



IQWiG-Berichte – Nr. 1378

Psycho- und soziotherapeutische Interventionen – Erwachsene

**Evidenzbericht zur S3-Leitlinie
Behandlung cannabisbezogener
Störungen**

Evidenzbericht

Auftrag: V21-06B
Version: 1.0
Stand: 28.06.2022

Impressum

Herausgeber

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Thema

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

Auftraggeber

Bundesministerium für Gesundheit

Datum des Auftrags

24.06.2021

Interne Auftragsnummer

V21-06B

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

- Ulrike Paschen
- Tatjana Hermanns
- Fabian Lotz
- Claudia Mischke
- Kevin Rudolf
- Sarah Thys

Schlagwörter

Marihuana-Missbrauch, Psychotherapie, Systematische Übersicht

Keywords

Marijuana Abuse, Psychotherapy, Systematic Review

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Tabellenverzeichnis	vi
Abbildungsverzeichnis	x
Abkürzungsverzeichnis.....	xi
1 Hintergrund	1
2 Fragestellung	2
3 Projektverlauf	3
3.1 Zeitlicher Verlauf des Projekts	3
3.2 Methodische Spezifizierungen 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	8
4.2.3 Selektion relevanter Studien.....	8
4.3 Informationsdarstellung und Synthese	9
4.3.1 Darstellung der Einzelstudien.....	9
4.3.2 Metaanalysen	10
4.3.3 Bewertung der Qualität der Evidenz	10
4.3.3.1 Abwertung der Qualität der Evidenz	11
4.3.3.2 Aufwertung der Qualität der Evidenz	13
4.3.4 Bewertung der Studienlimitationen (Verzerrungspotenzial).....	13
5 Ergebnisse.....	14
5.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung	14

5.2	Charakteristika der in die Evidenzdarstellung eingeschlossenen Studien	16
5.3	Übersicht der Endpunkte	38
5.4	Ergebnisse zu Endpunkten.....	41
5.4.1	Studien mit Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen – MET/KVT plus TAU versus TAU	41
5.4.1.1	Ergebnisse zum Vergleich kurze MET/KVT plus TAU versus TAU	41
5.4.1.2	Ergebnisse zum Vergleich lange MET/KVT plus TAU versus TAU	46
5.4.2	Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen – Interventionen mit MET und/oder KVT versus Wartekontrollgruppe.....	54
5.4.2.1	Ergebnisse zum Vergleich MET versus Wartekontrollgruppe	54
5.4.2.2	Ergebnisse zum Vergleich KVT plus soziale Unterstützung versus Wartekontrollgruppe	62
5.4.2.3	Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT plus Case Management versus Wartekontrollgruppe	64
5.4.3	Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen – Interventionen mit MET und / oder KVT und / oder KM versus keine zusätzliche Behandlung	67
5.4.3.1	Ergebnisse zum Vergleich KVT versus keine zusätzliche Behandlung	67
5.4.3.2	Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT versus keine zusätzliche Behandlung	68
5.4.3.3	Ergebnisse zum Vergleich abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement versus keine zusätzliche Behandlung	73
5.4.3.4	Ergebnisse zum Vergleich adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement versus keine zusätzliche Behandlung	80
5.4.3.5	Ergebnisse zum Vergleich abstinenz- / adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement versus keine zusätzliche Behandlung	81
5.4.4	Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen – Vergleiche verschiedener aktiver Interventionen.....	84
5.4.4.1	Ergebnisse zum Vergleich kurze MET versus KVT plus soziale Unterstützung.....	84
5.4.4.2	Ergebnisse zum Vergleich kurze MET versus MET-KVT plus Case Management.....	87
5.4.4.3	Ergebnisse zum Vergleich kurze MET versus Psychoedukation	93
5.4.4.4	Ergebnisse zum Vergleich kurze MET vs. lange MET	96
5.4.4.5	Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT versus lange MET	99
5.4.4.6	Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT versus Drogenberatung	102
5.4.4.7	Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT versus Drogenberatung plus abstinenz- und adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement	105
5.4.4.8	Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT versus Case Management.....	107
5.4.4.9	Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT versus abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement	108

5.4.4.10	Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT versus IATP	109
5.4.4.11	Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT versus IATP plus abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement	113
5.4.4.12	Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT plus Case Management Standard versus MET/KVT plus Case Management und nach Bedarf.....	115
6	Anmerkungen zu den Ergebnissen	118
7	Literatur	119
8	Studienlisten	126
8.1	Liste der identifizierten systematischen Übersichten	126
8.2	Liste der ausgeschlossenen Publikationen mit Ausschlussgründen	126
Anhang A	Bewertung der Studienlimitationen.....	140
Anhang B	Übersicht über Autorenanfragen.....	148
Anhang C	Suchstrategien.....	149
C.1	Bibliografische Datenbanken.....	149
C.2	Studienregister	153

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	16
Tabelle 4: Charakteristika der in die Evidenzdarstellung eingeschlossenen Studien	22
Tabelle 5: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Studien.....	25
Tabelle 6: Ein- / Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten in den Studien.....	34
Tabelle 7: Charakterisierung der Studienpopulationen.....	37
Tabelle 8: Matrix der Endpunkte	39
Tabelle 9: Evidenzprofil für den Vergleich kurze MET/KVT + TAU vs. TAU, Häufigkeit des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt) – stetige Daten.....	41
Tabelle 10: Evidenzprofil für den Vergleich kurze MET/KVT + TAU vs. TAU, Menge des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt) – stetige Daten.....	42
Tabelle 11: Evidenzprofil für den Vergleich kurze MET/KVT + TAU vs. TAU, psychische Probleme (wichtiger Endpunkt) – binäre Daten.....	43
Tabelle 12: Evidenzprofile für den Vergleich kurze MET/KVT + TAU vs. TAU, psychische Probleme (wichtiger Endpunkt) – stetige Daten	44
Tabelle 13: Evidenzprofile für den Vergleich lange MET/KVT + TAU vs. TAU, Cannabisabstinenz (kritischer Endpunkt) – binäre Daten	46
Tabelle 14: Evidenzprofile für den Vergleich lange MET/KVT + TAU vs. TAU, Häufigkeit des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt) – stetige Daten	47
Tabelle 15: Evidenzprofile für den Vergleich lange MET/KVT + TAU vs. TAU, Menge des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt) – stetige Daten.....	48
Tabelle 16: Evidenzprofile für den Vergleich lange MET/KVT + TAU vs. TAU, psychische Probleme (wichtiger Endpunkt) – Zeit-bis-Ereignis Daten	50
Tabelle 17: Evidenzprofile für den Vergleich lange MET/KVT + TAU vs. TAU, psychische Probleme (wichtiger Endpunkt) – binäre Daten.....	52
Tabelle 18: Evidenzprofile für den Vergleich lange MET/KVT + TAU vs. TAU, psychische Probleme (wichtiger Endpunkt) – stetige Daten	53
Tabelle 19: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. Wartekontrollgruppe, Cannabisabstinenz und Symptomreduktion / Remission – binäre Daten.....	54
Tabelle 20: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. Wartekontrollgruppe, Häufigkeit und Menge des Cannabiskonsums sowie anderer Substanzkonsum – stetige Daten	57
Tabelle 21: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. Wartekontrollgruppe, Verbesserung cannabisbedingter Probleme sowie psychischer Probleme – stetige Daten.....	60
Tabelle 22: Evidenzprofil zum Vergleich KVT + soziale Unterstützung vs. Wartekontrollgruppe, Cannabisabstinenz – binäre Daten	62

Tabelle 23: Evidenzprofile zum Vergleich KVT + soziale Unterstützung vs. Wartekontrollgruppe, Häufigkeit und Menge des Cannabiskonsums sowie Verbesserung cannabisbedingter Probleme – stetige Daten.....	63
Tabelle 24: Evidenzprofile zum Vergleich MET/KVT + Case Management vs. Wartekontrollgruppe, Cannabisabstinenz und Symptomreduktion/Remission – binäre Daten.....	64
Tabelle 25: Evidenzprofile zum Vergleich MET/KVT + Case Management vs. Wartekontrollgruppe, Häufigkeit und Menge des Cannabiskonsums sowie anderer Substanzkonsum – stetige Daten zum Substanzkonsum	65
Tabelle 26: Evidenzprofile zum Vergleich MET/KVT + Case Management vs. Wartekontrollgruppe – stetige Daten zur Verbesserung cannabisbedingter Probleme sowie zu psychischen Problemen	66
Tabelle 27: Evidenzprofil für den Vergleich KVT vs. keine zusätzliche Behandlung, Häufigkeit des Cannabiskonsums – stetige Daten.....	67
Tabelle 28: Evidenzprofile zum Vergleich MET/KVT vs. keine zusätzliche Behandlung, Cannabisabstinenz sowie Symptomreduktion/Remission – binäre Daten.....	68
Tabelle 29: Evidenzprofile für den Vergleich MET/KVT vs. keine zusätzliche Behandlung, Häufigkeit und Menge des Cannabiskonsums sowie Verbesserung cannabisbedingter Probleme – stetige Daten.....	71
Tabelle 30: Evidenzprofile zum Vergleich KM _{Abs} vs. keine zusätzliche Behandlung, Cannabisabstinenz – binäre Daten.....	73
Tabelle 31: Evidenzprofile für den Vergleich KM _{Abs} vs. keine zusätzliche Behandlung, Häufigkeit des Cannabiskonsums, Verbesserung cannabisbedingter Probleme, Aufhör- und Veränderungsmotivation sowie psychische Probleme – stetige Daten	76
Tabelle 32: Evidenzprofile für den Vergleich KM _{Adh} vs. keine zusätzliche Behandlung, Häufigkeit des Cannabiskonsums – stetige Daten.....	80
Tabelle 33: Evidenzprofile zum Vergleich KM _{Abs} / Adh vs. keine zusätzliche Behandlung, Cannabisabstinenz – binäre Daten.....	81
Tabelle 34: Evidenzprofil für den Vergleich KM _{Abs} / Adh vs. keine zusätzliche Behandlung, Häufigkeit des Cannabiskonsums – stetige Daten.....	82
Tabelle 35: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. KVT + soziale Unterstützung, Cannabisabstinenz – binäre Daten.....	84
Tabelle 36: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. KVT + soziale Unterstützung, Häufigkeit und Menge des Cannabiskonsums sowie Verbesserung cannabisbedingter Probleme – stetige Daten	85
Tabelle 37: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. MET/KVT + Case Management, Cannabisabstinenz sowie Symptomreduktion/Remission – binäre Daten..	87
Tabelle 38: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. MET/KVT + Case Management, Häufigkeit und Menge des Cannabiskonsums sowie anderer Substanzkonsum – stetige Daten	89
Tabelle 39: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. MET/KVT + Case Management, Verbesserung cannabisbedingter Probleme sowie psychische Probleme – stetige Daten	91

Tabelle 40: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. Psychoedukation, Häufigkeit und Menge des Cannabiskonsums – stetige Daten.....	93
Tabelle 41: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. Psychoedukation, Verbesserung cannabisbedingter Probleme – stetige Daten.....	95
Tabelle 42: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. lange MET, Häufigkeit und Menge des Cannabiskonsums – stetige Daten.....	96
Tabelle 43: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. lange MET, Verbesserung cannabisbedingter Probleme – stetige Daten.....	98
Tabelle 44: Evidenzprofil zum Vergleich MET/KVT vs. lange MET, Cannabisabstinenz – binäre Daten.....	99
Tabelle 45: Evidenzprofile für den Vergleich MET/KVT vs. lange MET, Häufigkeit des Cannabiskonsums, Verbesserung cannabisbedingter Probleme, Aufhör- und Veränderungsmotivation sowie psychische Probleme – stetige Daten	100
Tabelle 46: Evidenzprofile zum Vergleich MET/KVT vs. Drogenberatung, Cannabisabstinenz – binäre Daten.....	102
Tabelle 47: Evidenzprofil zum Vergleich MET/KVT vs. Drogenberatung, Häufigkeit des Cannabiskonsums – stetige Daten	103
Tabelle 48: Evidenzprofile zum Vergleich MET/KVT vs. Drogenberatung plus $KM_{Abs/Adh}$, Cannabisabstinenz – binäre Daten.....	105
Tabelle 49: Evidenzprofil zum Vergleich MET/KVT vs. Drogenberatung plus $KM_{Abs/Adh}$, Häufigkeit des Cannabiskonsums – stetige Daten.....	106
Tabelle 50: Evidenzprofile zum Vergleich MET/KVT vs. Case Management, Cannabisabstinenz – binäre Daten.....	107
Tabelle 51: Evidenzprofile zum Vergleich MET/KVT vs. KM_{Abs} , Cannabisabstinenz – binäre Daten.....	108
Tabelle 52: Evidenzprofile zum Vergleich MET/KVT vs. IATP, Cannabisabstinenz – binäre Daten.....	109
Tabelle 53: Evidenzprofile zum Vergleich MET/KVT vs. IATP, Häufigkeit des Cannabiskonsums – stetige Daten	111
Tabelle 54: Evidenzprofile zum Vergleich MET/KVT vs. IATP plus KM_{Abs} , Cannabisabstinenz – binäre Daten.....	113
Tabelle 55: Evidenzprofile zum Vergleich MET/KVT vs. IATP plus KM_{Abs} , Häufigkeit des Cannabiskonsums – stetige Daten.....	114
Tabelle 56: Evidenzprofile zum Vergleich MET/KVT plus Case Management Standard vs. MET/KVT plus Case Management und nach Bedarf, Cannabisabstinenz – binäre Daten.....	115
Tabelle 57: Evidenzprofile für den Vergleich MET/KVT plus Case Management Standard vs. MET/KVT plus Case Management und nach Bedarf, Häufigkeit und Menge des Cannabiskonsums sowie Verbesserung cannabisbedingter Probleme – stetige Daten ...	116
Tabelle 58: Studienlimitationen zum kritischen Endpunkt Cannabisabstinenz – Studien mit ausschließlich Patientinnen und Patienten mit Psychosen	140

Tabelle 59: Studienlimitationen zum kritischen Endpunkt Häufigkeit des Cannabiskonsums – Studien mit ausschließlich Patientinnen und Patienten mit Psychosen	140
Tabelle 60: Studienlimitationen zum kritischen Endpunkt Menge des Cannabiskonsums – Studien mit ausschließlich Patientinnen und Patienten mit Psychosen	140
Tabelle 61: Studienlimitationen zum wichtigen Endpunkt psychische Probleme, Zeit-bis-Ereignis-Analysen – Studien mit ausschließlich Patientinnen und Patienten mit Psychosen	141
Tabelle 62: Studienlimitationen zum wichtigen Endpunkt psychische Probleme, (Exazerbation psychotischer Probleme, die länger als 2 Wochen anhielt) – Studien mit ausschließlich Patientinnen und Patienten mit Psychosen	141
Tabelle 63: Studienlimitationen zum wichtigen Endpunkt psychische Probleme, CDSS, BAI, PANSS – Studien mit ausschließlich Patientinnen und Patienten mit Psychosen..	141
Tabelle 64: Studienlimitationen zum kritischen Endpunkt Cannabisabstinenz – Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen	142
Tabelle 65: Studienlimitationen zum kritischen Endpunkt Häufigkeit des Cannabiskonsums – Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen	143
Tabelle 66: Studienlimitationen zum kritischen Endpunkt Menge des Cannabiskonsums – Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen	144
Tabelle 67: Studienlimitationen zum kritischen Endpunkt Verbesserung cannabisbedingter Probleme – Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen	145
Tabelle 68: Studienlimitationen zum wichtigen Endpunkt Symptomreduktion oder Remission als Indexwert der cannabisbedingten Störungen nach DSM-IV, DSM-5 oder ICD 10 – Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen..	145
Tabelle 69: Studienlimitationen zum wichtigen Endpunkt Aufhör- / Veränderungsmotivation – Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen	146
Tabelle 70: Studienlimitationen zum wichtigen Endpunkt psychische Probleme – Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen	146
Tabelle 71: Studienlimitationen zum wichtigen Endpunkt anderer Substanzkonsum – Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen	147
Tabelle 72: Übersicht über Autorenanfragen	148

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Ergebnis der Informationsbeschaffung	15
Abbildung 2: Metaanalyse, MET vs. Wartekontrollgruppe, Cannabisabstinenz – 3 Monate nach Interventionsende; Effektmaß: OR	56
Abbildung 3: Metaanalyse, MET vs. Wartekontrollgruppe, Häufigkeit des Cannabiskonsums – 3 Monate nach Interventionsende (MTP 2004, Stephens 2000) bzw. 7 Wochen nach Interventionsende (Stephens 2007); Effektmaß: MWD.....	59
Abbildung 4: Forest Plot, MET vs. Wartekontrollgruppe, Verbesserung cannabisbedingter Probleme – 3 Monate nach Interventionsende (MTP 2004, Stephens 2000) bzw. 7 Wochen nach Interventionsende (Stephens 2007); Effektmaß: MWD	61
Abbildung 5: Metaanalyse, MET/KVT vs. keine zusätzliche Behandlung, Cannabisabstinenz – Interventionsende; Effektmaß: OR	70
Abbildung 6: Metaanalyse, MET/KVT vs. keine zusätzliche Behandlung, Cannabisabstinenz – 1 Jahr nach Interventionsende; Effektmaß: OR.....	70
Abbildung 7: Metaanalyse, abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement vs. keine zusätzliche Behandlung, Cannabisabstinenz – Interventionsende; Effektmaß: OR.....	74
Abbildung 8: Metaanalyse, abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement vs. keine zusätzliche Behandlung, Cannabisabstinenz – 1 Jahr nach Interventionsende; Effektmaß: OR.....	75
Abbildung 9: Metaanalyse, abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement vs. keine zusätzliche Behandlung, Häufigkeit des Cannabiskonsums – Interventionsende; Effektmaß: MWD	78
Abbildung 10: Metaanalyse, abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement vs. keine zusätzliche Behandlung, Häufigkeit des Cannabiskonsums – 1 Jahr nach Interventionsende; Effektmaß: MWD	79
Abbildung 11: Metaanalyse, abstinenz- und adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement vs. keine zusätzliche Behandlung, Häufigkeit des Cannabiskonsums – Interventionsende; Effektmaß: MWD	83
Abbildung 12: Metaanalyse, MET/KVT vs. Drogenberatung, Häufigkeit des Cannabiskonsums – Interventionsende; Effektmaß: MWD	104
Abbildung 13: Metaanalyse, MET/KVT vs. IATP, Cannabisabstinenz – Interventionsende; Effektmaß: OR	110
Abbildung 14: Metaanalyse, MET/KVT vs. IATP, Cannabisabstinenz – 1 Jahr nach Interventionsende; Effektmaß: OR.....	110
Abbildung 15: Metaanalyse, MET/KVT vs. IATP, Häufigkeit des Cannabiskonsums – Interventionsende; Effektmaß: MWD	112
Abbildung 16: Metaanalyse, MET/KVT vs. IATP, Häufigkeit des Cannabiskonsums – 1 Jahr nach Interventionsende; Effektmaß: MWD	112

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
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
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (Bewertung von Empfehlungen, Entwicklung und Auswertung)
IATP	individualisierte MET-KVT (Individualized Assessment and Treatment Program)
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme), 10. Revision
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ITT	Intention to treat
KI	Konfidenzintervall
KM	Kontingenzmanagement
KM _{Abs}	abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement
KM _{Adh}	adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement
KM _{Abs/Adh}	abstinenz- und adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement
KVT	kognitive Verhaltenstherapie
MET	Motivational enhancement therapy (Therapie zur Motivationssteigerung)
MTP	Marijuana Treatment Project
PICO	Population-Intervention-Comparison-Outcome (Akronym für Studienteilnehmer, Interventionsgruppe, Vergleichsgruppe, Endpunkt)
RCT	Randomized controlled Trial (randomisierte kontrollierte Studie)
TAU	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) im Vergleich zu keiner aktiven Behandlung, einer Wartekontrollgruppe oder einer anderen aktiven Behandlung bei erwachsenen 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) bei der 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 Methodische Spezifizierungen 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 wurde 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 erwachsenen 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 stellten 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
- Kontingenzmanagement
- Kombinationen der zuvor genannten Interventionen

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 Prüfinderventionen 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 beruhten, 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 erwachsenen 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)	▪ Cannabisabstinenz ▪ Häufigkeit des Cannabiskonsums ▪ Menge des Cannabiskonsums ▪ Schwere der Abhängigkeit (severity of dependence scale) ▪ Verbesserung cannabisbedingter Probleme
Wichtig (Bewertung durch die Leitliniengruppe)	▪ 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 ist eine Evaluation im Rahmen von RCTs möglich und praktisch durchführbar.

Für den zu erstellenden Evidenzbericht flossen daher RCTs als relevante wissenschaftliche Literatur in die Evidenzdarstellung ein.

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: erwachsene 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
E6	Publikationssprache: Deutsch oder Englisch
E7	Vollpublikation verfügbar ^a
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. CONSORT: Consolidated Standards of Reporting Trials; ICH: International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use; RCT: randomisierte kontrollierte Studie	

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 C.

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 Übersicht 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.

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.

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 wurde 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 wurden im Bericht vergleichend beschrieben

Die Bewertung des Einflusses der Studienlimitationen auf die berichtsrelevanten Ergebnisse wird unter 4.3.4 endpunktspezifisch pro Studie beschrieben. Anschließend wurden 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 4.3.2 und 4.3.3 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 konnten ggf. im Evidenzbericht unberücksichtigt bleiben, 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 Metaanalysen

Die geschätzten Effekte und Konfidenzintervalle aus den Studien wurden mittels Forest Plots zusammenfassend dargestellt. Anschließend wurde die Heterogenität des Studienpools anhand des statistischen Tests auf Vorliegen von Heterogenität [12] untersucht. Ergab der Heterogenitätstest ein statistisch nicht signifikantes Ergebnis ($p \geq 0,05$), wurde davon ausgegangen, dass die Schätzung eines gemeinsamen (gepoolten) Effekts sinnvoll ist. Im Fall von mindestens 5 Studien erfolgte die Metaanalyse mithilfe des Modells mit zufälligen Effekten nach der Methode von Knapp und Hartung unter Verwendung des Heterogenitätsschätzers nach Paule und Mandel [13]. Als Ergebnis wurde der gemeinsame Effekt inklusive Konfidenzintervall dargestellt. Weil die Heterogenität im Fall weniger Studien nicht verlässlich geschätzt werden kann, wurden bei 4 oder weniger Studien gegebenenfalls Modelle mit festem Effekt verwendet. Waren in einer Metaanalyse nur 2 Studien enthalten, so wurde aus pragmatischen Gründen regelhaft ein Modell mit festem Effekt gewählt, wenn keine deutlichen Gründe dagegensprachen. Bei 3 und 4 Studien erfolgte vorzugsweise eine Metaanalyse nach der Methode von Knapp und Hartung, sofern das Konfidenzintervall informativ war und kein Widerspruch zu einer qualitativen Zusammenfassung bestand. Andernfalls wurde ein Modell mit festem Effekt verwendet, wenn keine deutlichen Gründe dagegensprachen. War ein Modell mit festem Effekt nicht vertretbar, blieb es bei der Schätzung nach Knapp und Hartung.

Ergab der Heterogenitätstest ein statistisch signifikantes Ergebnis ($p < 0,05$), wurde untersucht, welche Faktoren diese Heterogenität möglicherweise verursachen. Dazu zählen methodische und klinische Faktoren, sogenannte Effektmodifikatoren. Konnte die Heterogenität durch diese Faktoren erklärt werden, wurde das Poolen der Effekte ggf. auf Subgruppen beschränkt [14]. Konnte die Heterogenität nicht erklärt werden, so wurde, sofern möglich, ebenfalls ein gemeinsamer (gepoolter) Effekt berechnet. Dabei ist zu beachten, dass ein gepoolter Effekt bei bedeutsamer Heterogenität möglicherweise nicht sinnvoll interpretierbar ist. Von der Berechnung eines gepoolten Effekts wurde abgesehen, falls sich die Konfidenzintervalle der eingehenden Studien nur gering oder gar nicht überlappen und gleichzeitig die Effektschätzungen der Studien in unterschiedliche Richtungen wiesen.

4.3.3 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 [15,16]:

- 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 [15]. 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 konnten Sensitivitätsanalysen durchgeführt werden. Alle Ab- und Aufwertungen der Qualität der Evidenz wurden durch Fußnoten gekennzeichnet.

4.3.3.1 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 4.3.4 genannten Kriterien das Vertrauen in die Effektschätzung beeinträchtigen. 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 [17].

B: Inkonsistente (heterogene) Effekte

Die Qualität der Evidenz wurde bei Inkonsistenz (unerklärter Heterogenität) zwischen Studienergebnissen um 1 oder 2 Stufen abgewertet. Die Einschätzung einer möglichen Heterogenität erfolgte anhand der in Abschnitt 4.3.2 beschriebenen Kriterien.

Falls für binäre Daten Metaanalysen für 2 Effektmaße durchgeführt wurden und eine der beiden einen statistisch signifikanten Gruppenunterschied anzeigte, wurde die Inkonsistenz anhand dieser Metaanalyse bewertet. War der Gruppenunterschied für beide Effektmaße nicht statistisch signifikant, wurde die Bewertung in der Regel anhand des relativen Effektmaßes vorgenommen.

Bei stetigen Daten wurde die Bewertung in der Regel anhand der Metaanalyse der Mittelwertdifferenz vorgenommen. Falls die fehlende Genauigkeit anhand der standardisierten Mittelwertdifferenz bewertet wurde, wurde die Inkonsistenz auch anhand dieser Metaanalyse bewertet.

Eine Abwertung um 1 Stufe erfolgte, wenn der Heterogenitätstest ein signifikantes Ergebnis lieferte. Um 2 Stufen konnte z. B. abgewertet werden, wenn aufgrund der Heterogenität der Studienergebnisse keine gepoolte Effektschätzung berechnet wurde.

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 [18].

D: Publikationsbias

Die Qualität der Evidenz wurde um 1 Stufe abgewertet, 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 [19].

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 neben der Lage und Breite des 95 %-Konfidenzintervalls auch die Wahl des Metaanalysemodells (zufällige Effekte oder fester Effekt) (siehe Abschnitt 4.3.2). Außerdem konnten sehr kleine Fallzahlen zu einer Abwertung wegen fehlender Genauigkeit führen [20]. Bei ausreichender Patientenzahl wurde regelhaft nicht abgewertet, wenn das Konfidenzintervall eines gepoolten 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.

4.3.3.2 Aufwertung der Qualität der Evidenz

A: Große Effekte

Die Qualität der Evidenz wurde in methodisch guten, nicht randomisierten Interventionsstudien bei großen bzw. sehr großen Effekten um 1 oder 2 Stufen aufgewertet. 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 [21].

B: Dosis-Wirkungs-Beziehung

Die Qualität der Evidenz wurde bei einer Dosis-Wirkungs-Beziehung aufgewertet [21].

C: Confounding

Die Qualität der Evidenz wurde bei einer möglichen Verstärkung des beobachteten Ergebnisses bei Berücksichtigung aller potenziellen Confounder oder Verzerrungsquellen aufgewertet [21].

