [95 %-KI]	Cohen's d [95 %-KI]	
Verbesserung cannabisbedingter Probleme (kritischer Endpunkt)										
Cannabisbedingte Probleme – RMPI^c – Nachbeobachtungszeitraum Baseline bis 6 Monate nach Interventionsende										
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [28]	schwer-wiegend ^d	nicht zutreffend	schwer-wiegend ^e	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	19; 17	k. A.	-0,02 [-0,42; 0,37]	niedrig
Psychische Probleme (wichtiger Endpunkt)										
Angstsymptome – SCARED^f – Nachbeobachtungszeitraum Baseline bis 6 Monate nach Interventionsende										
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [28]	schwer-wiegend ^d	nicht zutreffend	schwer-wiegend ^e	unentdeckt	schwer-wiegend ^g	keine	19; 17	k. A.	-0,17 [-0,57; 0,23]	sehr niedrig
Depression – RADS-2^h – Nachbeobachtungszeitraum Baseline bis 6 Monate nach Interventionsende										
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [28]	schwer-wiegend ^d	nicht zutreffend	schwer-wiegend ^e	unentdeckt	sehr schwer-wiegend ⁱ	keine	19; 17	k. A.	-0,13 [-0,97; 0,72]	sehr niedrig
<p>a. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.</p> <p>b. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.</p> <p>c. Der Gesamtscore reicht von 0 bis 116, wobei höhere Werte auf stärker ausgeprägte Probleme hinweisen.</p> <p>d. Unter anderem waren die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar und die Verblindung nicht adäquat.</p> <p>e. Die Behandlung in der Vergleichsgruppe beinhaltete verschiedene Therapieoptionen je nach Angebot. Es ist daher nicht vollständig auszuschließen, dass einzelne Patientinnen und Patienten der Vergleichsgruppe Therapien erhielten, die der Prüfintervention ähnelten.</p> <p>f. Der Gesamtscore reicht von 0 bis 82, wobei höhere Werte auf einen höheren Schweregrad der Angstsymptome hinweisen.</p> <p>g. Das 95 %-KI des Cohen's d umfasst sowohl -0,5 als auch 0. Somit können weder große Effekte zugunsten noch Effekte zuungunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.</p> <p>h. Der Gesamtscore reicht von 30 bis 120, wobei höhere Werte auf einen höheren Schweregrad der depressiven Symptomatik hinweisen.</p> <p>i. Das 95 %-KI des Cohen's d umfasst sowohl -0,5 als auch 0,5. Somit können weder große Effekte zugunsten der Prüfintervention noch große Effekte zuungunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.</p>										

Tabelle 18: Evidenzprofil für den Vergleich I-KVT vs. E-TAU – Nachbeobachtung – stetige Daten (mehrseitige Tabelle)

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Effekt		Qualität der Evidenz ^a
Studien-design, N	Studien-limitationen ^b	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren		Mittelwert-differenz [95 %-KI]	Cohen's d [95 %-KI]	
C: Vergleichsgruppe; E-TAU: erweiterte übliche Therapie; I: Prüfinterventionsgruppe; I-KVT: integrierte kognitive Verhaltenstherapie; k. A.: keine Angabe; KI: Konfidenzintervall; N: Anzahl der Studien; RADS-2: Reynolds Adolescent Depression Scale-2; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz; RMPI: Rutgers Marijuana Problem Inventory; SCARED: Screen for Child Anxiety Related Disorders										

Tabelle 19: Evidenzprofil für den Vergleich I-KVT vs. E-TAU – Nachbeobachtung – Incidence Rate Ratio

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko in % ^a	Effekt		Qualität der Evidenz ^b
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		IRR [95 %-KI]	RD in %-Punkten [95 %-KI]	
Häufigkeit des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)												
Anzahl Konsumtage in den letzten 30 Tagen – Nachbeobachtungszeitraum Baseline bis 6 Monate nach Interventionsende												
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative absolute Effektschätzung bzw. ein IRR kleiner als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [28]	schwer-wiegend ^d	nicht zutreffend	schwer-wiegend ^e	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	19	17	k. A.	0,39 [0,19; 0,77]	k. A.	niedrig
Anderer Substanzkonsum (wichtiger Endpunkt)												
Anzahl Tage in den letzten 30 Tagen, an denen Alkohol konsumiert wurde – Nachbeobachtungszeitraum Baseline bis 6 Monate nach Interventionsende												
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative absolute Effektschätzung bzw. ein IRR kleiner als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [28]	schwer-wiegend ^d	nicht zutreffend	schwer-wiegend ^e	unentdeckt	schwer-wiegend ^f	keine	19	17	k. A.	0,61 [0,29; 1,32]	k. A.	sehr niedrig
<p>a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie.</p> <p>b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.</p> <p>c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.</p> <p>d. Unter anderem waren die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar und die Verblindung nicht adäquat.</p> <p>e. Die Behandlung in der Vergleichsgruppe beinhaltete verschiedene Therapieoptionen je nach Angebot. Es ist daher nicht vollständig auszuschließen, dass einzelne Patientinnen und Patienten der Vergleichsgruppe Therapien erhielten, die der Prüfintervention ähnelten.</p> <p>f. Das 95 %-KI des IRR überdeckt sowohl 1 als auch 0,5. Somit kann weder eine Halbierung des Effektes zugunsten noch ein Effekt zuungunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.</p> <p>C: Vergleichsgruppe; E-TAU: erweiterte übliche Therapie; I: Prüfinterventionsgruppe; I-KVT: integrierte kognitive Verhaltenstherapie; IRR: Incidence Rate Ratio; k. A.: keine Angabe; KI: Konfidenzintervall; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz</p>												

5.4.7 Ergebnisse zum Vergleich I-MET/KVT vs. TAU

Tabelle 20: Evidenzprofil für den Vergleich I-MET/KVT vs. TAU – Nachbeobachtung – binäre Daten (mehrsseitige Tabelle)

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis / Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko in % ^a	Effekt		Qualität der Evidenz ^b
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikationsbias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD in %-Punkten [95 %-KI]	
Anderer Substanzkonsum (wichtiger Endpunkt)												
Anzahl Personen, die in den letzten 90 Tagen an ≥ 1 Tag ≥ 5 alkoholische Getränke konsumiert haben – Nachbeobachtungszeitraum Monat 3 bis Monat 12 nach Interventionsende												
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative absolute Effektschätzung bzw. ein Odds Ratio kleiner als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [42]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	schwerwiegend ^e	unentdeckt	schwerwiegend ^f	keine	k. A./61 ^g	k. A./50 ^g	k. A.	1,41 [0,73; 2,73]	k. A.	sehr niedrig
Anzahl Personen, die in den letzten 90 Tagen an ≥ 1 Tag andere Substanzen^h als Cannabis oder Alkohol konsumiert haben – Nachbeobachtungszeitraum Monat 3 bis Monat 12 nach Interventionsende												
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative absolute Effektschätzung bzw. ein Odds Ratio kleiner als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [42]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	schwerwiegend ^e	unentdeckt	sehr schwerwiegend ⁱ	keine	k. A./61 ^g	k. A./50 ^g	k. A.	1,04 [0,30; 3,60]	k. A.	sehr niedrig

Tabelle 20: Evidenzprofil für den Vergleich I-MET/KVT vs. TAU – Nachbeobachtung – binäre Daten (mehrsseitige Tabelle)

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis / Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko in % ^a	Effekt		Qualität der Evidenz ^b
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD in %-Punkten [95 %-KI]	
<p>a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie.</p> <p>b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.</p> <p>c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.</p> <p>d. Die Umsetzung des ITT-Prinzips unklar und die Verblindung waren nicht adäquat.</p> <p>e. Die Behandlung in der Vergleichsgruppe beinhaltete verschiedene Therapieoptionen je nach Angebot. Es ist daher nicht vollständig auszuschließen, dass einzelne Patientinnen und Patienten der Vergleichsgruppe Therapien erhielten, die der Prüfintervention ähnelten.</p> <p>f. Das 95 %-KI des Odds Ratio überdeckt sowohl 1 als auch 0,5. Somit kann weder eine Halbierung des Effektes zugunsten noch ein Effekt zuungunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.</p> <p>g. In der Studienpublikation wurde die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Ereignis nicht genannt.</p> <p>h. In der Studienpublikation wurde als andere Substanzen Nikotin, Kokain, LSD, PCP, Inhalationsmittel etc. genannt. Welche Substanzen mit „etc.“ gemeint waren, ist unklar.</p> <p>i. Das 95 %-KI des Odds Ratio überdeckt 0,5 und 2. Somit kann weder eine Halbierung des Effektes zugunsten noch eine Verdopplung des Effektes zuungunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.</p> <p>C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; I-MET/KVT: integrierte MET/KVT; ITT: Intention to treat; k. A.: keine Angabe; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; LSD: Lysergsäurediethylamid; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; PCP: Phencyclidin; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz; TAU: übliche Therapie</p>												

Tabelle 21: Evidenzprofil für den Vergleich I-MET/KVT vs. TAU – Nachbeobachtung – stetige Daten (mehrsseitige Tabelle)

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Effekt		Qualität der Evidenz ^a
Studien-design, N	Studien-limitationen ^b	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren		Mittelwert-differenz [95 %-KI]	Cohen's d [95 %-KI]	
Häufigkeit des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)										
Anteil Konsumtage in den letzten 30 Tagen [%] – Nachbeobachtungszeitraum Monat 3 bis Monat 12 nach Interventionsende										
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [42]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	schwer-wiegend ^d	unentdeckt	schwer-wiegend ^e	keine	61; 50	k. A.	0,28 [-0,17; 0,74]	sehr niedrig
Psychische Probleme (wichtiger Endpunkt)										
Depression – CDI-2^f – Nachbeobachtungszeitraum Monat 3 bis Monat 12 nach Interventionsende										
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [42]	schwer-wiegend ^g	nicht zutreffend	schwer-wiegend ^d	unentdeckt	schwer-wiegend ^e	keine	61; 50	k. A.	0,29 [-0,13; 0,71]	sehr niedrig
Angstsymptome – SCARED^h – Nachbeobachtungszeitraum Monat 3 bis Monat 12 nach Interventionsende										
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [42]	schwer-wiegend ^g	nicht zutreffend	schwer-wiegend ^d	unentdeckt	schwer-wiegend ^e	keine	61; 50	k. A.	0,21 [-0,13; 0,55]	sehr niedrig
Anderer Substanzkonsum (wichtiger Endpunkt)										
Anteil Tage in den letzten 30 Tagen, an denen Alkohol konsumiert wurde – Nachbeobachtungszeitraum Monat 3 bis Monat 12 nach Interventionsende										
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [42]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	schwer-wiegend ^d	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	61; 50	k. A.	-0,02 [-0,35; 0,31]	niedrig
Anteil Tage in den letzten 30 Tagen, an denen ≥ 5 alkoholische Getränke konsumiert wurden – Nachbeobachtungszeitraum Monat 3 bis Monat 12 nach Interventionsende										
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [42]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	schwer-wiegend ^d	unentdeckt	schwer-wiegend ^e	keine	61; 50	k. A.	0,41 [-0,07; 0,88]	sehr niedrig

Tabelle 21: Evidenzprofil für den Vergleich I-MET/KVT vs. TAU – Nachbeobachtung – stetige Daten (mehrsseitige Tabelle)

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Effekt		Qualität der Evidenz ^a
Studien-design, N	Studien-limitationen ^b	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren		Mittelwert-differenz [95 %-KI]	Cohen's d [95 %-KI]	
<p>a. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.</p> <p>b. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.</p> <p>c. Die Umsetzung des ITT-Prinzips und die Verblindung waren nicht adäquat.</p> <p>d. Die Behandlung in der Vergleichsgruppe beinhaltete verschiedene Therapieoptionen je nach Angebot. Es ist daher nicht vollständig auszuschließen, dass einzelne Patientinnen und Patienten der Vergleichsgruppe Therapien erhielten, die der Prüfintervention ähnelten.</p> <p>e. Das 95 %-KI des Cohen's d umfasst sowohl 0 als auch 0,5. Somit können weder Effekte zugunsten der Prüfintervention noch große Effekte zuungunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.</p> <p>f. Der Gesamtscore reicht von 0 bis 56, wobei höhere Werte auf einen höheren Schweregrad der depressiven Symptomatik hinweisen.</p> <p>g. Die Umsetzung des ITT-Prinzips war unklar und die Verblindung war nicht adäquat.</p> <p>h. Der Gesamtscore reicht von 0 bis 82, wobei höhere Werte auf einen höheren Schweregrad der Angstsymptome hinweisen.</p> <p>C: Vergleichsgruppe; CDI-2: Child Depression Inventory-2; I: Prüfinterventionsgruppe; I-MET/KVT: integrierte MET/KVT; ITT: Intention to treat; k. A.: keine Angabe; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz; SCARED: Screen for Child Anxiety Related Disorders; TAU: übliche Therapie</p>										

5.4.8 Ergebnisse zum Vergleich IFKVT vs. PE

Tabelle 22: Evidenzprofil für den Vergleich IFKVT vs. PE – Nachbeobachtung – binäre Daten

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis / Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko in % ^a	Effekt		Qualität der Evidenz ^b
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikationsbias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD in %-Punkten [95 %-KI]	
Cannabisabstinenz (kritischer Endpunkt)												
Anteil Personen mit positiver Urinprobe zum Messzeitpunkt (Punktprevalenz) [%] – Nachbeobachtungszeitpunkt 6 Monate nach Interventionsende												
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative absolute Effektschätzung bzw. ein Odds Ratio kleiner als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [35]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	nicht schwerwiegend	keine	9/21	18/21	85,7	0,13 [0,03; 0,56]	-43 [-63; -14]	moderat
Anderer Substanzkonsum (wichtiger Endpunkt)												
Anteil Personen, die in den letzten 6 Monaten an ≥ 1 Tag andere Substanzen^e als Cannabis oder Alkohol konsumiert haben [%] – Nachbeobachtungszeitpunkt 6 Monate nach Interventionsende												
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative absolute Effektschätzung bzw. ein Odds Ratio kleiner als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [35]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	schwerwiegend ^f	keine	5/21	10/21	47,6	0,34 [0,09; 1,29]	-24 [-48; 5]	niedrig
<p>a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie.</p> <p>b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.</p> <p>c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.</p> <p>d. Unter anderem waren die Randomisierung und die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar und die Verblindung nicht adäquat.</p> <p>e. In der Studienpublikation wurden als Substanzen Kokain in Pulverform, Crack, LSD, andere Psychedelika als LSD, Ecstasy, Amphetamine, Methamphetamin, Barbiturate, Beruhigungsmittel, Heroin, andere Betäubungsmittel als Heroin, Inhalationsmittel und alle anderen Drogen genannt.</p> <p>f. Das 95 %-KI des Odds Ratio überdeckt sowohl 1 als auch 0,5. Somit kann weder eine Halbierung des Effektes zugunsten noch ein Effekt zuungunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.</p> <p>C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; IFKVT: integrierte Familien- und kognitive Verhaltenstherapie; KI: Konfidenzintervall; LSD: Lysergsäurediethylamid; N: Anzahl der Studien; PE: Psychoedukation; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz</p>												