4.3.4 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

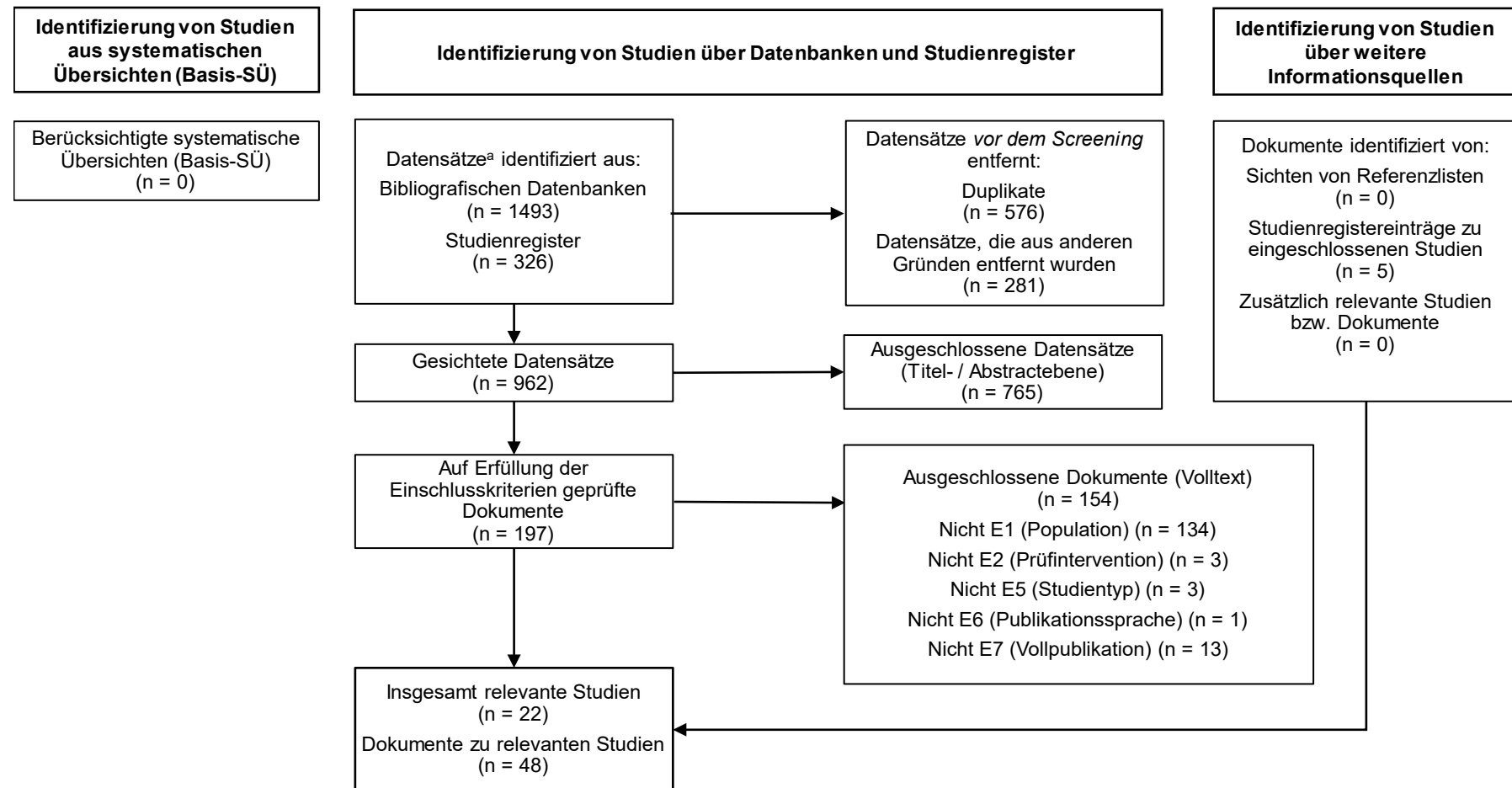
5 Ergebnisse

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 die Suche in Studienregistern (letzte Suche am 07.10.2021) sind in Anhang C dargestellt.

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

Von den 3 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 oder auf einer Website indiziert ist (z. B. Titel oder Abstract, der in Medline indiziert ist)

b. nicht gelistete Ein- und Ausschlusskriterien (n = 0)

Abbildung 1: Ergebnis der Informationsbeschaffung

Resultierender Studienpool

Durch die verschiedenen Rechenschritte konnten insgesamt 22 relevante Studien identifiziert werden (siehe auch Tabelle 3).

Tabelle 3: Studienpool der Evidenzdarstellung

Studie	Verfügbare Dokumente	
	Vollpublikation (in Fachzeitschriften)	Studienregister / Ergebnisbericht aus Studienregistern
Studien mit Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen		
Barrowclough 2014	ja [22,23]	ja [24] / nein
Bonsack 2011 ^a	ja [25]	nein
Hjorthøj 2013	ja [26-28]	ja[29] / nein
Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen		
Buckner 2019 ^a	ja [30,31]	ja [32] / nein
Budney 2000	ja [33]	nein
Budney 2006	ja [34]	nein
Carroll 2006	ja [35-38]	nein
Carroll 2012	ja [39]	nein
Copeland 2001 ^a	ja [40,41]	nein
Davoudi 2021 ^a	ja [42]	nein
Hoch 2012 ^a	ja [43,44]	ja [45] / nein
Kadden 2007	ja [46-48]	nein
Litt 2020	ja [49-51]	nein
MTP 2004	ja [52-56]	ja [57] / nein
Sinha 2003	ja [58]	nein
Stephens 2000	ja [59-61]	nein
Stephens 2007	ja [62]	nein
Stephens 2020	ja [63]	nein
Stephens 2021	ja [64]	nein
Walker 2015 ^a	ja [65]	nein
Studien ohne dargestellte Vergleiche		
Litt 2013	ja [66]	nein
Roffman 1988	ja [67-69]	nein
a. In dieser Studie wurden keine verwertbaren Ergebnisse berichtet. MTP: Marijuana Treatment Project		

5.2 Charakteristika der in die Evidenzdarstellung eingeschlossenen Studien

In den Studien Bonsack 2011, Buckner 2019, Copeland 2001, Davoudi 2021, Hoch 2012 und Walker 2015 wurden keine verwertbaren Ergebnisse berichtet (siehe Tabelle 8). Die Ergebnisse von Bonsack 2011 sind nicht verwertbar, da keine bzw. keine verwertbaren Streuungsmaße berichtet wurden. Die Ergebnisse von Buckner 2019 sind nicht verwertbar, da pro Endpunkt

und Auswertungszeitpunkt jeweils mehr als 30 % der randomisierten Patientinnen und Patienten nicht in der Analyse berücksichtigt wurden. Die Ergebnisse von Copeland 2001 sind nicht verwertbar, da der Patientenfluss nicht nachvollziehbar beschrieben wurde und pro Endpunkt und Auswertungszeitpunkt jeweils mehr als 30 % der randomisierten Patientinnen und Patienten nicht in der Analyse berücksichtigt wurden. Die Ergebnisse von Davoudi 2021 und Walker 2015 sind nicht verwertbar, da der Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich der Patientinnen und Patienten, die in den Analysen berücksichtigt wurden, mehr als 15 Prozentpunkte beträgt. Die Ergebnisse von Hoch 2012 sind nicht verwertbar, da nur Ergebnisse für eine gemischte Gruppe von 90 Patientinnen und Patienten (65 aus der Gruppe mit einer aktiven Intervention plus 25 aus der Wartekontrollgruppe, die nach Ablauf der Wartezeit mit einer der beiden aktiven Interventionen behandelt wurden) versus die 32 Patientinnen und Patienten der Wartekontrollgruppe berichtet sind. Somit fließen die 25 Patientinnen und Patienten der Wartekontrollgruppe, die nach Ablauf der Wartezeit mit einer der beiden aktiven Interventionen behandelt wurden, 2-fach in die Analyse ein. Diese 6 Studien werden daher im Folgenden ausschließlich in Tabelle 8 aufgeführt.

In den Studien Litt 2013 und Roffman 1988 wurden ausschließlich Vergleiche von verschiedenen aktiven Interventionen betrachtet. Für keine der in diesen Studien betrachteten aktiven Interventionen zeigte sich ein Vorteil im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung bezüglich der betrachteten Endpunkte (siehe Abschnitt 4.1.2). Diese 2 Studien werden daher im vorliegenden Bericht nicht dargestellt und im Folgenden ausschließlich in Tabelle 4 und Tabelle 8 aufgeführt.

Studiendesign und Studienpopulationen

In diesem Abschnitt werden die 14 eingeschlossenen Studien mit verwertbaren Ergebnissen zu dargestellten Vergleichen einschließlich der wesentlichen Charakteristika der Interventionen, der wesentlichen Ein- und Ausschlusskriterien für Patientinnen und Patienten sowie der Studienpopulationen charakterisiert (siehe Tabelle 4, Tabelle 5, Tabelle 6 und Tabelle 7).

2 Studien (Barrowclough 2014 und Hjorthøj 2013) unterschieden sich deutlich von den anderen Studien hinsichtlich der Population, des Therapiefokus sowie der Interventionsdauer. In diesen beiden Studien waren ausschließlich Patientinnen und Patienten mit Psychosen eingeschlossen, während in den meisten anderen Studien Patientinnen und Patienten ausgeschlossen waren, wenn sie unter aktiven Psychosen litten (Budney 2000, Budney 2006), sie (behandlungsbedürftige) psychische Störungen aufwiesen (Carroll 2006, Litt 2020, Sinha 2003) oder (behandlungsbedürftige) schwere psychische Probleme aufwiesen (Stephens 2000, Stephens 2007, Stephens 2020, Stephens 2021). In 3 Studien waren psychische Störungen weder als Ein- noch als Ausschlusskriterien angegeben (Carroll 2012, Kadden 2007, MTP 2004). In Barrowclough 2014 und Hjorthøj 2013 zielte die Intervention auf die Therapie der Psychosen und der Cannabiskonsumstörung ab, während in allen anderen Studien allein die Cannabiskonsumstörung im Fokus stand. Die kürzere Intervention in den Studien mit Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen dauerte mit 4,5 Monaten (Barrowclough 2014) länger als die längste vergleichbare Intervention der anderen Studien ohne Selektion auf

Patientinnen und Patienten mit Psychosen mit 14 Wochen (ca. 3,5 Monate; Budney 2000 und Budney 2006). Im Folgenden werden daher die Studien mit Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen jeweils getrennt von den Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen beschrieben.

Studien mit Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen

In beiden Studien (Barrowclough 2014 und Hjorthoj 2013) war die Diagnose einer cannabisbezogenen Störung Voraussetzung für die Studienteilnahme (Barrowclough 2014 nach DSM-IV, Hjorthoj 2013 nach ICD-10). In Hjorthoj 2013 wurden Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeit von anderen Substanzen ausgeschlossen, wenn Cannabis nicht die primäre Droge war.

Es wurden jeweils mehr als 100 Patientinnen und Patienten eingeschlossen. In beiden Studien wurde eine integrierte MET/KVT (Kombination aus der Therapie zur Motivationssteigerung [MET] und der kognitiven Verhaltenstherapie [KVT]) für Psychosen und Cannabiskonsumstörung im Vergleich zu keiner zusätzlichen Behandlung untersucht; beide Gruppen erhielten darüber hinaus die übliche Therapie als Sockeltherapie.

In der 3-armigen Studie Barrowclough 2014 wurden 2 Varianten der integrierten MET/KVT für Psychosen und Cannabiskonsumstörung untersucht, die sich hinsichtlich der Anzahl der Therapiesitzungen sowie der Interventionsdauer unterschieden: Die kurze MET/KVT beinhaltete 12 Einzelsitzungen innerhalb von 4,5 Monaten, die lange MET/KVT beinhaltete 24 Einzelsitzungen innerhalb von 9 Monaten. Die MET/KVT in Hjorthoj 2013 stimmte weitgehend mit der langen MET/KVT in Barrowclough 2014 überein: Hier beinhaltete die MET/KVT 26 bis 30 Einzelsitzungen innerhalb von 6 Monaten. Die Therapie war in beiden Studien manualisiert, wobei die MET nach den Prinzipien des Motivational Interviewing [6] und die KVT in Anlehnung an die KVT in der MIDAS-Studie [70] durchgeführt wurde. In Barrowclough 2014 fand die Nachbeobachtung bis 18 Monate nach Randomisierung statt; 13,5 Monate nach Ende der kurzen MET/KVT und 9 Monate nach Ende der langen MET/KVT. In der 2-armigen Studie Hjorthoj 2013 fand die Nachbeobachtung bis 4 Monate nach Ende der MET/KVT statt. In beiden Studien wurden die Patientinnen und Patienten ambulant und in Einzelsitzungen behandelt. In Hjorthoj 2013 waren zwar zusätzliche Gruppensitzungen geplant, fanden jedoch mangels Interesse nicht statt.

Es wurden überwiegend Männer eingeschlossen: In Hjorthoj 2013 waren es etwa 75 %, in Barrowclough 2014 waren es knapp 90 %. Bezüglich des Alters ähneln sich die beiden Studien: Der Altersbereich in Barrowclough 2014 betrug 16 bis 35 Jahre und 17 bis 42 Jahre in Hjorthoj 2013. Das mittlere Alter der Patientinnen und Patienten lag in beiden Studien bei etwa 25 Jahren. In keiner der beiden Studien lagen Angaben zum Alkoholkonsum zu Studienbeginn vor. Der Cannabiskonsum wurde nur in Hjorthoj 2013 berichtet, wo die Patientinnen und Patienten in dem Monat vor Studienbeginn im Mittel an etwa 15 Tagen Cannabis konsumierten. In Barrowclough 2014 wurden ausschließlich Patientinnen und Patienten eingeschlossen, die

mindestens 1-mal pro Woche in mindestens der Hälfte der Wochen innerhalb der letzten 3 Monate vor Einschluss Cannabis konsumierten.

Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen

Neun der 12 Studien mit verwertbaren Ergebnissen zu dargestellten Vergleichen waren 3-armig (Budney 2000, Budney 2006, MTP 2004, Stephens 2000, Stephens 2007) oder 4-armig (Carroll 2006, Carroll 2012, Kadden 2007, Litt 2020); 3 Studien waren 2-armig (Sinha 2003, Stephens 2020 und Stephens 2021). In 6 Studien betrug die Größe der Gruppen jeweils unter 50 Patientinnen und Patienten (Budney 2000, Budney 2006, Carroll 2006, Carroll 2012, Sinha 2003, Stephens 2020), in 5 Studien betrug sie zwischen 50 und 100 Patientinnen und Patienten (Kadden 2007, Litt 2020, Stephens 2000, Stephens 2007, Stephens 2021) und in 1 Studie betrug sie über 100 Patientinnen und Patienten (MTP 2004).

In allen Studien zielte die Therapie auf den Cannabiskonsum ab. In den Studien wurden vor allem die folgenden Interventionen untersucht: MET, KVT, MET/KVT sowie Kontingenzmanagement.

Innerhalb der MET kann zwischen Interventionen mit 1 oder 2 Sitzungen (kurze MET: MTP 2004, Stephens 2000, Stephens 2007, Stephens 2021) und Interventionen mit mindestens 3 Sitzungen (lange MET: Budney 2000, Sinha 2003, Stephens 2021) unterschieden werden. Zudem unterschied sich die MET in den Studien bezüglich der Vermittlung von grundlegenden KVT-Inhalten: In 4 Studien wurde angegeben, dass KVT-Inhalte vermittelt wurden (Sinha 2003, Stephens 2000, Stephens 2007 und Stephens 2021). In 2 dieser 4 Studien wurden KVT-Inhalte ausschließlich dann vermittelt, wenn die Patientin bzw. der Patient dies wünschte oder Interesse an einer Verringerung des Cannabiskonsums erkennen ließ (Stephens 2007 und Stephens 2021). In 2 Studien wurden in der Beschreibung der MET keine KVT-Inhalte erwähnt (Budney 2000, MTP 2004). Dabei ist zu betonen, dass die Motivationssteigerung im Fokus der Therapie stand, sodass auch die aufgeführten Interventionen, in denen grundlegende KVT-Inhalte vermittelt wurden, als MET (nicht als MET/KVT) betrachtet werden.

Die KVT und die MET/KVT beinhalteten jeweils zwischen 7 und 14 Sitzungen (Budney 2000, Budney 2006, Carroll 2006, Carroll 2012, Kadden 2007, Litt 2020, MTP 2004 und Stephens 2000). Sowohl bei der MET als auch bei der KVT und der MET/KVT fanden die Sitzungen in der Regel wöchentlich statt.

In 7 Studien wurde ein Kontingenzmanagement (KM) eingesetzt, das in 3 Varianten unterschieden werden kann: ein abstinenzbasiertes KM, bei dem die Patientinnen und Patienten für negative Cannabistests mit Gutscheinen oder Losen belohnt wurden (Budney 2000, Budney 2006, Carroll 2012, Kadden 2007 und Litt 2020), ein adhärenzbasiertes KM, bei dem die Patientinnen und Patienten für die Teilnahme an den Therapiesitzungen und für Pünktlichkeit belohnt wurden (Sinha 2003), sowie ein abstinenz- und adhärenzbasiertes KM, bei dem die Patientinnen und Patienten für negative Cannabistests mit Gutscheinen sowie für die Teilnahme an den Therapiesitzungen belohnt wurden (Carroll 2006).

In allen Studien wurden die Patientinnen und Patienten ambulant behandelt. In nahezu allen Studien wurden die Patientinnen und Patienten einzeln therapiert. Lediglich in Stephens 2000 wurde die KVT in Gruppensitzungen durchgeführt, die MET in der gleichen Studie wurde in Einzelsitzungen durchgeführt. Die Interventionsdauer variierte zwischen 1 Woche und 14 Wochen; in 7 der 12 Studien betrug sie in allen Gruppen mindestens 8 Wochen.

In den Studien wurden überwiegend Männer eingeschlossen (Spannweite: etwa 60 % [Litt 2020] bis etwa 90 % [Sinha 2003]). Das mittlere Alter der Patientinnen und Patienten rangierte zwischen etwa 20 Jahren (Sinha 2003) und etwa 35 Jahren (MTP 2004, Litt 2020 und Stephens 2020). Angaben zum mittleren Cannabiskonsum bzw. mittleren Alkoholkonsum zu Studienbeginn lagen aus allen 12 Studien bzw. 6 der 12 Studien vor und variierten stark zwischen den Studien. Die Patientinnen und Patienten in Sinha 2003 konsumierten an etwa 10 bis 16 von 28 Tagen Cannabis, die Patientinnen und Patienten in Stephens 2007 an etwa 6 von 7 Tagen. Der mittlere Alkoholkonsum variierte ebenfalls zwischen den Studien, lag jedoch deutlich niedriger. Die Patientinnen und Patienten in Carroll 2012 tranken an etwa 2 von 28 Tagen Alkohol, die Patientinnen und Patienten in Stephens 2007 an etwa 2 von 7 Tagen.

Betrachtete Vergleiche

Die dargestellten Vergleiche aus den Studien lassen sich in 3 Vergleichskategorien einteilen:

- Interventionen mit MET und / oder KVT versus Wartekontrollgruppe
- Interventionen mit MET und / oder KVT oder KM versus keine zusätzliche Behandlung
- Vergleiche verschiedener aktiver Interventionen

Die ersten beiden Vergleichskategorien ermöglichen es, den Unterschied einer Prüfintervention im Vergleich zu keiner Behandlung (Wartekontrollgruppe) oder keiner zusätzlichen Behandlung (Sockeltherapie: MET und / oder KVT und / oder KM) zu untersuchen:

- Interventionen mit MET und / oder KVT versus Wartekontrollgruppe
 - kurze MET versus Wartekontrollgruppe
 - KVT plus soziale Unterstützung versus Wartekontrollgruppe
 - MET/KVT plus Case Management versus Wartekontrollgruppe
- Interventionen mit MET und / oder KVT oder KM versus keine zusätzliche Behandlung
 - KVT versus keine zusätzliche Behandlung
 - MET/KVT versus keine zusätzliche Behandlung
 - abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement (KM_{Abs}) versus keine zusätzliche Behandlung
 - adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement (KM_{Adh}) versus keine zusätzliche Behandlung

- abstinenz- und adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement (KM_{Abs/Adh}) versus keine zusätzliche Behandlung

Vergleiche verschiedener aktiver Interventionen wurden nur dann dargestellt, wenn für mindestens eine der betrachteten Interventionen ein Vorteil angenommen werden konnte (siehe Abschnitt 4.1.2). Für die folgenden Interventionen traf dies zu (siehe Abschnitt 5.4.2 und Abschnitt 5.4.3):

- kurze MET
- MET/KVT
- MET/KVT plus Case Management
- KVT plus soziale Unterstützung

Daher wurden zudem Vergleiche dieser 4 Interventionen jeweils mit anderen aktiven Interventionen betrachtet.

- kurze MET versus KVT plus soziale Unterstützung
- kurze MET versus MET-KVT plus Case Management
- kurze MET versus Psychoedukation
- kurze MET versus lange MET
- MET/KVT versus lange MET
- MET/KVT versus Drogenberatung
- MET/KVT versus Drogenberatung plus KM_{Abs/Adh}
- MET/KVT versus Case Management
- MET/KVT versus KM_{Abs}
- MET/KVT versus IATP
- MET/KVT versus IATP plus KM_{Abs}
- MET/KVT plus Case Management Standard versus MET/KVT plus Case Management nach Bedarf

Für alle Vergleiche der Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen lagen verwertbare Ergebnisse nach Interventionsende oder 1 bis 3 Monate später vor. Verwertbare Ergebnisse für eine Nachbeobachtung zwischen 6 und 34 Monaten ab Interventionsende bzw. ab Randomisierung lagen für 14 der 20 Vergleiche vor.

Tabelle 4: Charakteristika der in die Evidenzdarstellung eingeschlossenen Studien (mehrseitige Tabelle)

Studie	Studien- design	Patienten- zahl (rando- misiert) N	Intervention	Ort und Zeitraum der Durchführung	Art der Rekrutierung	Interventions- dauer / Wartezeit ^a	Zuordnung zu den Ergebnis- Kapiteln
Studien mit Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen							
Barrowclough 2014	RCT	38	kurze MET/KVT + TAU	Großbritannien; k. A.	über psychiatrische Einrichtungen	4,5 Monate	▪ MET/KVT plus TAU vs. TAU
		37	lange MET/KVT + TAU			9 Monate	
		35	TAU			k. A.	
Hjorthøj 2013	RCT	52	MET/KVT + TAU	Dänemark; 2007 bis 2011	über psychiatrische Einrichtungen	6 Monate	▪ MET/KVT plus TAU vs. TAU
		51	TAU				
Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen							
Budney 2000	RCT	20	lange MET	USA ^b ; k. A.	Werbung für Therapieangebot und Einbindung behandelnder Personen	14 Wochen	▪ Interventionen mit MET und / oder KVT oder KM vs. KZB ▪ Vergleiche verschiedener aktiver Interventionen
		20	MET/KVT				
		20	MET/KVT + KM _{Abs}				
Budney 2006	RCT	30	KM _{Abs}	USA; 1999 bis 2004	Werbung für Therapieangebot und Einbindung behandelnder Personen	14 Wochen	▪ Interventionen mit MET und / oder KVT oder KM vs. KZB
		30	MET/KVT + KM _{Adh}				
		30	MET/KVT + KM _{Abs}				
Carroll 2006	RCT	36	MET/KVT	USA; k. A.	über Suchtklinik nach Überweisung durch Bewährungshilfe	8 Wochen	▪ Interventionen mit MET und / oder KVT oder KM vs. KZB ▪ Vergleiche verschiedener aktiver Interventionen
		33	MET/KVT + KM _{Abs/Adh}				
		33	DB				
		34	DB + KM _{Abs/Adh}				
Carroll 2012	RCT	36	KVT	USA; k. A.	über Suchtklinik nach Überweisung durch Bewährungshilfe	12 Wochen	▪ Interventionen mit MET und / oder KVT oder KM vs. KZB
		32	KVT + KM _{Adh}				
		32	KVT + KM _{Abs}				
		27	KM _{Abs}				

Tabelle 4: Charakteristika der in die Evidenzdarstellung eingeschlossenen Studien (mehrseitige Tabelle)

Studie	Studien- design	Patienten- zahl (rando- misiert) N	Intervention	Ort und Zeitraum der Durchführung	Art der Rekrutierung	Interventions- dauer / Wartezeit ^a	Zuordnung zu den Ergebnis- Kapiteln
Kadden 2007	RCT	61	MET/KVT	USA ^b ; k. A.	Werbung für Therapieangebot	9 Wochen	- Interventionen mit MET und / oder KVT oder KM vs. KZB - Vergleiche verschiedener aktiver Interventionen
		54	KM _{Abs}				
		63	MET/KVT + KM _{Abs}				
		62	CM				
Litt 2020	RCT	49	MET/KVT	USA; 2013 bis 2017	Werbung für Therapieangebot	9 bis 12 Wochen	- Interventionen mit MET und / oder KVT oder KM vs. KZB - Vergleiche verschiedener aktiver Interventionen
		51	MET/KVT + KM _{Abs}				
		48	IATP				
		50	IATP + KM _{Abs}				
MTP 2004	RCT	146	kurze MET	USA; 1997 bis 1999	Werbung für Therapieangebot	5 Wochen	- Interventionen mit MET und / oder KVT vs. WKG - Vergleiche verschiedener aktiver Interventionen
		156	MET/KVT + CM			3 Monate	
		148	WKG			4 Monate	
Sinha 2003	RCT	28	lange MET	USA; k. A.	über Suchtklinik nach Überweisung durch Bewährungshilfe	4 Wochen	Interventionen mit MET und / oder KVT oder KM vs. KZB
		37	lange MET + KM _{Adh}				
Stephens 2000	RCT	88	kurze MET	USA; k. A.	Werbung für Therapieangebot	4 Wochen	- Interventionen mit MET und / oder KVT vs. WKG - Vergleiche verschiedener aktiver Interventionen
		117	KVT + SU			4 Monate	
		86	WKG			4 Monate	

Tabelle 4: Charakteristika der in die Evidenzdarstellung eingeschlossenen Studien (mehrseitige Tabelle)

Studie	Studien- design	Patienten- zahl (rando- misiert) N	Intervention	Ort und Zeitraum der Durchführung	Art der Rekrutierung	Interventions- dauer / Wartezeit ^a	Zuordnung zu den Ergebnis- Kapiteln
Stephens 2007	RCT	62	kurze MET	USA; k. A.	Werbung für objektives Feedback	1 Tag	▪ Interventionen mit MET und / oder KVT vs. WKG ▪ Vergleiche verschiedener aktiver Interventionen
		62	Psychoedukation			1 Tag	
		64	WKG			7 Wochen	
Stephens 2020	RCT	44	MET/KVT + CM, Standard	USA; k. A.	Werbung für Therapiestudie	12 Wochen	▪ Vergleiche verschiedener aktiver Interventionen
		43	MET/KVT + CM und nach Bedarf			variabel	
Stephens 2021	RCT	93	kurze MET	USA; k. A.	Werbung für objektives Feedback	1 Tag	▪ Vergleiche verschiedener aktiver Interventionen
		93	lange MET			3 Monate	
Studien mit nicht dargestellten Vergleichen							
Litt 2013	RCT	73	MET/KVT + KM _{Abs}	USA ^b ; 2007 bis 2011	Werbung	9 Wochen	keine
		71	MET/KVT + KM _{Adh}				
		71	CM				
Roffman 1988	RCT	54	KVT	USA; 1987	Werbung	12 Wochen	keine
		56	SU				
a. bei Wartekontrollgruppen b. keine Angaben zum Ort der Durchführung, jedoch Autorengruppe in dem jeweiligen Land verortet CM: Case Management; DB: Drogenberatung; IATP: Individualized Assessment and Treatment Program (individualisierte MET/KVT); k. A.: keine Angaben; KM _{Abs} : abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement; KM _{Abs/Adh} : abstinenz- und adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement; KM _{Adh} : adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; KZB: keine zusätzliche Behandlung; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; MTP: Marijuana Treatment Project; N: Anzahl randomisierter (bzw. eingeschlossener) Patientinnen und Patienten; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; SU: soziale Unterstützung TAU: übliche Therapie; WKG: Wartekontrollgruppe							

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

Studie	Interventionen
Studien mit Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen	
Barrowclough 2014	kurze integrierte MET/KVT für Psychosen und Cannabiskonsumstörung + TAU
	▪ MET/KVT ▫ Manual: ja (keine Quellenangabe)^a ▫ 12 Einzelsitzungen innerhalb von 4,5 Monaten ▫ Sitzungsdauer: k. A. ▪ TAU ▫ u. a. ICM und Krisenbewältigung
	lange integrierte MET/KVT für Psychosen und Cannabiskonsumstörung + TAU
	▪ MET/KVT ▫ Manual: ja (keine Quellenangabe)^a ▫ 24 Einzelsitzungen innerhalb von 9 Monaten ▫ Sitzungsdauer: k. A. ▪ TAU ▫ u. a. ICM und Krisenbewältigung
Hjorthøj 2013	▪ TAU ▫ u. a. ICM und Krisenbewältigung
	integrierte MET/KVT für Psychosen und Cannabiskonsumstörung + TAU
	▪ MET/KVT ▫ Manual: ja (keine Quellenangabe)^a ▫ 26 bis 30 Einzelsitzungen innerhalb von 6 Monaten (1. Monat bis 6. Monat) - Dauer der Einzelsitzungen: ca. 60 Minuten ▫ 12 Gruppensitzungen (mit 6 bis 8 Personen) innerhalb von 3 Monaten (2. bis 4. Monat)^b - Dauer der Gruppensitzungen: 90 Minuten ▫ 1:1-Treffen zwischen - Patientinnen und Patienten bzw. Case Managerinnen und Managern (6 Treffen) - Therapeuten und Familie der Patientin bzw. des Patienten (4 Treffen) - Therapeuten und Case Managerinnen und Managern (5 Treffen) ▪ TAU ▫ Case Management sowie manualisierte psychosoziale und pharmakologische Therapie für psychotische Störungen
	▪ TAU ▫ Case Management sowie manualisierte psychosoziale und pharmakologische Therapie für psychotische Störungen

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

Studie	Interventionen
Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen	
Budney 2000	lange MET für Cannabisabhängigkeit ▪ MET ▫ Manual: ja, nach [71] ▫ 4 Einzelsitzungen innerhalb von 12 Wochen ▫ Sitzungsdauer: 60 bis 90 Minuten
	MET/KVT für Cannabisabhängigkeit ▪ MET/KVT ▫ Manual: ja, MET nach [71] und KVT nach [72] ▫ 14 Einzelsitzungen (1 MET + 13 KVT) innerhalb von 14 Wochen ▫ Sitzungsdauer: 60 Minuten
	MET/KVT + KM _{Abs} für Cannabisabhängigkeit ▪ MET/KVT ▫ Manual: ja, MET nach [71] und KVT nach [72] ▫ 14 Einzelsitzungen (1 MET + 13 KVT) innerhalb von 14 Wochen ▫ Sitzungsdauer: 60 Minuten ▪ KM_{Abs} ▫ Manual: ja, nach [73] ▫ 3. bis 14. Woche: Gutscheine für THC-negative Urintests ▫ Geldwert der Gutscheine, die eine Person bei maximaler Abstinenz erhalten konnte: 570 \$
	Alle Gruppen: während der Dauer der Intervention 2 beaufsichtigte Urintests pro Woche
Budney 2006	MET/KVT + KM _{Abs} für Cannabisabhängigkeit ▪ MET/KVT ▫ Manual: ja, MET nach [71] und KVT nach [72] ▫ 14 Einzelsitzungen (2 MET + 12 KVT) innerhalb von 14 Wochen ▫ Sitzungsdauer: 50 Minuten ▪ KM_{Abs} ▫ Manual: ja, nach [73] ▫ 3. bis 14. Woche: Gutschein pro THC-negativem Urintest ▫ Geldwert der Gutscheine, die eine Person bei maximaler Abstinenz erhalten konnte: 570 \$
	KM _{Abs} ▪ KM_{Abs} ▫ Manual: ja, nach [73] ▫ 3. bis 14. Woche: Gutschein pro THC-negativem Urintest ▫ Geldwert der Gutscheine, die eine Person bei maximaler Abstinenz erhalten konnte: 570 \$
	Alle Gruppen: ▪ während der Dauer der Intervention 2 beaufsichtigte Urintests pro Woche ▪ 1. und 2. Woche: 5 \$-Gutschein pro abgegebenem Urintest (unabhängig vom Ergebnis) ▪ Unterstützung ▫ Selbsthilfe-Anleitung ▫ Infos zu Drogensucht-Selbsthilfegruppen ▫ Hilfe bei Krisenbewältigung

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

Studie	Interventionen
Carroll 2006	MET/KVT für Cannabisabhängigkeit ▪ MET/KVT ▫ Manual: ja, nach [74] ▫ 8 Einzelsitzungen innerhalb von 8 Wochen ▫ Sitzungsdauer: k. A.
	MET/KVT + KM _{Abs/Adh} für Cannabisabhängigkeit ▪ MET/KVT ▫ Manual: ja, nach [74] ▫ 8 Einzelsitzungen innerhalb von 8 Wochen ▫ Sitzungsdauer: k. A. ▪ KM_{Abs/Adh} ▫ Manual: ja, nach [73] ▫ ab der 1. Woche Gutscheine für THC-negative Urintests (Geldwert der Gutscheine, die eine Person bei maximaler Abstinenz erhalten konnte: 540 \$) ▫ ab der 1. Woche Gutscheine für Teilnahme an MET/KVT-Sitzungen (Geldwert der Gutscheine, die eine Person bei maximaler Adhärenz erhalten konnte: 340 \$)
	Drogenberatung nach dem 12-Step-Ansatz für Cannabisabhängigkeit ▪ Drogenberatung ▫ Manual: ja, nach [75,76] ▫ 8 Einzelsitzungen innerhalb von 8 Wochen ▫ Sitzungsdauer: k. A.
	Drogenberatung nach dem 12-Step-Ansatz + KM _{Abs/Adh} für Cannabisabhängigkeit ▪ Drogenberatung ▫ Manual: ja, nach [75,76] ▫ 8 Einzelsitzungen innerhalb von 8 Wochen ▫ Sitzungsdauer: k. A. ▪ KM_{Abs/Adh} ▫ Manual: ja, nach [73] ▫ ab der 1. Woche Gutscheine für THC-negative Urintests (Geldwert der Gutscheine, die eine Person bei maximaler Abstinenz erhalten konnte: 540 \$) ▫ ab der 1. Woche Gutscheine für Teilnahme an Therapiesitzungen (Geldwert der Gutscheine, die eine Person bei maximaler Adhärenz erhalten konnte: 340 \$)
	Alle Gruppen: während der Dauer der Intervention 1 Urintest pro Woche (mit Tests auf Manipulation der Urinproben)

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

Studie	Interventionen
Carroll 2012	KVT + KM_{Abs} für Cannabisabhängigkeit ▪ KVT ▫ Manual: ja [74] ▫ 12 Einzelsitzungen innerhalb von 12 Wochen ▫ Sitzungsdauer: 50 Minuten ▪ KM_{Abs} ▫ Manual: k. A. ▫ ab der 1. Woche Lose für THC-negative Urintests ▫ maximal mögliche Anzahl an Losen: 180, durchschnittlicher Geldwert der Gutscheine, die eine Person bei maximaler Abstinenz erhalten konnte: 250 \$
	KM_{Abs} für Cannabisabhängigkeit ▪ KM_{Abs} ▫ Manual: k. A. ▫ 1. bis 12. Woche Lose für THC-negative Urintests ▫ maximal mögliche Anzahl an Losen: 180, durchschnittlicher Geldwert der Gutscheine, die eine Person bei maximaler Abstinenz erhalten konnte: 250 \$ ▫ Sitzungsdauer: 5 Minuten
	Alle Gruppen: während der Dauer der Intervention 1 Urintest pro Woche (mit Tests auf Manipulation der Urinproben)
Kadden 2007	MET/KVT für Cannabisabhängigkeit ▪ MET/KVT ▫ Manual: ja, MET nach [71], KVT nach [77] ▫ 9 Einzelsitzungen (2 MET + 7 KVT) innerhalb von 9 Wochen ▫ Sitzungsdauer: 60 Minuten
	KM_{Abs} für Cannabisabhängigkeit ▪ KM_{Abs} ▫ Manual: k. A. ▫ 3. bis 9. Woche: Gutscheine für THC-negative Urintests (ohne Teilnahme an KVT-Sitzungen) ▫ Geldwert der Gutscheine, die eine Person bei maximaler Abstinenz erhalten konnte: 385 \$ ▫ Sitzungsdauer: 15 Minuten
	MET/KVT + KM_{Abs} für Cannabisabhängigkeit ▪ MET/KVT ▫ Manual: ja, MET nach [71], KVT nach [77] ▫ 9 Einzelsitzungen (2 MET + 7 KVT) innerhalb von 9 Wochen ▫ Sitzungsdauer: 60 Minuten ▪ KM_{Abs} ▫ Manual: k. A. ▫ 3. bis 9. Woche: Gutscheine für THC-negative Urintests im Rahmen der KVT-Sitzungen ▫ Geldwert der Gutscheine, die eine Person bei maximaler Abstinenz erhalten konnte: 385 \$ ▫ Sitzungsdauer: innerhalb der MET/KVT-Sitzungen

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

Studie	Interventionen
Kadden 2007	Case Management für Cannabisabhängigkeit ▪ Case Management ▫ Manual: ja (keine Quellenangabe) ▫ Unterstützung bei Problemen des täglichen Lebens, die durch den Cannabiskonsum verursacht sein konnten oder zum Cannabiskonsum beigetragen haben konnten (ohne direkt auf den Cannabiskonsum einzuwirken) ▫ 9 Einzelsitzungen innerhalb von 9 Wochen ▫ Sitzungsdauer: 60 Minuten
	Alle Gruppen: ▪ während der Dauer der Intervention 1 Urintest pro Woche (vor Sitzung) ▪ 5 \$-Gutscheine für die Teilnahme an der 1. Sitzung ▪ keine Gutscheine in der 2. Woche
Litt 2020	MET/KVT für Cannabiskonsumstörung ▪ MET/KVT ▫ Manual: ja (keine Quellenangabe)^c ▫ feststehende Behandlungsinhalte ▫ 9 Einzelsitzungen (1 MET + 8 KVT) innerhalb von 9 bis 12 Wochen ▫ Sitzungsdauer: 60 bis 70 Minuten
	MET/KVT + KM _{Abs} für Cannabiskonsumstörung ▪ MET/KVT ▫ Manual: ja (keine Quellenangabe)^c ▫ Feedback zum individuellen Cannabiskonsum ▫ feststehende Behandlungsinhalte ▫ 9 Einzelsitzungen (1 MET + 8 KVT) innerhalb von 9 bis 12 Wochen ▫ Sitzungsdauer: 60 bis 70 Minuten ▪ KM_{Abs} ▫ Manual: ja (keine Quellenangabe)^d ▫ 1. und 2. Woche: Lose für Teilnahme an MET/KVT-Sitzungen ▫ 3. bis 9. Woche: Lose für THC-negative Urintests im Rahmen der MET/KVT-Sitzungen ▫ Geldwert der Gutscheine, die eine Person bei maximaler Abstinenz erhalten konnte: k. A.
	individualisierte MET/KVT (IATP) für Cannabiskonsumstörung ▪ IATP ▫ Manual: ja (keine Quellenangabe) ▫ individuelle Anpassung der Behandlungsinhalte an die Erkenntnisse aus der individuellen Erfahrungsdokumentation des Umgangs mit dem Cannabiskonsum (vor Therapiebeginn und während der Therapie) ▫ 9 Einzelsitzungen innerhalb von 9 bis 12 Wochen ▫ Sitzungsdauer: 60 bis 70 Minuten

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

Studie	Interventionen
Litt 2020	individualisierte MET/KVT (IATP) + KM _{Abs} für Cannabiskonsumstörung ▪ IATP ▫ Manual: ja (keine Quellenangabe) ▫ individuelle Anpassung der Behandlungsinhalte an die Erkenntnisse aus der individuellen Erfahrungsdokumentation des Umgangs mit dem Cannabiskonsum (vor Therapiebeginn und während der Therapie) ▫ 9 Einzelsitzungen innerhalb von 9 bis 12 Wochen ▫ Sitzungsdauer: 60 bis 70 Minuten ▪ KM_{Abs} ▫ Manual: ja (keine Quellenangabe)^d ▫ 1. und 2. Woche: Lose für Teilnahme an MET/KVT-Sitzungen ▫ 3. bis 9. Woche: Lose für THC-negative Urintests im Rahmen der MET/KVT-Sitzungen ▫ Geldwert der Gutscheine, die eine Person bei maximaler Abstinenz erhalten konnte: k. A.
	alle Gruppen: ▪ Erfahrungsdokumentation via IVR, mehrmals täglich, jeweils durch quasirandomisierte Aufforderung getriggert: 2 Wochen vor Interventionsbeginn (Beginn der Sitzungen) sowie in der 6. Interventionswoche ▪ während der Dauer der Intervention 1 Urintest pro Woche (vor Sitzung)
MTP 2004	kurze MET für Cannabisabhängigkeit ▪ MET ▫ Manual: ja, nach [71] ▫ 2 Einzelsitzungen innerhalb von 5 Wochen ▫ Sitzungsdauer: 60 Minuten
	MET/KVT + Case Management für Cannabisabhängigkeit ▪ MET/KVT ▫ Manual: ja, MET nach [71], KVT nach [72] ▫ 7 Einzelsitzungen (2 MET + 5 KVT) innerhalb von 12 Wochen ▫ Sitzungsdauer: 60 Minuten ▪ Case Management ▫ Manual: ja (keine Quellenangabe)^e ▫ 2 Einzelsitzungen innerhalb von 12 Wochen (in der Regel nach den 2 MET-Sitzungen) ▫ Unterstützung bei individueller Zielsetzung und bei Nutzung kommunaler Ressourcen ▫ Sitzungsdauer: 60 Minuten
	Wartekontrollgruppe ▫ keine Therapie innerhalb der ersten 4 Monate ab Randomisierung

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

Studie	Interventionen
Sinha 2003	lange MET für Cannabisabhängigkeit ▪ MET ▫ Manual: ja, nach [71] ▫ 3 Einzelsitzungen innerhalb von 4 Wochen ▫ Vermittlung von KVT-Inhalten ▫ Sitzungsdauer: k. A.
	lange MET + KM_{Adh} für Cannabisabhängigkeit ▪ MET ▫ Manual: ja, nach [71] ▫ 3 Einzelsitzungen innerhalb von 4 Wochen ▫ Vermittlung von KVT-Inhalten ▫ Sitzungsdauer: k. A. ▪ KM_{Adh} ▫ Manual: k. A. ▫ Gutscheine für Teilnahme an MET-Sitzungen sowie für Pünktlichkeit ▫ Geldwert der Gutscheine, die eine Person bei maximaler Adhärenz erhalten konnte: 120 \$
Stephens 2000	kurze MET für Cannabiskonsum ▪ MET ▫ Manual: ja (keine Quellenangabe)^f ▫ 2 Einzelsitzungen innerhalb 1 Monats ▫ Vermittlung von KVT-Inhalten ▫ Sitzungsdauer: 90 Minuten
	KVT + soziale Unterstützung für Cannabiskonsum ▪ KVT ▫ Manual: ja (keine Quellenangabe) ▫ 14 Gruppensitzungen (8 bis 12 Personen) innerhalb von 18 Wochen ▫ Sitzungsdauer: 120 Minuten ▪ soziale Unterstützung ▫ 4 optionale Gruppensitzungen mit nahestehenden Personen (soziale Unterstützung) in 3., 4., 5. und 11. Woche (gleiche Therapeutinnen und Therapeuten wie bei KVT-Sitzungen) ▫ 4 Selbsthilfe-Gruppensitzungen innerhalb der letzten 8 Interventionswochen (ohne Therapeutinnen / Therapeuten)
	Wartekontrollgruppe ▫ keine Therapie innerhalb der ersten 4 Monate ab Randomisierung

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

Studie	Interventionen
Stephens 2007	kurze MET für Cannabiskonsum ▪ MET ▫ Manual: k. A. ▫ 1 Einzelsitzung ▫ bei Interesse Vermittlung von KVT-Inhalten ▫ Sitzungsdauer: 90 Minuten
	Psychoedukation für Cannabiskonsum ▪ Psychoedukation ▫ Manual: k. A. ▫ 1 Einzelsitzung ▫ Sitzungsdauer: 90 Minuten
	Wartekontrollgruppe ▫ keine Therapie innerhalb der ersten 7 Wochen ab Randomisierung
Stephens 2020	MET/KVT + Case Management für Cannabiskonsumstörung ▪ MET/KVT ▫ Manual: ja, MET nach [71], KVT nach [72] ▫ 9 Einzelsitzungen (2 MET + 7 KVT) innerhalb von 12 Wochen ▫ Sitzungsdauer: 60 Minuten ▪ Case Management ▫ Manual: k. A. ▫ innerhalb der 9 MET/KVT-Sitzungen ▫ Identifizierung der sozialen, finanziellen und physischen Barrieren, die dem Therapieziel entgegenstehen, sowie der kommunalen Ressourcen, mithilfe derer diese Barrieren adressiert werden können
	MET/KVT + Case Management für Cannabiskonsumstörung ▪ MET/KVT ▫ Manual: ja, MET nach [71], KVT nach [72] ▫ 4 Einzelsitzungen (2 MET + 2 KVT) innerhalb von 4 Wochen ▫ weitere Einzelsitzungen nach dem individuellen Bedarf ▫ Sitzungsdauer: 60 Minuten ▪ Case Management ▫ Manual: k. A. ▫ innerhalb der MET/KVT-Sitzungen ▫ Identifizierung der sozialen, finanziellen und physischen Barrieren, die dem Therapieziel entgegenstehen, sowie der kommunalen Ressourcen, mithilfe derer diese Barrieren adressiert werden können

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

Studie	Interventionen
Stephens 2021	kurze MET für Cannabiskonsum ▪ MET ▫ Manual: k. A. ▫ 1 Einzelsitzung ▫ bei Interesse der Patientin bzw. des Patienten Vermittlung von KVT-Inhalten ▫ Sitzungsdauer: 90 Minuten
	lange MET für Cannabiskonsum ▪ MET ▫ Manual: k. A. ▫ 5 Einzelsitzungen ▫ bei Interesse der Patientin bzw. des Patienten Vermittlung von KVT-Inhalten ▫ Sitzungsdauer: 90 Minuten
a. MET nach den Prinzipien des Motivational Interviewing [6], KVT in Anlehnung an die KVT in der MIDAS-Studie [70] b. Gruppensitzungen waren geplant, wurden jedoch nicht durchgeführt, da zu wenige Patientinnen und Patienten daran teilnehmen wollten. c. MET nach den Prinzipien des Motivational Interviewing [6], KVT in Anlehnung an die KVT in den Studien Kadden 2007 [46] und Litt 2013 [66] d. in Anlehnung an das KM in der Studie Petry 2002 [78] e. in Anlehnung an das Case Management der Matched-Treatment-Services-Gruppe der Studie McLellan 1997 [79] f. in Anlehnung an die Therapie Alkoholabhängiger in den Studien Miller 1989 [80] und Miller 1993 [81] IATP: Individualized Assessment and Treatment Program; IVR: interactive voice recording (interaktive Sprachaufnahme); k. A.: keine Angaben; KM _{Abs} : abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement; KM _{Abs/Adh} : abstinenz- und adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement; KM _{Adh} : adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; MTP: Marijuana Treatment Project; TAU: treatment as usual (übliche Therapie); THC: Tetrahydrocannabinol	

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

Studie	Wesentliche Einschlusskriterien	Wesentliche Ausschlusskriterien
Studien mit Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen		
Barrowclough 2014	▪ Alter: 16 bis 35 Jahre ▪ Cannabiskonsum: ▫ DSM-IV-Diagnose einer Cannabiskonsumstörung ▫ Cannabiskonsum mindestens 1 x pro Woche in mindestens der Hälfte der Wochen innerhalb der letzten 3 Monate vor Einschluss ▪ psychische Gesundheit: DSM-IV-Diagnose einer nicht affektiven psychischen Störung	▪ bekannte organische Faktoren, die die psychotischen Symptome verursachen könnten
Hjorthoj 2013	▪ Alter: 17 bis 42 Jahre ▪ Cannabiskonsum: ▫ ICD-10-Diagnose einer Cannabiskonsumstörung ▪ psychische Gesundheit: ICD-10-Diagnose einer Störung des Schizophrenie-Spektrums	▪ anderer Substanzkonsum: andere Abhängigkeiten, sofern Cannabis nicht primäre Droge
Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen		
Budney 2000	▪ Alter: ≥ 18 Jahre ▪ Cannabiskonsum: ▫ DSM-III-Kriterien einer aktuellen Cannabisabhängigkeit erfüllt ▫ Cannabiskonsum innerhalb der letzten 30 Tage vor Einschluss	▪ in Behandlung / Überweisung zur Behandlung der cannabisbedingten Probleme ▪ anderer Substanzkonsum: ▫ Alkoholabhängigkeit ▫ Abhängigkeit von anderen Substanzen (mit Ausnahme von Nikotin) ▪ psychische Gesundheit: ▫ aktive Psychose ▫ psychische Erkrankung, die die Teilnahme an einer ambulanten Behandlung verhindern könnte ▪ Sonstiges: ▫ sonstige Erkrankung, die die Teilnahme an einer ambulanten Behandlung verhindern könnte ▪ drohende Inhaftierung
Budney 2006	▪ Alter: ≥ 18 Jahre ▪ Cannabiskonsum: ▫ DSM-IV-Kriterien einer aktuellen Cannabisabhängigkeit erfüllt ▫ Cannabiskonsum innerhalb der letzten 30 Tage vor Einschluss	▪ anderer Substanzkonsum: ▫ Alkoholabhängigkeit ▫ Abhängigkeit von anderen Substanzen (mit Ausnahme von Nikotin) ▪ psychische Gesundheit: ▫ aktive Psychose ▫ psychische Erkrankung, die die Teilnahme an einer ambulanten Behandlung verhindern könnte ▪ Sonstiges: ▫ sonstige Erkrankung, die die Teilnahme an einer ambulanten Behandlung verhindern könnte ▪ drohende Inhaftierung

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

Studie	Wesentliche Einschlusskriterien	Wesentliche Ausschlusskriterien
Carroll 2006	▪ Alter: 18 bis 25 Jahre ▪ Cannabiskonsum: ▫ DSM-IV-Kriterien einer aktuellen Cannabisabhängigkeit erfüllt ▫ aktueller Cannabiskonsum bestätigt durch einen positiven Urintest	▪ Behandlung der cannabisbedingten Probleme innerhalb der letzten 60 Tage ▪ strafrechtliche Anordnung einer Behandlung ▪ anderer Substanzkonsum: ▫ körperliche Alkoholabhängigkeit ▫ körperliche Opioidabhängigkeit ▫ schwere Substanzabhängigkeit, die eine stationäre Behandlung und Entgiftung erfordert ▪ psychische Gesundheit: ▫ psychische Störung ▫ MMSE-Score < 25
Carroll 2012	▪ Alter: ≥ 18 Jahre ▪ Cannabiskonsum: ▫ DSM-IV-Kriterien einer aktuellen Cannabiskonsumstörung erfüllt ▫ aktueller Cannabiskonsum bestätigt durch einen positiven Urintest	▪ stationäre Behandlung erforderlich ▪ anderer Substanzkonsum: ▫ körperliche Alkoholabhängigkeit ▫ körperliche Drogenabhängigkeit ▪ drohende Inhaftierung
Kadden 2007	▪ Alter: ≥ 18 Jahre ▪ Cannabiskonsum: ▫ DSM-IV-Kriterien einer aktuellen Cannabisabhängigkeit erfüllt	▪ akute medizinische oder psychische Erkrankung, die eine stationäre Behandlung erfordert ▪ anderer Substanzkonsum: aktuelle Abhängigkeit von Alkohol oder anderen Drogen
Litt 2020	▪ Alter: ≥ 18 Jahre ▪ Cannabiskonsum: ▫ DSM-IV-Kriterien einer aktuellen Cannabisabhängigkeit erfüllt	▪ akute medizinische Erkrankung, die eine stationäre Behandlung erfordert ▪ anderer Substanzkonsum: andere Abhängigkeiten, sofern Cannabis nicht primäre Droge ▪ psychische Gesundheit: psychische Erkrankung, die eine stationäre Behandlung erfordert
MTP 2004	▪ Alter: ≥ 18 Jahre ▪ Cannabiskonsum: ▫ DSM-IV-Kriterien einer aktuellen Cannabisabhängigkeit erfüllt ▫ Cannabiskonsum an mindestens 40 Tagen innerhalb der letzten 90 Tage	▪ aktuelle Behandlung der cannabisbedingten Probleme oder Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe ▪ strafrechtliche Anordnung einer Behandlung ▪ anderer Substanzkonsum: aktuelle Abhängigkeit von Alkohol oder anderen Drogen ▪ drohende Inhaftierung
Sinha 2003	▪ Alter: 18 bis 25 Jahre ▪ Cannabiskonsum: ▫ DSM-IV-Kriterien einer aktuellen Cannabiskonsumstörung erfüllt ▫ aktueller Cannabiskonsum bestätigt durch einen positiven Urintest	▪ aktuelle Behandlung eines Substanzkonsums ▪ medizinische Erkrankung, die eine ambulante Behandlung erschwert ▪ anderer Substanzkonsum: aktueller Opiat- und / oder Kokainkonsum ▪ psychische Gesundheit: psychische Erkrankung, die eine ambulante Behandlung erschwert

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

Studie	Wesentliche Einschlusskriterien	Wesentliche Ausschlusskriterien
Stephens 2000	▪ Alter: k. A. ▪ Cannabiskonsum: ▫ Cannabiskonsum an mindestens 50 Tagen innerhalb der letzten 90 Tage	▪ aktuelle Behandlung der cannabisbedingten Probleme ▪ anderer Substanzkonsum: schädlicher Konsum von Alkohol oder anderen Drogen innerhalb der letzten 90 Tage ▪ psychische Gesundheit: schwere psychische Probleme (z. B. Suizidabsichten)
Stephens 2007	▪ Alter: k. A. ▪ Cannabiskonsum: ▫ Cannabiskonsum an mindestens 15 Tagen innerhalb der letzten 30 Tage	▪ anderer Substanzkonsum: ▫ starker Konsum von Alkohol oder anderen Drogen ▫ Behandlung eines schädlichen Substanzkonsums oder Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe ▪ psychische Gesundheit: schwere psychische Probleme
Stephens 2020	▪ Alter: ≥ 18 Jahre ▪ Cannabiskonsum: ▫ DSM-IV-Kriterien einer Cannabisabhängigkeit erfüllt ▫ Cannabiskonsum an mindestens 50 Tagen innerhalb der letzten 90 Tage	▪ aktuelle Behandlung (der cannabisbedingten Probleme) ▪ anderer Substanzkonsum: Kriterien einer Abhängigkeit von Alkohol oder anderen Drogen erfüllt ▪ psychische Gesundheit: ▫ Psychose ▫ Suizidalität
Stephens 2021	▪ Alter: k. A. ▪ Cannabiskonsum: ▫ Cannabiskonsum an mindestens 15 Tagen innerhalb der letzten 30 Tage	▪ anderer Substanzkonsum: ▫ starker Konsum von Alkohol oder anderen Drogen ▫ Behandlung eines schädlichen Substanzkonsums innerhalb der letzten 30 Tage ▪ psychische Gesundheit: psychische Symptome, die eine Behandlung erfordern
ICM: Intensive-Case-Management; DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen), Edition 4; ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme), 10. Revision; k. A.: keine Angabe; MMSE: Mini-Mental State examination; MTP: Marijuana Treatment Project		

Tabelle 7: Charakterisierung der Studienpopulationen (mehrseitige Tabelle)

Studie Gruppe	N	Alter [Jahre] MW (SD)	Geschlecht [w / m] %	Cannabis- konsum [Tage] MW (SD)	Alkoholkonsum [Tage] MW (SD)
Studien mit Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen					
Barrowclough 2014					
kurze MET-KVT + TAU	38	24,9 (5,6)	11 / 89	24,5 (0 bis 30) ^{a, b}	k. A.
lange MET-KVT + TAU	37	24,1 (5,4)	8 / 92	22,0 (0 bis 30) ^{a, b}	k. A.
TAU	35	23,4 (3,8)	14 / 86	19,0 (3 bis 30) ^{a, b}	k. A.
Hjorthøj 2013					
MET-KVT + TAU	52	26,6 (6,3)	27 / 73	14,5 (11,1) ^a	k. A.
TAU	51	27,1 (6,3)	22 / 78	15,4 (11,5) ^a	k. A.
Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen					
Budney 2000					
lange MET	20	32,0 (8,7)	20 / 80	23,2 (8,4) ^a	2,7 (4,5) ^a
MET-KVT	20	33,1 (9,7)	10 / 90	20,4 (9,9) ^a	7,0 (9,6) ^a
MET-KVT + KM _{Abs}	20	32,6 (7,4)	20 / 80	24,1 (7,3) ^a	4,0 (7,2) ^a
Budney 2006					
MET-KVT	30	33,9 (9,5)	30 / 70	25,5 (7,4) ^a	6,4 (8,6) ^a
MET-KVT + KM _{Abs}	30	30,9 (10,3)	20 / 80	25,3 (8,0) ^a	5,7 (6,3) ^a
KM	30	34,6 (11,0)	20 / 80	26,0 (6,2) ^a	8,3 (9,4) ^a
Carroll 2006					
MET-KVT	36	21,1 (1,8)	6 / 94	12,4 (9,8) ^c	4,1 (4,9) ^c
MET-KVT + KM _{Abs/Adh}	33	21,0 (2,2)	12 / 88	13,8 (10,3) ^c	1,9 (2,9) ^c
DB	33	21,2 (2,2)	18 / 82	12,5 (10,3) ^c	3,3 (5,3) ^c
DB + KM _{Abs/Adh}	34	21,5 (2,4)	6 / 94	13,7 (11,2) ^c	1,7 (3,4) ^c
Carroll 2012					
KVT	36	24,3 (4,3)	17 / 83	15,6 (9,8) ^c	2,3 (2,7) ^c
KVT + KM _{Adh}	32	25,4 (7,9)	16 / 84	17,6 (8,6) ^c	1,5 (2,4) ^c
KVT + KM _{Abs}	32	26,2 (5,4)	9 / 91	17,9 (9,6) ^c	2,7 (3,7) ^c
KM _{Abs}	27	27,6 (10,2)	22 / 78	14,1 (10,6) ^c	1,8 (4,0) ^c
Kadden 2007					
MET-KVT	61	34,1 (7,8)	28 / 72	82,8 (11,7) ^d	k. A.
KM _{Abs}	54	33,4 (11,4)	20 / 80	76,5 (17,1) ^d	k. A.
MET-KVT + KM _{Abs}	63	31,8 (9,6)	36 / 64	80,1 (15,3) ^d	k. A.
CM	62	31,9 (9,6)	31 / 69	82,8 (10,8) ^d	k. A.
Litt 2020					
MET-KVT	49	33,7 (11,9)	41 / 59	79,9 (17,6) ^d	k. A.
MET-KVT + KM _{Abs}	51	37,6 (11,8)	43 / 57	82,6 (12,8) ^d	k. A.
IATP	48	35,3 (10,9)	48 / 52	82,7 (10,3) ^d	k. A.
IATP + KM _{Abs}	50	35,6 (13,1)	38 / 62	81,9 (13,4) ^d	k. A.