Tabelle 23: Evidenzprofil für den Vergleich IFKVT vs. PE – Nachbeobachtung – stetige Daten(mehrseitige Tabelle)

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Effekt		Qualität der Evidenz ^a
Studien-design, N	Studien-limitationen ^b	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren		Mittelwert-differenz [95 %-KI]	Hedges' g [95 %-KI]	
Häufigkeit des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)										
Anzahl der Konsumtage im letzten Monat – Nachbeobachtungszeitpunkt 1 Monat nach Interventionsende										
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [35]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	21; 21	-8,19 [-13,76; -2,62]	-0,90 [-1,54; -0,26]	moderat
Anzahl der Konsumtage pro Monat (Mittelwert der Monate 4 bis 6) – Nachbeobachtungszeitpunkt 6 Monate nach Interventionsende										
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [35]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^d	keine	21; 21	-7,91 [-14,26; -1,56]	-0,76 [-1,39; -0,13]	niedrig
Anderer Substanzkonsum (wichtiger Endpunkt)										
Anzahl der Tage im letzten Monat, an denen Alkohol konsumiert wurde – Nachbeobachtungszeitpunkt 1 Monat nach Interventionsende										
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [35]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^d	keine	21; 21	-3,90 [-7,67; -0,13]	-0,63 [-1,25; -0,01]	niedrig
Anzahl der Tage pro Monat, an denen Alkohol konsumiert wurde (Mittelwert der Monate 4 bis 6) – Nachbeobachtungszeitpunkt 6 Monate nach Interventionsende										
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [35]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	21; 21	-4,37 [-7,92; -0,82]	-0,75 [-1,38; -0,12]	moderat

Tabelle 23: Evidenzprofil für den Vergleich IFKVT vs. PE – Nachbeobachtung – stetige Daten(mehrseitige Tabelle)

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Effekt		Qualität der Evidenz ^a
Studien-design, N	Studien-limitationen ^b	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren		Mittelwert-differenz [95 %-KI]	Hedges' g [95 %-KI]	
<p>a. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.</p> <p>b. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.</p> <p>c. Unter anderem waren die Randomisierung und die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar und die Verblindung nicht adäquat.</p> <p>d. In der Studienpublikation wurde ein nicht statistisch signifikanter Unterschied berichtet. Die eigenen Berechnungen sind eine vereinfachte Schätzung im Vergleich zum von den Studienautoren verwendeten Modell. Wegen der Diskrepanz in der Signifikanzaussage erfolgt die Bewertung mit „schwerwiegend“.</p> <p>C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; IFKVT: integrierte Familien- und kognitive Verhaltenstherapie; KI: Konfidenzintervall; N: Anzahl der Studien; PE: Psychoedukation; RCT: randomisierte kontrollierte Studie</p>										

5.4.9 Ergebnisse zum Vergleich Nachsorge: ACRA + CM vs. TAU

Tabelle 24: Evidenzprofil für den Vergleich Nachsorge: ACRA + CM vs. TAU – Interventionsende – binäre Daten

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis / Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko in % ^a	Effekt		Qualität der Evidenz ^b
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikationsbias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD in %-Punkten [95 %-KI]	
Cannabisabstinenz (kritischer Endpunkt)												
Anzahl Personen, die die letzten 3 Monate abstinent waren – Interventionsende												
Interpretation der Effektschätzung: Eine positive absolute Effektschätzung bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [30]	schwer-wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^e	keine	51/98	30/78	39	1,74 [0,95; 3,18]	14 [-1; 27]	niedrig
Anderer Substanzkonsum (wichtiger Endpunkt)												
Anzahl Personen, die in den letzten 3 Monaten keinen Alkohol konsumiert haben – Interventionsende												
Interpretation der Effektschätzung: Eine positive absolute Effektschätzung bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [30]	schwer-wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^e	keine	49/98	34/78	44	1,29 [0,71; 2,35]	6 [-8; 21]	niedrig
<p>a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie.</p> <p>b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.</p> <p>c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.</p> <p>d. Unter anderem waren die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar und die Verblindung nicht adäquat.</p> <p>e. Das 95 %-KI des Odds Ratio überdeckt 1 und 2. Somit kann weder ein Effekt zuungunsten der Prüfintervention noch eine Verdopplung des Effektes zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.</p> <p>ACRA: Adolescent Community Reinforcement Approach; C: Vergleichsgruppe; CM: Case Management; I: Prüfinterventionsgruppe; KI: Konfidenzintervall; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz; TAU: übliche Therapie</p>												

Tabelle 25: Evidenzprofil für den Vergleich Nachsorge: ACRA + CM vs. TAU – Nachbeobachtung – binäre Daten(mehrseitige Tabelle)

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis / Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko in % ^a	Effekt		Qualität der Evidenz ^b
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD in %-Punkten [95 %-KI]	
Cannabisabstinenz (kritischer Endpunkt)												
Anzahl Personen, die die letzten 9 Monate abstinent waren – Nachbeobachtungszeitpunkt 6 Monate nach Interventionsende												
Interpretation der Effektschätzung: Eine positive absolute Effektschätzung bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [30]	schwer-wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	40/98	20/78	26	2,00 [1,05; 3,83]	15 [1; 28]	moderat
Symptomreduktion oder Remission als Indexwert der cannabisbedingten Störungen nach ICD-10, DSM-IV oder DSM-5 (wichtiger Endpunkt)												
Anteil Personen in Remission^e zum Messzeitpunkt [%] – Nachbeobachtungszeitpunkt 9 Monate nach Interventionsende												
Interpretation der Effektschätzung: Eine positive absolute Effektschätzung bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [31]	schwer-wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	19/71	12/79	15	2,31 [1,10; 4,85]	k. A.	moderat
Anderer Substanzkonsum (wichtiger Endpunkt)												
Anzahl Personen, die in den letzten 9 Monaten keinen Alkohol konsumiert haben – Nachbeobachtungszeitpunkt 6 Monate nach Interventionsende												
Interpretation der Effektschätzung: Eine positive absolute Effektschätzung bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [30]	schwer-wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^f	keine	30/98	20/78	26	1,28 [0,66; 2,49]	5 [-9; 18]	niedrig

Tabelle 25: Evidenzprofil für den Vergleich Nachsorge: ACRA + CM vs. TAU – Nachbeobachtung – binäre Daten(mehrseitige Tabelle)

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis / Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko in % ^a	Effekt		Qualität der Evidenz ^b
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD in %-Punkten [95 %-KI]	
<p>a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie.</p> <p>b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.</p> <p>c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.</p> <p>d. Unter anderem waren die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar und die Verblindung nicht adäquat.</p> <p>e. Als Remission galt, wenn die Person nicht in kontrollierter Umgebung (z. B. Klinik oder Strafvollzugsanstalt) lebte und für die letzten 30 Tage kein Hinweis auf Missbrauchs- oder Abhängigkeitssymptome sowie Konsum von Alkohol oder anderen Drogen vorlag (Selbstauskunft oder Urintests).</p> <p>f. Das 95 %-KI des Odds Ratio überdeckt 1 und 2. Somit kann weder ein Effekt zuungunsten der Prüfintervention noch eine Verdopplung des Effektes zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.</p> <p>ACRA: Adolescent Community Reinforcement Approach; C: Vergleichsgruppe; CM: Case Management; DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; I: Prüfinterventionsgruppe; ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; k. A.: keine Angabe; KI: Konfidenzintervall; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz; TAU: übliche Therapie</p>												

Tabelle 26: Evidenzprofil für den Vergleich Nachsorge: ACRA + CM vs. TAU – Nachbeobachtung – stetige Daten

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Effekt		Qualität der Evidenz ^a
Studien-design, N	Studien-limitationen ^b	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren		Mittelwert-differenz [95 %-KI]	Cohen's d [95 %-KI]	
Häufigkeit des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)										
Anteil Tage in den letzten 12 Monaten, an denen kein Cannabis konsumiert wurde^c [%] – Nachbeobachtungszeitpunkt 9 Monate nach Interventionsende										
Interpretation der Effektschätzung: Eine positive Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [31]	schwer-wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	71; 79	k. A.	0,28 [0,00; 0,63] ^e	moderat
Anderer Substanzkonsum (wichtiger Endpunkt)										
Anteil Tage in den letzten 12 Monaten, an denen kein Alkohol konsumiert wurde^c [%] – Nachbeobachtungszeitpunkt 9 Monate nach Interventionsende										
Interpretation der Effektschätzung: Eine positive Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [31]	schwer-wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	71; 79	k. A.	0,30 [0,11; 0,75]	moderat
Anteil Tage in den letzten 12 Monaten, an denen nicht ≥ 5 alkoholische Getränke konsumiert wurden und kein Alkoholrausch vorlag^c [%] – Nachbeobachtungszeitpunkt 9 Monate nach Interventionsende										
Interpretation der Effektschätzung: Eine positive Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [31]	schwer-wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	71; 79	k. A.	0,31 [k. A.] ^f	moderat
<p>a. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.</p> <p>b. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.</p> <p>c. Die Berechnung ist für die Zeit in einer kontrollierten Umgebung (z. B. stationärer Behandlung) adjustiert.</p> <p>d. Unter anderem waren die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar und die Verblindung nicht adäquat.</p> <p>e. Aus dem KI ist nicht ersichtlich, ob ein statistisch signifikanter Unterschied vorliegt. Für diesen Gruppenvergleich wird in der Studienpublikation ein p-Wert von 0,02 berichtet.</p> <p>f. Aufgrund der fehlenden Angabe des KI ist nicht ersichtlich, ob ein statistisch signifikanter Unterschied vorliegt. Für diesen Gruppenvergleich wird in der Studienpublikation ein p-Wert von $< 0,01$ berichtet.</p> <p>ACRA: Adolescent Community Reinforcement Approach; C: Vergleichsgruppe; CM: Case Management; I: Prüfinterventionsgruppe; k. A.: keine Angabe; KI: Konfidenzintervall; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; TAU: übliche Therapie</p>										

5.4.10 Ergebnisse zum Vergleich Nachsorge: ACRA + CM + KM_{Abs} + KM_{Adh} vs. TAU

Tabelle 27: Evidenzprofil für den Vergleich Nachsorge: ACRA + CM + KM_{Abs} + KM_{Adh} vs. TAU – Nachbeobachtung – binäre Daten

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis / Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko in % ^a	Effekt		Qualität der Evidenz ^b
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikationsbias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD in %-Punkten [95 %-KI]	
Symptomreduktion oder Remission als Indexwert der cannabisbedingten Störungen nach ICD-10, DSM-IV oder DSM-5 (wichtiger Endpunkt)												
Anteil Personen in Remission^d zum Messzeitpunkt [%] – Nachbeobachtungszeitpunkt 9 Monate nach Interventionsende												
Interpretation der Effektschätzung: Eine positive absolute Effektschätzung bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [31]	schwerwiegend ^e	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	schwerwiegend ^f	keine	16/82	12/79	15	1,12 [0,53; 2,38]	k. A.	niedrig
<p>a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie.</p> <p>b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.</p> <p>c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.</p> <p>d. Als Remission galt, wenn die Person nicht in kontrollierter Umgebung (z. B. Klinik oder Strafvollzugsanstalt) lebte und für die letzten 30 Tage kein Hinweis auf Missbrauchs- oder Abhängigkeitssymptome sowie Konsum von Alkohol oder anderen Drogen vorlag (Selbstauskunft oder Urintests).</p> <p>e. Unter anderem waren die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar und die Verblindung nicht adäquat.</p> <p>f. Das 95 %-KI des Odds Ratio überdeckt 1 und 2. Somit kann weder ein Effekt zuungunsten der Prüflintervention noch eine Verdopplung des Effektes zugunsten der Prüflintervention ausgeschlossen werden.</p> <p>ACRA: Adolescent Community Reinforcement Approach; C: Vergleichsgruppe; CM: Case Management; DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; I: Prüflinterventionsgruppe; ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; k. A.: keine Angabe; KI: Konfidenzintervall; KM_{Abs}: abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement; KM_{Adh}: adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz; TAU: übliche Therapie</p>												

Tabelle 28: Evidenzprofil für den Vergleich Nachsorge: ACRA + CM + KM_{Abs} + KM_{Adh} vs. TAU – Nachbeobachtung – stetige Daten

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Effekt		Qualität der Evidenz ^a
Studien-design, N	Studien-limitationen ^b	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren		Mittelwert-differenz [95 %-KI]	Cohen's d [95 %-KI]	
Häufigkeit des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)										
Anteil Tage in den letzten 12 Monaten, an denen kein Cannabis konsumiert wurde ^c [%] – Nachbeobachtungszeitpunkt 9 Monate nach Interventionsende Interpretation der Effektschätzung: Eine positive Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [31]	schwer-wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	82; 79	k. A.	0,12 [-0,20; 0,42]	moderat
Anderer Substanzkonsum (wichtiger Endpunkt)										
Anteil Tage in den letzten 12 Monaten, an denen kein Alkohol konsumiert wurde ^c [%] – Nachbeobachtungszeitpunkt 9 Monate nach Interventionsende Interpretation der Effektschätzung: Eine positive Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [31]	schwer-wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	82; 79	k. A.	0,09 [-0,20; 0,42]	moderat
a. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden. b. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen. c. Die Berechnung ist für die Zeit in einer kontrollierten Umgebung (z. B. stationärer Behandlung) adjustiert. d. Unter anderem waren die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar und die Verblindung nicht adäquat. ACRA: Adolescent Community Reinforcement Approach; C: Vergleichsgruppe; CM: Case Management; I: Prüfinterventionsgruppe; k. A.: keine Angabe; KI: Konfidenzintervall; KM _{Abs} : abstinentzbasiertes Kontingenzmanagement; KM _{Adh} : adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; TAU: übliche Therapie										

5.4.11 Ergebnisse zum Vergleich Nachsorge: KM_{Abs} + KM_{Adh} + TAU vs. TAU

Tabelle 29: Evidenzprofil für den Nachsorge: KM_{Abs} + KM_{Adh} + TAU vs. TAU – Nachbeobachtung – binäre Daten

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis / Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko in % ^a	Effekt		Qualität der Evidenz ^b
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikationsbias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD in %-Punkten [95 %-KI]	
Symptomreduktion oder Remission als Indexwert der cannabisbedingten Störungen nach ICD-10, DSM-IV oder DSM-5 (wichtiger Endpunkt)												
Anteil Personen in Remission^d zum Messzeitpunkt [%] – Nachbeobachtungszeitpunkt 9 Monate nach Interventionsende												
Interpretation der Effektschätzung: Eine positive Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [31]	schwer-wiegend ^e	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	24/73	12/79	15	2,45 [1,18; 5,08]	k. A.	moderat
<p>a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie.</p> <p>b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.</p> <p>c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.</p> <p>d. Als Remission galt, wenn die Person nicht in kontrollierter Umgebung (z. B. Klinik oder Strafvollzugsanstalt) lebte und für die letzten 30 Tage kein Hinweis auf Missbrauchs- oder Abhängigkeitssymptome sowie Konsum von Alkohol oder anderen Drogen vorlag (Selbstauskunft oder Urintests).</p> <p>e. Unter anderem waren die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar und die Verblindung nicht adäquat.</p> <p>C: Vergleichsgruppe; DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; I: Prüflinterventionsgruppe; ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; k. A.: keine Angabe; KI: Konfidenzintervall; KM_{Abs}: abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement; KM_{Adh}: adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz; TAU: übliche Therapie</p>												

Tabelle 30: Evidenzprofil für den Vergleich Nachsorge: KM_{Abs} + KM_{Adh} + TAU vs. TAU – Nachbeobachtung – stetige Daten

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patientinnen und Patienten I; C	Effekt		Qualität der Evidenz ^a
Studien-design, N	Studien-limitationen ^b	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren		Mittelwert-differenz [95 %-KI]	Cohen's d [95 %-KI]	
Häufigkeit des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)										
Anteil Tage in den letzten 12 Monaten, an denen kein Cannabis konsumiert wurde^c [%] – Nachbeobachtungszeitpunkt 9 Monate nach Interventionsende										
Interpretation der Effektschätzung: Eine positive Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [31]	schwer-wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	73; 79	k. A.	0,38 [0,01; 0,65]	moderat
Anderer Substanzkonsum (wichtiger Endpunkt)										
Anteil Tage in den letzten 12 Monaten, an denen kein Alkohol konsumiert wurde^c [%] – Nachbeobachtungszeitpunkt 9 Monate nach Interventionsende										
Interpretation der Effektschätzung: Eine positive Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [31]	schwer-wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	73; 79	k. A.	0,36 [0,10; 0,74]	moderat
Anteil Tage in den letzten 12 Monaten, an denen nicht ≥ 5 alkoholische Getränke konsumiert wurden und kein Alkoholrausch vorlag^c [%] – Nachbeobachtungszeitpunkt 9 Monate nach Interventionsende										
Interpretation der Effektschätzung: Eine positive Effektschätzung bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [31]	schwer-wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	73; 79	k. A.	0,34 [k. A.] ^e	moderat
<p>a. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.</p> <p>b. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.</p> <p>c. Die Berechnung ist für die Zeit in einer kontrollierten Umgebung (z. B. stationärer Behandlung) adjustiert.</p> <p>d. Unter anderem waren die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar und die Verblindung nicht adäquat.</p> <p>e. Aufgrund der fehlenden Angabe des KI ist nicht ersichtlich, ob ein statistisch signifikanter Unterschied vorliegt. Für diesen Gruppenvergleich wird in der Studienpublikation ein p-Wert von $< 0,01$ berichtet.</p> <p>C: Vergleichsgruppe; I: Prüflinterventionsgruppe; k. A.: keine Angabe; KI: Konfidenzintervall; KM_{Abs}: abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement; KM_{Adh}: adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; TAU: übliche Therapie</p>										

5.4.12 Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT5 vs. MET/KVT12

Tabelle 31: Evidenzprofil für den Vergleich MET/KVT5 vs. MET/KVT12 – Nachbeobachtung – binäre Daten

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis / Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko in % ^a	Effekt		Qualität der Evidenz ^b
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikationsbias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I ₁]	[I ₂]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD in %-Punkten [95 %-KI]	
Symptomreduktion oder Remission als Indexwert der cannabisbedingten Störungen nach ICD-10, DSM-IV oder DSM-5 (wichtiger Endpunkt)												
Anteil Personen in Remission^d zum Messzeitpunkt [%] – Nachbeobachtungszeitpunkt 12 Monate nach Baseline												
Interpretation der Effektschätzung: Eine positive absolute Effektschätzung bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [23]	schwerwiegend ^e	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	schwerwiegend ^f	keine	28/102	16/96	17	1,89 [0,95; 3,77]	11 [-1; 22]	niedrig
<p>a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe I₂ der eingeschlossenen Studie.</p> <p>b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.</p> <p>c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.</p> <p>d. Als Remission galt, wenn die Person nicht in kontrollierter Umgebung (z. B. Klinik oder Strafvollzugsanstalt) lebte und für die letzten 30 Tage kein Hinweis auf Missbrauchs- oder Abhängigkeitssymptome sowie Konsum von Alkohol oder anderen Drogen vorlag (Selbstauskunft oder Urintests).</p> <p>e. Unter anderem waren die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar und die Verblindung nicht adäquat.</p> <p>f. Das 95 %-KI des Odds Ratio überdeckt 1 und 2. Somit kann weder ein Effekt zuungunsten der Prüfintervention noch eine Verdopplung des Effektes zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.</p> <p>C: Vergleichsgruppe; DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; I: Prüfinterventionsgruppe; ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; MET/KVT5: MET/KVT mit 5 Therapieeinheiten; MET/KVT12: MET/KVT mit 12 Therapieeinheiten; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz</p>												

5.4.13 Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT5 vs. FSN + MET/KVT12

Tabelle 32: Evidenzprofil für den Vergleich MET/KVT5 vs. FSN + MET/KVT12 – Nachbeobachtung – binäre Daten

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis / Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko in % ^a	Effekt		Qualität der Evidenz ^b
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikationsbias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I ₁]	[I ₃]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD in %-Punkten [95 %-KI]	
Symptomreduktion oder Remission als Indexwert der cannabisbedingten Störungen nach ICD-10, DSM-IV oder DSM-5 (wichtiger Endpunkt)												
Anteil Personen in Remission^d zum Messzeitpunkt [%] – Nachbeobachtungszeitpunkt 12 Monate nach Baseline												
Interpretation der Effektschätzung: Eine positive absolute Effektschätzung bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [23]	schwerwiegend ^e	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	schwerwiegend ^f	keine	28/102	22/102	22	1,38 [0,72; 2,61]	6 [-6; 17]	niedrig
<p>a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe I₃ der eingeschlossenen Studie.</p> <p>b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.</p> <p>c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.</p> <p>d. Als Remission galt, wenn die Person nicht in kontrollierter Umgebung (z. B. Klinik oder Strafvollzugsanstalt) lebte und für die letzten 30 Tage kein Hinweis auf Missbrauchs- oder Abhängigkeitssymptome sowie Konsum von Alkohol oder anderen Drogen vorlag (Selbstauskunft oder Urintests).</p> <p>e. Unter anderem waren die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar und die Verblindung nicht adäquat.</p> <p>f. Das 95 %-KI des Odds Ratio überdeckt 1 und 2. Somit kann weder ein Effekt zuungunsten der Prüfintervention noch eine Verdopplung des Effektes zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.</p> <p>C: Vergleichsgruppe; DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; FSN: Family Support Network; I: Prüfinterventionsgruppe; ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; MET/KVT5: MET/KVT mit 5 Therapieeinheiten; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz</p>												

5.4.14 Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT12 vs. FSN + MET/KVT12

Tabelle 33: Evidenzprofil für den Vergleich MET/KVT12 vs. FSN + MET/KVT12 – Nachbeobachtung – binäre Daten

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis / Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko in % ^a	Effekt		Qualität der Evidenz ^b
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikationsbias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I ₂]	[I ₃]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD in %-Punkten [95 %-KI]	
Symptomreduktion oder Remission als Indexwert der cannabisbedingten Störungen nach ICD-10, DSM-IV oder DSM-5 (wichtiger Endpunkt)												
Anteil Personen in Remission^d zum Messzeitpunkt [%] – Nachbeobachtungszeitpunkt 12 Monate nach Baseline												
Interpretation der Effektschätzung: Eine positive absolute Effektschätzung bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [23]	schwerwiegend ^e	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	schwerwiegend ^f	keine	16/96	22/102	22	0,73 [0,36; 1,49]	-5 [-16; 6]	niedrig
<p>a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe I₃ der eingeschlossenen Studie.</p> <p>b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.</p> <p>c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.</p> <p>d. Als Remission galt, wenn die Person nicht in kontrollierter Umgebung (z. B. Klinik oder Strafvollzugsanstalt) lebte und für die letzten 30 Tage kein Hinweis auf Missbrauchs- oder Abhängigkeitssymptome sowie Konsum von Alkohol oder anderen Drogen vorlag (Selbstauskunft oder Urintests).</p> <p>e. Unter anderem waren die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar und die Verblindung nicht adäquat.</p> <p>f. Das 95 %-KI des Odds Ratio überdeckt sowohl 1 als auch 0,5. Somit kann weder eine Halbierung des Effektes zuungunsten noch ein Effekt zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden</p> <p>C: Vergleichsgruppe; DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; FSN: Family Support Network; I: Prüfinterventionsgruppe; ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; MET/KVT12: MET/KVT mit 12 Therapieeinheiten; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz</p>												

5.4.15 Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT5 vs. ACRA

Tabelle 34: Evidenzprofil für den Vergleich MET/KVT5 vs. ACRA – Nachbeobachtung – binäre Daten

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis / Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko in % ^a	Effekt		Qualität der Evidenz ^b
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikationsbias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I4]	[I5]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD in %-Punkten [95 %-KI]	
Symptomreduktion oder Remission als Indexwert der cannabisbedingten Störungen nach ICD-10, DSM-IV oder DSM-5 (wichtiger Endpunkt)												
Anteil Personen in Remission^d zum Messzeitpunkt [%] – Nachbeobachtungszeitpunkt 12 Monate nach Baseline												
Interpretation der Effektschätzung: Eine positive absolute Effektschätzung bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [23]	schwerwiegend ^e	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	schwerwiegend ^f	keine	23/100	34/100	34	0,58 [0,31; 1,08]	-11 [-23; 2]	niedrig
<p>a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe I₅ der eingeschlossenen Studie.</p> <p>b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.</p> <p>c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.</p> <p>d. Als Remission galt, wenn die Person nicht in kontrollierter Umgebung (z. B. Klinik oder Strafvollzugsanstalt) lebte und für die letzten 30 Tage kein Hinweis auf Missbrauchs- oder Abhängigkeitssymptome sowie Konsum von Alkohol oder anderen Drogen vorlag (Selbstauskunft oder Urintests).</p> <p>e. Unter anderem waren die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar und die Verblindung nicht adäquat.</p> <p>f. Das 95 %-KI des Odds Ratio überdeckt sowohl 1 als auch 0,5. Somit kann weder eine Halbierung des Effektes zuungunsten noch ein Effekt zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.</p> <p>ACRA: Adolescent Community Reinforcement Approach; C: Vergleichsgruppe; DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; I: Prüfinterventionsgruppe; ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; MET/KVT5: MET/KVT mit 5 Therapieeinheiten; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz</p>												

6 Anmerkungen zu den Ergebnissen

Insgesamt konnten 11 Studien mit verwertbaren Daten für 7 der 9 Endpunkte eingeschlossen werden. Die Qualität der Evidenz fällt für die große Mehrheit der betrachteten Vergleiche und Endpunkte niedrig bzw. sehr niedrig aus.

Auffällig war, dass für vermeintlich etablierte Verfahren wie die kombinierte Intervention MET/KVT keine Studien vorlagen, die den Einschlusskriterien (siehe Abschnitt 4.1) entsprachen und einen Vergleich mit keiner aktiven (z. B. Wartekontrollgruppe) bzw. mit einer weitgehend passiven Vergleichsintervention (z. B. Attention-Control-Gruppe) durchführten. Ebenso lagen für die einzelnen Interventionen MET und KVT jeweils nur wenige solcher Studien vor.

Die identifizierten Studien konnten nicht in Metaanalysen zusammengefasst werden, da sich sowohl die Ausgestaltung der Prüf- und Vergleichsinterventionen, die Dauer der therapeutischen Unterstützung in den Interventionen, die Länge der Nachbeobachtung als auch die Operationalisierung der Endpunkte in den Studien deutlich voneinander unterschieden. Eine inhaltlich aussagekräftige Effektschätzung der Metaanalysen wäre aufgrund der Unterschiede nicht möglich gewesen.

Für die 2 Endpunkte Häufigkeit und Menge des Cannabiskonsums ist zusätzlich zu beachten, dass die Reduzierung des individuellen Cannabiskonsums nur unter Berücksichtigung beider Endpunkte und dem möglichen Konsum von anderen Substanzen neben Cannabis adäquat beurteilt werden kann. Lediglich 2 der 11 dargestellten Studien [36,40] stellten sowohl Menge als auch Häufigkeit des Cannabiskonsums dar und nur in Stein 2011 wurden zusätzlich auch Ergebnisse bezogen auf andere Substanzen als Cannabis berichtet. Diese beschränkten sich jedoch auf Alkohol und ließen andere Substanzen außer Acht.

Die Evidenz für den Endpunkt Cannabisabstinenz wird zudem durch die Verwendung einer binären Auswertung (negativ oder positiv), die bei chronisch Konsumierenden zu falsch-positiven Urinproben führen kann [82,83], eingeschränkt.

In den Studien Curry 2021, Esposito-Smythers 2011 und Wolff 2020 erfolgte die übliche Therapie individuell nach jeweiligem Therapieangebot. Es ist daher nicht vollständig auszuschließen, dass Patientinnen und Patienten der Vergleichsgruppe Therapien erhielten, die der jeweiligen Prüfintervention ähnelten.

Die Übertragbarkeit der Ergebnisse ist insbesondere durch die Ein- und Ausschlusskriterien der Studien eingeschränkt. So wurden beispielsweise Patientinnen und Patienten mit Psychosen in der Mehrheit der Studien explizit ausgeschlossen. Ebenso stellte der (starke) Konsum anderer Substanzen als Cannabis in mehreren Studien ein Ausschlusskriterium dar.

Darüber hinaus muss für die Übertragbarkeit der Ergebnisse das jeweilige Setting der Interventionen berücksichtigt werden. Die Interventionen in Godley 2007 und Godley 2014

wurden im Anschluss an eine stationäre Behandlung von Substanzkonsumstörung durchgeführt und die Interventionen von Curry 2021 nach 4-wöchiger Behandlung von Substanzkonsumstörung. Mögliche Effekte dieser vorangegangenen Behandlung, die sich gegebenenfalls erst verspätet manifestieren, können nicht ausgeschlossen werden. Hinsichtlich der Übertragbarkeit der Ergebnisse aus Stein 2011 muss ferner beachtet werden, dass die Studie innerhalb einer Jugendstrafanstalt und damit in einer streng kontrollierten Umgebung stattfand. Zudem orientierten sich die 2 Zeitpunkte der Interventionsdarreichung an der individuellen Dauer der Haft (4 bis 12 Monate). Somit ist naheliegend, dass bei einzelnen Patientinnen und Patienten deutlich längere Zeiträume zwischen der ersten und der letzten Interventionseinheit lagen als bei anderen Patientinnen und Patienten. Diese Unterschiede sollten aufgrund der Randomisierung jedoch in beiden Gruppen gleichermaßen auftreten.