Tabelle 7: Charakterisierung der Studienpopulationen (mehrseitige Tabelle)

Studie Gruppe	N	Alter [Jahre] MW (SD)	Geschlecht [w / m] %	Cannabis- konsum [Tage] MW (SD)	Alkoholkonsum [Tage] MW (SD)
MTP 2004					
kurze MET	146	35,4 (8,1)	36 / 64	78,2 (15,4) ^d	k. A.
MET-KVT + CM	156	36,3 (8,2)	29 / 71	78,8 (15,5) ^d	k. A.
Wartekontrollgruppe	148	36,6 (8,7)	29 / 71	80,9 (12,7) ^d	k. A.
Sinha 2003					
lange MET	28	20,3 (2,4)	4 / 96	10,3 (9,5) ^a	k. A.
MET + KM _{Adh}	37	20,9 (2,3)	11 / 89	16 (12,5) ^a	k. A.
Stephens 2000					
kurze MET	88			24,2 (6,3) ^a	
KVT + soziale Unterstützung	117	34,0 (6,9)	23/77	25,4 (6,2) ^a	18,1 (22,3) ^d
Wartekontrollgruppe	86			24,9 (6,1) ^a	
Stephens 2007					
kurze MET	62	31,5 (9,2)	23 / 77	5,8 (0,2) ^{e, f}	2,0 (2,1) ^e
Psychoedukation	62	32,5 (11,1)	31 / 69	5,8 (0,2) ^{e, f}	1,4 (1,6) ^e
Wartekontrollgruppe	64	31,5 (10,7)	23 / 77	6,1 (0,2) ^{e, f}	1,9 (2,1) ^e
Stephens 2020					
MET/KVT + CM, Standard	44		25 / 75	74,6 (15,8) ^d	k. A.
MET/KVT + CM und nach Bedarf	43	35,6 (8,7)	26 / 74	77,2 (15,8) ^d	k. A.
Stephens 2021					
kurze MET	93			6,1 (1,0) ^e	k. A.
lange MET	93	33,8 (11,0)	32 / 68	6,1 (1,1) ^e	k. A.
a. innerhalb der letzten 30 Tage oder des letzten Monats b. Median (Spannweite) c. innerhalb der letzten 28 Tage d. innerhalb der letzten 90 Tage e. innerhalb der letzten Woche f. Standardfehler CM: Case Management; DB: Drogenberatung; IATP: individualisierte MET-KVT (Individualized Assessment and Treatment Program); k. A.: keine Angaben; KM _{Abs} : abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement; KM _{Abs/Adh} : abstinenz- und adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement; KM _{Adh} : adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; m: männlich; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; MW: Mittelwert; N: Anzahl randomisierter (bzw. eingeschlossener) Patientinnen und Patienten; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; SD: Standardabweichung; TAU: übliche Therapie; w: weiblich					

5.3 Übersicht der Endpunkte

Aus 14 Studien konnten Daten zu kritischen und klinisch wichtigen Endpunkten extrahiert werden. Tabelle 8 zeigt die Übersicht der verfügbaren Daten zu Endpunkten aus den eingeschlossenen Studien. In 1 Studie (Copeland 2001) wurden Daten zum Endpunkt Schwere

der Abhängigkeit berichtet, diese waren jedoch nicht für den Evidenzbericht verwertbar (siehe Abschnitt 5.2).

Tabelle 8: Matrix der Endpunkte (mehrseitige Tabelle)

Studie	Kritische Endpunkte					Wichtige Endpunkte			
	Cannabisabstinenz	Häufigkeit des Cannabiskonsums	Menge des Cannabiskonsums	Schwere der Abhängigkeit (severity of dependence scale)	Verbesserung cannabisbedingter Probleme	Symptomreduktion oder Remission als Indexwert der cannabisbedingten Störungen nach DSM-IV, DSM-5 oder ICD 10	Aufhör- / Veränderungsmotivation	psychische Probleme	anderer Substanzkonsum
Studien mit Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen									
Barrowclough 2014	–	●	●	–	–	–	–	●	–
Bonsack 2011	–	○	○	–	–	–	○	○	–
Hjorthøj 2013	●	●	●	–	–	–	–	●	–
Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen									
Buckner 2019	○	–	○	–	○	–	–	○	–
Budney 2000	●	●	–	–	●	–	●	●	–
Budney 2006	●	●	●	–	●	●	–	○ ^a	–
Carroll 2006	●	●	–	–	–	–	–	–	–
Carroll 2012	○ ^b	●	–	–	–	–	–	–	–
Copeland 2001	○	–	○	○	○	–	–	○	–
Davoudi 2021	○	○	–	–	–	–	–	–	–
Hoch 2012	○	○	–	–	–	–	–	–	–
Kadden 2007	●	○ ^d	○ ^a	–	–	–	–	–	○ ^a
Litt 2020	●	●	–	–	○ ^c	–	–	–	–
MTP 2004	●	●	●	–	●	●	–	●	●
Sinha 2003	–	●	–	–	–	–	○ ^c	–	–
Stephens 2000	●	●	●	–	●	–	–	–	○ ^a
Stephens 2007	–	●	●	–	●	–	○ ^a	–	○ ^a
Stephens 2020	●	●	●	–	●	–	–	–	–
Stephens 2021	–	●	●	–	●	–	–	–	–
Walker 2015	○	○	–	–	○	–	–	–	–
Studien ohne dargestellte Vergleiche									
Litt 2013									
Roffman 1988									

Tabelle 8: Matrix der Endpunkte (mehrsseitige Tabelle)

Studie	Kritische Endpunkte					Wichtige Endpunkte			
	Cannabisabstinenz	Häufigkeit des Cannabiskonsums	Menge des Cannabiskonsums	Schwere der Abhängigkeit (severity of dependence scale)	Verbesserung cannabisbedingter Probleme	Symptomreduktion oder Remission als Indexwert der cannabisbedingten Störungen nach DSM-IV, DSM-5 oder ICD 10	Aufhör- / Veränderungsmotivation	psychische Probleme	anderer Substanzkonsum
●: Daten wurden berichtet und waren verwertbar. ○: Daten wurden berichtet, aber waren nicht für den Evidenzbericht verwertbar. –: Es wurden keine Daten berichtet (keine weiteren Angaben) / Der Endpunkt wurde nicht erhoben. a. Ausschließlich Angabe, dass keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen gefunden wurden b. Operationalisierungen nicht patientenbasiert (Auswertung der Urinproben) c. Für die Vergleiche KM_{Abs} vs. KZB (KM_{Abs} + KVT vs. KVT) sowie KM_{Adh} vs. KZB (KM_{Adh} + KVT vs. KVT) werden keine Ergebnisse dargestellt, da der Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich der Patientinnen und Patienten, die in den Analysen berücksichtigt wurden, jeweils mehr als 15 Prozentpunkte beträgt. d. Keine (verwertbaren) Streuungsmaße e. Ergebnisse wurden nur für eine Subskala des SOCRATES berichtet. DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; KM_{Abs}: abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement; KM_{Adh}: adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; KZB: keine zusätzliche Behandlung; MTP: Marijuana Treatment Project; SOCRATES: Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale									

5.4 Ergebnisse zu Endpunkten

Nachfolgend werden die Ergebnisse für die Endpunkte getrennt nach der Population sowie dem jeweiligen Vergleich dargestellt.

5.4.1 Studien mit Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen – MET/KVT plus TAU versus TAU

5.4.1.1 Ergebnisse zum Vergleich kurze MET/KVT plus TAU versus TAU

Tabelle 9: Evidenzprofil für den Vergleich kurze MET/KVT + TAU vs. TAU, Häufigkeit des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt) – 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]	
Reduktion der Anzahl der Tage mit Cannabiskonsum innerhalb der letzten 30 Tage – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [22]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^d	keine	31; 24	-2,7 [-7,57; 2,17]	-0,3 [-0,83; 0,24]	niedrig
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 Verblindung und die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat.										
d. Das 95 %-KI des Hedges' g umfasst sowohl -0,5 als auch 0. Somit können weder große Effekte zuungunsten noch Effekte zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.										
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; TAU: übliche Therapie										

Tabelle 10: Evidenzprofil für den Vergleich kurze MET/KVT + TAU vs. TAU, Menge des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt) – 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]	
Reduktion der Cannabismenge [g] innerhalb der letzten 30 Tage – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [22]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^d	keine	31; 24	-2,77 [-18,19; 12,65]	-0,1 [-0,63; 0,44]	niedrig
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 Verblindung und die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat.										
d. Das 95 %-KI des Hedges' g umfasst sowohl -0,5 als auch 0. Somit können weder große Effekte zuungunsten noch Effekte zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.										
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; TAU: übliche Therapie										

Tabelle 11: Evidenzprofil für den Vergleich kurze MET/KVT + TAU vs. TAU, psychische Probleme (wichtiger Endpunkt) – 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
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikationsbias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD in %-Punkten [95 %-KI]	
Exazerbation psychotischer Probleme, die länger als 2 Wochen anhält – Nachbeobachtungszeitpunkt 13,5 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 [22]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	sehr schwerwiegend ^e	keine	6/38	5/33	15,2	1,05 [0,29; 3,82]	1 [−17; 18]	sehr niedrig
a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie. b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden. c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen. d. Die Verblindung war nicht adäquat. e. 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.												
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz; TAU: übliche Therapie												

Tabelle 12: Evidenzprofile für den Vergleich kurze MET/KVT + TAU vs. TAU, psychische Probleme (wichtiger Endpunkt) – 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]	
CDSS – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [22]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^d	keine	28; 23	1,9 [−0,33; 4,13]	0,47 [−0,09; 1,03]	niedrig
BAI – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [22]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^e	keine	29; 23	−1,7 [−9,01; 5,61]	−0,13 [−0,68; 0,42]	niedrig
PANSS, allgemeine psychopathologische Symptome – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [22]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^d	keine	28; 24	1,1 [−3,7; 5,9]	0,13 [−0,42; 0,67]	niedrig
PANSS, positive Symptome – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [22]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	sehr schwer-wiegend ^f	keine	28; 24	0,1 [−2,57; 2,77]	0,02 [−0,52; 0,57]	sehr niedrig

Tabelle 12: Evidenzprofile für den Vergleich kurze MET/KVT + TAU vs. TAU, psychische Probleme (wichtiger Endpunkt) – 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]	
PANSS, negative Symptome – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [22]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^d	keine	28; 24	2,4 [−0,36; 5,16]	0,48 [−0,07; 1,03]	niedrig
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 Verblindung und die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat.										
d. 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.										
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.										
f. 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.										
BAI: Beck Anxiety Inventory; C: Vergleichsgruppe; CDSS: Calgary Depression Scale for Schizophrenia; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; PANSS: Positive and Negative Syndrom Scale for Schizophrenia; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; TAU: übliche Therapie										

5.4.1.2 Ergebnisse zum Vergleich lange MET/KVT plus TAU versus TAU

Tabelle 13: Evidenzprofile für den Vergleich lange MET/KVT + TAU vs. TAU, Cannabisabstinenz (kritischer Endpunkt) – 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
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]	
Anteil der Patienten mit Cannabisabstinenz innerhalb des letzten Monats – Interventionsende												
Interpretation der Effektschätzung: Eine positive absolute Effektschätzung bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [27]	schwer-wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	sehr schwer-wiegend ^e	keine	k. A. ^f /52	k. A. ^f /51	k. A.	1,31 [0,47; 3,64]	k. A.	sehr niedrig
Anteil der Patienten mit Cannabisabstinenz innerhalb des letzten Monats – Nachbeobachtungszeitpunkt 4 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 [27]	schwer-wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^g	keine	k. A. ^f /52	k. A. ^f /51	k. A.	0,64 [0,25; 1,68]	k. A.	niedrig
a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie. b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden. c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen. d. Die Verblindung und die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat. e. 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. f. In der Studienpublikation wurde die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Ereignis nicht genannt. g. Das 95 %-KI des Odds Ratio überdeckt 0,5 und 1. Somit kann weder eine Halbierung des Effektes zuungunsten noch ein Effekt zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden. C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz; TAU: übliche Therapie												

Tabelle 14: Evidenzprofile für den Vergleich lange MET/KVT + TAU vs. TAU, Häufigkeit des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt) – 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]	
Anteil der Tage mit Cannabiskonsum – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [27]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^d	keine	52; 51	-0,1 [-0,29; 0,09]	-0,21 [-0,6; 0,18]	niedrig
Anteil der Tage mit Cannabiskonsum – Nachbeobachtungszeitpunkt 4 Monate nach Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [27]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^d	keine	52; 51	-0,06 [-0,25; 0,13]	-0,12 [-0,51; 0,26]	niedrig
Reduktion der Anzahl der Tage mit Cannabiskonsum – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [22]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^e	keine	26; 24	-4,54 [-9,16; 0,08]	-0,55 [-1,12; 0,02]	niedrig
Reduktion der Anzahl der Tage mit Cannabiskonsum – Nachbeobachtungszeitpunkt 9 Monate nach Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [22]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	28; 22	-6,87 [-13,62; -0,12]	- ^f	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 Verblindung und die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat.										
d. 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.										
e. Das 95 %-KI des Hedges' g umfasst sowohl -0,5 als auch 0. Somit können weder große Effekte zuungunsten noch Effekte zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.										
f. nicht erforderlich, da Effektschätzer der Mittelwertdifferenzen statistisch signifikant										

Tabelle 14: Evidenzprofile für den Vergleich lange MET/KVT + TAU vs. TAU, Häufigkeit des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt) – 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]	
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; TAU: übliche Therapie										

Tabelle 15: Evidenzprofile für den Vergleich lange MET/KVT + TAU vs. TAU, Menge des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt) – 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]	
Reduktion der Anzahl der Standard-Joints innerhalb des letzten Monats – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [27]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^d	keine	52; 51	20,90 [−1,00; 42,90]	0,37 [−0,02; 0,75]	niedrig
Reduktion der Anzahl der Standard-Joints innerhalb des letzten Monats – Nachbeobachtungszeitpunkt 4 Monate nach Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [27]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^d	keine	52; 51	13,30 [−8,50; 35,10]	0,23 [−0,15; 0,62]	niedrig
Reduktion der Cannabismenge [g] – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [22]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	sehr schwer-wiegend ^c	keine	26; 24	−0,75 [−13,58; 12,08]	−0,03 [−0,59; 0,52]	sehr niedrig

Tabelle 15: Evidenzprofile für den Vergleich lange MET/KVT + TAU vs. TAU, Menge des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt) – 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]	
Reduktion der Cannabismenge [g] – Nachbeobachtungszeitpunkt 9 Monate nach Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [22]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^f	keine	28; 22	−13,58 [−36,32; 9,16]	−0,34 [−0,90; 0,23]	niedrig
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 Verblindung und die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat. d. Das 95 %-KI des Hedges' g umfasst sowohl 0 als auch 0,5. Somit können weder große Effekte zugunsten noch Effekte zuungunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden. e. Das 95 %-KI des Hedges' g umfasst sowohl −0,5 als auch 0,5. Somit können weder große Effekte zuungunsten noch große Effekte zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden. f. Das 95 %-KI des Hedges' g umfasst sowohl −0,5 als auch 0. Somit können weder große Effekte zuungunsten noch Effekte zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden. C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; TAU: übliche Therapie										

Tabelle 16: Evidenzprofile für den Vergleich lange MET/KVT + TAU vs. TAU, psychische Probleme (wichtiger Endpunkt) – Zeit-bis-Ereignis 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
Studien-design; N	Studien-limitationen ^b	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikationsbias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	Mediane Zeit bis zum Ereignis in Monaten [95 %-KI]			Hazard Ratio [95 %-KI]	RD in %-Punkten [95 %-KI]	
Zeit bis zur psychiatrischen Notaufnahme – durchschnittliche Nachbeobachtungszeit ca. 3 Jahre												
Interpretation der Effektschätzung: Eine positive absolute Effektschätzung bzw. ein Hazard Ratio größer als 1 bedeutet eine häufigere und / oder frühere Inanspruchnahme psychiatrischer Notaufnahmen in der Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [27]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	nicht schwerwiegend	keine	k. A./52 k. A.	k. A./51 k. A.	k. A.	2,02 [1,22; 3,34]	k. A.	moderat
Zeit bis zur Aufnahme in eine psychiatrische Klinik – durchschnittliche Nachbeobachtungszeit ca. 3 Jahre												
Interpretation der Effektschätzung: Eine positive absolute Effektschätzung bzw. ein Hazard Ratio größer als 1 bedeutet eine häufigere und / oder frühere Inanspruchnahme von Behandlungen in einer psychiatrischen Klinik in der Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [27]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	schwerwiegend ^f	keine	k. A./52 k. A.	k. A./51 k. A.	k. A.	1,48 [0,91; 2,41]	k. A.	niedrig
Zeit bis zu einer psychiatrischen Behandlung – durchschnittliche Nachbeobachtungszeit ca. 3 Jahre												
Interpretation der Effektschätzung: Eine positive absolute Effektschätzung bzw. ein Hazard Ratio größer als 1 bedeutet eine häufigere und / oder frühere Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlungen in der Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [27]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	schwerwiegend ^f	keine	k. A./52 k. A.	k. A./51 k. A.	k. A.	1,54 [0,96; 2,46]	k. A.	niedrig

Tabelle 16: Evidenzprofile für den Vergleich lange MET/KVT + TAU vs. TAU, psychische Probleme (wichtiger Endpunkt) – Zeit-bis-Ereignis 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
							Mediane Zeit bis zum Ereignis in Monaten [95 %-KI]					
Studien-design; N	Studien-limitationen ^b	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Hazard Ratio [95 %-KI]	RD in %-Punkten [95 %-KI]	
a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie.												
b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.												
c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.												
d. Die Verblindung war nicht adäquat.												
e. In der Studienpublikation wurde die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Ereignis nicht genannt.												
f. Das 95 %-KI des Hazard Ratio überdeckt 1 und 2. Somit kann weder eine Verdopplung des Effektes zugunsten noch ein Effekt zuungunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.												
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; k. A.: keine Angabe; KI: Konfidenzintervall; N: Anzahl der Studien; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz; TAU: übliche Therapie												

Tabelle 17: Evidenzprofile für den Vergleich lange MET/KVT + TAU vs. TAU, psychische Probleme (wichtiger Endpunkt) – 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
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikationsbias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD in %-Punkten [95 %-KI]	
Exazerbation psychotischer Probleme, die länger als 2 Wochen anhielt – Interventionsende												
Interpretation der Effektschätzung: Eine negative absolute Effektschätzung bzw. ein Odds Ratio kleiner als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [22]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	sehr schwerwiegend ^e	keine	11/36	8/35	22,9	1,49 [0,51; 4,29]	8 [−13; 27]	sehr niedrig
Exazerbation psychotischer Probleme, die länger als 2 Wochen anhielt – Nachbeobachtungszeitpunkt 9 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 [22]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	sehr schwerwiegend ^f	keine	4/36	5/33	15,2	0,70 [0,17; 2,86]	−4 [−21; 13]	sehr niedrig
a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie. b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden. c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen. d. Die Verblindung war nicht adäquat. e. Das 95 %-KI des Odds Ratio liegt knapp an 0,5 und überdeckt 2. Somit kann weder (nahezu) eine Halbierung des Effektes zugunsten noch eine Verdopplung des Effektes zuungunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden. 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.												
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz; TAU: übliche Therapie												

Tabelle 18: Evidenzprofile für den Vergleich lange MET/KVT + TAU vs. TAU, psychische Probleme (wichtiger Endpunkt) – 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]	
PANSS, allgemeine psychopathologische Symptome – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [27]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	52; 51	-0,70 [-7,90; 6,60]	-0,04 [-0,42; 0,35]	moderat
PANSS, positive Symptome – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [27]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^d	keine	52; 51	1,30 [-1,10; 3,70]	0,21 [-0,18; 0,60]	niedrig
PANSS, negative Symptome – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [27]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^e	keine	52; 51	-1,10 [-3,70; 1,60]	-0,16 [-0,55; 0,23]	niedrig
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 Verblindung und die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat.										
d. Das 95 %-KI des Hedges' g umfasst sowohl 0 als auch 0,5. Somit können weder Effekte zugunsten noch große Effekte zuungunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.										
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.										
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; TAU: übliche Therapie										

5.4.2 Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen – Interventionen mit MET und/oder KVT versus Wartekontrollgruppe

5.4.2.1 Ergebnisse zum Vergleich MET versus Wartekontrollgruppe

Tabelle 19: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. Wartekontrollgruppe, Cannabisabstinenz und Symptomreduktion / Remission – 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
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 der Patienten mit Cannabisabstinenz innerhalb der letzten 90 Tage – Nachbeobachtungszeitpunkt 3 Monate nach Interventionsende												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 2 [52,59]	schwerwiegend ^d	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	nicht schwerwiegend	keine	39/202	12/216	6,3	4,29 [2,15; 8,54]	16 [6; 30]	moderat
Symptomreduktion oder Remission als Indexwert der cannabisbedingten Störungen nach ICD-10, DSM-IV oder DSM-5 (wichtiger Endpunkt)												
Anteil der Patienten mit Cannabisabstinenz oder Symptommfreiheit trotz Konsum innerhalb der letzten 90 Tage – Nachbeobachtungszeitpunkt 3 Monate nach Interventionsende												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [52]	schwerwiegend ^e	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	nicht schwerwiegend	keine	22/127	10/137	7,3	2,66 [1,21; 5,87]	10 [2; 18]	moderat

Tabelle 19: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. Wartekontrollgruppe, Cannabisabstinenz und Symptomreduktion / Remission – 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
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikationsbias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD in %-Punkten [95 %-KI]	
a. (Medianes) Basisrisiko der Vergleichsgruppe(n) der eingeschlossenen Studie(n). b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden. c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen. d. In Stephens 2000 waren die Randomisierung und die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar. Bei beiden Studien waren die Verblindung und die Umsetzung des ITT-Prinzips nicht adäquat. e. Die Verblindung und die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat. C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz												

MET vs. WKG - Nachbeobachtung

Cannabisabstinenz

Modell mit festem Effekt - Mantel-Haenszel

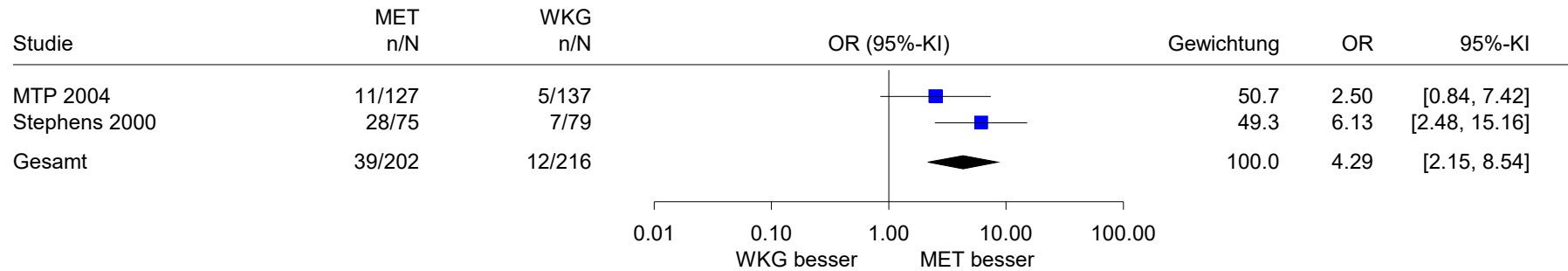
Heterogenität: $Q=1.54$, $df=1$, $p=0.215$, $I^2=35.0\%$ Gesamteffekt: Z-Score=4.14, $p<0.001$

Abbildung 2: Metaanalyse, MET vs. Wartekontrollgruppe, Cannabisabstinenz – 3 Monate nach Interventionsende; Effektmaß: OR

Tabelle 20: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. Wartekontrollgruppe, Häufigkeit und Menge des Cannabiskonsums sowie anderer Substanzkonsum – 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 der Tage mit Cannabiskonsum – Nachbeobachtungszeitpunkt 7 Wochen / 3 Monate nach Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 3 [52,59,62]	schwer-wiegend ^c	nicht schwer-wiegend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	265; 280	-21,11 [-40,88; -1,33]	– ^d	moderat
Menge des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)										
Joints pro Tag – Nachbeobachtungszeitpunkt 3 Monate nach Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [52]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	128; 137	-0,53 [-0,96; -0,1]	– ^d	moderat
Anzahl der Konsumzeitpunkte pro Tag [4-Punkte-Skala] ^f – Nachbeobachtungszeitpunkt 3 Monate nach Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [59]	schwer-wiegend ^g	nicht zutreffend	schwer-wiegend ^h	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	75; 79	-0,78 [-1,14; -0,42]	– ^d	niedrig
Anzahl der Konsumperioden pro Tag [1 Periode = 6 Stunden] – Nachbeobachtungszeitpunkt 7 Wochen nach Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [62]	schwer-wiegend ⁱ	nicht zutreffend	schwer-wiegend ^h	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	62; 64	-0,54 [-0,83; -0,25]	– ^d	niedrig