Des Weiteren weisen die Ergebnisse aus Stein 2011 darauf hin, dass die Ausprägung von Komorbiditäten einen Unterschied hinsichtlich des Therapieerfolgs bedeuten können.

7 Literatur

1. Bundestag. Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG). Bundesgesetzblatt Teil 1 2019; (49): 2562-2584.
2. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Behandlung Cannabisbezogener Störungen; angemeldetes Leitlinienvorhaben [online]. 2020 [Zugriff: 14.07.2021]. URL: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/076-005.html>.
3. Schünemann H, Brożek J, Guyatt G et al. GRADE handbook [online]. 2013 [Zugriff: 19.02.2021]. URL: <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>.
4. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Allgemeine Methoden; Version 6.1 [online]. 2022 [Zugriff: 24.01.2022]. URL: <https://www.iqwig.de/methoden/allgemeine-methoden-v6-1.pdf>.
5. Gates PJ, Sabioni P, Copeland J et al. Psychosocial interventions for cannabis use disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016; (5): CD005336. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005336.pub4>.
6. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. New York: Guilford Press; 2002.
7. ICH Expert Working Group. ICH harmonised tripartite guideline: structure and content of clinical study reports; E3 [online]. 1995 [Zugriff: 19.02.2021]. URL: https://database.ich.org/sites/default/files/E3_Guideline.pdf.
8. Moher D, Hopewell S, Schulz KF et al. CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. BMJ 2010; 340: c869. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.c869>.
9. Guyatt GH, Oxman AD, Santesso N et al. GRADE guidelines: 12. Preparing summary of findings tables—binary outcomes. J Clin Epidemiol 2013; 66(2): 158-172. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.01.012>.
10. Newcombe RG. Interval estimation for the difference between independent proportions: comparison of eleven methods. Stat Med 1998; 17(8): 873-890. [https://dx.doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0258\(19980430\)17:8<873::aid-sim779>3.0.co;2-i](https://dx.doi.org/10.1002/(sici)1097-0258(19980430)17:8<873::aid-sim779>3.0.co;2-i).
11. Martín Andrés A, Silva Mato A. Choosing the optimal unconditioned test for comparing two independent proportions. Comput Stat Data Anal 1994; 17(5): 555-574. [https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/0167-9473\(94\)90148-1](https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/0167-9473(94)90148-1).
12. Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol 2011; 64(4): 401-406. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.07.015>.

13. Meerpohl JJ, Langer G, Perleth M et al. GRADE-Leitlinien: 3. Bewertung der Qualität der Evidenz (Vertrauen in die Effektschätzer). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2012; 106(6): 449-456. <https://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2012.06.013>.
14. Guyatt GH, Oxman AD, Vist G et al. GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence—study limitations (risk of bias). *J Clin Epidemiol* 2011; 64(4): 407-415. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.07.017>.
15. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R et al. GRADE guidelines: 8. Rating the quality of evidence—indirectness. *J Clin Epidemiol* 2011; 64(12): 1303-1310. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.04.014>.
16. Guyatt GH, Oxman AD, Montori V et al. GRADE guidelines: 5. Rating the quality of evidence—publication bias. *J Clin Epidemiol* 2011; 64(12): 1277-1282. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.01.011>.
17. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R et al. GRADE guidelines 6. Rating the quality of evidenced—imprecision. *J Clin Epidemiol* 2011; 64(12): 1283-1293. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.01.012>.
18. Guyatt GH, Oxman AD, Sultan S et al. GRADE guidelines: 9. Rating up the quality of evidence. *J Clin Epidemiol* 2011; 64(12): 1311-1316. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.06.004>.
19. Brown RA, Abrantes AM, Minami H et al. Motivational Interviewing to Reduce Substance Use in Adolescents with Psychiatric Comorbidity. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2015; 59: 20-29. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2015.06.016>.
20. Curry JF, Kaminer Y, Goldston DB et al. Adaptive Treatment for Youth With Substance Use and Depression: Early Depression Response and Short-Term Outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2021. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2021.07.807>.
21. Duke University. Treatment for Teens With Alcohol Abuse and Depression (T-TAAD) [online]. 2020 [Zugriff: 07.01.2022]. URL: <https://ClinicalTrials.gov/show/NCT02227589>.
22. Arias AJ, Hammond CJ, Burlison JA et al. Temporal dynamics of the relationship between change in depressive symptoms and cannabis use in adolescents receiving psychosocial treatment for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2020; 117: 108087. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108087>.
23. Dennis M, Godley SH, Diamond G et al. The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2004; 27(3): 197-213. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2003.09.005>.
24. Dennis M, Titus JC, Diamond G et al. The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: rationale, study design and analysis plans. *Addiction* 2002; 97 Suppl 1: 16-34. <https://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.97.s01.2.x>.

25. Diamond G, Godley SH, Liddle HA et al. Five outpatient treatment models for adolescent marijuana use: a description of the Cannabis Youth Treatment Interventions. *Addiction* 2002; 97 Suppl 1: 70-83. <https://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.97.s01.3.x>.
26. French MT, Roebuck MC, Dennis ML et al. The economic cost of outpatient marijuana treatment for adolescents: findings from a multi-site field experiment. *Addiction* 2002; 97(Suppl 1): 84-97. <https://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.97.s01.4.x>.
27. Webb CPM, Burlison JA, Ungemack JA. Treating juvenile offenders for marijuana problems. *Addiction* 2002; 97(Suppl 1): 35-45. <https://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.97.s01.9.x>.
28. Esposito-Smythers C, Spirito A, Kahler CW et al. Treatment of co-occurring substance abuse and suicidality among adolescents: a randomized trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2011; 79(6): 728-739. <https://dx.doi.org/10.1037/a0026074>.
29. Godley MD, Godley SH, Dennis ML et al. Preliminary outcomes from the assertive continuing care experiment for adolescents discharged from residential treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2002; 23(1): 21-32. [https://dx.doi.org/10.1016/s0740-5472\(02\)00230-1](https://dx.doi.org/10.1016/s0740-5472(02)00230-1).
30. Godley MD, Godley SH, Dennis ML et al. The effect of assertive continuing care on continuing care linkage, adherence and abstinence following residential treatment for adolescents with substance use disorders. *Addiction* 2007; 102(1): 81-93. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01648.x>.
31. Godley MD, Godley SH, Dennis ML et al. A randomized trial of assertive continuing care and contingency management for adolescents with substance use disorders. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2014; 82(1): 40-51. <https://dx.doi.org/10.1037/a0035264>.
32. Kaminer Y, Burlison JA, Goldberger R. Cognitive-behavioral coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190(11): 737-745. <https://dx.doi.org/10.1097/00005053-200211000-00003>.
33. Kaminer Y, Ohannessian C, Burke R. Retention and Treatment Outcome of Youth with Cannabis Use Disorder Referred By the Legal System. *Adolescent Psychiatry* 2019; 9(1): 4-10. <https://dx.doi.org/10.2174/2210676608666181102145040>.
34. Kaminer Y, Ohannessian CM, Burke RH. Adolescents with cannabis use disorders: Adaptive treatment for poor responders. *Addictive Behaviors* 2017; 70: 102-106. <https://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.02.013>.
35. Latimer WW, Winters KC, D'Zurilla T et al. Integrated family and cognitive-behavioral therapy for adolescent substance abusers: a stage I efficacy study. *Drug & Alcohol Dependence* 2003; 71(3): 303-317. [https://dx.doi.org/10.1016/s0376-8716\(03\)00171-6](https://dx.doi.org/10.1016/s0376-8716(03)00171-6).
36. Martin G, Copeland J. The adolescent cannabis check-up: randomized trial of a brief intervention for young cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2008; 34(4): 407-414. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2007.07.004>.

37. Clair M, Stein LA, Soenksen S et al. Ethnicity as a moderator of motivational interviewing for incarcerated adolescents after release. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2013; 45(4): 370-375. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2013.05.006>.
38. Clair-Michaud M, Martin RA, Stein LA et al. The Impact of Motivational Interviewing on Delinquent Behaviors in Incarcerated Adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2016; 65: 13-19. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2015.09.003>.
39. Stein LA, Colby SM, Barnett NP et al. Effects of motivational interviewing for incarcerated adolescents on driving under the influence after release. *American Journal on Addictions* 2006; 15 Suppl 1: 50-57. <https://dx.doi.org/10.1080/10550490601003680>.
40. Stein LA, Lebeau R, Colby SM et al. Motivational interviewing for incarcerated adolescents: effects of depressive symptoms on reducing alcohol and marijuana use after release. *Journal of Studies on Alcohol & Drugs* 2011; 72(3): 497-506. <https://dx.doi.org/10.15288/jsad.2011.72.497>.
41. Spirito A, Nestor B, Massing-Schaffer M et al. Predictors and moderators of marijuana and heavy alcohol use outcomes in adolescents treated for co-occurring substance use and psychiatric disorders in a randomized controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2021: 108536. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108536>.
42. Wolff J, Esposito-Smythers C, Frazier E et al. A randomized trial of an integrated cognitive behavioral treatment protocol for adolescents receiving home-based services for co-occurring disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2020; 116: 108055. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108055>.
43. Brown University. Community-Based Integrated Treatment for Adolescents [online]. 2018 [Zugriff: 07.01.2022]. URL: <https://ClinicalTrials.gov/show/NCT01667159>.
44. Henggeler SW, Halliday-Boykins CA, Cunningham PB et al. Juvenile drug court: enhancing outcomes by integrating evidence-based treatments. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74(1): 42-54. <https://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.42>.
45. Kaminer Y, Burleson JA, Burke R et al. The efficacy of contingency management for adolescent cannabis use disorder: a controlled study. *Substance Abuse* 2014; 35(4): 391-398. <https://dx.doi.org/10.1080/08897077.2014.933724>.
46. Killeen TK, McRae-Clark AL, Waldrop AE et al. Contingency management in community programs treating adolescent substance abuse: a feasibility study. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing* 2012; 25(1): 33-41. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6171.2011.00313.x>.
47. Liddle HA, Dakof GA, Turner RM et al. Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction* 2008; 103(10): 1660-1670. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02274.x>.

48. Liddle HA, Dakof GA, Rowe CL et al. Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders. *J Subst Abuse Treat* 2018; 90: 47-56. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2018.04.011>.
49. University of Miami. Family-based and Adolescent Residential Drug Treatment [online]. 2012 [Zugriff: 07.01.2022]. URL: <https://ClinicalTrials.gov/show/NCT01737632>.
50. Goorden M, van der Schee E, Hendriks VM et al. Cost-effectiveness of multidimensional family therapy compared to cognitive behavioral therapy for adolescents with a cannabis use disorder: Data from a randomized controlled trial. *Drug & Alcohol Dependence* 2016; 162: 154-161. <https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.03.004>.
51. Hendriks V, van der Schee E, Blanken P. Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug & Alcohol Dependence* 2011; 119(1-2): 64-71. <https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.05.021>.
52. Hendriks V, van der Schee E, Blanken P. Matching adolescents with a cannabis use disorder to multidimensional family therapy or cognitive behavioral therapy: treatment effect moderators in a randomized controlled trial. *Drug & Alcohol Dependence* 2012; 125(1-2): 119-126. <https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.03.023>.
53. Phan O, Henderson CE, Angelidis T et al. European youth care sites serve different populations of adolescents with cannabis use disorder. Baseline and referral data from the INCANT trial. *BMC Psychiatry* 2011; 11: 110. <https://dx.doi.org/10.1186/1471-244x-11-110>.
54. Rigter H, Henderson CE, Pelc I et al. Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: a randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug & Alcohol Dependence* 2013; 130(1-3): 85-93. <https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.10.013>.
55. Rigter H, Pelc I, Tossman P et al. INCANT: a transnational randomized trial of multidimensional family therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. *BMC Psychiatry* 2010; 10: 28. <https://dx.doi.org/10.1186/1471-244x-10-28>.
56. Rowe C, Rigter H, Henderson C et al. Implementation fidelity of Multidimensional Family Therapy in an international trial. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2013; 44(4): 391-399. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2012.08.225>.
57. Schaub MP, Henderson CE, Pelc I et al. Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 26. <https://dx.doi.org/10.1186/1471-244x-14-26>.
58. Tossman P, Jonas B, Rigter H et al. Multidimensionale Familientherapie (MDFT) bei cannabisbezogenen Störungen. *Sucht* 2012; 58(3): 157-166. <https://dx.doi.org/10.1024/0939-5911.a000180>.

59. van der Pol TM, Henderson CE, Hendriks V et al. Multidimensional Family Therapy Reduces Self-Reported Criminality Among Adolescents With a Cannabis Use Disorder. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology* 2018; 62(6): 1573-1588. <https://dx.doi.org/10.1177/0306624x16687536>.
60. van der Pol TM, Hendriks V, Rigter H et al. Multidimensional family therapy in adolescents with a cannabis use disorder: long-term effects on delinquency in a randomized controlled trial. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2018; 12: 44. <https://dx.doi.org/10.1186/s13034-018-0248-x>.
61. Erasmus Medical Centre. The effectiveness of outpatient multidimensional family therapy (MDFT) compared with outpatient treatment as usual in adolescents with a cannabis use disorder and other problem behaviour: a multicentre, trans-national randomised controlled trial [online]. 2018 [Zugriff: 07.01.2022]. URL: <https://www.isrctn.com/ISRCTN51014277>.
62. The Netherlands Ministry of Health, Welfare and Sport. The effectiveness of multidimensional family therapy (MDFT) versus cognitive behavioural therapy (CBT) in Dutch adolescents with a cannabis use disorder: a randomised controlled trial [online]. 2020 [Zugriff: 07.01.2022]. URL: <https://www.isrctn.com/ISRCTN00179361>.
63. Rohde P, Waldron HB, Turner CW et al. Sequenced versus coordinated treatment for adolescents with comorbid depressive and substance use disorders. *J Consult Clin Psychol* 2014; 82(2): 342-348. <https://dx.doi.org/10.1037/a0035808>.
64. Brown PC, Budney AJ, Thostenson JD et al. Initiation of abstinence in adolescents treated for marijuana use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2013; 44(4): 384-390. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2012.08.223>.
65. Ryan SR, Stanger C, Thostenson J et al. The impact of disruptive behavior disorder on substance use treatment outcome in adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2013; 44(5): 506-514. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2012.11.003>.
66. Stanger C, Budney AJ, Kamon JL et al. A randomized trial of contingency management for adolescent marijuana abuse and dependence. *Drug & Alcohol Dependence* 2009; 105(3): 240-247. <https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.07.009>.
67. Stanger C, Ryan SR, Scherer EA et al. Clinic- and home-based contingency management plus parent training for adolescent cannabis use disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2015; 54(6): 445-453.e2. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2015.02.009>.
68. Dartmouth-Hitchcock Medical Center. Treatment for Adolescent Marijuana Abuse [online]. 2015 [Zugriff: 29.10.2021]. URL: <https://ClinicalTrials.gov/show/NCT00580671>.
69. Gemeinsamer Budesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) [online]. 2021 [Zugriff: 11.03.2022]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2400/PT-RL_2020-11-20_iK-2021-02-18.pdf.

70. Sampl S, Kadden R. Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users: 5 Sessions. Rockville: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2001.
71. Webb C, Seudder M, Kaminer Y et al. The Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy Supplement: 7 Sessions of Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users. Rockville: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2002.
72. Hamilton NL, Brantley LB, Tims FM et al. Family Support Network for Adolescent Cannabis Users, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 3. Rockville: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2001.
73. Godley SH, Meyers RJ, Smith JE et al. The Adolescent Community Reinforcement Approach for Adolescent Cannabis Users Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 4. Rockville: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2001.
74. Godley SH, Godley MD, Karvinen T et al. The Assertive Aftercare Protocol: a Case Manager's Manual for Working with Adolescents After Residential Treatment of Alcohol and Other Substance Use Disorders Therapy for Adolescent Cannabis Users. Bloomington, IL: Lighthouse Institute; 2001.
75. Godley SH, Godley MD, Wright KL et al. Contingent reinforcement of personal goal activities for adolescents with substance use disorders during post-residential continuing care. *Am J Addict* 2008; 17(4): 278-286. <https://dx.doi.org/10.1080/10550490802138798>.
76. Petry NM, Stitzer ML. Contingency management: Using motivational incentives to improve drug abuse treatment [online]. 2002 [Zugriff: 30.03.2022]. URL: https://medicine.yale.edu/psychiatry/research/programs/clinical_people/pdc/ContingencyManagement_176454_284_46619_v1.pdf.
77. Petry NM. A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. *Drug Alcohol Depend* 2000; 58(1-2): 9-25. [https://dx.doi.org/10.1016/s0376-8716\(99\)00071-x](https://dx.doi.org/10.1016/s0376-8716(99)00071-x).
78. Kaminer Y, Burleson JA, Blitz C et al. Psychotherapies for adolescent substance abusers: a pilot study. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186(11): 684-690. <https://dx.doi.org/10.1097/00005053-199811000-00004>.
79. Donaldson D, Spirito A, Esposito-Smythers C. Treatment for adolescents following a suicide attempt: results of a pilot trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44(2): 113-120. <https://dx.doi.org/10.1097/00004583-200502000-00003>.
80. Esposito-Smythers C, Spirito A, Uth R et al. Cognitive behavioral treatment for suicidal alcohol abusing adolescents: development and pilot testing. *Am J Addict* 2006; 15 Suppl 1: 126-130. <https://dx.doi.org/10.1080/10550490601006188>.

81. Morey LC. Patient Placement Criteria: Linking Typologies to Managed Care. *Alcohol Health Res World* 1996; 20(1): 36-44.
82. Lowe RH, Abraham TT, Darwin WD et al. Extended urinary Delta9-tetrahydrocannabinol excretion in chronic cannabis users precludes use as a biomarker of new drug exposure. *Drug Alcohol Depend* 2009; 105(1-2): 24-32. <https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.05.027>.
83. Schuster RM, Potter K, Vandrey R et al. Urinary 11-nor-9-carboxy-tetrahydrocannabinol elimination in adolescent and young adult cannabis users during one month of sustained and biochemically-verified abstinence. *J Psychopharmacol* 2020; 34(2): 197-210. <https://dx.doi.org/10.1177/0269881119872206>.
84. Wong SS, Wilczynski NL, Haynes RB. Comparison of top-performing search strategies for detecting clinically sound treatment studies and systematic reviews in MEDLINE and EMBASE. *J Med Libr Assoc* 2006; 94(4): 451-455.
85. Lefebvre C, Glanville J, Briscoe S et al. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions; Version 6; Technical Supplement to Chapter 4: Searching for and selecting studies* [online]. 2019 [Zugriff: 19.02.2021]. URL: <https://training.cochrane.org/handbook/version-6/chapter-4-tech-suppl>.
86. Cooper K, Chatters R, Kaltenthaler E et al. Psychological and psychosocial interventions for cannabis cessation in adults: a systematic review short report. *Health Technology Assessment (Winchester, England)* 2015; 19(56): 1-130. <https://dx.doi.org/10.3310/hta19560>.

8 Studienlisten

8.1 Liste der identifizierten systematischen Übersichten

1. Chou R, Dana T, Blazina I et al. Interventions for Unhealthy Drug Use-Supplemental Report: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force [online]. 2020 [Zugriff: 02.11.2021]. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558205>.
2. Steele DW, Becker SJ, Danko KJ et al. Interventions for Substance Use Disorders in Adolescents: A Systematic Review [online]. 2020 [Zugriff: 02.11.2021]. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557291>.

8.2 Liste der ausgeschlossenen Publikationen mit Ausschlussgründen

Nicht E1

1. Alcover KC, Oluwoye O, Kriegel L et al. Impact of first episode psychosis treatment on heavy cannabis use: Secondary analysis on RAISE-ETP study. Schizophr Res 2019; 211: 86-87. <https://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2019.07.014>.
2. Amaro H, Black DS. Mindfulness-Based Intervention Effects on Substance Use and Relapse Among Women in Residential Treatment: A Randomized Controlled Trial With 8.5-Month Follow-Up Period From the Moment-by-Moment in Women's Recovery Project. Psychosom Med 2021; 83(6): 528-538. <https://dx.doi.org/10.1097/psy.0000000000000907>.
3. Baker A, Bucci S, Lewin TJ et al. Cognitive-behavioural therapy for substance use disorders in people with psychotic disorders: Randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2006; 188: 439-448. <https://dx.doi.org/10.1192/bjp.188.5.439>.
4. Baker A, Lewin T, Reichler H et al. Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services. Addiction 2002; 97(10): 1329-1337. <https://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00178.x>.
5. Banes KE, Stephens RS, Blevins CE et al. Changing motives for use: outcomes from a cognitive-behavioral intervention for marijuana-dependent adults. Drug Alcohol Depend 2014; 139: 41-46. <https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.02.706>.
6. Barrowclough C, Marshall M, Gregg L et al. A phase-specific psychological therapy for people with problematic cannabis use following a first episode of psychosis: a randomized controlled trial. Psychol Med 2014; 44(13): 2749-2761. <https://dx.doi.org/10.1017/s0033291714000208>.
7. Becker SJ, Marceau K, Helseth SA et al. Predictors and moderators of response to brief interventions among adolescents with risky alcohol and marijuana use. Subst Abus 2020: 1-9. <https://dx.doi.org/10.1080/08897077.2020.1742271>.
8. Bernstein E, Edwards E, Dorfman D et al. Screening and brief intervention to reduce marijuana use among youth and young adults in a pediatric emergency department. Acad Emerg Med 2009; 16(11): 1174-1185. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1553-2712.2009.00490.x>.

9. Berry K, Gregg L, Lobban F et al. Therapeutic alliance in psychological therapy for people with recent onset psychosis who use cannabis. *Compr Psychiatry* 2016; 67: 73-80. <https://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.02.014>.
10. Berry K, Palmer T, Gregg L et al. Attachment and therapeutic alliance in psychological therapy for people with recent onset psychosis who use cannabis. *Clin Psychol Psychother* 2018; 25(3): 440-445. <https://dx.doi.org/10.1002/cpp.2178>.
11. Blevins CE, Banes KE, Stephens RS et al. Change in motives among frequent cannabis-using adolescents: Predicting treatment outcomes. *Drug Alcohol Depend* 2016; 167: 175-181. <https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.08.018>.
12. Blevins CE, Banes KE, Walker DD et al. The relationship between general causality orientation and treatment outcome among marijuana-dependent adults. *Addict Behav* 2016; 53: 196-200. <https://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.10.021>.
13. Bonsack C, Gibellini Manetti S, Favrod J et al. Motivational intervention to reduce cannabis use in young people with psychosis: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2011; 80(5): 287-297. <https://dx.doi.org/10.1159/000323466>.
14. Buckner JD, Carroll KM. Effect of anxiety on treatment presentation and outcome: results from the Marijuana Treatment Project. *Psychiatry Res* 2010; 178(3): 493-500. <https://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2009.10.010>.
15. Buckner JD, Morris PE, Zvolensky MJ. Integrated cognitive-behavioral therapy for comorbid cannabis use and anxiety disorders: The impact of severity of cannabis use. *Exp Clin Psychopharmacol* 2021; 29(3): 272-278. <https://dx.doi.org/10.1037/pha0000456>.
16. Buckner JD, Zvolensky MJ, Ecker AH et al. Integrated cognitive behavioral therapy for comorbid cannabis use and anxiety disorders: A pilot randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2019; 115: 38-45. <https://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.014>.
17. Budney AJ, Higgins ST, Radonovich KJ et al. Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(6): 1051-1061. <https://dx.doi.org/10.1037//0022-006x.68.6.1051>.
18. Budney AJ, Moore BA, Rocha HL et al. Clinical trial of abstinence-based vouchers and cognitive-behavioral therapy for cannabis dependence. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74(2): 307-316. <https://dx.doi.org/10.1037/0022-006x.4.2.307>.
19. Burlinson JA, Kaminer Y. Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addict Behav* 2005; 30(9): 1751-1764. <https://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.07.006>.
20. Carroll KM, Easton CJ, Nich C et al. The use of contingency management and motivational/skills-building therapy to treat young adults with marijuana dependence. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74(5): 955-966. <https://dx.doi.org/10.1037/0022-006x.74.5.955>.

21. Carroll KM, Nich C, Lapaglia DM et al. Combining cognitive behavioral therapy and contingency management to enhance their effects in treating cannabis dependence: less can be more, more or less. *Addiction* 2012; 107(9): 1650-1659. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03877.x>.
22. Chambers JE, Brooks AC, Medvin R et al. Examining multi-session brief intervention for substance use in primary care: research methods of a randomized controlled trial. *Addict Sci Clin Pract* 2016; 11(1): 8. <https://dx.doi.org/10.1186/s13722-016-0057-6>.
23. Chermack ST, Bonar EE, Goldstick JE et al. A randomized controlled trial for aggression and substance use involvement among Veterans: Impact of combining Motivational Interviewing, Cognitive Behavioral Treatment and telephone-based Continuing Care. *J Subst Abuse Treat* 2019; 98: 78-88. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2019.01.001>.
24. Cooke ME, Gilman JM, Lamberth E et al. Assessing Changes in Symptoms of Depression and Anxiety During Four Weeks of Cannabis Abstinence Among Adolescents. *Front Psychiatry* 2021; 12: 689957. <https://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2021.689957>.
25. Copeland J, Swift W, Rees V. Clinical profile of participants in a brief intervention program for cannabis use disorder. *J Subst Abuse Treat* 2001; 20(1): 45-52. [https://dx.doi.org/10.1016/s0740-5472\(00\)00148-3](https://dx.doi.org/10.1016/s0740-5472(00)00148-3).
26. Copeland J, Swift W, Roffman R et al. A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *J Subst Abuse Treat* 2001; 21(2): 55-64; discussion 65-56. [https://dx.doi.org/10.1016/s0740-5472\(01\)00179-9](https://dx.doi.org/10.1016/s0740-5472(01)00179-9).
27. D'Amico EJ, Houck JM, Hunter SB et al. Group motivational interviewing for adolescents: change talk and alcohol and marijuana outcomes. *J Consult Clin Psychol* 2015; 83(1): 68-80. <https://dx.doi.org/10.1037/a0038155>.
28. Danielson CK, Adams Z, McCart MR et al. Safety and Efficacy of Exposure-Based Risk Reduction Through Family Therapy for Co-occurring Substance Use Problems and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Adolescents: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 2020; 77(6): 574-586. <https://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4803>.
29. Davis JP, Houck JM, Rowell LN et al. Brief Motivational Interviewing and Normative Feedback for Adolescents: Change Language and Alcohol Use Outcomes. *J Subst Abuse Treat* 2016; 65: 66-73. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2015.10.004>.
30. Davoudi M, Allame Z, Foroughi A et al. A pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy (DBT) for reducing craving and achieving cessation in patients with marijuana use disorder: feasibility, acceptability, and appropriateness. *Trends Psychiatry Psychother* 2021. <https://dx.doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0123>.
31. de Dios MA, Herman DS, Britton WB et al. Motivational and mindfulness intervention for young adult female marijuana users. *J Subst Abuse Treat* 2012; 42(1): 56-64. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2011.08.001>.

32. de Gee EA, Verdurmen JE, Bransen E et al. A randomized controlled trial of a brief motivational enhancement for non-treatment-seeking adolescent cannabis users. *J Subst Abuse Treat* 2014; 47(3): 181-188. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2014.05.001>.
33. DeMarce JM, Stephens RS, Roffman RA. Psychological distress and marijuana use before and after treatment: testing cognitive-behavioral matching hypotheses. *Addict Behav* 2005; 30(5): 1055-1059. <https://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.09.009>.
34. Donohue B, Azrin NH, Bradshaw K et al. A controlled evaluation of family behavior therapy in concurrent child neglect and drug abuse. *J Consult Clin Psychol* 2014; 82(4): 706-720. <https://dx.doi.org/10.1037/a0036920>.
35. Dunn HK, Litt MD. Decreased drinking in adults with co-occurring cannabis and alcohol use disorders in a treatment trial for marijuana dependence: Evidence of a secondary benefit? *Addict Behav* 2019; 99: 106051. <https://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106051>.
36. Dupont HB, Candel M, Lemmens P et al. Stages of Change Model has Limited Value in Explaining the Change in Use of Cannabis among Adolescent Participants in an Efficacious Motivational Interviewing Intervention. *J Psychoactive Drugs* 2017; 49(5): 363-372. <https://dx.doi.org/10.1080/02791072.2017.1325030>.
37. Dupont HB, Candel MJ, Kaplan CD et al. Assessing the Efficacy of MOTI-4 for Reducing the Use of Cannabis Among Youth in the Netherlands: A Randomized Controlled Trial. *J Subst Abuse Treat* 2016; 65: 6-12. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2015.11.012>.
38. Easton CJ, Oberleitner LM, Scott MC et al. Differences in treatment outcome among marijuana-dependent young adults with and without antisocial personality disorder. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2012; 38(4): 305-313. <https://dx.doi.org/10.3109/00952990.2011.643989>.
39. Edwards J, Elkins K, Hinton M et al. Randomized controlled trial of a cannabis-focused intervention for young people with first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114(2): 109-117. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00783.x>.
40. Eisenberg K, Woodruff SI. Randomized controlled trial to evaluate screening and brief intervention for drug-using multiethnic emergency and trauma department patients. *Addict Sci Clin Pract* 2013; 8(1): 8. <https://dx.doi.org/10.1186/1940-0640-8-8>.
41. Feldstein Ewing S, Bryan AD, Dash GF et al. Randomized controlled trial of motivational interviewing for alcohol and cannabis use within a predominantly Hispanic adolescent sample. *Exp Clin Psychopharmacol* 2021. <https://dx.doi.org/10.1037/pha0000445>.
42. Fernandes S, Ferigolo M, Benchaya MC et al. Brief Motivational Intervention and telemedicine: a new perspective of treatment to marijuana users. *Addict Behav* 2010; 35(8): 750-755. <https://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.03.001>.
43. Field CA, Von Sternberg K, Velasquez MM. Randomized Trial of Screening and Brief Intervention to Reduce Injury and Substance Abuse in an urban Level I Trauma Center. *Drug Alcohol Depend* 2020; 208: 107792. <https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107792>.