Tabelle 20: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. Wartekontrollgruppe, Häufigkeit und Menge des Cannabiskonsums sowie anderer Substanzkonsum – 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)										
Gesamtanzahl alkoholische Getränke – Nachbeobachtungszeitpunkt 3 Monate nach Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [52]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	128; 137	3,08 [-13,28; 19,44]	0,05 [-0,2; 0,29]	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. In Stephens 2000 waren die Randomisierung und die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar und die Umsetzung des ITT-Prinzips nicht adäquat, in Stephens 2007 war die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar. Bei allen 3 Studien war die Verblindung nicht adäquat.										
d. nicht erforderlich, da Effektschätzer der Mittelwertdifferenzen statistisch signifikant										
e. Die Verblindung war nicht adäquat.										
f. 0 = kein Konsum, 1 = 1-mal Konsum pro Tag, 2 = 2- bis 3-mal Konsum pro Tag, 3 = 4- bis 5-mal Konsum pro Tag und 4 = 6-mal und öfter Konsum pro Tag										
g. Die Randomisierung und die Verdeckung der Gruppenzuteilung waren unklar und die Verblindung und die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat.										
h. Es wurde keine Mengenangabe erfasst, sondern eine Häufigkeit pro Tag.										
i. Die Verdeckung der Gruppenzuteilung war unklar und die Verblindung war nicht adäquat.										
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie										

MET vs. WKG - Nachbeobachtung

Häufigkeit des Cannabiskonsums

Modell mit zufälligen Effekten - Knapp und Hartung

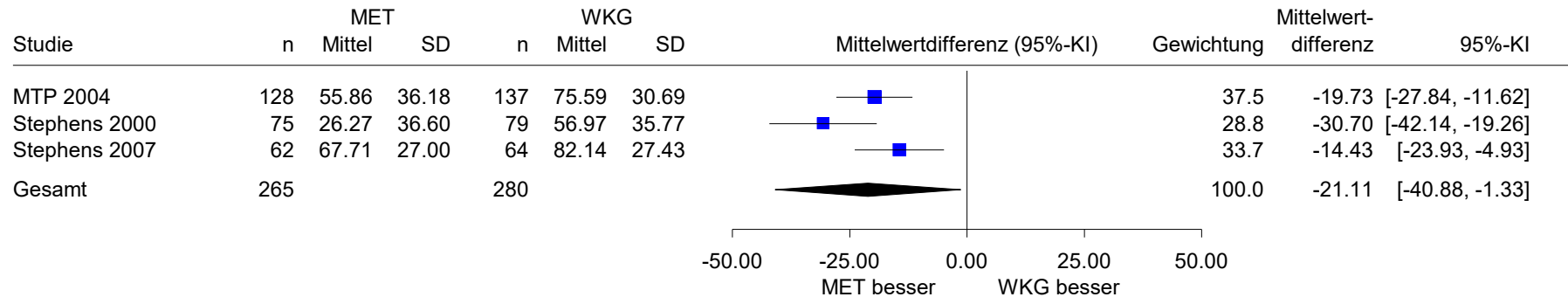
Heterogenität: $Q=4.66$, $df=2$, $p=0.097$, $I^2=57.1\%$ Gesamteffekt: Z-Score=-4.59, $p=0.044$, Tau(Paule-Mandel)=6.264

Abbildung 3: Metaanalyse, MET vs. Wartekontrollgruppe, Häufigkeit des Cannabiskonsums – 3 Monate nach Interventionsende (MTP 2004, Stephens 2000) bzw. 7 Wochen nach Interventionsende (Stephens 2007); Effektmaß: MWD

Tabelle 21: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. Wartekontrollgruppe, Verbesserung cannabisbedingter Probleme sowie psychischer Probleme – 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]			
Verbesserung cannabisbedingter Probleme (kritischer Endpunkt)												
MPS – Nachbeobachtungszeitpunkt 7 Wochen / 3 Monate nach Interventionsende												
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 3 [52,59,62]	schwer-wiegend ^c	sehr schwer-wiegend ^d	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	sehr schwer-wiegend ^d	keine	265; 280	0,58 [−0,38; 1,54] −4,63 [−5,94; −3,32] −1,31 [−2,44; −0,18]	0,15 [−0,1; 0,39] −1,12 [−1,46; −0,78] −0,41 [−0,76; −0,05]	sehr niedrig		
Psychische Probleme (wichtiger Endpunkt)												
BDI – Nachbeobachtungszeitpunkt 3 Monate nach Interventionsende												
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [52]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	128; 137	2,48 [0,63; 4,33]	− ^f	moderat		
STAI-S – Nachbeobachtungszeitpunkt 3 Monate nach Interventionsende												
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [52]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	128; 137	2 [−0,76; 4,76]	0,17 [−0,07; 0,42]	moderat		

Tabelle 21: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. Wartekontrollgruppe, Verbesserung cannabisbedingter Probleme sowie psychischer Probleme – 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]	
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. In Stephens 2000 waren die Randomisierung und die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar und die Umsetzung des ITT-Prinzips nicht adäquat, in Stephens 2007 war die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar. Bei allen 3 Studien war die Verblindung nicht adäquat. d. Der Effektschätzer 1 der 3 Studien zeigt in eine andere Richtung als die Effektschätzer der anderen 2 Studien (Heterogenität: p < 0,001). e. Die Verblindung war nicht adäquat. f. nicht erforderlich, da Effektschätzer der Mittelwertdifferenzen statistisch signifikant BDI: Beck Depression Inventory; C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; MPS: Marijuana Problem Scale; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; STAI-S: State–Trait Anxiety Inventory, State Version										

MET vs. WKG - Nachbeobachtung

MPS - Gesamtscore

Modell mit zufälligen Effekten - Knapp und Hartung (zur Darstellung der Gewichte)

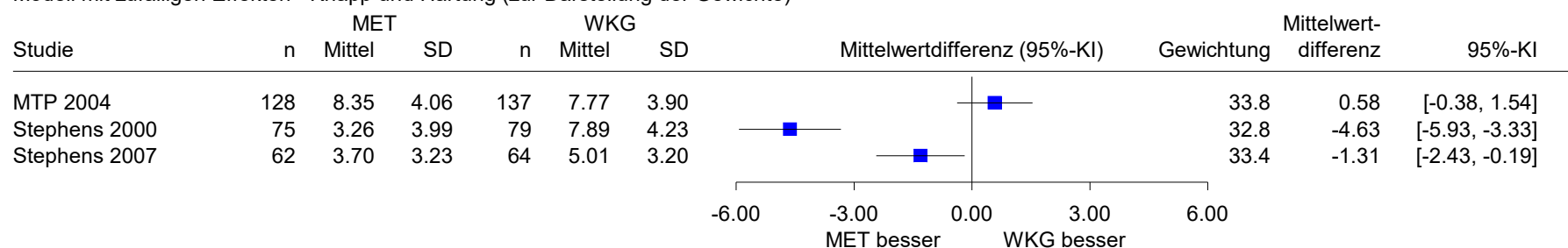
Heterogenität: $Q=40.01$, $df=2$, $p<0.001$, $I^2=95.0\%$

Abbildung 4: Forest Plot, MET vs. Wartekontrollgruppe, Verbesserung cannabisbedingter Probleme – 3 Monate nach Interventionsende (MTP 2004, Stephens 2000) bzw. 7 Wochen nach Interventionsende (Stephens 2007); Effektmaß: MWD

5.4.2.2 Ergebnisse zum Vergleich KVT plus soziale Unterstützung versus Wartekontrollgruppe

Tabelle 22: Evidenzprofil zum Vergleich KVT + soziale Unterstützung vs. Wartekontrollgruppe, Cannabisabstinenz – 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
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 der Patienten mit Cannabisabstinenz innerhalb der letzten 90 Tage – Nachbeobachtungszeitpunkt 1 Monat nach Interventionsende												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [59]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	nicht schwerwiegend	keine	35/95	7/79	8,9	6,00 [2,49; 14,48]	28 [16; 39]	moderat
a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie. b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden. c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen. d. Die Randomisierung und die Verdeckung der Gruppenzuteilung waren unklar und die Verblindung und die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat. C: Vergleichsgruppe; I: Prüflnterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz												

Tabelle 23: Evidenzprofile zum Vergleich KVT + soziale Unterstützung vs. Wartekontrollgruppe, Häufigkeit und Menge des Cannabiskonsums sowie Verbesserung cannabisbedingter Probleme – 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)										
Anteil der Tage mit Cannabiskonsum – Nachbeobachtungszeitpunkt 1 Monat nach Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [59]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	95; 79	-10,41 [-13,5; -7,32]	– ^d	moderat
Menge des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)										
Anzahl der Konsumzeitpunkte pro Tag [4-Punkte-Skala] ^e – Nachbeobachtungszeitpunkt 1 Monat nach Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [59]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	schwer-wiegend ^f	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	95; 79	-0,82 [-1,15; -0,49]	– ^d	niedrig
Verbesserung cannabisbedingter Probleme (kritischer Endpunkt)										
MPS – Nachbeobachtungszeitpunkt 1 Monat nach Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [59]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	95; 79	-4,39 [-5,66; -3,12]	– ^d	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 Randomisierung und die Verdeckung der Gruppenzuteilung waren unklar und die Verblindung und die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat.										
d. nicht erforderlich, da Effektschätzer der Mittelwertdifferenzen statistisch signifikant										
e. 0 = kein Konsum, 1 = 1-mal Konsum pro Tag, 2 = 2- bis 3-mal Konsum pro Tag, 3 = 4- bis 5-mal Konsum pro Tag und 4 = 6-mal und öfter Konsum pro Tag f. Es wurde keine Mengenangabe erfasst, sondern eine Häufigkeit pro Tag.										
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MPS: Marijuana Problem Scale										
N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie										

5.4.2.3 Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT plus Case Management versus Wartekontrollgruppe

Tabelle 24: Evidenzprofile zum Vergleich MET/KVT + Case Management vs. Wartekontrollgruppe, Cannabisabstinenz und Symptomreduktion/Remission – binäre Daten

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis/Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko ^a	Effekt		Qualität der Evidenz
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikationsbias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD [95 %-KI]	
Cannabisabstinenz (kritischer Endpunkt)												
Anteil der Patienten mit Cannabisabstinenz innerhalb der letzten 90 Tage – Nachbeobachtungszeitpunkt 1 Monat nach Interventionsende												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [52]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	nicht schwerwiegend	keine	30/132	5/137	3,6	7,76 [2,91; 20,72]	19 [11; 27]	moderat
Symptomreduktion oder Remission als Indexwert der cannabisbedingten Störungen nach ICD-10, DSM-IV oder DSM-5 (wichtiger Endpunkt)												
Anteil der Patienten mit Cannabisabstinenz oder Symptombefreiheit trotz Konsum innerhalb der letzten 90 Tage – Nachbeobachtungszeitpunkt 1 Monat nach Interventionsende												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [52]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	nicht schwerwiegend	keine	40/132	10/137	7,3	5,52 [2,63; 11,61]	23 [14; 32]	moderat
a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie. b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden. c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen. d. Die Verblindung und die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat. C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz												

Tabelle 25: Evidenzprofile zum Vergleich MET/KVT + Case Management vs. Wartekontrollgruppe, Häufigkeit und Menge des Cannabiskonsums sowie anderer Substanzkonsum – stetige Daten zum Substanzkonsum

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 der Tage mit Cannabiskonsum – Nachbeobachtungszeitpunkt 1 Monat nach Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [52]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	133; 137	-39,42 [-47,79; -31,05]	— ^d	moderat
Menge des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)										
Joints pro Tag – Nachbeobachtungszeitpunkt 1 Monat nach Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [52]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	schwer-wiegend ^c	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	133; 137	-1,03 [-1,47; -0,59]	— ^d	niedrig
Anderer Substanzkonsum (wichtiger Endpunkt)										
Gesamtanzahl alkoholische Getränke – Nachbeobachtungszeitpunkt 1 Monat nach Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [52]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	133; 137	-8,11 [-24,18; 7,96]	-0,12 [-0,36; 0,12]	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 Verblindung und die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat.										
d. nicht erforderlich, da Effektschätzer der Mittelwertdifferenzen statistisch signifikant										
e. Es wurde keine Mengenangabe erfasst, sondern eine Häufigkeit pro Tag.										
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie										

Tabelle 26: Evidenzprofile zum Vergleich MET/KVT + Case Management vs. Wartekontrollgruppe – stetige Daten zur Verbesserung cannabisbedingter Probleme sowie zu psychischen Problemen

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]	
Verbesserung cannabisbedingter Probleme (kritischer Endpunkt)										
MPS – Nachbeobachtungszeitpunkt 1 Monat nach Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [52]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	133; 137	-1,75 [-2,8; -0,7]	- ^d	moderat
Psychische Probleme (wichtiger Endpunkt)										
BDI – Nachbeobachtungszeitpunkt 1 Monat nach Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [52]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	133; 137	-0,16 [-1,9; 1,58]	-0,02 [-0,26; 0,22]	moderat
STAI-S – Nachbeobachtungszeitpunkt 1 Monat nach Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [52]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	133; 137	-2,15 [-4,71; 0,41]	-0,2 [-0,44; 0,04]	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 Verblindung und die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat.										
d. nicht erforderlich, da Effektschätzer der Mittelwertdifferenzen statistisch signifikant										
BDI: Beck Depression Inventory; C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; MPS: Marijuana Problem Scale; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; STAI-S: State-Trait Anxiety Inventory, State Version										

5.4.3 Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen – Interventionen mit MET und / oder KVT und / oder KM versus keine zusätzliche Behandlung

5.4.3.1 Ergebnisse zum Vergleich KVT versus keine zusätzliche Behandlung

Tabelle 27: Evidenzprofil für den Vergleich KVT vs. keine zusätzliche Behandlung, Häufigkeit des Cannabiskonsums – 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)										
Anteil der Tage mit Cannabiskonsum – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [39]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^d	keine	27; 25	17,4 [-3,55; 38,35]	0,46 [-0,10; 1,01]	niedrig
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 Verdeckung der Gruppenzuteilung war unklar und die Verblindung sowie die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat.										
d. 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.										
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie										

5.4.3.2 Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT versus keine zusätzliche Behandlung

Tabelle 28: Evidenzprofile zum Vergleich MET/KVT vs. keine zusätzliche Behandlung, Cannabisabstinenz sowie Symptomreduktion/Remission – binäre Daten (mehrseitige Tabelle)

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis/Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko ^a	Effekt		Qualität der Evidenz
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikationsbias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD [95 %-KI]	
Cannabisabstinenz (kritischer Endpunkt)												
Anteil der Patienten mit Cannabisabstinenz innerhalb der letzten 90 Tage – Interventionsende												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 2 [34,46]	schwerwiegend ^d	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	schwerwiegend ^e	keine	24/89	23/80	31	0,95 [0,48; 1,90]	−1 [−13; 15]	niedrig
Anteil der Patienten mit Cannabisabstinenz innerhalb der letzten 90 Tage – Nachbeobachtungszeitpunkt 12 Monate nach Interventionsende												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 2 [34,46]	schwerwiegend ^f	nicht schwerwiegend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	nicht schwerwiegend	keine	27/89	11/80	14	2,80 [1,28; 6,13]	18 [3; 36]	moderat
Symptomreduktion oder Remission als Indexwert der cannabisbedingten Störungen nach ICD-10, DSM-IV oder DSM-5 (wichtiger Endpunkt)												
Anteil der Patienten mit Cannabisabstinenz oder Symptommfreiheit trotz Konsum innerhalb der letzten 90 Tage – Interventionsende												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [34]	schwerwiegend ^f	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	sehr schwerwiegend ^g	keine	14/30	12/30	40	1,31 [0,47; 3,65]	7 [−17; 30]	sehr niedrig

Tabelle 28: Evidenzprofile zum Vergleich MET/KVT vs. keine zusätzliche Behandlung, Cannabisabstinenz sowie Symptomreduktion/Remission – binäre Daten (mehrseitige Tabelle)

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis/Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko ^a	Effekt		Qualität der Evidenz
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikationsbias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD [95 %-KI]	
Anteil der Patienten mit Cannabisabstinenz oder Symptomfreiheit trotz Konsum innerhalb der letzten 90 Tage – Nachbeobachtungszeitpunkt 12 Monate nach Interventionsende												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [34]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	sehr schwer-wiegend ^h	keine	11/30	8/30	26,7	1,59 [0,53; 4,77]	10 [−13; 32]	sehr niedrig
a. (Medianes) Basisrisiko der Vergleichsgruppe(n) der eingeschlossenen Studie(n).												
b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.												
c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.												
d. Bei beiden Studien war die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar und die Verblindung war nicht adäquat. Bei Budney 2006 war zudem die Umsetzung des ITT-Prinzips nicht adäquat.												
e. Das 95 %-KI des Odds Ratio überdeckt 0,5 und 1. Somit kann weder eine Halbierung des Effektes zuungunsten noch ein Effekt zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.												
f. Bei allen jeweils angegebenen Studien war die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar und die Verblindung und die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat.												
g. 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.												
h. Das 95 %-KI des Odds Ratio liegt knapp an 0,5 und überdeckt 2. Somit kann weder (nahezu) eine Halbierung des Effektes zugunsten noch eine Verdopplung des Effektes zuungunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.												
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz												

MET/KVT + Abstinenz-KM vs. Abstinenz-KM - Interventionsende

Cannabisabstinenz

Modell mit festem Effekt - Mantel-Haenszel

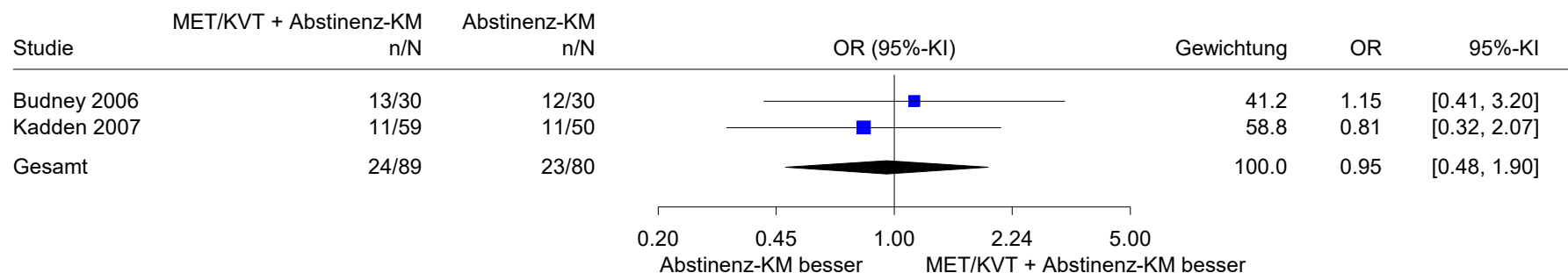
Heterogenität: $Q=0.24$, $df=1$, $p=0.627$, $I^2=0\%$ Gesamteffekt: Z-Score=-0.14, $p=0.885$

Abbildung 5: Metaanalyse, MET/KVT vs. keine zusätzliche Behandlung, Cannabisabstinenz – Interventionsende; Effektmaß: OR

MET/KVT + Abstinenz-KM vs. Abstinenz-KM - Nachbeobachtung

Cannabisabstinenz

Modell mit festem Effekt - Mantel-Haenszel

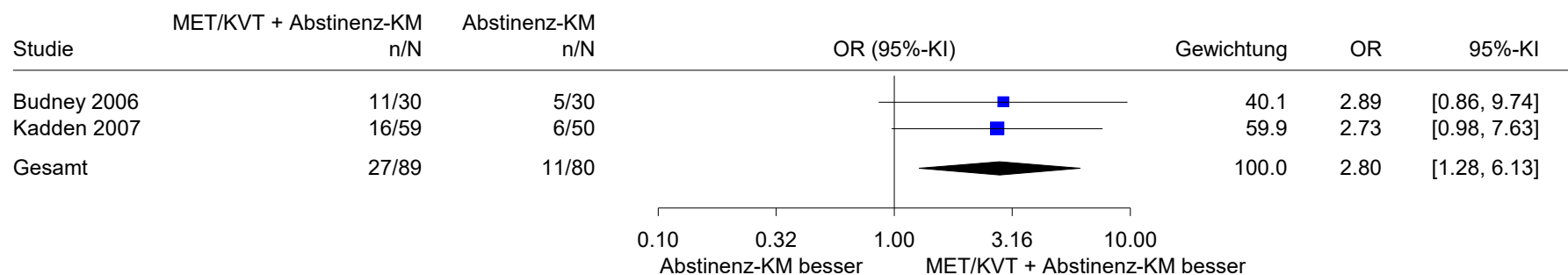
Heterogenität: $Q=0.01$, $df=1$, $p=0.942$, $I^2=0\%$ Gesamteffekt: Z-Score=2.57, $p=0.010$

Abbildung 6: Metaanalyse, MET/KVT vs. keine zusätzliche Behandlung, Cannabisabstinenz – 1 Jahr nach Interventionsende; Effektmaß: OR

Tabelle 29: Evidenzprofile für den Vergleich MET/KVT vs. keine zusätzliche Behandlung, Häufigkeit und Menge des Cannabiskonsums sowie Verbesserung cannabisbedingter Probleme – 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 der Tage mit Cannabiskonsum – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [34]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^d	keine	30; 30	-1,6 [-6,46; 3,26]	-0,17 [-0,67; 0,34]	niedrig
Anteil der Tage mit Cannabiskonsum – Nachbeobachtungszeitpunkt 12 Monate nach Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [34]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^d	keine	30; 30	-5,6 [-12,71; 1,51]	-0,40 [-0,91; 0,11]	niedrig
Menge des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)										
Anzahl der Konsumzeitpunkte pro Tag – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [34]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	schwer-wiegend ^f	unentdeckt	schwer-wiegend ^g	keine	30; 30	0,1 [-1,33; 1,53]	0,04 [-0,47; 0,54]	sehr niedrig

Tabelle 29: Evidenzprofile für den Vergleich MET/KVT vs. keine zusätzliche Behandlung, Häufigkeit und Menge des Cannabiskonsums sowie Verbesserung cannabisbedingter Probleme – 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]	
Verbesserung cannabisbedingter Probleme (kritischer Endpunkt)										
MPS – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [34]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^d	keine	30; 30	-0,5 [-2,93; 1,93]	-0,1 [-0,61; 0,4]	niedrig
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 Verdeckung der Gruppenzuteilung war unklar und die Verblindung war nicht adäquat.										
d. 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.										
e. Die Verdeckung der Gruppenzuteilung war unklar und die Verblindung und die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat.										
f. Es wurde keine Mengenangabe erfasst, sondern eine Häufigkeit pro Tag.										
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.										
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; MPS: Marijuana Problem Scale; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie										

5.4.3.3 Ergebnisse zum Vergleich abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement versus keine zusätzliche Behandlung

Tabelle 30: Evidenzprofile zum Vergleich KM_{Abs} vs. keine zusätzliche Behandlung, Cannabisabstinenz – binäre Daten

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis/Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko ^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 [95 %-KI]		
Cannabisabstinenz (kritischer Endpunkt)													
Anteil der Patienten mit Cannabisabstinenz – Interventionsende													
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.													
RCT; 3 [33,46,51]	schwer-wiegend ^d	nicht schwer-wiegend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^e	keine	42/171	23/165	11	1,97 [0,79; 4,94]	9 [-2; 27]	niedrig	
Anteil der Patienten mit Cannabisabstinenz – Nachbeobachtungszeitpunkt 12 Monate nach Interventionsende													
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.													
RCT; 3 [46,51]	schwer-wiegend ^f	nicht schwer-wiegend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	sehr schwer-wiegend ^g	keine	44/151	39/145	20	1,15 [0,28; 4,61]	2 [-13; 34]	sehr niedrig	
a. Medianes Basisrisiko der Vergleichsgruppen der eingeschlossenen Studien.													
b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.													
c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.													
d. Bei allen 3 Studien war die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar und die Verblindung nicht adäquat. Bei Budney 2000 und Kadden 2007 war die Umsetzung des ITT-Prinzips nicht adäquat.													
e. Das 95 %-KI des Odds Ratio überdeckt 1 und 2. Somit kann weder eine Verdopplung des Effektes zugunsten noch ein Effekt zuungunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.													
f. Bei allen 3 Studien war die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar. Weiterhin waren die Verblindung und die Umsetzung des ITT-Prinzips nicht adäquat.													
g. 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.													
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KM _{Abs} : abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz													

Abstinenz-KM + Therapie vs. Therapie - Interventionsende

Cannabisabstinenz

Modell mit zufälligen Effekten - Knapp und Hartung

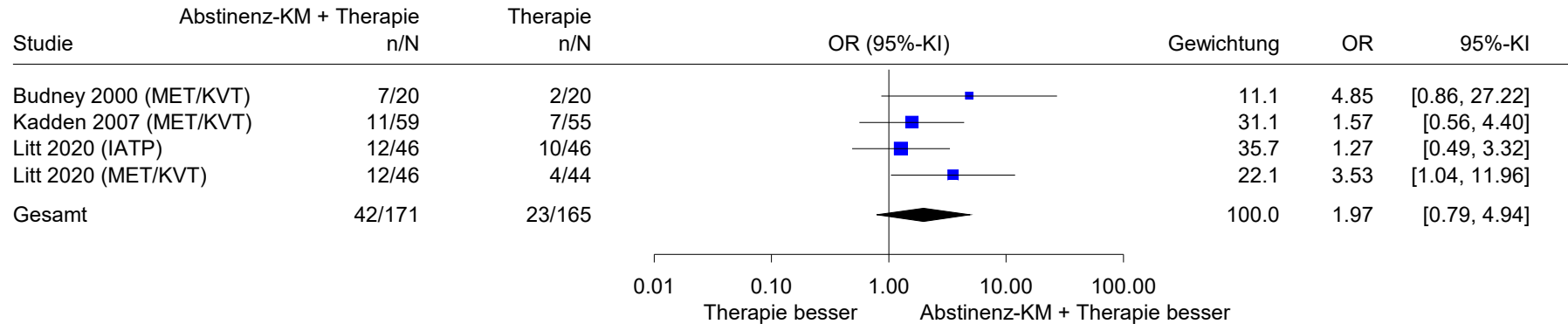
Heterogenität: $Q=2.91$, $df=3$, $p=0.405$, $I^2=0\%$ Gesamteffekt: Z-Score=2.36, $p=0.100$, Tau(Paule-Mandel)=0

Abbildung 7: Metaanalyse, abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement vs. keine zusätzliche Behandlung, Cannabisabstinenz – Interventionsende; Effektmaß: OR

Abstinenz-KM + Therapie vs. Therapie - Nachbeobachtung

Cannabisabstinenz

Modell mit zufälligen Effekten - Knapp und Hartung

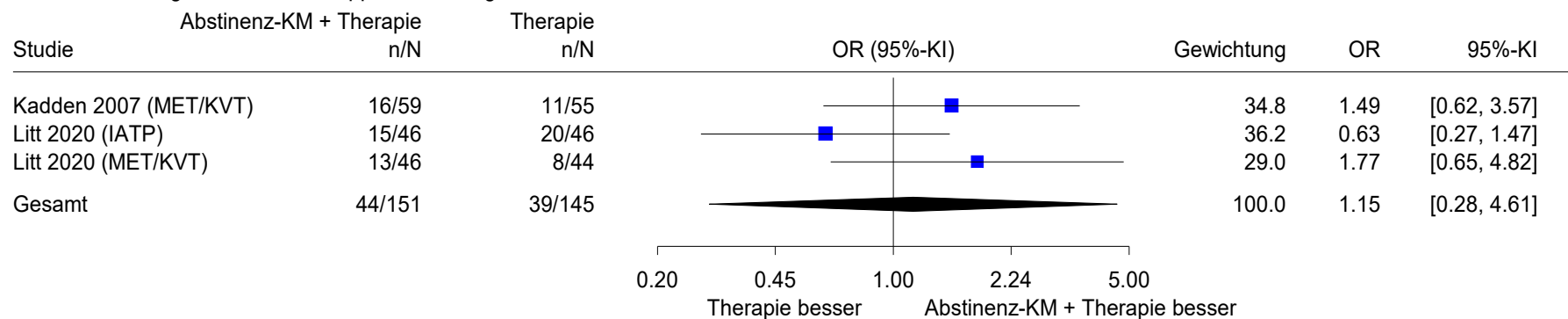
Heterogenität: $Q=2.99$, $df=2$, $p=0.224$, $I^2=33.1\%$ Gesamteffekt: Z-Score=0.42, $p=0.715$, Tau(Paule-Mandel)=0.318

Abbildung 8: Metaanalyse, abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement vs. keine zusätzliche Behandlung, Cannabisabstinenz – 1 Jahr nach Interventionsende; Effektmaß: OR

Tabelle 31: Evidenzprofile für den Vergleich KM_{Abs} vs. keine zusätzliche Behandlung, Häufigkeit des Cannabiskonsums, Verbesserung cannabisbedingter Probleme, Aufhör- und Veränderungsmotivation sowie psychische Probleme – 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 der Tage mit Cannabiskonsum – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 2 [33,51]	schwer-wiegend ^c	nicht schwer-wiegend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	sehr schwer-wiegend ^d	keine	112; 110	-6,31 [-34,77; 22,14]	-0,16 [-0,87; 0,55]	sehr niedrig
Anteil der Tage mit Cannabiskonsum – Nachbeobachtungszeitpunkt 12 Monate nach Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 ^e [51]	schwer-wiegend ^f	nicht schwer-wiegend ^e	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	92; 90	-2,00 [-15,72; 11,72]	-0,04 [-0,33; 0,25]	moderat
Verbesserung cannabisbedingter Probleme (kritischer Endpunkt)										
MCQ – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [33]	schwer-wiegend ^g	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^h	keine	20; 20	1,8 [-0,55; 4,15]	0,48 [-0,15; 1,11]	niedrig
Aufhör- und Veränderungsmotivation (wichtiger Endpunkt)										
URICA – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [33]	schwer-wiegend ^g	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	sehr schwer-wiegend ^d	keine	20; 20	-0,1 [-1,55; 1,35]	-0,04 [-0,66; 0,58]	sehr niedrig
Psychische Probleme (wichtiger Endpunkt)										
BSI – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										

Tabelle 31: Evidenzprofile für den Vergleich KM_{Abs} vs. keine zusätzliche Behandlung, Häufigkeit des Cannabiskonsums, Verbesserung cannabisbedingter Probleme, Aufhör- und Veränderungsmotivation sowie psychische Probleme – 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]	
RCT; 1 [33]	schwer-wiegend ^e	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^h	keine	20; 20	3,5 [-3,99; 10,99]	0,29 [-0,33; 0,92]	niedrig

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. Bei beiden Studien war die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar und die Verblindung nicht adäquat. Bei Budney 2000 war die Umsetzung des ITT-Prinzips unklar.

d. Das 95 %-KI des Hedges' g umfasst sowohl -0,5 als auch 0,5. Somit können weder große Effekte zuungunsten noch große Effekte zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.

e. 1 RCT mit 2 Vergleichen: KM-Abst + MET/KVT vs. MET/KVT und KM-Abst + IATP vs. IATP

f. Die Verdeckung der Gruppenzuteilung war unklar und die Verblindung nicht adäquat. Beim Vergleich KM-Abst + MET/KVT vs. MET/KVT war die Umsetzung des ITT-Prinzips nicht adäquat.

g. Die Verdeckung der Gruppenzuteilung sowie die Umsetzung des ITT-Prinzips waren unklar und die Verblindung war nicht adäquat.