44. Fischer B, Dawe M, McGuire F et al. Feasibility and impact of brief interventions for frequent cannabis users in Canada. *J Subst Abuse Treat* 2013; 44(1): 132-138. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2012.03.006>.
45. Fischer B, Jones W, Shuper P et al. 12-month follow-up of an exploratory 'brief intervention' for high-frequency cannabis users among Canadian university students. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2012; 7: 15. <https://dx.doi.org/10.1186/1747-597x-7-15>.
46. Fox CL, Towe SL, Stephens RS et al. Motives for cannabis use in high-risk adolescent users. *Psychol Addict Behav* 2011; 25(3): 492-500. <https://dx.doi.org/10.1037/a0024331>.
47. Friedmann PD, Green TC, Taxman FS et al. Collaborative behavioral management among parolees: drug use, crime and re-arrest in the Step'n Out randomized trial. *Addiction* 2012; 107(6): 1099-1108. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03769.x>.
48. Fuster D, Cheng DM, Wang N et al. Brief intervention for daily marijuana users identified by screening in primary care: A subgroup analysis of the ASPIRE randomized clinical trial. *Subst Abuse* 2016; 37(2): 336-342. <https://dx.doi.org/10.1080/08897077.2015.1075932>.
49. Gates PJ, Norberg MM, Copeland J et al. Randomized controlled trial of a novel cannabis use intervention delivered by telephone. *Addiction* 2012; 107(12): 2149-2158. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03953.x>.
50. Ghahari S, Mazloumirad M, Khademolreza N et al. Effectiveness of cognitive behavioral techniques (CBT) on abstinence and beliefs about drug in Cannabis users. *Annals of tropical medicine and public health* 2018; 13(Special Issue): SX734-718.
51. Ghahari S, Zandnia F, Mazloumirad M et al. The effectiveness of chair work intervention on anxiety and depression in divorced women using Cannabis. *Asian J Psychiatr* 2019; 44: 161-162. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2019.07.047>.
52. Gibbons CJ, Nich C, Steinberg K et al. Treatment process, alliance and outcome in brief versus extended treatments for marijuana dependence. *Addiction* 2010; 105(10): 1799-1808. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03047.x>.
53. Gmel G, Gaume J, Bertholet N et al. Effectiveness of a brief integrative multiple substance use intervention among young men with and without booster sessions. *J Subst Abuse Treat* 2013; 44(2): 231-240. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2012.07.005>.
54. Goti J, Diaz R, Serrano L et al. Brief intervention in substance-use among adolescent psychiatric patients: a randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010; 19(6): 503-511. <https://dx.doi.org/10.1007/s00787-009-0060-5>.
55. Greenfield SF, Trucco EM, McHugh RK et al. The Women's Recovery Group Study: a Stage I trial of women-focused group therapy for substance use disorders versus mixed-gender group drug counseling. *Drug Alcohol Depend* 2007; 90(1): 39-47. <https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.02.009>.

56. Hawkins JD, Catalano RF Jr, Gillmore MR et al. Skills training for drug abusers: generalization, maintenance, and effects on drug use. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57(4): 559-563. <https://dx.doi.org/10.1037//0022-006x.57.4.559>.
57. Henggeler SW, Clingempeel WG, Brondino MJ et al. Four-year follow-up of multisystemic therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41(7): 868-874. <https://dx.doi.org/10.1097/00004583-200207000-00021>.
58. Henggeler SW, Pickrel SG, Brondino MJ. Multisystemic treatment of substance-abusing and dependent delinquents: outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Ment Health Serv Res* 1999; 1(3): 171-184. <https://dx.doi.org/10.1023/a:1022373813261>.
59. Hjorthoj C, Fohlmann A, Larsen AM et al. Design paper: The CapOpus trial: a randomized, parallel-group, observer-blinded clinical trial of specialized addiction treatment versus treatment as usual for young patients with cannabis abuse and psychosis. *Trials* 2008; 9: 42. <https://dx.doi.org/10.1186/1745-6215-9-42>.
60. Hjorthoj CR, Fohlmann A, Larsen AM et al. Specialized psychosocial treatment plus treatment as usual (TAU) versus TAU for patients with cannabis use disorder and psychosis: the CapOpus randomized trial. *Psychol Med* 2013; 43(7): 1499-1510. <https://dx.doi.org/10.1017/s0033291712002255>.
61. Hjorthoj CR, Orlovska S, Fohlmann A et al. Psychiatric treatment following participation in the CapOpus randomized trial for patients with comorbid cannabis use disorder and psychosis. *Schizophr Res* 2013; 151(1-3): 191-196. <https://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2013.10.014>.
62. Hoch E, Buhringer G, Henker J et al. Untersuchungskonzept für die CANDIS*-Studie zur Behandlung von cannabisbezogenen Störungen: Ein Beispiel translationaler Forschung. *Sucht* 2011; 57(3): 183-192. <https://dx.doi.org/10.1024/0939-5911.a000111>.
63. Hoch E, Buhringer G, Pixa A et al. CANDIS treatment program for cannabis use disorders: findings from a randomized multi-site translational trial. *Drug Alcohol Depend* 2014; 134: 185-193. <https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.09.028>.
64. Hoch E, Noack R, Henker J et al. Efficacy of a targeted cognitive-behavioral treatment program for cannabis use disorders (CANDIS). *Eur Neuropsychopharmacol* 2012; 22(4): 267-280. <https://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.014>.
65. Houck JM, Feldstein Ewing SW. Working memory capacity and addiction treatment outcomes in adolescents. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2018; 44(2): 185-192. <https://dx.doi.org/10.1080/00952990.2017.1344680>.
66. Humeniuk R, Ali R, Babor T et al. A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries. *Addiction* 2012; 107(5): 957-966. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03740.x>.

67. Johnson S, Rains LS, Marwaha S et al. A contingency management intervention to reduce cannabis use and time to relapse in early psychosis: the CIRCLE RCT. *Health Technol Assess* 2019; 23(45): 1-108. <https://dx.doi.org/10.3310/hta23450>.
68. Johnson S, Sheridan Rains L, Marwaha S et al. A randomised controlled trial of the clinical and cost-effectiveness of a contingency management intervention compared to treatment as usual for reduction of cannabis use and of relapse in early psychosis (CIRCLE): a study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2016; 17(1): 515. <https://dx.doi.org/10.1186/s13063-016-1620-x>.
69. Jungerman FS, Andreoni S, Laranjeira R. Short term impact of same intensity but different duration interventions for cannabis users. *Drug Alcohol Depend* 2007; 90(2-3): 120-127. <https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.02.019>.
70. Kadden RM, Litt MD, Kabela Cormier E et al. Abstinence rates following behavioral treatments for marijuana dependence. *Addict Behav* 2007; 32(6): 1220-1236. <https://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.08.009>.
71. Kadden RM, Litt MD, Kabela-Cormier E et al. Increased drinking in a trial of treatments for marijuana dependence: substance substitution? *Drug Alcohol Depend* 2009; 105(1-2): 168-171. <https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.05.024>.
72. Karno MP, Rawson R, Rogers B et al. Effect of screening, brief intervention and referral to treatment for unhealthy alcohol and other drug use in mental health treatment settings: a randomized controlled trial. *Addiction* 2021; 116(1): 159-169. <https://dx.doi.org/10.1111/add.15114>.
73. Kells M, Burke PJ, Parker S et al. Engaging Youth (Adolescents and Young Adults) to Change Frequent Marijuana Use: Motivational Enhancement Therapy (MET) in Primary Care. *J Pediatr Nurs* 2019; 49: 24-30. <https://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2019.08.011>.
74. Kim TW, Bernstein J, Cheng DM et al. Receipt of addiction treatment as a consequence of a brief intervention for drug use in primary care: a randomized trial. *Addiction* 2017; 112(5): 818-827. <https://dx.doi.org/10.1111/add.13701>.
75. Laporte C, Vaillant-Roussel H, Pereira B et al. Cannabis and Young Users-A Brief Intervention to Reduce Their Consumption (CANABIC): A Cluster Randomized Controlled Trial in Primary Care. *Ann Fam Med* 2017; 15(2): 131-139. <https://dx.doi.org/10.1370/afm.2003>.
76. Laporte C, Vaillant-Roussel H, Pereira B et al. CANABIC: CANNabis and Adolescents: effect of a Brief Intervention on their Consumption--study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2014; 15: 40. <https://dx.doi.org/10.1186/1745-6215-15-40>.
77. Liddle HA, Dakof GA, Parker K et al. Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2001; 27(4): 651-688. <https://dx.doi.org/10.1081/ada-100107661>.

78. Litt MD, Kadden RM, Kabela-Cormier E et al. Coping skills training and contingency management treatments for marijuana dependence: exploring mechanisms of behavior change. *Addiction* 2008; 103(4): 638-648. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02137.x>.
79. Litt MD, Kadden RM, Petry NM. Behavioral treatment for marijuana dependence: randomized trial of contingency management and self-efficacy enhancement. *Addict Behav* 2013; 38(3): 1764-1775. <https://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.08.011>.
80. Litt MD, Kadden RM, Stephens RS et al. Coping and self-efficacy in marijuana treatment: results from the marijuana treatment project. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73(6): 1015-1025. <https://dx.doi.org/10.1037/0022-006x.73.6.1015>.
81. Litt MD, Kadden RM, Tennen H et al. Momentary coping and marijuana use in treated adults: Exploring mechanisms of treatment. *J Consult Clin Psychol* 2021; 89(4): 264-276. <https://dx.doi.org/10.1037/ccp0000633>.
82. Litt MD, Kadden RM, Tennen H et al. Individualized assessment and treatment program (IATP) for cannabis use disorder: Randomized controlled trial with and without contingency management. *Psychol Addict Behav* 2020; 34(1): 40-51. <https://dx.doi.org/10.1037/adb0000491>.
83. Lozano BE, Stephens RS, Roffman RA. Abstinence and moderate use goals in the treatment of marijuana dependence. *Addiction* 2006; 101(11): 1589-1597. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01609.x>.
84. Madigan K, Brennan D, Lawlor E et al. A multi-center, randomized controlled trial of a group psychological intervention for psychosis with comorbid cannabis dependence over the early course of illness. *Schizophr Res* 2013; 143(1): 138-142. <https://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2012.10.018>.
85. Marijuana Treatment Project Research G. Brief treatments for cannabis dependence: findings from a randomized multisite trial. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72(3): 455-466. <https://dx.doi.org/10.1037/0022-006x.72.3.455>.
86. Martino S, Carroll KM, Nich C et al. A randomized controlled pilot study of motivational interviewing for patients with psychotic and drug use disorders. *Addiction* 2006; 101(10): 1479-1492. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01554.x>.
87. Mason M, Light J, Campbell L et al. Peer Network Counseling with Urban Adolescents: A Randomized Controlled Trial with Moderate Substance Users. *J Subst Abuse Treat* 2015; 58: 16-24. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2015.06.013>.
88. Mason MJ, Sabo R, Zaharakis NM. Peer Network Counseling as Brief Treatment for Urban Adolescent Heavy Cannabis Users. *J Stud Alcohol Drugs* 2017; 78(1): 152-157. <https://dx.doi.org/10.15288/jsad.2017.78.152>.

89. McCambridge J, Day M, Thomas BA et al. Fidelity to Motivational Interviewing and subsequent cannabis cessation among adolescents. *Addict Behav* 2011; 36(7): 749-754. <https://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.03.002>.
90. McCambridge J, Slym RL, Strang J. Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users. *Addiction* 2008; 103(11): 1809-1818. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02331.x>.
91. McCambridge J, Strang J. The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction* 2004; 99(1): 39-52. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00564.x>.
92. Montgomery L, Petry NM, Carroll KM. Moderating effects of race in clinical trial participation and outcomes among marijuana-dependent young adults. *Drug Alcohol Depend* 2012; 126(3): 333-339. <https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.05.033>.
93. Morley KC, Sitharthan G, Haber PS et al. The efficacy of an opportunistic cognitive behavioral intervention package (OCB) on substance use and comorbid suicide risk: a multisite randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2014; 82(1): 130-140. <https://dx.doi.org/10.1037/a0035310>.
94. Morris SL, Hospital MM, Wagner EF et al. SACRED Connections: A University-Tribal Clinical Research Partnership for School-Based Screening and Brief Intervention for Substance Use Problems among Native American Youth. *J Ethn Cult Divers Soc Work* 2021; 30(1): 149-162. <https://dx.doi.org/10.1080/15313204.2020.1770654>.
95. Olmstead TA, Sindelar JL, Easton CJ et al. The cost-effectiveness of four treatments for marijuana dependence. *Addiction* 2007; 102(9): 1443-1453. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01909.x>.
96. Ostergard OK, Del Palacio-Gonzalez A, Nilsson KK et al. The Partners for Change Outcome Management System in the psychotherapeutic treatment of cannabis use: a pilot effectiveness randomized clinical trial. *Nord J Psychiatry* 2021: 1-8. <https://dx.doi.org/10.1080/08039488.2021.1921265>.
97. Papinczak ZE, Connor JP, Feeney GFX et al. Additive effectiveness and feasibility of a theory-driven instant assessment and feedback system in brief cannabis intervention: A randomised controlled trial. *Addict Behav* 2021; 113: 106690. <https://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106690>.
98. Pihler TF, Winters KC. Parental involvement in brief interventions for adolescent marijuana use. *Psychol Addict Behav* 2015; 29(3): 512-521. <https://dx.doi.org/10.1037/adb0000106>.

99. Piehler TF, Winters KC. Decision-making style and response to parental involvement in brief interventions for adolescent substance use. *J Fam Psychol* 2017; 31(3): 336-346. <https://dx.doi.org/10.1037/fam0000266>.
100. Prince MA, Collins RL, Wilson SD et al. A preliminary test of a brief intervention to lessen young adults' cannabis use: Episode-level smartphone data highlights the role of protective behavioral strategies and exercise. *Exp Clin Psychopharmacol* 2020; 28(2): 150-156. <https://dx.doi.org/10.1037/pha0000301>.
101. Roffman RA, Klepsch R, Wertz JS et al. Predictors of attrition from an outpatient marijuana-dependence counseling program. *Addict Behav* 1993; 18(5): 553-566. [https://dx.doi.org/10.1016/0306-4603\(93\)90071-g](https://dx.doi.org/10.1016/0306-4603(93)90071-g).
102. Roffman RA, Stephens RS, Simpson EE et al. Treatment of marijuana dependence: preliminary results. *J Psychoactive Drugs* 1988; 20(1): 129-137.
103. Saitz R, Palfai TP, Cheng DM et al. Screening and brief intervention for drug use in primary care: the ASPIRE randomized clinical trial. *JAMA* 2014; 312(5): 502-513. <https://dx.doi.org/10.1001/jama.2014.7862>.
104. Santisteban DA, Mena MP, McCabe BE. Preliminary results for an adaptive family treatment for drug abuse in Hispanic youth. *J Fam Psychol* 2011; 25(4): 610-614. <https://dx.doi.org/10.1037/a0024016>.
105. Satre DD, Leibowitz A, Sterling SA et al. A randomized clinical trial of Motivational Interviewing to reduce alcohol and drug use among patients with depression. *J Consult Clin Psychol* 2016; 84(7): 571-579. <https://dx.doi.org/10.1037/ccp0000096>.
106. Schneegans A, Bourgonnon F, Albuissou E et al. Mindfulness-based relapse prevention for cannabis regular users: Preliminary outcomes of a randomized clinical trial. *Encephale* 2021. <https://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2021.02.015>.
107. Schuster RM, Potter K, Lamberth E et al. Alcohol substitution during one month of cannabis abstinence among non-treatment seeking youth. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2021; 107: 110205. <https://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110205>.
108. Sheridan Rains L, Marston L, Hinton M et al. Clinical and cost-effectiveness of contingency management for cannabis use in early psychosis: the CIRCLE randomised clinical trial. *BMC Med* 2019; 17(1): 161. <https://dx.doi.org/10.1186/s12916-019-1395-5>.
109. Short NA, Zvolensky MJ, Schmidt NB. A pilot randomized clinical trial of Brief Behavioral Treatment for Insomnia to reduce problematic cannabis use among trauma-exposed young adults. *J Subst Abuse Treat* 2021: 108537. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108537>.
110. Sinha R, Easton C, Renee-Aubin L et al. Engaging young probation-referred marijuana-abusing individuals in treatment: a pilot trial. *Am J Addict* 2003; 12(4): 314-323.

111. Slesnick N, Zhang J. Family systems therapy for substance-using mothers and their 8- to 16-year-old children. *Psychol Addict Behav* 2016; 30(6): 619-629.

<https://dx.doi.org/10.1037/adb0000199>.

112. Smeerdijk M, Keet R, de Haan L et al. Feasibility of teaching motivational interviewing to parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use. *J Subst Abuse Treat* 2014; 46(3): 340-345. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2013.09.006>.

113. Smeerdijk M, Keet R, Dekker N et al. Motivational interviewing and interaction skills training for parents to change cannabis use in young adults with recent-onset schizophrenia: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2012; 42(8): 1627-1636.

<https://dx.doi.org/10.1017/s0033291711002832>.

114. Smeerdijk M, Keet R, van Raaij B et al. Motivational interviewing and interaction skills training for parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use: 15-month follow-up. *Psychol Med* 2015; 45(13): 2839-2848.

<https://dx.doi.org/10.1017/s0033291715000793>.

115. Spirito A, Hernandez L, Cancilliere MK et al. Parent and Adolescent Motivational Enhancement Intervention for Substance-Using, Truant Adolescents: A Pilot Randomized Trial. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2018; 47(Suppl 1): S467-S479.

<https://dx.doi.org/10.1080/15374416.2017.1399402>.

116. Spirito A, Hernandez L, Marceau K et al. Effects of a brief, parent-focused intervention for substance using adolescents and their sibling. *J Subst Abuse Treat* 2017; 77: 156-165.

<https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2017.02.002>.

117. Stanger C, Scherer EA, Babbin SF et al. Abstinence based incentives plus parent training for adolescent alcohol and other substance misuse. *Psychol Addict Behav* 2017; 31(4): 385-392. <https://dx.doi.org/10.1037/adb0000279>.

118. Stein LAR, Martin R, Clair-Michaud M et al. A randomized clinical trial of motivational interviewing plus skills training vs. Relaxation plus education and 12-Steps for substance using incarcerated youth: Effects on alcohol, marijuana and crimes of aggression. *Drug Alcohol Depend* 2020; 207: 107774. <https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107774>.

119. Stein MD, Caviness CM, Morse EF et al. A developmental-based motivational intervention to reduce alcohol and marijuana use among non-treatment-seeking young adults: a randomized controlled trial. *Addiction* 2018; 113(3): 440-453.

<https://dx.doi.org/10.1111/add.14026>.

120. Stein MD, Hagerty CE, Herman DS et al. A brief marijuana intervention for non-treatment-seeking young adult women. *J Subst Abuse Treat* 2011; 40(2): 189-198.

<https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2010.11.001>.

121. Stephens RS, Babor TF, Kadden R et al. The Marijuana Treatment Project: rationale, design and participant characteristics. *Addiction* 2002; 97 Suppl 1: 109-124.

<https://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.97.s01.6.x>.

122. Stephens RS, Roffman RA, Curtin L. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(5): 898-908.
123. Stephens RS, Roffman RA, Fearer SA et al. The Marijuana Check-up: promoting change in ambivalent marijuana users. *Addiction* 2007; 102(6): 947-957. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01821.x>.
124. Stephens RS, Roffman RA, Simpson EE. Treating adult marijuana dependence: a test of the relapse prevention model. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62(1): 92-99. <https://dx.doi.org/10.1037//0022-006x.62.1.92>.
125. Stephens RS, Walker R, DeMarce J et al. Treating cannabis use disorder: Exploring a treatment as needed model with 34-month follow-up. *J Subst Abuse Treat* 2020; 117: 108088. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108088>.
126. Stephens RS, Walker R, Fearer SA et al. Reaching nontreatment-seeking cannabis users: Testing an extended marijuana check-up intervention. *J Subst Abuse Treat* 2021; 125: 108269. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108269>.
127. Stephens RS, Wertz JS, Roffman RA. Predictors of marijuana treatment outcomes: the role of self-efficacy. *J Subst Abuse* 1993; 5(4): 341-353. [https://dx.doi.org/10.1016/0899-3289\(93\)90003-t](https://dx.doi.org/10.1016/0899-3289(93)90003-t).
128. Stephens RS, Wertz JS, Roffman RA. Self-efficacy and marijuana cessation: a construct validity analysis. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63(6): 1022-1031. <https://dx.doi.org/10.1037//0022-006x.63.6.1022>.
129. Stewart DG, Siebert EC, Arlt VK et al. READY or Not: Findings From a School-Based MI Intervention for Adolescent Substance Use. *J Subst Abuse Treat* 2016; 71: 23-29. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2016.08.007>.
130. Waldron HB, Slesnick N, Brody JL et al. Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69(5): 802-813.
131. Walker DD, Roffman RA, Stephens RS et al. Motivational enhancement therapy for adolescent marijuana users: a preliminary randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74(3): 628-632. <https://dx.doi.org/10.1037/0022-006x.74.3.628>.
132. Walker DD, Stephens R, Roffman R et al. Randomized controlled trial of motivational enhancement therapy with nontreatment-seeking adolescent cannabis users: a further test of the teen marijuana check-up. *Psychol Addict Behav* 2011; 25(3): 474-484. <https://dx.doi.org/10.1037/a0024076>.
133. Walker DD, Stephens RS, Blevins CE et al. Augmenting brief interventions for adolescent marijuana users: The impact of motivational check-ins. *J Consult Clin Psychol* 2016; 84(11): 983-992. <https://dx.doi.org/10.1037/ccp0000094>.

134. Walker DD, Stephens RS, Towe S et al. Maintenance Check-ups Following Treatment for Cannabis Dependence. *J Subst Abuse Treat* 2015; 56: 11-15.

<https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2015.03.006>.

135. Ward CL, Mertens JR, Bresick GF et al. Screening and brief intervention for substance misuse: Does it reduce aggression and HIV-related risk behaviours? *Alcohol Alcohol* 2015; 50(3): 302-309. <https://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agv007>.

136. Winters KC, Lee S, Botzet A et al. One-year outcomes and mediators of a brief intervention for drug abusing adolescents. *Psychol Addict Behav* 2014; 28(2): 464-474.

<https://dx.doi.org/10.1037/a0035041>.

137. Woolard R, Baird J, Longabaugh R et al. Project reduce: reducing alcohol and marijuana misuse: effects of a brief intervention in the emergency department. *Addict Behav* 2013; 38(3): 1732-1739. <https://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.09.006>.

Nicht E2

1. Eack SM, Hogarty SS, Greenwald DP et al. Cognitive Enhancement Therapy in substance misusing schizophrenia: results of an 18-month feasibility trial. *Schizophr Res* 2015; 161(2-3): 478-483. <https://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2014.11.017>.

2. Stanger C, Scherer EA, Vo HT et al. Working memory training and high magnitude incentives for youth cannabis use: A SMART pilot trial. *Psychol Addict Behav* 2020; 34(1): 31-39. <https://dx.doi.org/10.1037/adb0000480>.

3. Sweeney MM, Rass O, DiClemente C et al. Working Memory Training for Adolescents With Cannabis Use Disorders: A Randomized Controlled Trial. *J Child Adolesc Subst Abuse* 2018; 27(4): 211-226. <https://dx.doi.org/10.1080/1067828x.2018.1451793>.

Nicht E5

1. Gantner A. [Multidimensional family therapy for adolescent clients with cannabis use disorders--Results and experience from the INCANT pilot study]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2006; 55(7): 520-532.

2. Henggeler SW, McCart MR, Cunningham PB et al. Enhancing the effectiveness of juvenile drug courts by integrating evidence-based practices. *J Consult Clin Psychol* 2012; 80(2): 264-275. <https://dx.doi.org/10.1037/a0027147>.

3. Yip SW, DeVito EE, Kober H et al. Pretreatment measures of brain structure and reward-processing brain function in cannabis dependence: an exploratory study of relationships with abstinence during behavioral treatment. *Drug Alcohol Depend* 2014; 140: 33-41.

<https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.03.031>.

Nicht E6

1. Bonsack C, Montagrin Y, Favrod J et al. Motivational interviewing for cannabis users with psychotic disorders. *Encephale* 2007; 33(5): 819-826.

<https://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2006.08.001>.

Nicht E7

1. Budney AJ, Higgins ST, Radotrovich KJ et al. Abstinence-based vouchers increase marijuana abstinence during outpatient treatment for marijuana dependence. NIDA Res Monogr 2000; 124.
2. Budney AJ, Moore BA, Rocha H. Abstinence-based vouchers delivered without psychotherapy increase abstinence during treatment for marijuana dependence. Drug Alcohol Depend 2001; 63(Suppl 1): 21.
3. Copeland J, Swift W, Howard J et al. A randomized controlled trial of brief interventions for cannabis problems among young offenders. Drug Alcohol Depend 2001; 63(Suppl 1): 32.
4. Copeland J, Swift W, Martin G et al. Australian Adolescent Cannabis Check-up. Drug Alcohol Depend 2002; 66(Suppl 1): 36.
5. DiClemente CM, Lewis CR, Vo H et al. Working memory and treatment outcomes in adolescents with cannabis use disorder. J Addict Med 2016; 10(3): E11.
6. Gonzalez-Ortega I, Echeburua E, Garcia-Alocen A et al. Cognitive behavioral therapy program for cannabis use cessation in first-episode psychosis patients: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2016; 17: 372. <https://dx.doi.org/10.1186/s13063-016-1507-x>.
7. Grenyer BF, Solowij N, Peters R. Brief versus intensive psychotherapy for cannabis dependence. NIDA Res Monogr 1997; 174: 108.
8. Hartzler B, Lyon AR, Walker DD et al. Implementing the teen marijuana check-up in schools-a study protocol. Implement Sci 2017; 12(1): 103. <https://dx.doi.org/10.1186/s13012-017-0633-5>.
9. Hoch E, Noack R, Henker J et al. Tailoring CBT to problem profiles of patients with cannabis use disorders. Sucht 2008; 54(5): 306.
10. Liddle H, Dakof G. A randomized Controlled Trial of Intensive Outpatient, Family-Based Therapy vs. Residential Drug Treatment for Co-Morbid Adolescent Substance Abusers. Drug Alcohol Depend 2002; 66(Suppl 1).
11. Martin G, Copeland J, Allsop S et al. The Adolescent Cannabis Check-up. Sixty eight annual scientific meeting of the college on problems of drug dependence 2005.
12. Rees V, Copeland J, Swift W et al. Brief cognitive behavioral interventions for cannabis dependence. NIDA Res Monogr 1999; 179: 79.
13. Shift W, Copeland J, Howard J et al. Adolescent cannabis check-up and intervention trial. Drug Alcohol Depend 2001; 63(Suppl 1): 156.

Anhang A Bewertung der Studienlimitationen

Tabelle 35: Studienlimitationen für die Studie Brown 2015

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Cannabisabstinenz (kritischer Endpunkt)						
Brown 2015	unklar	unklar	nicht adäquat	unklar	unklar	adäquat
Häufigkeit des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)						
Brown 2015	unklar	unklar	nicht adäquat	unklar	unklar	adäquat
Anderer Substanzkonsum (wichtiger Endpunkt)						
Brown 2015	unklar	unklar	nicht adäquat	unklar	unklar	adäquat
ITT: Intention to treat						

Tabelle 36: Studienlimitationen für die Studie Curry 2021

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Cannabisabstinenz (kritischer Endpunkt)						
Curry 2021	adäquat	unklar	nicht adäquat	unklar	adäquat	adäquat
Häufigkeit des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)						
Curry 2021	adäquat	unklar	nicht adäquat	unklar	adäquat	adäquat
Psychische Probleme (wichtiger Endpunkt)						
Curry 2021	adäquat	unklar	nicht adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat
ITT: Intention to treat						

Tabelle 37: Studienlimitationen für die Studie Dennis 2004

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Symptomreduktion oder Remission als Indexwert der cannabisbedingten Störungen nach ICD-10, DSM-IV oder DSM-5 (wichtiger Endpunkt)						
Dennis 2004	adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat	nicht adäquat	adäquat
DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; ITT: Intention to treat						

Tabelle 38: Studienlimitationen für die Studie Esposito-Smythers 2011

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Häufigkeit des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)						
Esposito-Smythers 2011	adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat	unklar	adäquat
Verbesserung cannabisbedingter Probleme (wichtiger Endpunkt)						
Esposito-Smythers 2011	adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat	unklar	adäquat
Symptomreduktion oder Remission als Indexwert der cannabisbedingten Störungen nach ICD-10, DSM-IV oder DSM-5 (wichtiger Endpunkt)						
Esposito-Smythers 2011	adäquat	unklar	nicht adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat
Psychische Probleme (wichtiger Endpunkt) – Suizidversuche						
Esposito-Smythers 2011	adäquat	unklar	nicht adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat
Psychische Probleme (wichtiger Endpunkt) – Personen mit psychiatrischer Diagnose (Affektive Störung)						
Esposito-Smythers 2011	adäquat	unklar	nicht adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat
Psychische Probleme (wichtiger Endpunkt) – Angstsymptome (SCARED)						
Esposito-Smythers 2011	adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat	unklar	adäquat
Psychische Probleme (wichtiger Endpunkt) – Depression (RADS-2)						
Esposito-Smythers 2011	adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat	unklar	adäquat
Anderer Substanzkonsum (wichtiger Endpunkt)						
Esposito-Smythers 2011	adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat	unklar	adäquat
DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; ITT: Intention to treat; RADS-2: Reynolds Adolescent Depression Scale-2; SCARED: Screen for Child Anxiety Related Disorders						