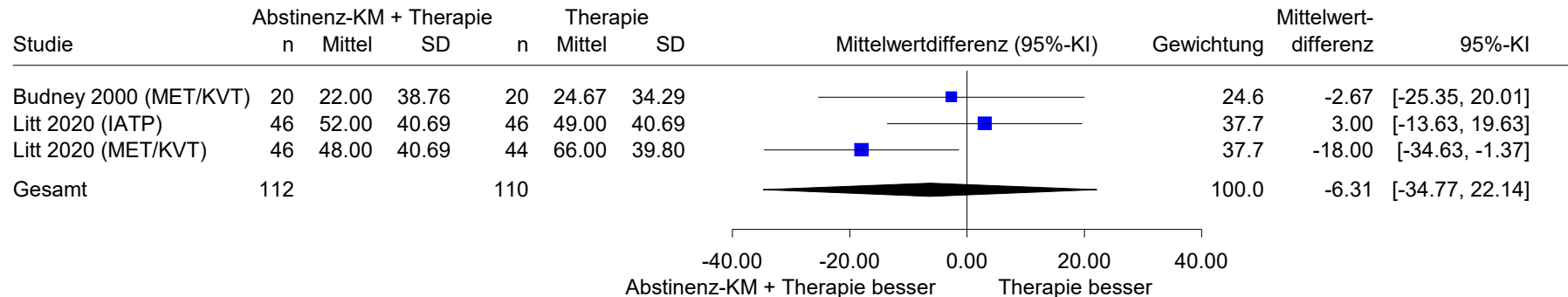
h. Das 95 %-KI des Hedges' g umfasst sowohl 0 als auch 0,5. Somit können weder große Effekte zuungunsten noch Effekte zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.

BSI: Brief Symptom Inventory; C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; IATP: Individualized Assessment and Treatment Program (individualisierte MET/KVT); ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KM_{Abs}: abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MCQ: Marijuana Consequences Questionnaire; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; URICA: University of Rhode Island Change Assessment

Abstinenz-KM + Therapie vs. Therapie - Interventionsende

Häufigkeit des Cannabiskonsums

Modell mit zufälligen Effekten - Knapp und Hartung



Heterogenität: $Q=3.20$, $df=2$, $p=0.202$, $I^2=37.5\%$

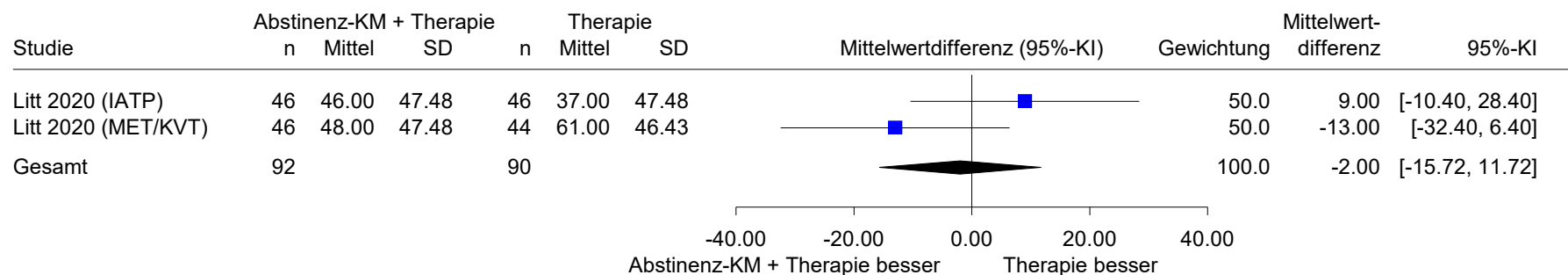
Gesamteffekt: Z-Score=-0.95, $p=0.441$, Tau(Paule-Mandel)=6.633

Abbildung 9: Metaanalyse, abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement vs. keine zusätzliche Behandlung, Häufigkeit des Cannabiskonsums – Interventionsende; Effektmaß: MWD

Abstinenz-KM + Therapie vs. Therapie - Nachbeobachtung

Häufigkeit des Cannabiskonsums

Modell mit festem Effekt - Inverse Varianz



Heterogenität: $Q=2.47$, $df=1$, $p=0.116$, $I^2=59.5\%$

Gesamteffekt: Z-Score=-0.29, $p=0.775$

Abbildung 10: Metaanalyse, abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement vs. keine zusätzliche Behandlung, Häufigkeit des Cannabiskonsums – 1 Jahr nach Interventionsende; Effektmaß: MWD

5.4.3.4 Ergebnisse zum Vergleich adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement versus keine zusätzliche Behandlung

Tabelle 32: Evidenzprofile für den Vergleich KM_{Adh} vs. keine zusätzliche Behandlung, Häufigkeit des Cannabiskonsums – 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)										
Anteil der Tage mit Cannabiskonsum – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [58]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	37; 28	4,89 [0,08; 9,70]	– ^d	moderat
Anteil der Tage mit Cannabiskonsum – Nachbeobachtungszeitpunkt 1 Monat nach Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [58]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^e	keine	37; 28	2,13 [–2,70; 6,96]	0,22 [–0,27; 0,71]	niedrig
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 Randomisierung sowie die Verdeckung der Gruppenzuteilung waren unklar und die Verblindung sowie die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat.										
d. nicht erforderlich, da Effektschätzer der Mittelwertdifferenzen statistisch signifikant										
e. 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.										
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KM _{Adh} : adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie										

5.4.3.5 Ergebnisse zum Vergleich abstinenz- / adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement versus keine zusätzliche Behandlung

Tabelle 33: Evidenzprofile zum Vergleich KM_{Abs} / Adh vs. keine zusätzliche Behandlung, Cannabisabstinenz – binäre Daten

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis/Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko ^a	Effekt		Qualität der Evidenz
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikationsbias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD [95 %-KI]	
Cannabisabstinenz (kritischer Endpunkt)												
Anteil der Patienten mit Abstinenz innerhalb der letzten 28 Tage mittels TLFB – Nachbeobachtungszeitpunkt 6 Monate nach Interventionsende												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [35]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	schwerwiegend ^e	keine	9/27	15/27	56	0,40 [0,13;1,21]	−22 [−48; 4]	niedrig
Anteil der Patienten mit Abstinenz innerhalb der letzten 14 Tage mittels Urinprobe – Nachbeobachtungszeitpunkt 6 Monate nach Interventionsende												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [35]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	sehr schwerwiegend ^f	keine	12/27	14/27	52	0,74 [0,25; 2,17]	−7 [−34; 19]	sehr niedrig
a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie. b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden. c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen. d. Die Randomisierung sowie die Verdeckung der Gruppenzuteilung waren unklar und die Verblindung sowie die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat. e. Das 95 %-KI des Odds Ratio überdeckt 0,5 und 1. Somit kann weder eine Halbierung des Effektes zuungunsten noch ein Effekt zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden. 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.												
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KM _{Abs/Adh} : abstinenz- und adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz; TLFB: Timeline follow-back (Fragebogen)												

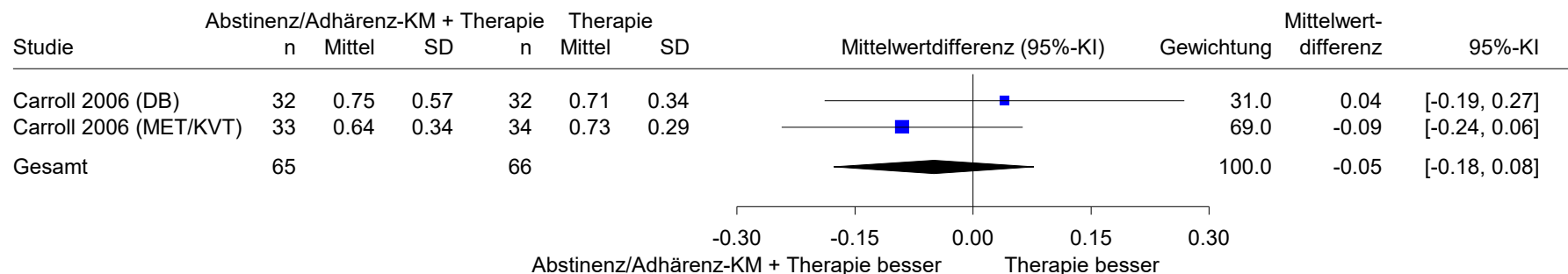
Tabelle 34: Evidenzprofil für den Vergleich $KM_{Abs/Adh}$ vs. keine zusätzliche Behandlung, Häufigkeit des Cannabiskonsums – stetige Daten

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)										
Anteil der Tage mit Cannabiskonsum – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [35]	schwer-wiegend ^d	nicht schwer-wiegend ^c	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	65; 66	-0,05 [-0,18; 0,08]	-0,10 [-0,44; 0,24]	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. 1 RCT mit 2 Vergleichen: KM _{Abs/Adh} + MET/KVT vs. MET/KVT und KM _{Abs/Adh} + Drogenberatung vs. Drogenberatung										
d. Die Randomisierung sowie die Verdeckung der Gruppenzuteilung waren unklar und die Verblindung war nicht adäquat.										
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KM _{Abs/Adh} : abstinenz- und adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie										

Abstinenz/Adhärenz-KM + Therapie vs. Therapie - Interventionsende

Häufigkeit des Cannabiskonsums

Modell mit festem Effekt - Inverse Varianz



Heterogenität: $Q=0.86$, $df=1$, $p=0.354$, $I^2=0\%$

Gesamteffekt: Z-Score=-0.77, $p=0.443$

Abbildung 11: Metaanalyse, abstinenz- und adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement vs. keine zusätzliche Behandlung, Häufigkeit des Cannabiskonsums – Interventionsende; Effektmaß: MWD

5.4.4 Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen – Vergleiche verschiedener aktiver Interventionen

5.4.4.1 Ergebnisse zum Vergleich kurze MET versus KVT plus soziale Unterstützung

Tabelle 35: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. KVT + soziale Unterstützung, Cannabisabstinenz – 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
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 der Patienten mit Cannabisabstinenz innerhalb der letzten 90 Tage – Nachbeobachtungszeitpunkt 4 Monate nach Randomisierung												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [59]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	nicht schwerwiegend	keine	28/75	35/95	37	1,02 [0,55; 1,91]	0 [−14; 15]	moderat
Anteil der Patienten mit Cannabisabstinenz innerhalb der letzten 90 Tage – Nachbeobachtungszeitpunkt 16 Monate nach Randomisierung												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [59]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	schwerwiegend ^e	keine	22/80	30/103	29	0,92 [0,48; 1,77]	−2 [−15; 12]	niedrig
a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie. b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden. c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen. d. Die Randomisierung und die Verdeckung der Gruppenzuteilung waren unklar und die Verblindung und die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat. e. Das 95 %-KI des Odds Ratio überdeckt 0,5 und 1. Somit kann weder eine Halbierung des Effektes zuungunsten noch ein Effekt zugunsten der Prüflintervention ausgeschlossen werden.												
C: Vergleichsgruppe; I: Prüflinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz												

Tabelle 36: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. KVT + soziale Unterstützung, Häufigkeit und Menge des Cannabiskonsums sowie Verbesserung cannabisbedingter Probleme – 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 der Tage mit Cannabiskonsum – Nachbeobachtungszeitpunkt 4 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [59]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	75; 95	4 [−6,54; 14,54]	0,12 [−0,19; 0,42]	moderat
Anteil der Tage mit Cannabiskonsum – Nachbeobachtungszeitpunkt 16 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [59]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	80; 103	2,33 [−9,46; 14,12]	0,06 [−0,23; 0,35]	moderat
Menge des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)										
Anzahl der Konsumzeitpunkte pro Tag [4-Punkte-Skala] ^d – Nachbeobachtungszeitpunkt 4 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [59]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	schwer-wiegend ^c	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	75; 95	0,04 [−0,31; 0,39]	0,04 [−0,27; 0,34]	niedrig
Anzahl der Konsumzeitpunkte pro Tag [4-Punkte-Skala] ^d – Nachbeobachtungszeitpunkt 16 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [59]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	schwer-wiegend ^c	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	80; 103	0,02 [−0,32; 0,36]	0,02 [−0,28; 0,31]	niedrig

Tabelle 36: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. KVT + soziale Unterstützung, Häufigkeit und Menge des Cannabiskonsums sowie Verbesserung cannabisbedingter Probleme – 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]	
Verbesserung cannabisbedingter Probleme (kritischer Endpunkt)										
MPS – Nachbeobachtungszeitpunkt 4 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [59]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	75; 95	-0,24 [-1,5; 1,02]	-0,06 [-0,36; 0,24]	moderat
MPS – Nachbeobachtungszeitpunkt 16 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [59]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	80; 103	0,5 [-0,93; 1,93]	0,1 [-0,19; 0,39]	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 Randomisierung und die Verdeckung der Gruppenzuteilung waren unklar und die Verblindung und die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat. d. 0 = kein Konsum, 1 = 1-mal Konsum pro Tag, 2 = 2- bis 3-mal Konsum pro Tag, 3 = 4- bis 5-mal Konsum pro Tag und 4 = 6-mal und öfter Konsum pro Tag e. Es wurde keine Mengenangabe erfasst, sondern eine Häufigkeit pro Tag. C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; MPS: Marijuana Problem Scale; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie										

5.4.4.2 Ergebnisse zum Vergleich kurze MET versus MET-KVT plus Case Management

Tabelle 37: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. MET/KVT + Case Management, Cannabisabstinenz sowie Symptomreduktion/Remission – binäre Daten (mehrseitige Tabelle)

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis/Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko ^a	Effekt		Qualität der Evidenz
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikationsbias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD [95 %-KI]	
Cannabisabstinenz (kritischer Endpunkt)												
Anteil der Patienten mit Cannabisabstinenz innerhalb der letzten 90 Tage – Nachbeobachtungszeitpunkt 4 Monate nach Randomisierung												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [52]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	nicht schwerwiegend	keine	11/127	30/132	23	0,32 [0,15; 0,68]	−14 [−23; −5]	moderat
Anteil der Patienten mit Cannabisabstinenz innerhalb der letzten 90 Tage – Nachbeobachtungszeitpunkt 9 Monate nach Randomisierung												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [52]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	schwerwiegend ^e	keine	12/125	21/137	15	0,59 [0,28; 1,25]	−6 [−14; 2]	niedrig

Tabelle 37: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. MET/KVT + Case Management, Cannabisabstinenz sowie Symptomreduktion/Remission – binäre Daten (mehrseitige Tabelle)

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis/Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko ^a	Effekt		Qualität der Evidenz
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikationsbias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD [95 %-KI]	
Symptomreduktion oder Remission als Indexwert der cannabisbedingten Störungen nach ICD-10, DSM-IV oder DSM-5 (wichtiger Endpunkt)												
Anteil der Patienten mit Cannabisabstinenz oder Symptommfreiheit trotz Konsum innerhalb der letzten 90 Tage – Nachbeobachtungszeitpunkt 4 Monate nach Randomisierung												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [52]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	nicht schwerwiegend	keine	22/127	40/132	30	0,48 [0,27; 0,87]	−13 [−23; −3]	moderat
Anteil der Patienten mit Cannabisabstinenz oder Symptommfreiheit trotz Konsum innerhalb der letzten 90 Tage – Nachbeobachtungszeitpunkt 9 Monate nach Randomisierung												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [52]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	schwerwiegend ^e	keine	19/125	34/137	25	0,54 [0,29; 1,01]	−10 [−19; 0]	niedrig
a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie.												
b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.												
c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.												
d. Die Verblindung und die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat.												
e. Das 95 %-KI des Odds Ratio überdeckt 0,5 und 1. Somit kann weder eine Halbierung des Effektes zuungunsten noch ein Effekt zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.												
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz												

Tabelle 38: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. MET/KVT + Case Management, Häufigkeit und Menge des Cannabiskonsums sowie anderer Substanzkonsum – 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 der Tage mit Cannabiskonsum – Nachbeobachtungszeitpunkt 4 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [52]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	128; 133	19,69 [10,53; 28,85]	– ^d	moderat
Anteil der Tage mit Cannabiskonsum – Nachbeobachtungszeitpunkt 9 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [52]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	120; 126	15,89 [6,56; 25,22]	– ^d	moderat
Menge des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)										
Joints pro Tag – Nachbeobachtungszeitpunkt 4 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [52]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	128; 133	0,50 [0,09; 0,91]	– ^d	moderat
Joints pro Tag – Nachbeobachtungszeitpunkt 9 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [52]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	120; 126	0,11 [–0,50; 0,72]	0,05 [–0,20; 0,30]	moderat

Tabelle 38: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. MET/KVT + Case Management, Häufigkeit und Menge des Cannabiskonsums sowie anderer Substanzkonsum – 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]		
Anderer Substanzkonsum (wichtiger Endpunkt)											
Gesamtanzahl alkoholische Getränke pro Tag – Nachbeobachtungszeitpunkt 4 Monate nach Randomisierung											
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.											
RCT; 1 [52]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	128; 133	11,19 [−6,38; 28,76]	0,15 [−0,09; 0,40]	moderat	
Gesamtanzahl alkoholische Getränke pro Tag – Nachbeobachtungszeitpunkt 9 Monate nach Randomisierung											
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.											
RCT; 1 [52]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	120; 126	−0,56 [−23,99; 22,87]	−0,01 [−0,26; 0,24]	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 Verblindung und die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat.											
d. nicht erforderlich, da Effektschätzer der Mittelwertdifferenzen statistisch signifikant											
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie											

Tabelle 39: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. MET/KVT + Case Management, Verbesserung cannabisbedingter Probleme sowie psychische Probleme – 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]	
Verbesserung cannabisbedingter Probleme (kritischer Endpunkt)										
MPS – Nachbeobachtungszeitpunkt 4 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [52]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	128; 133	2,33 [1,24; 3,42]	— ^d	moderat
MPS – Nachbeobachtungszeitpunkt 9 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [52]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	120; 126	1,79 [0,72; 2,86]	— ^d	moderat
Psychische Probleme (wichtiger Endpunkt)										
BDI – Nachbeobachtungszeitpunkt 4 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [52]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	128; 133	2,64 [0,66; 4,62]	— ^d	moderat
BDI – Nachbeobachtungszeitpunkt 9 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [52]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	120; 126	2,82 [0,60; 5,04]	— ^d	moderat
STAI-S – Nachbeobachtungszeitpunkt 4 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [52]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	128; 133	4,15 [1,50; 6,80]	— ^d	moderat

Tabelle 39: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. MET/KVT + Case Management, Verbesserung cannabisbedingter Probleme sowie psychische Probleme – 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]	
STAI-S – Nachbeobachtungszeitpunkt 9 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [52]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	120; 126	5,24 [2,23; 8,25]	— ^d	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 Verblindung und die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat.										
d. nicht erforderlich, da Effektschätzer der Mittelwertdifferenzen statistisch signifikant										
BDI: Beck Depression Inventory; C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; MPS: Marijuana Problem Scale; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; STAI-S: State Trait Anxiety Inventory, State Version										

5.4.4.3 Ergebnisse zum Vergleich kurze MET versus Psychoedukation

Tabelle 40: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. Psychoedukation, Häufigkeit und Menge des Cannabiskonsums – 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 der Tage mit Cannabiskonsum – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [62]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	62; 62	−10,00 [−19,60;−0,40]	− ^d	moderat
Anteil der Tage mit Cannabiskonsum – Nachbeobachtungszeitpunkt 10,5 Monate nach Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [62]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	62; 62	−13,29 [−24,48;−2,09]	− ^d	moderat
Menge des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)										
Anzahl der Konsumerperioden pro Tag [1 Periode = 6 Stunden] – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [62]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	schwer-wiegend ^f	unentdeckt	schwer-wiegend ^g	keine	62; 62	−0,24 [−0,55; 0,07]	−0,28 [−0,63; 0,08]	sehr niedrig
Anzahl der Konsumerperioden pro Tag [1 Periode = 6 Stunden] – Nachbeobachtungszeitpunkt 10,5 Monate nach Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [62]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	schwer-wiegend ^f	unentdeckt	schwer-wiegend ^g	keine	62; 62	−0,18 [−0,52; 0,16]	−0,19 [−0,54; 0,16]	sehr niedrig

Tabelle 40: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. Psychoedukation, Häufigkeit und Menge des Cannabiskonsums – 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]	
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 Verdeckung der Gruppenzuteilung war unklar und die Verblindung war nicht adäquat. d. nicht erforderlich, da Effektschätzer der Mittelwertdifferenzen statistisch signifikant e. Die Verdeckung der Gruppenzuteilung war unklar und die Verblindung sowie die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat. f. Es wurde keine Mengenangabe erfasst, sondern eine Häufigkeit pro Tag. g. Das 95 %-KI des Hedges' g umfasst sowohl -0,5 als auch 0. Somit können weder große Effekte zugunsten noch Effekte zuungunsten der Prüflntervention ausgeschlossen werden. C: Vergleichsgruppe; I: Prüflnterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie										

Tabelle 41: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. Psychoedukation, Verbesserung cannabisbedingter Probleme – 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]	
Verbesserung cannabisbedingter Probleme (kritischer Endpunkt)										
MPS – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [62]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	62; 62	-1,33 [-2,48; -0,18]	– ^d	moderat
MPS – Nachbeobachtungszeitpunkt 10,5 Monate nach Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [62]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	62; 62	-1,26 [-2,38; -0,14]	– ^d	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 Verdeckung der Gruppenzuteilung war unklar und die Verblindung war nicht adäquat.										
d. nicht erforderlich, da Effektschätzer der Mittelwertdifferenzen statistisch signifikant										
e. Die Verdeckung der Gruppenzuteilung war unklar und die Verblindung sowie die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat.										
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; MPS: Marijuana Problem Scale; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie										

5.4.4.4 Ergebnisse zum Vergleich kurze MET vs. lange MET

Tabelle 42: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. lange MET, Häufigkeit und Menge des Cannabiskonsums – 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 der Tage mit Cannabiskonsum – Nachbeobachtungszeitpunkt 3 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [64]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	93; 93	4,00 [−5,61; 13,61]	0,12 [−0,17; 0,41]	moderat
Anteil der Tage mit Cannabiskonsum – Nachbeobachtungszeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [64]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	93; 93	−2,71 [−12,99; 7,56]	−0,08 [−0,36; 0,21]	moderat
Menge des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)										
Anzahl der Konsumerperioden pro Tag [1 Periode = 6 Stunden] – Nachbeobachtungszeitpunkt 3 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [64]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	schwer-wiegend ^d	unentdeckt	schwer-wiegend ^e	keine	93; 93	0,22 [−0,03; 0,47]	0,25 [−0,03; 0,54]	sehr niedrig
Anzahl der Konsumerperioden pro Tag [1 Periode = 6 Stunden] – Nachbeobachtungszeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [64]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	schwer-wiegend ^d	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	93; 93	0,16 [−0,10; 0,42]	0,18 [−0,11; 0,47]	niedrig

Tabelle 42: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. lange MET, Häufigkeit und Menge des Cannabiskonsums – 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]	
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 Verdeckung der Gruppenzuteilung war unklar und die Verblindung war nicht adäquat. d. Es wurde keine Mengenangabe erfasst, sondern eine Häufigkeit pro Tag. e. 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. C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie										

Tabelle 43: Evidenzprofile zum Vergleich kurze MET vs. lange MET, Verbesserung cannabisbedingter Probleme – 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]	
Verbesserung cannabisbedingter Probleme (kritischer Endpunkt)										
MPS – Nachbeobachtungszeitpunkt 3 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [64]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	93; 93	0,95 [−0,72; 2,62]	0,16 [−0,12; 0,45]	moderat
MPS – Nachbeobachtungszeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [64]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	93; 93	0,45 [−1,21; 2,11]	0,08 [−0,21; 0,37]	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 Verdeckung der Gruppenzuteilung war unklar und die Verblindung war nicht adäquat.										
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; MPS: Marijuana Problem Scale; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie										

5.4.4.5 Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT versus lange MET

Tabelle 44: Evidenzprofil zum Vergleich MET/KVT vs. lange MET, Cannabisabstinenz – binäre Daten

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis/Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko ^a	Effekt		Qualität der Evidenz
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD [95 %-KI]	
Cannabisabstinenz (kritischer Endpunkt)												
Anteil der Patienten mit Cannabisabstinenz innerhalb der letzten 30 Tage (TLFB) und einer negativen Urinprobe innerhalb der letzten Woche – Interventionsende												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [33]	schwer-wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	sehr schwer-wiegend ^e	keine	2/20	1/20	5	2,11 [0,18; 25,35]	5 [−11; 21]	sehr niedrig
a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie. b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden. c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen. d. Die Verdeckung der Gruppenzuteilung war unklar und die Verblindung sowie die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat. e. 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.												
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz; TLFB: Timeline follow-back (Fragebogen)												

Tabelle 45: Evidenzprofile für den Vergleich MET/KVT vs. lange MET, Häufigkeit des Cannabiskonsums, Verbesserung cannabisbedingter Probleme, Aufhör- und Veränderungsmotivation sowie psychische Probleme – 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 der Tage mit Cannabiskonsum – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [33]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^d	keine	20; 20	–18,67 [–39,68; 2,35]	–0,56 [–1,19; 0,08]	niedrig
Verbesserung cannabisbedingter Probleme (kritischer Endpunkt)										
MCQ – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [33]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^d	keine	20; 20	0,40 [–2,17; 2,97]	0,10 [–0,52; 0,72]	niedrig
Aufhör- und Veränderungsmotivation (wichtiger Endpunkt)										
URICA – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [33]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	20; 20	2,00 [0,42; 3,58]	– ^e	moderat
Psychische Probleme (wichtiger Endpunkt)										
BSI – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [33]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^d	keine	20; 20	–3,30 [–11,61; 5,01]	–0,25 [–0,87; 0,37]	niedrig

Tabelle 45: Evidenzprofile für den Vergleich MET/KVT vs. lange MET, Häufigkeit des Cannabiskonsums, Verbesserung cannabisbedingter Probleme, Aufhör- und Veränderungsmotivation sowie psychische Probleme – 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]	
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 Verdeckung der Gruppenzuteilung sowie die Umsetzung des ITT-Prinzips waren unklar und die Verblindung war nicht adäquat. d. 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. e. nicht erforderlich, da Effektschätzer der Mittelwertdifferenzen statistisch signifikant BSI: Brief Symptom Inventory; C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; MCQ: Marijuana Consequences Questionnaire; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; URICA: University of Rhode Island Change Assessment										

5.4.4.6 Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT versus Drogenberatung

Tabelle 46: Evidenzprofile zum Vergleich MET/KVT vs. Drogenberatung, Cannabisabstinenz – binäre Daten

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis/Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko ^a	Effekt		Qualität der Evidenz
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikationsbias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD [95 %-KI]	
Cannabisabstinenz (kritischer Endpunkt)												
Anteil der Patienten mit Abstinenz innerhalb der letzten 28 Tage mittels TLFB – Nachbeobachtungszeitpunkt 6 Monate nach Interventionsende												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [35]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	sehr schwerwiegend ^e	keine	9/27	8/24	33	1,00 [0,31; 3,21]	0 [−26; 26]	sehr niedrig
Anteil der Patienten mit Abstinenz innerhalb der letzten 14 Tage mittels Urinprobe – Nachbeobachtungszeitpunkt 6 Monate nach Interventionsende												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [35]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	schwerwiegend ^f	keine	12/27	14/24	58	0,57 [0,19; 1,74]	−14 [−41; 13]	niedrig
a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie.												
b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.												
c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.												
d. Die Randomisierung sowie die Verdeckung der Gruppenzuteilung waren unklar und die Verblindung sowie die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat.												
e. 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.												
f. Das 95 %-KI des Odds Ratio überdeckt 0,5 und 1. Somit kann weder eine Halbierung des Effektes zuungunsten noch ein Effekt zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.												
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KM: Kontingenzmanagement; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz; TLFB: Timeline follow-back (Fragebogen)												

Tabelle 47: Evidenzprofil zum Vergleich MET/KVT vs. Drogenberatung, Häufigkeit des Cannabiskonsums – 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)										
Anteil der Tage mit Cannabiskonsum – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 ^c [35]	schwer-wiegend ^d	nicht schwer-wiegend ^c	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	67; 64	-2,03 [-14,74; 10,69]	-0,08 [-0,43; 0,26]	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. 1 RCT mit 2 Vergleichen: MET/KVT vs. Drogenberatung und MET/KVT + KM _{Abs/Adh} vs. Drogenberatung + KM _{Abs/Adh}										
d. Die Randomisierung sowie die Verdeckung der Gruppenzuteilung waren unklar und die Verblindung war nicht adäquat.										
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KM _{Abs/Adh} : abstinenz- und adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie										

MET/KVT vs. DB - Interventionsende

Häufigkeit des Cannabiskonsums

Modell mit festem Effekt - Inverse Varianz

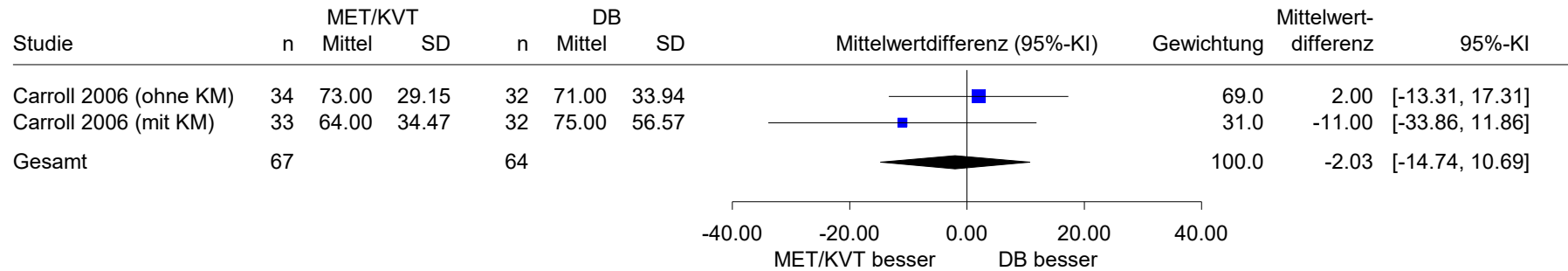
Heterogenität: $Q=0.86$, $df=1$, $p=0.354$, $I^2=0\%$ Gesamteffekt: Z-Score=-0.31, $p=0.755$

Abbildung 12: Metaanalyse, MET/KVT vs. Drogenberatung, Häufigkeit des Cannabiskonsums – Interventionsende; Effektmaß: MWD

5.4.4.7 Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT versus Drogenberatung plus abstinenz- und adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement

Tabelle 48: Evidenzprofile zum Vergleich MET/KVT vs. Drogenberatung plus KM_{Abs/Adh}, Cannabisabstinenz – binäre Daten

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis/Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko ^a	Effekt		Qualität der Evidenz
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD [95 %-KI]	
Cannabisabstinenz (kritischer Endpunkt)												
Anteil der Patienten mit Abstinenz innerhalb der letzten 28 Tage mittels TLFB – Nachbeobachtungszeitpunkt 6 Monate nach Interventionsende												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [35]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	schwerwiegend ^e	keine	15/27	8/24	33	2,50 [0,80; 7,81]	22 [−4; 49]	niedrig
Anteil der Patienten mit Abstinenz innerhalb der letzten 14 Tage mittels Urinprobe – Nachbeobachtungszeitpunkt 6 Monate nach Interventionsende												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [35]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	sehr schwerwiegend ^f	keine	14/27	14/24	58	0,77 [0,25; 2,33]	−6 [−34; 21]	sehr niedrig
a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie.												
b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.												
c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.												
d. Die Randomisierung sowie die Verdeckung der Gruppenzuteilung waren unklar und die Verblindung sowie die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat.												
e. Das 95 %-KI des Odds Ratio überdeckt 1 und 2. Somit kann weder eine Verdopplung des Effektes zugunsten noch ein Effekt zuungunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.												
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.												
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KM _{Abs/Adh} : abstinenz- und adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz; TLFB: Timeline follow-back (Fragebogen)												

Tabelle 49: Evidenzprofil zum Vergleich MET/KVT vs. Drogenberatung plus KM_{Abs/Adh}, Häufigkeit des Cannabiskonsums – 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)										
Anteil der Tage mit Cannabiskonsum – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [35]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^d	keine	34; 32	-2,00 [-23,94; 19,94]	-0,04 [-0,53; 0,44]	niedrig
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 Randomisierung sowie die Verdeckung der Gruppenzuteilung waren unklar und die Verblindung war nicht adäquat.										
d. 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.										
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KM _{Abs/Adh} : abstinenz- und adhärenzbasiertes Kontingenzmanagement;KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie										

5.4.4.8 Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT versus Case Management

Tabelle 50: Evidenzprofile zum Vergleich MET/KVT vs. Case Management, Cannabisabstinenz – binäre Daten

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis/Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko ^a	Effekt		Qualität der Evidenz
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikations-bias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD [95 %-KI]	
Cannabisabstinenz (kritischer Endpunkt)												
Anteil der Patienten mit Abstinenz innerhalb des Interventionszeitraums (9 Wochen) – Interventionsende												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [46]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	sehr schwerwiegend ^e	keine	7/55	6/54	11	1,17 [0,37; 3,73]	2 [−11; 14]	sehr niedrig
Anteil der Patienten mit Abstinenz innerhalb der letzten 90 Tage – Nachbeobachtungszeitpunkt 12 Monate nach Interventionsende												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [46]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	schwerwiegend ^f	keine	11/55	8/54	15	1,44 [0,53; 3,91]	5 [−9; 19]	niedrig
a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie. b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden. c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen. d. Die Verdeckung der Gruppenzuteilung war unklar und die Verblindung sowie die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat. e. 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. f. Das 95 %-KI des Odds Ratio überdeckt 1 und 2. Somit kann weder ein Effekt zuungunsten noch eine Verdopplung des Effektes zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.												
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz												

5.4.4.9 Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT versus abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement

Tabelle 51: Evidenzprofile zum Vergleich MET/KVT vs. KM_{Abs}, Cannabisabstinenz – binäre Daten

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis/Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko ^a	Effekt		Qualität der Evidenz
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikationsbias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD [95 %-KI]	
Cannabisabstinenz (kritischer Endpunkt)												
Anteil der Patienten mit Abstinenz innerhalb des Interventionszeitraums (9 Wochen) – Interventionsende												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [46]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	schwerwiegend ^e	keine	7/55	11/50	22	0,52 [0,18; 1,46]	−9 [−24; 5]	niedrig
Anteil der Patienten mit Abstinenz innerhalb der letzten 90 Tage – Nachbeobachtungszeitpunkt 12 Monate nach Interventionsende												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [46]	schwerwiegend ^f	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	schwerwiegend ^g	keine	11/55	6/50	12	1,83 [0,62; 5,39]	8 [−6; 22]	niedrig
a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie. b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden. c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen. d. Die Verdeckung der Gruppenzuteilung war unklar und die Verblindung war nicht adäquat. e. Das 95 %-KI des Odds Ratio überdeckt 0,5 und 1. Somit kann weder eine Halbierung des Effektes zuungunsten noch ein Effekt zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden. f. Die Verdeckung der Gruppenzuteilung war unklar und die Verblindung sowie die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat. g. Das 95 %-KI des Odds Ratio überdeckt 1 und 2. Somit kann weder eine Verdopplung des Effektes zugunsten noch ein Effekt zuungunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden. C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KM _{Abs} : abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz												

5.4.4.10 Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT versus IATP

Tabelle 52: Evidenzprofile zum Vergleich MET/KVT vs. IATP, Cannabisabstinenz – binäre Daten

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis/Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko ^a	Effekt		Qualität der Evidenz
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikationsbias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD [95 %-KI]	
Cannabisabstinenz (kritischer Endpunkt)												
Anteil der Patienten mit Abstinenz innerhalb des letzten Monats – Interventionsende												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 ^d [51]	schwerwiegend ^e	nicht schwerwiegend ^d	nicht schwerwiegend	unentdeckt	schwerwiegend ^f	keine	16/90	22/92	24	0,68 [0,33; 1,41]	−6 [−15; 7]	niedrig
Anteil der Patienten mit Abstinenz innerhalb des letzten Monats – Nachbeobachtungszeitpunkt 12 Monate nach Interventionsende												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 ^d [51]	schwerwiegend ^g	nicht schwerwiegend ^d	nicht schwerwiegend	unentdeckt	nicht schwerwiegend	keine	20/90	35/92	38	0,47 [0,25; 0,90]	−16 [−25; −2]	moderat
a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie.												
b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden.												
c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen.												
d. 1 RCT mit 2 Vergleichen: MET/KVT vs. IATP und MET/KVT + KM _{Abs} vs. IATP + KM _{Abs}												
e. Die Verdeckung der Gruppenzuteilung war unklar und die Verblindung war nicht adäquat. Beim Vergleich MET/KVT vs. IATP (nicht aber MET/KVT + KM _{Abs} vs. IATP + KM _{Abs}) war die Umsetzung des ITT-Prinzips nicht adäquat.												
f. Das 95 %-KI des Odds Ratio überdeckt 0,5 und 1. Somit kann weder eine Halbierung des Effektes zuungunsten noch ein Effekt zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.												
g. Die Verdeckung der Gruppenzuteilung war unklar und die Verblindung sowie die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat.												
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; IATP: Individualized Assessment and Treatment Program (individualisierte MET/KVT); ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KM _{Abs} : abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz												

MET/KVT vs. IATP - Interventionsende

Cannabisabstinenz

Modell mit festem Effekt - Mantel-Haenszel

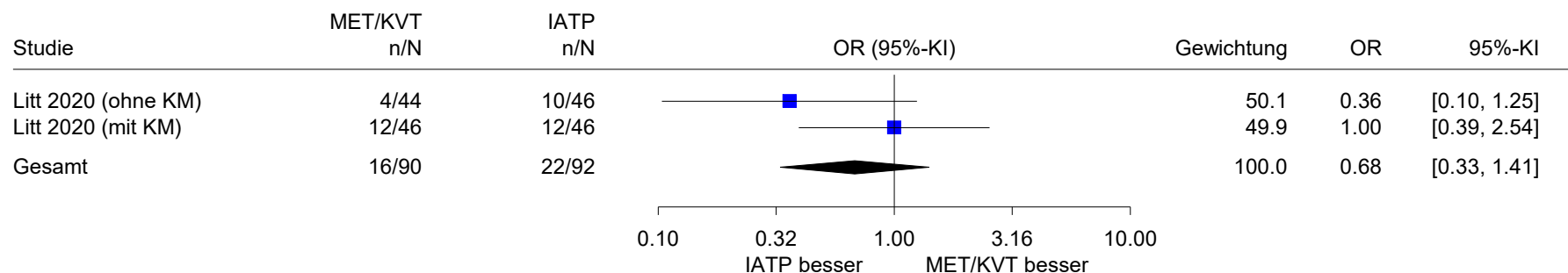
Heterogenität: $Q=1.66$, $df=1$, $p=0.197$, $I^2=39.9\%$ Gesamteffekt: $Z\text{-Score}=-1.04$, $p=0.299$

Abbildung 13: Metaanalyse, MET/KVT vs. IATP, Cannabisabstinenz – Interventionsende; Effektmaß: OR

MET/KVT vs. IATP - Nachbeobachtung

Cannabisabstinenz

Modell mit festem Effekt - Mantel-Haenszel

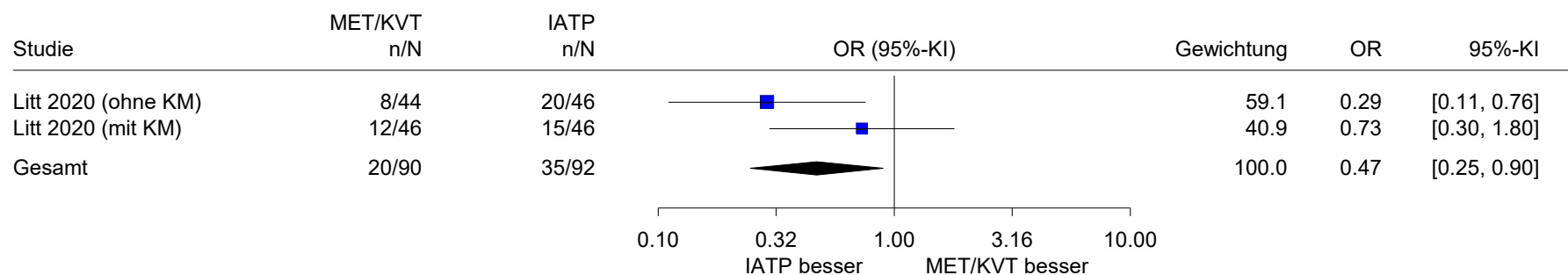
Heterogenität: $Q=1.89$, $df=1$, $p=0.169$, $I^2=47.2\%$ Gesamteffekt: $Z\text{-Score}=-2.29$, $p=0.022$

Abbildung 14: Metaanalyse, MET/KVT vs. IATP, Cannabisabstinenz – 1 Jahr nach Interventionsende; Effektmaß: OR

Tabelle 53: Evidenzprofile zum Vergleich MET/KVT vs. IATP, Häufigkeit des Cannabiskonsums – 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)										
Anteil der Tage mit Cannabiskonsum – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 ^c [51]	schwer-wiegend ^d	nicht schwer-wiegend ^e	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	90; 92	6,50 [−5,26; 18,26]	0,15 [−0,14; 0,45]	moderat
Anteil der Tage mit Cannabiskonsum – Nachbeobachtungszeitpunkt 12 Monate nach Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 ^c [51]	schwer-wiegend ^e	nicht schwer-wiegend ^e	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^f	keine	90; 92	13,00 [−0,72; 26,72]	0,27 [−0,03; 0,56]	niedrig
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. 1 RCT mit 2 Vergleichen: MET/KVT vs. IATP und MET/KVT + KM _{Abs} vs. IATP + KM _{Abs} d. Die Verdeckung der Gruppenzuteilung war unklar und die Verblindung war nicht adäquat. Beim Vergleich MET/KVT vs. IATP (nicht aber MET/KVT + KM _{Abs} vs. IATP + KM _{Abs}) war die Umsetzung des ITT-Prinzips nicht adäquat. e. Die Verdeckung der Gruppenzuteilung war unklar und die Verblindung sowie die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat. f. 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. C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; IATP: Individualized Assessment and Treatment Program (individualisierte MET/KVT); ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KM _{Abs} : abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie										

MET/KVT vs. IATP - Interventionsende

Häufigkeit des Cannabiskonsums

Modell mit festem Effekt - Inverse Varianz

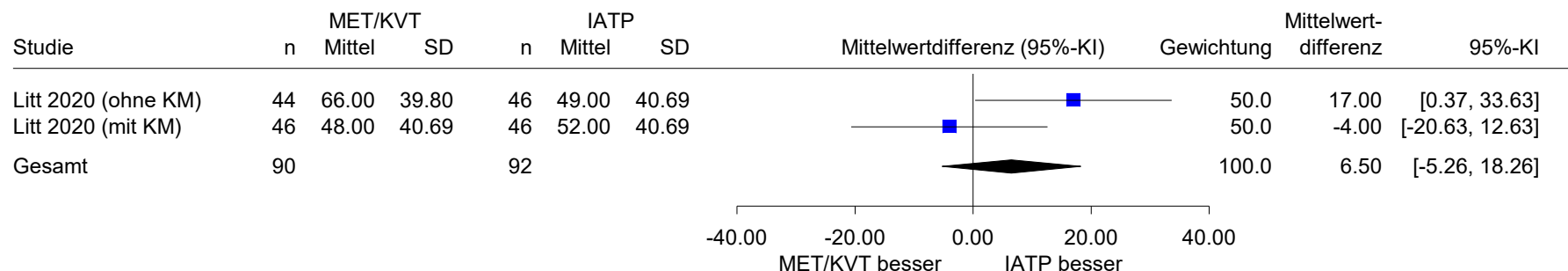
Heterogenität: $Q=3.06$, $df=1$, $p=0.080$, $I^2=67.3\%$ Gesamteffekt: Z-Score=1.08, $p=0.279$

Abbildung 15: Metaanalyse, MET/KVT vs. IATP, Häufigkeit des Cannabiskonsums – Interventionsende; Effektmaß: MWD

MET/KVT vs. IATP - Nachbeobachtung

Häufigkeit des Cannabiskonsums

Modell mit festem Effekt - Inverse Varianz

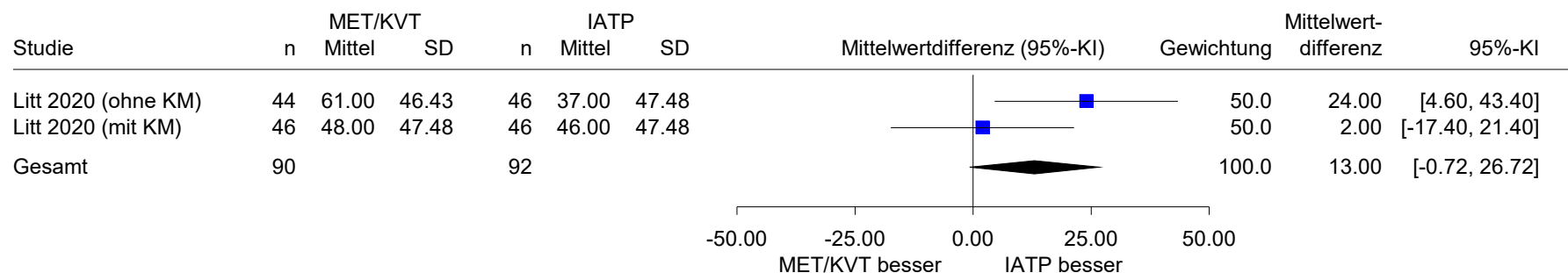
Heterogenität: $Q=2.47$, $df=1$, $p=0.116$, $I^2=59.5\%$ Gesamteffekt: Z-Score=1.86, $p=0.063$

Abbildung 16: Metaanalyse, MET/KVT vs. IATP, Häufigkeit des Cannabiskonsums – 1 Jahr nach Interventionsende; Effektmaß: MWD

5.4.4.11 Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT versus IATP plus abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement

Tabelle 54: Evidenzprofile zum Vergleich MET/KVT vs. IATP plus KM_{Abs}, Cannabisabstinenz – binäre Daten

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis/Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko ^a	Effekt		Qualität der Evidenz
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikationsbias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD [95 %-KI]	
Cannabisabstinenz (kritischer Endpunkt)												
Anteil der Patienten mit Abstinenz innerhalb des letzten Monats – Interventionsende												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [51]	schwer-wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	4/44	12/46	26	0,28 [0,08; 0,96]	−17 [−32; −2]	moderat
Anteil der Patienten mit Abstinenz innerhalb des letzten Monats – Nachbeobachtungszeitpunkt 12 Monate nach Interventionsende												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [51]	schwer-wiegend ^e	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^f	keine	8/44	15/46	33	0,46 [0,17; 1,23]	−14 [−32; 3]	niedrig
a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie. b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden. c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen. d. Die Verdeckung der Gruppenzuteilung war unklar und die Verblindung war nicht adäquat. e. Die Verdeckung der Gruppenzuteilung war unklar und die Verblindung sowie die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat. f. Das 95 %-KI des Odds Ratio überdeckt 0,5 und 1. Somit kann weder eine Halbierung des Effektes zuungunsten noch ein Effekt zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.												
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; IATP: Individualized Assessment and Treatment Program (individualisierte MET/KVT); ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KM _{Abs} : abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz												

Tabelle 55: Evidenzprofile zum Vergleich MET/KVT vs. IATP plus KM_{Abs}, Häufigkeit des Cannabiskonsums – 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)										
Anteil der Tage mit Cannabiskonsum – Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [51]	schwer-wiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^e	keine	44; 46	14,00 [−2,87; 30,87]	0,34 [−0,07; 0,76]	niedrig
Anteil der Tage mit Cannabiskonsum – Nachbeobachtungszeitpunkt 12 Monate nach Interventionsende										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [51]	schwer-wiegend ^f	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^e	keine	44; 46	15,00 [−4,68; 34,68]	0,32 [−0,10; 0,73]	niedrig
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 Randomisierung sowie die Verdeckung der Gruppenzuteilung waren unklar und die Verblindung war nicht adäquat.										
d. Die Verdeckung der Gruppenzuteilung war unklar und die Verblindung war nicht adäquat.										
e. 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.										
f. Die Verdeckung der Gruppenzuteilung war unklar und die Verblindung sowie die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat.										
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; IATP: Individualized Assessment and Treatment Program (individualisierte MET/KVT); ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KM _{Abs} : abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie										

5.4.4.12 Ergebnisse zum Vergleich MET/KVT plus Case Management Standard versus MET/KVT plus Case Management und nach Bedarf

Tabelle 56: Evidenzprofile zum Vergleich MET/KVT plus Case Management Standard vs. MET/KVT plus Case Management und nach Bedarf, Cannabisabstinenz – binäre Daten

Faktoren der Qualität der Evidenz							Anzahl der Patienten und Patientinnen mit Ereignis/Anzahl der Patientinnen und Patienten		Basisrisiko ^a	Effekt		Qualität der Evidenz
Studien-design; N	Studien-limitationen ^c	Inkonsistenz	Indirektheit	Publikationsbias	Fehlende Genauigkeit	Andere Faktoren	[I]	[C]		Odds Ratio [95 %-KI]	RD [95 %-KI]	
Cannabisabstinenz (kritischer Endpunkt)												
Anteil der Patienten mit Abstinenz innerhalb der letzten 30 Tage – Nachbeobachtungszeitpunkt 4 Monate nach Randomisierung												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [63]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	nicht schwerwiegend	keine	16/43	6/39	15	3,26 [1,12; 9,48]	22 [3; 40]	moderat
Anteil der Patienten mit Abstinenz innerhalb der letzten 30 Tage Nachbeobachtungszeitpunkt 28 Monate nach Randomisierung												
Interpretation des Effektschätzers: Ein positiver Effektschätzer bzw. ein Odds Ratio größer als 1 bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.												
RCT; 1 [63]	schwerwiegend ^d	nicht zutreffend	nicht schwerwiegend	unentdeckt	schwerwiegend ^e	keine	10/41	12/34	35	0,59 [0,22; 1,61]	−11 [−32; 10]	niedrig
a. Basisrisiko der Vergleichsgruppe der eingeschlossenen Studie. b. Unter Qualität der Evidenz wird die studienübergreifende endpunktbezogene Qualität der Evidenz verstanden. c. Die Bewertung der Studienlimitationen pro Studie pro Endpunkt ist Anhang A zu entnehmen. d. Die Randomisierung sowie die Verdeckung der Gruppenzuteilung waren unklar und die Verblindung sowie die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat. e. Das 95 %-KI des Odds Ratio überdeckt 0,5 und 1. Somit kann weder eine Halbierung des Effektes zuungunsten noch ein Effekt zugunsten der Prüfintervention ausgeschlossen werden.												
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; IATP: Individualized Assessment and Treatment Program (individualisierte MET/KVT); ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RD: absolute Risikodifferenz												

Tabelle 57: Evidenzprofile für den Vergleich MET/KVT plus Case Management Standard vs. MET/KVT plus Case Management und nach Bedarf, Häufigkeit und Menge des Cannabiskonsums sowie Verbesserung cannabisbedingter Probleme – 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 der Tage mit Cannabiskonsum – Nachbeobachtungszeitpunkt 4 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [63]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^d	keine	44; 43	−10,08 [−24,16; 4,00]	−0,30 [−0,73; 0,12]	niedrig
Anteil der Tage mit Cannabiskonsum – Nachbeobachtungszeitpunkt 34 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [63]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	44; 43	−2,40 [−18,98; 14,18]	−0,06 [−0,48; 0,36]	moderat
Menge des Cannabiskonsums (kritischer Endpunkt)										
Anzahl der Konsumerioden pro Tag [1 Periode = 6 Stunden] – Nachbeobachtungszeitpunkt 4 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [63]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^d	keine	44; 43	−0,19 [−0,58; 0,20]	−0,21 [−0,63; 0,21]	niedrig
Anzahl der Konsumerioden pro Tag [1 Periode = 6 Stunden] – Nachbeobachtungszeitpunkt 34 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [63]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	schwer-wiegend ^f	keine	44; 43	0,14 [−0,27; 0,55]	0,14 [−0,28; 0,56]	niedrig

Tabelle 57: Evidenzprofile für den Vergleich MET/KVT plus Case Management Standard vs. MET/KVT plus Case Management und nach Bedarf, Häufigkeit und Menge des Cannabiskonsums sowie Verbesserung cannabisbedingter Probleme – 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]	
Verbesserung cannabisbedingter Probleme (kritischer Endpunkt)										
MPS – Nachbeobachtungszeitpunkt 4 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [63]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	44; 43	0,06 [-2,49; 2,61]	0,01 [-0,41; 0,43]	moderat
MPS – Nachbeobachtungszeitpunkt 34 Monate nach Randomisierung										
Interpretation des Effektschätzers: Ein negativer Effektschätzer bedeutet einen Vorteil für die Interventionsgruppe.										
RCT; 1 [63]	schwer-wiegend ^c	nicht zutreffend	nicht schwer-wiegend	unentdeckt	nicht schwer-wiegend	keine	44; 43	0,07 [-2,01; 2,15]	0,01 [-0,41; 0,43]	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 Randomisierung sowie die Verdeckung der Gruppenzuteilung waren unklar und die Verblindung war nicht adäquat.										
d. 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.										
e. Die Randomisierung sowie die Verdeckung der Gruppenzuteilung waren unklar und die Verblindung sowie die Umsetzung des ITT-Prinzips waren nicht adäquat.										
f. 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.										
C: Vergleichsgruppe; I: Prüfinterventionsgruppe; ITT: Intention to treat; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; MPS: Marijuana Problem Scale; N: Anzahl der Studien; RCT: randomisierte kontrollierte Studie										

6 Anmerkungen zu den Ergebnissen

Insgesamt konnten 14 Studien mit verwertbaren Daten für 8 der 9 Endpunkte eingeschlossen werden. Ergebnisse werden für insgesamt 22 Vergleiche berichtet. Dabei gingen 7 der 9 Studien mit mehr als 2 Armen in mehrere Vergleiche ein (Budney 2000, Carroll 2006, Kadden 2007, Litt 2020, MTP 2004, Stephens 2000 und Stephens 2007). Aus 2 Studien mit 4 Armen wurden alle Arme untereinander in verschiedenen Vergleichen berücksichtigt (Carroll 2006, Litt 2020).