Tabelle 39: Studienlimitationen für die Studie Godley 2007

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppeneinteilung	Verblindung	Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Cannabisabstinenz (kritischer Endpunkt)						
Godley 2007	adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat	unklar	adäquat
Anderer Substanzkonsum (wichtiger Endpunkt)						
Godley 2007	adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat	unklar	adäquat
ITT: Intention to treat						

Tabelle 40: Studienlimitationen für die Studie Godley 2014

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppeneinteilung	Verblindung	Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Häufigkeit des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)						
Godley 2014	adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat	unklar	adäquat
Symptomreduktion oder Remission als Indexwert der cannabisbedingten Störungen nach ICD-10, DSM-IV oder DSM-5 (wichtiger Endpunkt)						
Godley 2014	adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat	unklar	adäquat
Anderer Substanzkonsum (wichtiger Endpunkt) – kein Alkoholkonsum						
Godley 2014	adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat	unklar	adäquat
Anderer Substanzkonsum (wichtiger Endpunkt) – kein starker Alkoholkonsum						
Godley 2014	adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat	unklar	adäquat
DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; ITT: Intention to treat						

Tabelle 41: Studienlimitationen für die Studie Kaminer 2002

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Psychische Probleme (wichtiger Endpunkt)						
Kaminer 2002	unklar	unklar	nicht adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat
ITT: Intention to treat						

Tabelle 42: Studienlimitationen für die Studie Latimer 2003

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Cannabisabstinenz (kritischer Endpunkt)						
Latimer 2003	unklar	unklar	nicht adäquat	adäquat	unklar	adäquat
Häufigkeit des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)						
Latimer 2003	unklar	unklar	nicht adäquat	adäquat	unklar	adäquat
Anderer Substanzkonsum (wichtiger Endpunkt) – Alkohol						
Latimer 2003	unklar	unklar	nicht adäquat	adäquat	unklar	adäquat
Anderer Substanzkonsum (wichtiger Endpunkt) – andere Substanzen als Alkohol und Cannabis						
Latimer 2003	unklar	unklar	nicht adäquat	adäquat	unklar	adäquat
ITT: Intention to treat						

Tabelle 43: Studienlimitationen für die Studie Martin 2008

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Häufigkeit des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)						
Martin 2008	adäquat	adäquat	nicht adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat
Menge des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)						
Martin 2008	adäquat	adäquat	nicht adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat
Symptomreduktion oder Remission als Indexwert der cannabisbedingten Störungen nach ICD-10, DSM-IV oder DSM-5 (wichtiger Endpunkt)						
Martin 2008	adäquat	adäquat	nicht adäquat	nicht adäquat	unklar	nicht adäquat ^a
a. Zu Baseline lagen große Unterschiede zwischen den Gruppen zuungunsten der Interventionsgruppe vor, die in der Berechnung des Effekts nicht berücksichtigt wurden						
DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; ITT: Intention to treat						

Tabelle 44: Studienlimitationen für die Studie Stein 2011

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Häufigkeit des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)						
Stein 2011	adäquat	unklar	nicht adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat
Menge des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)						
Stein 2011	adäquat	unklar	nicht adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat
Anderer Substanzkonsum (wichtiger Endpunkt)						
Stein 2011	adäquat	unklar	nicht adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat
ITT: Intention to treat						

Tabelle 45: Studienlimitationen für die Studie Wolff 2020

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Häufigkeit des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)						
Wolff 2020	adäquat	adäquat	nicht adäquat	nicht adäquat	adäquat	adäquat
Psychische Probleme (wichtiger Endpunkt) – Depression (CDI-2)						
Wolff 2020	adäquat	adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat	adäquat
Psychische Probleme (wichtiger Endpunkt) – Angstsymptome (SCARED)						
Wolff 2020	adäquat	adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat	adäquat
Anderer Substanzkonsum (wichtiger Endpunkt) – Alkohol (Anteil Konsumtage)						
Wolff 2020	adäquat	adäquat	nicht adäquat	nicht adäquat	adäquat	adäquat
Anderer Substanzkonsum (wichtiger Endpunkt) – Alkohol (Anteil Konsumtage mit ≥ 5 Portionen)						
Wolff 2020	adäquat	adäquat	nicht adäquat	nicht adäquat	adäquat	adäquat
Anderer Substanzkonsum (wichtiger Endpunkt) – Alkohol (Anzahl Personen, mit ≥ 1 Tag ≥ 5 Portionen)						
Wolff 2020	adäquat	adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat	adäquat
Anderer Substanzkonsum (wichtiger Endpunkt) – andere Substanzen als Alkohol und Cannabis						
Wolff 2020	adäquat	adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat	adäquat
CDI-2: Child Depression Inventory-2; ITT: Intention to treat; SCARED: Screen for Child Anxiety Related Disorders						

Anhang B Suchstrategien

B.1 Bibliografische Datenbanken

Suche nach systematischen Übersichten

1. MEDLINE

Suchoberfläche: Ovid

- Ovid MEDLINE(R) ALL 1946 to August 11, 2021

Es wurde folgender Filter übernommen:

- Systematische Übersicht: Wong [84] – High specificity strategy
- Suchblock zur Intervention (Suchzeilen 6-25): in Anlehnung an Gates 2016 [5]

#	Searches
1	Marijuana Abuse/
2	exp "Marijuana Use"/
3	(cannabis* adj3 (use* or misuse* or dependen* or withdrawal*)).ab,ti.
4	mari?uana*.ab,ti.
5	or/1-4
6	exp psychotherapy/
7	psychotherap\$.ab,ti.
8	psychoso\$.ab,ti.
9	(psychodynamic adj2 therap\$).ab,ti.
10	exp Behavior Therapy/
11	(behaviour adj2 therap\$).ab,ti.
12	(behav\$ adj2 management).ab,ti.
13	(cognitive\$ adj2 therap\$).ab,ti.
14	exp Counseling/
15	counsel\$.ab,ti.
16	(relaxation adj2 therap\$).ab,ti.
17	(guided adj2 imagery).ab,ti.
18	biofeedback.tw.
19	(family adj2 therap\$).ab,ti.
20	or/6-19
21	intervention.ab,ti.
22	treatment.ab,ti.
23	exp marijuana abuse/
24	(cannabis adj abuse\$).ab,ti.
25	(21 or 22) and (23 and 24)
26	Cochrane database of systematic reviews.jn.
27	(search or MEDLINE or systematic review).tw.

#	Searches
28	meta analysis.pt.
29	or/26-28
30	29 not (exp animals/ not humans.sh.)
31	5 and (20 or 25) and 30
32	31 and (english or german).lg.
33	..1/ 32 yr=2015-Current

2. Health Technology Assessment Database

Suchoberfläche: INAHTA

#	Searches
1	(cannabis* OR marijuana* OR mariuana OR marihuana) FROM 2015 TO 2021

Suche nach Primärstudien

1. MEDLINE

Suchoberfläche: Ovid

- Ovid MEDLINE(R) 1946 to September 01, 2021

Es wurde folgender Filter übernommen:

- RCT: Lefebvre [85] – Cochrane Highly Sensitive Search Strategy for identifying randomized trials in MEDLINE: sensitivity-maximizing version (2008 revision)
- Suchblock zur Intervention (Suchzeilen 6-25): in Anlehnung an Cooper 2015 [86]

#	Searches
1	Marijuana Abuse/
2	exp "Marijuana Use"/
3	(cannabis* adj3 (use* or misuse* or dependen* or withdrawal*)).ab,ti.
4	mari?uana*.ab,ti.
5	or/1-4
6	((cannabis\$ or marijuana or marihuana or hashish) adj3 (therap\$ or treatment\$)).ab,ti.
7	(cessation adj2 (therap\$ or treat\$)).ab,ti.
8	exp Psychotherapy/
9	psychotherap\$.ab,ti.
10	((psychodynamic or psychosocial) adj2 (therap\$ or treatment\$ or intervention\$ or program\$)).ab,ti.
11	exp Behavior Therapy/
12	((behavio\$ or cognitive\$) adj3 (therap\$ or treatment\$ or management or intervention\$ or program\$)).ab,ti.
13	cbt.ab,ti.
14	exp Counseling/
15	counsel\$.ab,ti.
16	exp Mind-Body Therapies/
17	((relaxation or imagery) adj2 (therap\$ or technique\$)).ab,ti.
18	(guided adj2 imagery).ab,ti.
19	biofeedback.ab,ti.
20	(family adj2 therap\$).ab,ti.
21	(motivation\$ adj3 (therap\$ or interview\$)).ab,ti.
22	((case or contingency) adj2 (therap\$ or management)).ab,ti.
23	((coping skill\$ or cbst or self control or assertive\$) adj2 (training or therap\$)).ab,ti.
24	aversi\$ therap\$.ab,ti.
25	covert sensiti?ation.ab,ti.
26	or/6-25
27	Randomized Controlled Trial.pt.
28	Controlled Clinical Trial.pt.
29	(randomized or placebo or randomly).ab.
30	Clinical Trials as Topic/
31	trial.ti.
32	or/27-31
33	32 not (exp animals/ not humans.sh.)
34	5 and 26 and 33
35	(animals/ not humans/) or comment/ or editorial/ or exp review/ or meta analysis/ or consensus/ or exp guideline/
36	hi.fs. or case report.mp.
37	or/35-36
38	34 not 37
39	38 and (english or german or multilingual or undetermined).lg.

Suchoberfläche: Ovid

- Ovid MEDLINE(R) Epub Ahead of Print and In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations September 01, 2021

#	Searches
1	(cannabis* and (use* or misuse* or dependen* or withdrawal*)).ab,ti.
2	mari?uana*.ab,ti.
3	or/1-2
4	((cannabis\$ or marijuana or marihuana or hashish) adj8 (therap\$ or treatment\$)).ab,ti.
5	(cessation adj5 (therap\$ or treat\$)).ab,ti.
6	psychotherap\$.ab,ti.
7	((psychodynamic or psychosocial) adj5 (therap\$ or treatment\$ or intervention\$ or program\$)).ab,ti.
8	((behavio\$ or cognitive\$) adj6 (therap\$ or treatment\$ or management or intervention\$ or program\$)).ab,ti.
9	cbt.ab,ti.
10	counsel\$.ab,ti.
11	((relaxation or imagery) adj5 (therap\$ or technique\$)).ab,ti.
12	(guided adj5 imagery).ab,ti.
13	biofeedback.ab,ti.
14	(family adj5 therap\$).ab,ti.
15	(motivation\$ adj6 (therap\$ or interview\$)).ab,ti.
16	((case or contingency) adj5 (therap\$ or management)).ab,ti.
17	((coping skill\$ or cbst or self control or assertive\$) adj5 (training or therap\$)).ab,ti.
18	aversi\$ therap\$.ab,ti.
19	covert sensiti?ation.ab,ti.
20	or/4-19
21	(clinical trial* or random* or placebo).ti,ab.
22	trial.ti.
23	or/21-22
24	and/3,20,23
25	(animals/ not humans/) or comment/ or editorial/ or exp review/ or meta analysis/ or consensus/ or exp guideline/
26	hi.fs. or case report.mp.
27	or/25-26
28	24 not 27
29	28 and (english or german or multilingual or undetermined).lg.

2. The Cochrane Library*Suchoberfläche: Wiley*

- Cochrane Central Register of Controlled Trials: Issue 9 of 12, September 2021

Es wurde folgender Filter übernommen:

- Suchblock zur Intervention (Suchzeilen 6-25): in Anlehnung an Cooper 2015 [86]

#	Searches
#1	[mh ^"Marijuana Abuse"]
#2	[mh "Marijuana Use"]
#3	(cannabis* NEAR/3 (use* or misuse* or dependen* or withdrawal*)):ti,ab
#4	mari?uana*:ti,ab
#5	#1 or #2 or #3 or #4
#6	((cannabis* or marijuana or marihuana or hashish) NEAR/3 (therap* or treatment*)):ti,ab
#7	(cessation NEAR/2 (therap* or treat*)):ti,ab
#8	[mh "psychotherapy"]
#9	psychotherap*:ti,ab
#10	((psychodynamic or psychosocial) NEAR/2 (therap* or treatment* or intervention* or program*)):ti,ab
#11	[mh "Behavior Therapy"]
#12	((behavio* or cognitive*) NEAR/3 (therap* or treatment* or management or intervention* or program*)):ti,ab
#13	cbt:ti,ab
#14	[mh "Counseling"]
#15	counsel*:ti,ab
#16	[mh "Mind-Body Therapies"]
#17	((relaxation or imagery) NEAR/2 (therap* or technique*)):ti,ab
#18	(guided NEAR/2 imagery):ti,ab
#19	biofeedback:ti,ab
#20	(family NEAR/2 therap*):ti,ab
#21	(motivation* NEAR/3 (therap* or interview*)):ti,ab
#22	((case or contingency) NEAR/2 (therap* or management)):ti,ab
#23	((coping skill* or cbst or self control or assertive*) NEAR/2 (training or therap*)):ti,ab
#24	aversi* therap*:ti,ab
#25	covert sensitiv?ation:ti,ab
#26	#6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 or #21 or #22 or #23 or #24 or #25
#27	#5 and #26 in Trials
#28	#27 not (*clinicaltrial*gov* or *who*trialssearch* or *clinicaltrialsregister*eu* or *anzctr*org*au* or *trialregister*nl* or *irct*ir* or *isrctn* or *controlled*trials*com* or *drks*de*):so
#29	#28 not ((language next (afn or ara or aze or bos or bul or car or cat or chi or cze or dan or dut or es or est or fin or fre or gre or heb or hrv or hun or ice or ira or ita or jpn or ko or kor or lit or nor or peo or per or pol or por or pt or rom or rum or rus or slo or slv or spa or srp or swe or tha or tur or ukr or urd or uzb)) not (language near/2 (en or eng or english or ger or german or mul or unknown)))

B.2 Studienregister

1. ClinicalTrials.gov

Anbieter: U.S. National Institutes of Health

- URL: <http://www.clinicaltrials.gov>
- Eingabeoberfläche: Expert Search

Suchstrategie
AREA[ResultsFirstSubmitDate] NOT MISSING AND AREA[ConditionSearch] (cannabis OR marihuana OR marijuana OR drug abuse)

2. International Clinical Trials Registry Platform Search Portal

Anbieter: World Health Organization

- URL: <https://trialsearch.who.int>
- Eingabeoberfläche: Standard Search

Suchstrategie
cannabis OR marihuana OR marijuana OR drug abuse With results only