Für nahezu alle Vergleiche lag ausschließlich jeweils 1 Studie vor. Ausnahmen waren die 4 Vergleiche MET versus Wartekontrollgruppe (3 Studien: MTP 2004, Stephens 2000 und Stephens 2007), MET/KVT versus keine zusätzliche Behandlung (2 Studien: Budney 2006 und Kadden 2007), abstinenzbasiertes Kontingenzmanagement versus keine zusätzliche Behandlung (3 Studien: Budney 2000, Kadden 2007 und Litt 2020) sowie die lange MET/KVT für Cannabiskonsumstörung und Psychosen versus keine zusätzliche Behandlung (2 Studien: Barrowclough 2014 und Hjorthøj 2013). Metaanalysen waren für diese 4 Vergleiche nur für einen Teil der Endpunkte möglich. Die häufigste Ursache dafür war, dass (verwertbare) Ergebnisse in ausschließlich 1 der Studien berichtet wurden. Ein weiterer Grund war, dass die Operationalisierungen der Endpunkte sich deutlich voneinander unterschieden.

Ob die Vorteile der MET, der MET/KVT plus Case Management sowie der KVT plus soziale Unterstützung über die Nachbeobachtungszeit von 3 Monaten (MET) bzw. von 1 Monat nach Interventionsende (MET/KVT plus Case Management sowie der KVT plus soziale Unterstützung) hinaus anhielten oder nicht, ist unklar, da dazu keine Daten vorlagen.

Die Übertragbarkeit dieser Vorteile auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen ist allerdings fraglich, da in den Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen nicht ersichtlich ist, inwieweit diese eingeschlossen wurden. Zudem ist unklar, inwieweit die Ergebnisse auf Patientinnen und Patienten mit Multisubstanzkonsum übertragbar sind, da in den Studien dazu nur wenige Angaben vorlagen.

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/1/1/076-005.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 Syst Rev 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/10.1016/0167-9473\(94\)90148-1](https://dx.doi.org/10.1016/0167-9473(94)90148-1).
12. Sutton AJ, Abrams KR, Jones DR et al. Methods for meta-analysis in medical research. Chichester: Wiley; 2000.
13. Veroniki AA, Jackson D, Viechtbauer W et al. Recommendations for quantifying the uncertainty in the summary intervention effect and estimating the between-study heterogeneity variance in random-effects meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev 2015; (10 Suppl 1): 25-27.

14. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R et al. GRADE guidelines: 7. Rating the quality of evidence—inconsistency. *J Clin Epidemiol* 2011; 64(12): 1294-1302.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.03.017>.
15. 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>.
16. Meerpohl JJ, Langer G, Perleth M et al. GRADE-Leitlinien: 3. Bewertung der Qualität der Evidenz (Vertrauen in die Effektschätzer). *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2012; 106(6): 449-456. <https://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2012.06.013>.
17. 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>.
18. 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>.
19. 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>.
20. 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>.
21. 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>.
22. 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>.
23. 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>.
24. Lancashire Care NHS Trust. HELPER Programme (Substance Misuse) - A phase-specific psychological therapy for people with problematic cannabis use following a first episode of psychosis (ReCAP) [online]. 2018 [Zugriff: 07.01.2022]. URL:
<https://www.isrctn.com/ISRCTN88275061>.
25. 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>.

26. 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>.
27. 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>.
28. 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>.
29. Bispebjerg Hospital. Specialized Addiction Treatment Versus Treatment as Usual for Young Patients With Cannabis Abuse and Psychosis (CapOpus) [online]. 2011 [Zugriff: 07.01.2022]. URL: <https://ClinicalTrials.gov/show/NCT00484302>.
30. 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>.
31. 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>.
32. Louisiana State University and A&M College. Integrated CBT for Cannabis Dependence With Co-occurring Anxiety Disorders [online]. 2016 [Zugriff: 07.01.2022]. URL: <https://ClinicalTrials.gov/show/NCT01875796>.
33. 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>.
34. 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>.
35. 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>.
36. 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>.

37. 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>.
38. 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>.
39. 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>.
40. 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).
41. 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).
42. 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; 43(4): 302-310. <https://dx.doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0123>.
43. 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>.
44. 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>.
45. Technische Universität Dresden. CANDIS - Targeted Treatment for Cannabis Disorders [online]. 2007 [Zugriff: 07.01.2022]. URL: <https://ClinicalTrials.gov/show/NCT00252980>.
46. 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>.
47. 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>.
48. 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>.

49. 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>.
50. 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>.
51. 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>.
52. 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>.
53. 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>.
54. 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>.
55. 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>.
56. 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>.
57. UConn Health. Marijuana Treatment Project 4 (MTP4) [online]. 2019 [Zugriff: 07.01.2022]. URL: <https://ClinicalTrials.gov/show/NCT02030665>.
58. 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.
59. Stephens RS, Roffman RA, Curtin L. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(5): 898-908.
60. 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>.
61. 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>.

62. 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>.
63. 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>.
64. 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>.
65. 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>.
66. 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>.
67. Roffman RA, Stephens RS, Simpson EE et al. Treatment of marijuana dependence: preliminary results. *J Psychoactive Drugs* 1988; 20(1): 129-137.
68. 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>.
69. 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>.
70. Barrowclough C, Haddock G, Beardmore R et al. Evaluating integrated MI and CBT for people with psychosis and substance misuse: recruitment, retention and sample characteristics of the MIDAS trial. *Addict Behav* 2009; 34(10): 859-866.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.03.007>.
71. Miller WR, Zweben A, DiClemente CC et al. Motivational Enhancement Therapy Manual; A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals with Alcohol Abuse and Dependence. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services; 1992.
72. Kadden R, Carroll K, Donovan D et al. Cognitive-behavioral Coping Skills Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals with Alcohol Abuse and Dependence. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services; 1992.
73. Budney AJ, Higgins ST. Therapy Manuals for Drug Addiction: Treating Cocaine Addiction. A community reinforcement plus vouchers approach. Manual 2 [online]. 1998 [Zugriff: 09.06.2022]. URL: <https://archives.drugabuse.gov/sites/default/files/cra.pdf>.

74. Steinberg KL, Roffman RA, Carroll KM et al. Brief Counseling for Marijuana Dependence: A Manual for Treating Adults. SAMHSA; 2012.
75. Baker SM. Twelve Step Facilitation Therapy for Drug Abuse and Dependence [online]. 1998 [Zugriff: 08.06.2022]. URL: https://medicine.yale.edu/psychiatry/research/programs/clinical_people/pdc/TSF_176456_284_46619_v1.pdf.
76. Mercer DE, Woody GE. Individual Drug Counseling [online]. 1999 [Zugriff: 22.06.2022]. URL: <https://archives.drugabuse.gov/sites/default/files/manual3.pdf>.
77. Monti PM, Abrams DB, Kadden RM et al. Treating Alcohol Dependence: A Coping Skills Training Guide. New York: Guilford Press; 1989.
78. Petry NM, Martin B. Low-cost contingency management for treating cocaine- and opioid-abusing methadone patients. J Consult Clin Psychol 2002; 70(2): 398-405. <https://dx.doi.org/10.1037//0022-006x.70.2.398>.
79. McLellan AT, Grissom GR, Zanis D et al. Problem-service 'matching' in addiction treatment. A prospective study in 4 programs. Arch Gen Psychiatry 1997; 54(8): 730-735. <https://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830200062008>.
80. Miller WR, Sovereign RG. The check-up: A model for early intervention in addictive behaviors. In: LøBerg T, Miller WR, Nathan PE et al (Ed). Addictive behaviors: Prevention and early intervention. Amsterdam: Swets & Zeitlinger; 1989. S. 219-231.
81. Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. J Consult Clin Psychol 1993; 61(3): 455-461. <https://dx.doi.org/10.1037//0022-006x.61.3.455>.
82. 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.
83. 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>.
84. Cooper K, Chatters R, Kaltenthaler E et al. Psychological and psychosocial interventions for cannabis cessation in adults: a systematic review short report. Health Technol Assess 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. 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>.
3. 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>.

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. Arias AJ, Hammond CJ, Burleson 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. J Subst Abuse Treat 2020; 117: 108087. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108087>.
4. 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>.
5. 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>.
6. Becker SJ, Marceau K, Helseth SA et al. Predictors and moderators of response to brief interventions among adolescents with risky alcohol and marijuana use. Substance Abuse 2020; 1-9. <https://dx.doi.org/10.1080/08897077.2020.1742271>.
7. 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>.

8. 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>.
9. 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>.
10. Brown PC, Budney AJ, Thostenson JD et al. Initiation of abstinence in adolescents treated for marijuana use disorders. *J Subst Abuse Treat* 2013; 44(4): 384-390. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2012.08.223>.
11. Brown RA, Abrantes AM, Minami H et al. Motivational Interviewing to Reduce Substance Use in Adolescents with Psychiatric Comorbidity. *J Subst Abuse Treat* 2015; 59: 20-29. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2015.06.016>.
12. Burleson 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>.
13. 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>.
14. 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>.
15. Clair M, Stein LA, Soenksen S et al. Ethnicity as a moderator of motivational interviewing for incarcerated adolescents after release. *J Subst Abuse Treat* 2013; 45(4): 370-375. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2013.05.006>.
16. Clair-Michaud M, Martin RA, Stein LA et al. The Impact of Motivational Interviewing on Delinquent Behaviors in Incarcerated Adolescents. *J Subst Abuse Treat* 2016; 65: 13-19. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2015.09.003>.
17. 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>.
18. 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>.
19. 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>.

20. 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>.
21. 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>.
22. 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>.
23. 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>.
24. Dennis M, Godley SH, Diamond G et al. The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *J Subst Abuse Treat* 2004; 27(3): 197-213. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2003.09.005>.
25. 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>.
26. 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>.
27. 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>.
28. 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>.
29. 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>.
30. 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>.

31. 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>.
32. Esposito-Smythers C, Spirito A, Kahler CW et al. Treatment of co-occurring substance abuse and suicidality among adolescents: a randomized trial. *J Consult Clin Psychol* 2011; 79(6): 728-739. <https://dx.doi.org/10.1037/a0026074>.
33. 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>.
34. 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>.
35. 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>.
36. 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>.
37. 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>.
38. 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>.
39. 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>.
40. 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>.
41. 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. *Substance Abuse* 2016; 37(2): 336-342. <https://dx.doi.org/10.1080/08897077.2015.1075932>.
42. 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>.
43. 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.

44. 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>.
45. 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>.
46. Godley MD, Godley SH, Dennis ML et al. Preliminary outcomes from the assertive continuing care experiment for adolescents discharged from residential treatment. *J Subst Abuse Treat* 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).
47. 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>.
48. Godley MD, Godley SH, Dennis ML et al. A randomized trial of assertive continuing care and contingency management for adolescents with substance use disorders. *J Consult Clin Psychol* 2014; 82(1): 40-51. <https://dx.doi.org/10.1037/a0035264>.
49. 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 Depend* 2016; 162: 154-161. <https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.03.004>.
50. 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>.
51. 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>.
52. 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>.
53. 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 Depend* 2011; 119(1-2): 64-71. <https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.05.021>.
54. 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 Depend* 2012; 125(1-2): 119-126. <https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.03.023>.

55. 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>.
56. 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>.
57. 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>.
58. 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>.
59. 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>.
60. 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>.
61. 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>.
62. 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>.
63. 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>.
64. 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>.
65. Kaminer Y, Ohannessian C, Burke R. Retention and Treatment Outcome of Youth with Cannabis Use Disorder Referred By the Legal System. *Adolesc Psychiatry* 2019; 9(1): 4-10. <https://dx.doi.org/10.2174/2210676608666181102145040>.

66. Kaminer Y, Ohannessian CM, Burke RH. Adolescents with cannabis use disorders: Adaptive treatment for poor responders. *Addict Behav* 2017; 70: 102-106. <https://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.02.013>.
67. 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>.
68. 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>.
69. Killeen TK, McRae-Clark AL, Waldrop AE et al. Contingency management in community programs treating adolescent substance abuse: a feasibility study. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2012; 25(1): 33-41. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6171.2011.00313.x>.
70. 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>.
71. 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>.
72. 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>.
73. 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 Depend* 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).
74. 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>.
75. 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>.
76. 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>.

77. Martin G, Copeland J. The adolescent cannabis check-up: randomized trial of a brief intervention for young cannabis users. *J Subst Abuse Treat* 2008; 34(4): 407-414. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2007.07.004>.
78. 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>.
79. 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>.
80. 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>.
81. 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>.
82. 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>.
83. 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>.
84. 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>.
85. 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>.
86. 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>.

87. 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>.
88. 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>.
89. 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>.
90. Pihler 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>.
91. 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>.
92. 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 Depend* 2013; 130(1-3): 85-93. <https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.10.013>.
93. 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>.
94. 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).
95. Rowe C, Rigter H, Henderson C et al. Implementation fidelity of Multidimensional Family Therapy in an international trial. *J Subst Abuse Treat* 2013; 44(4): 391-399. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2012.08.225>.
96. Ryan SR, Stanger C, Thostenson J et al. The impact of disruptive behavior disorder on substance use treatment outcome in adolescents. *J Subst Abuse Treat* 2013; 44(5): 506-514. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2012.11.003>.
97. 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>.

98. 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>.
99. 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>.
100. 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>.
101. Schneegans A, Bourgognon 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>.
102. 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>.
103. 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>.
104. 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>.
105. 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>.
106. 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>.
107. 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>.
108. 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>.

109. Spirito A, Hernandez L, Cancelliere 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>.
110. 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>.
111. 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. *J Subst Abuse Treat* 2021: 108536. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108536>.
112. Stanger C, Budney AJ, Kamon JL et al. A randomized trial of contingency management for adolescent marijuana abuse and dependence. *Drug Alcohol Depend* 2009; 105(3): 240-247. <https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.07.009>.
113. Stanger C, Ryan SR, Scherer EA et al. Clinic- and home-based contingency management plus parent training for adolescent cannabis use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015; 54(6): 445-453.e2. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2015.02.009>.
114. Stanger C, Scherer EA, Babbitt 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>.
115. Stein LA, Colby SM, Barnett NP et al. Effects of motivational interviewing for incarcerated adolescents on driving under the influence after release. *Am J Addict* 2006; 15 Suppl 1: 50-57. <https://dx.doi.org/10.1080/10550490601003680>.
116. 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>.
117. 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>.
118. 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>.
119. 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>.

120. 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>.

121. 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).

122. 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>.

123. 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>.

124. Tossmann 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>.

125. van der Pol TM, Henderson CE, Hendriks V et al. Multidimensional Family Therapy Reduces Self-Reported Criminality Among Adolescents With a Cannabis Use Disorder. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2018; 62(6): 1573-1588.

<https://dx.doi.org/10.1177/0306624x16687536>.

126. 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>.

127. 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.

128. 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>.

129. 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>.

130. 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>.

131. 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>.

132. Webb CPM, Burleson 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>.

133. 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>.

134. 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/ad0000480>.

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 58: Studienlimitationen zum kritischen Endpunkt Cannabisabstinenz – Studien mit ausschließlich Patientinnen und Patienten mit Psychosen

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	Adäquate Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Hjorthoj 2013	adäquat	adäquat	nicht adäquat	nicht adäquat	adäquat	adäquat
ITT: Intention to treat						

Tabelle 59: Studienlimitationen zum kritischen Endpunkt Häufigkeit des Cannabiskonsums – Studien mit ausschließlich Patientinnen und Patienten mit Psychosen

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	Adäquate Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Barrowclough 2014	adäquat	adäquat	nicht adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat
Hjorthoj 2013	adäquat	adäquat	nicht adäquat	nicht adäquat	adäquat	adäquat
ITT: Intention to treat						

Tabelle 60: Studienlimitationen zum kritischen Endpunkt Menge des Cannabiskonsums – Studien mit ausschließlich Patientinnen und Patienten mit Psychosen

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	Adäquate Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Barrowclough 2014	adäquat	adäquat	nicht adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat
Hjorthoj 2013	adäquat	adäquat	nicht adäquat	nicht adäquat	adäquat	adäquat
ITT: Intention to treat						

Tabelle 61: Studienlimitationen zum wichtigen Endpunkt psychische Probleme, Zeit-bis-Ereignis-Analysen – Studien mit ausschließlich Patientinnen und Patienten mit Psychosen

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	Adäquate Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Hjorthoj 2013	adäquat	adäquat	nicht adäquat	adäquat	adäquat	adäquat
ITT: Intention to treat						

Tabelle 62: Studienlimitationen zum wichtigen Endpunkt psychische Probleme, (Exazerbation psychotischer Probleme, die länger als 2 Wochen anhielt) – Studien mit ausschließlich Patientinnen und Patienten mit Psychosen

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	Adäquate Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Barrowclough 2014	adäquat	adäquat	nicht adäquat	adäquat	unklar	adäquat
ITT: Intention to treat						

Tabelle 63: Studienlimitationen zum wichtigen Endpunkt psychische Probleme, CDSS, BAI, PANSS – Studien mit ausschließlich Patientinnen und Patienten mit Psychosen

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	Adäquate Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Barrowclough 2014	adäquat	adäquat	nicht adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat
Hjorthoj 2013	adäquat	adäquat	nicht adäquat	nicht adäquat	adäquat	adäquat
ITT: Intention to treat						

Tabelle 64: Studienlimitationen zum kritischen Endpunkt Cannabisabstinenz – Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	Adäquate Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Budney 2000	adäquat	unklar	nicht adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat
Budney 2006	adäquat	unklar	nicht adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat
Carroll 2006	unklar	unklar	nicht adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat
Kadden 2007	adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat ^a / nicht adäquat ^b	unklar	adäquat
Litt 2020	adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat ^c / nicht adäquat ^d	unklar	adäquat
MTP 2004	adäquat	adäquat	nicht adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat
Stephens 2000	unklar	unklar	nicht adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat
Stephens 2020	unklar	unklar	nicht adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat
a. alle Vergleiche nach Interventionsende bis auf MET/KVT vs. Case Management b. MET/KVT vs. Case Management nach Interventionsende und alle Vergleiche zum Nachbeobachtungszeitpunkt c. alle Vergleiche nach Interventionsende bis auf MET/KVT vs. IATP d. MET/KVT vs. IATP, nach Interventionsende und alle Vergleiche zum Nachbeobachtungszeitpunkt IATP: Individualized Assessment and Treatment Program (individualisierte MET/KVT); KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; ITT: Intention to treat; MTP: Marijuana Treatment Project; vs.: versus						

Tabelle 65: Studienlimitationen zum kritischen Endpunkt Häufigkeit des Cannabiskonsums – Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	Adäquate Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Budney 2000	adäquat	unklar	nicht adäquat	unklar	unklar	adäquat
Budney 2006	adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat ^a / nicht adäquat ^b	unklar	adäquat
Carroll 2006	unklar	unklar	nicht adäquat	adäquat	unklar	adäquat
Carroll 2012	adäquat	unklar	nicht adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat
Litt 2020	adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat ^c / nicht adäquat ^d	unklar	adäquat
MTP 2004	adäquat	adäquat	nicht adäquat	adäquat ^e / nicht adäquat ^f	unklar	adäquat
Sinha 2003	unklar	unklar	nicht adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat
Stephens 2000	unklar	unklar	nicht adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat
Stephens 2007	adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat ^g / nicht adäquat ^h	unklar	adäquat
Stephens 2020	unklar	unklar	nicht adäquat	adäquat ⁱ / nicht adäquat ^j	unklar	adäquat
Stephens 2021	adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat	unklar	adäquat
a. Interventionsende b. Nachbeobachtung c. alle Vergleiche nach Interventionsende bis auf MET/KVT vs. IATP d. MET/KVT vs. IATP, nach Interventionsende und alle Vergleiche zum Nachbeobachtungszeitpunkt e. MET vs. Wartekontrollgruppe f. MET/KVT + Case Management vs. Wartekontrollgruppe und MET vs. MET/KVT + Case Management g. 7 Wochen nach Randomisierung h. 12 Monate nach Randomisierung i. Nachbeobachtungszeitpunkt 4 Monate j. Nachbeobachtungszeitpunkt 34 Monate IATP: Individualized Assessment and Treatment Program (individualisierte MET/KVT); ITT: Intention to treat; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MET: Therapie zur Motivationssteigerung; MTP: Marijuana Treatment Project; vs.: versus						

Tabelle 66: Studienlimitationen zum kritischen Endpunkt Menge des Cannabiskonsums – Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	Adäquate Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Budney 2006	adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat	unklar	adäquat
MTP 2004	adäquat	adäquat	nicht adäquat	adäquat ^a / nicht adäquat ^b	unklar	adäquat
Stephens 2000	unklar	unklar	nicht adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat
Stephens 2007	adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat ^c / nicht adäquat ^d	unklar	adäquat
Stephens 2020	unklar	unklar	nicht adäquat	adäquat ^e / nicht adäquat ^f	unklar	adäquat
Stephens 2021	adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat	unklar	adäquat
a. MET vs. Wartekontrollgruppe b. MET/KVT + Case Management vs. Wartekontrollgruppe und MET vs. MET/KVT + Case Management c. 7 Wochen nach Randomisierung d. 12 Monate nach Randomisierung e. Nachbeobachtungszeitpunkt 4 Monate f. Nachbeobachtungszeitpunkt 34 Monate ITT: Intention to treat; MET: Motivational enhancement therapy (Therapie zur Motivationssteigerung); MTP: Marijuana Treatment Project; vs.: versus						

Tabelle 67: Studienlimitationen zum kritischen Endpunkt Verbesserung cannabisbedingter Probleme – Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	Adäquate Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Budney 2000	adäquat	unklar	nicht adäquat	unklar	unklar	adäquat
Budney 2006	adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat	unklar	adäquat
MTP 2004	adäquat	adäquat	nicht adäquat	adäquat ^a / nicht adäquat ^b	unklar	adäquat
Stephens 2000	unklar	unklar	nicht adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat
Stephens 2007	adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat ^c / nicht adäquat ^d	unklar	adäquat
Stephens 2020	unklar	unklar	nicht adäquat	adäquat ^e / nicht adäquat ^f	unklar	adäquat
Stephens 2021	adäquat	unklar	nicht adäquat	adäquat	unklar	adäquat
a. MET vs. Wartekontrollgruppe b. MET/KVT + Case Management vs. Wartekontrollgruppe und MET vs. MET/KVT + Case Management c. 7 Wochen nach Randomisierung d. 12 Monate nach Randomisierung e. Nachbeobachtungszeitpunkt 4 Monate f. Nachbeobachtungszeitpunkt 34 Monate ITT: Intention to treat; MET: Motivational enhancement therapy (Therapie zur Motivationssteigerung); MTP: Marijuana Treatment Project; MET/KVT: Therapie zur Motivationssteigerung und kognitive Verhaltenstherapie; vs.: versus						

Tabelle 68: Studienlimitationen zum wichtigen Endpunkt Symptomreduktion oder Remission als Indexwert der cannabisbedingten Störungen nach DSM-IV, DSM-5 oder ICD 10 – Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	Adäquate Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Budney 2006	adäquat	unklar	nicht adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat
MTP 2004	adäquat	adäquat	nicht adäquat	nicht adäquat	unklar	adäquat
ITT: Intention to treat; MTP: Marijuana Treatment Project						

Tabelle 69: Studienlimitationen zum wichtigen Endpunkt Aufhör- / Veränderungsmotivation – Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	Adäquate Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Budney 2000	adäquat	unklar	nicht adäquat	unklar	unklar	adäquat
ITT: Intention to treat						

Tabelle 70: Studienlimitationen zum wichtigen Endpunkt psychische Probleme – Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	Adäquate Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
Budney 2000	adäquat	unklar	nicht adäquat	unklar	unklar	adäquat
MTP 2004	adäquat	adäquat	nicht adäquat	adäquat ^a / nicht adäquat ^b	unklar	adäquat
a. MET vs. Wartekontrollgruppe b. MET/KVT + Case Management vs. Wartekontrollgruppe und MET vs. MET/KVT + Case Management ITT: Intention to treat; MET: Motivational enhancement therapy (Therapie zur Motivationssteigerung); MTP: Marijuana Treatment Project; MET/KVT: Therapie zur Motivationssteigerung und kognitive Verhaltenstherapie						

Tabelle 71: Studienlimitationen zum wichtigen Endpunkt anderer Substanzkonsum – Studien ohne Selektion auf Patientinnen und Patienten mit Psychosen

Studie	Randomisierung	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung	Adäquate Umsetzung des ITT-Prinzips	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Sonstiges
MTP 2004	adäquat	adäquat	nicht adäquat	adäquat ^a / nicht adäquat ^b	unklar	adäquat
a. MET vs. Wartekontrollgruppe b. MET/KVT + Case Management vs. Wartekontrollgruppe und MET vs. MET/KVT + Case Management ITT: Intention to treat; MET: Motivational enhancement therapy (Therapie zur Motivationssteigerung); MTP: Marijuana Treatment Project; MET/KVT: Therapie zur Motivationssteigerung und kognitive Verhaltenstherapie						

Anhang B Übersicht über Autorenanfragen

Tabelle 72: Übersicht über Autorenanfragen

Studie	Inhalt der Anfrage	Antwort eingegangen ja / nein	Inhalt der Antwort
Madigan 2013	Wie viele Patientinnen und Patienten waren cannabisabhängig?	nein	-
Ostergard 2021	Wie wurden die Patientinnen und Patienten mit einer Cannabiskonsumstörung diagnostiziert? Wie viele Patientinnen und Patienten wurden mit einer Cannabiskonsumstörung diagnostiziert?	ja	Es wurde nicht formal diagnostiziert, ob eine Cannabiskonsumstörung vorlag. Patientinnen und Patienten konsumierten Cannabis einen Monat vor Behandlungsbeginn.
Hoch 2012	Ergebnisse für den randomisierten Vergleich	ja	Diese Ergebnisse liegen nicht vor.

Anhang C Suchstrategien

C.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 [82] – 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 bzw. Suchblock übernommen:

- RCT: Lefebvre [83] – 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 [84]

#	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

Es wurde folgender Suchblock übernommen:

- Suchblock zur Intervention (Suchzeilen 6-25): in Anlehnung an Cooper 2015 [84]

#	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 Suchblockübernommen:

- Suchblock zur Intervention (Suchzeilen 6-25): in Anlehnung an Cooper 2015 [84]

#	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 sensiti?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 (afr 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)))

C.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