Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Förderkennzeichen:	01VSF21015
Akronym:	OPTIVERO
Projekttitel:	Optimierung der Versorgung bei schädlichem Gebrauch oder Abhängigkeit von illegalen Opioiden
Autorinnen und Autoren:	Ingo Schäfer, Britta Jacobsen, Kirsten Lehmann
Förderzeitraum:	01.01.2022 - 30.09.2024
Ansprechpartner:	Prof. Dr. med. Ingo Schäfer, MPH i.schaefer@uke.de Britta Jacobsen: jacobsen@zis-hamburg.de Kirsten Lehmann: k.lehmann@uke.de Geschäftsstelle des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg: zis-gs@uke.de

Das dieser Veröffentlichung zugrundliegende Projekt OPTIVERO wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21015 gefördert.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Zusammenfassung

Hintergrund: Opioidbezogene Störungen (ICD-10 F11; ICD-11 6C43) sind Erkrankungen mit erheblicher Morbidität und Mortalität, die zumeist chronisch rezidivierend verlaufen. Für betroffene Patient:innen, die Opioide illegal konsumieren, führt die Erkrankung zudem zu massiven Beeinträchtigungen und Teilhabeproblemen in Bezug auf Beruf, Familie und andere soziale Bereiche. Häufig kommt es zu rechtlichen Problemen durch (Beschaffungs-)Kriminalität und Prostitution. Bei kaum einer anderen psychischen Störung besteht deshalb ein so komplexer Hilfebedarf bei zugleich besonders ausgeprägten Defiziten in Bezug auf die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, das Durchhaltevermögen und die Beziehungsfähigkeit. Die geplante Leitlinie erzielt eine wichtige Lücke in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und komplexem Behandlungsbedarf zu schließen, welche trotz der hohen Morbidität und Mortalität bei Opioidbezogenen Störungen und den besonders vielfältigen Bedarfen der Zielgruppe für Deutschland keine nach wissenschaftlichen Standards erarbeitete Leitlinie vorliegen hatte.

Methodik: Eine systematische Recherche und Evidenzbewertung nach dem AWMF-Regelwerk wurde anhand der durch die jeweiligen Kapitel-Arbeitsgruppen erstellten relevanten klinischen Fragestellungen (PICOs) durch das Leitliniensekretariat durchgeführt. Die Ergebnisse wurden der jeweiligen Arbeitsgruppe zugesandt, die anhand dessen Empfehlungen erstellten und der Konsensusgruppe während Leitlinienkonferenzen vorstellten. Diese wurden diskutiert, ggf. wurden Änderungsvorschläge gesammelt und die Empfehlung sowie die Änderungsvorschläge abgestimmt. Nach der Abstimmung finalisierten die Arbeitsgruppen ihre Kapitel und reichten diese im Leitliniensekretariat ein. Nach Zusammentragung der Leitlinientexte wurden diese vom Leitliniensekretariat und der Projektleitung geprüft und darauffolgend an die Fachgesellschaften für die Verabschiedung versandt.

Ergebnisse: Die Recherchearbeit zu dieser Leitlinie ergab insgesamt eine Titel- und Abstractsichtung von 25.027 Datenbanktreffern, 197 Volltexte wurden geprüft und 44 Publikationen inkludiert. Die systematische Literatursuche war die Grundlage dafür, dass für 15 klinische/PICO-Fragestellungen vor dem Hintergrund der Evidenzlage evidenzbasierte Empfehlungen formuliert wurden, während die Evidenzlage für die verbleibenden 31 klinischen/PICO-Fragestellungen mangelhaft war, sodass Expert:innenkonsense formuliert wurden und insgesamt 92 Empfehlungen konsentiert wurden. Die Leitlinie wurde durch die teilnehmenden Fachgesellschaften und Organisationen verabschiedet.

Diskussion: Die vielen Evidenzlücken weisen auf einen großen Forschungsbedarf. Die hohe Einigkeit bezüglich der Empfehlungen, insbesondere mit Blick auf die konsensbasierten Empfehlungen, unterstreicht die gute interdisziplinäre Zusammenarbeit der Expert:innen sowie den ähnlichen Erfahrungen bezüglich der Behandlung und Beratung der von opioidabhängigkeitbetroffenen Personen im deutschsprachigen Raum.

Schlagworte: Opioidbezogene Störungen, Opioidabhängigkeit, Opioide, Leitlinie, Substitution, Sucht, Abhängigkeit

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Inhaltsverzeichnis

I Abkürzungsverzeichnis 4

II Abbildungsverzeichnis 4

III Tabellenverzeichnis 4

1 Projektziele 5

2 Projektdurchführung 6
- 2.1 Projektbeteiligte 6
- 2.2 Beschreibung/ Darstellung des Projekts 10
- 2.3 Beschreibung Ablauf des Projekts 11
- 2.4 Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen 12

3 Methodik 12
- 3.1 Aufstellung einer repräsentativen Leitliniengruppe 12
- 3.2 Umgang mit Interessenkonflikten 13
- 3.3 Systematische Literaturrecherche 14
- 3.4 Kritische Bewertung der Evidenz und Erstellung von Evidenzzusammenfassung 15
- 3.5 Strukturierte Konsensfindung: Verfahren und Durchführung 16
- 3.6 Verknüpfung von Evidenz und Empfehlung 16

4 Projektergebnisse 17
- 4.1 Formulierung von klinisch relevanten Fragestellungen, Priorisierung von Endpunkten 17
- 4.2 Systematische Recherchen 18
  - 4.2.1 Recherchen nach bereits bestehenden Leitlinien zu opioidbezogenen Störungen und/oder zur Opioid-Agonisten-Therapie 18
  - 4.2.2 Recherchen nach aggregierter Evidenz 19
  - 4.2.3 Recherchen nach Primärdaten 20
  - 4.2.4 Limitationen der systematischen Literaturrecherchen 26
- 4.3 Konsentierung der Empfehlungen 26
- 4.4 Konsentierung der Leitlinie 26
- 4.5 Projektverzögerung 27

5 Diskussion der Projektergebnisse 27

6 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung 28

7 Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen 28

IV Literaturverzeichnis 29

V Anlagen 29

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

I Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
AMSTAR	A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
DAH	Deutsche Aidshilfe
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EtD	(GRADE) Evidence to Decision Framework
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GIN	Guidelines International Network
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
IA	Innovationsausschuss
ICD-10	International Classification of Diseases – 10. Revision
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NIH	National Institutes of Health
OAT	Opioid agonist therapy
PICO	Population, Intervention, Comparison, and Outcome
ROB 2	Cochrane risk-of-bias tool – 2nd Version
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
WHO	World Health Organisation

II Abbildungsverzeichnis

Keine Einträge

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht Leitlinienkoordination, Steuergruppe, Patient:innenvertreter 7
Tabelle 2: Mitglieder der Leitliniengruppe 8
Tabelle 3: Kategorisierung der Interessenkonflikte mit dem jeweiligen Interessenkonfliktmanagement als Empfehlung der AWMF-Kommission Leitlinien nach AWMF-Regelwerk 14
Tabelle 4: Dreistufiges Schema zur Graduierung von Empfehlungen 17
Tabelle 5: Begründungen für die im Volltextscreening exkludierten Leitlinien zu opioidbezogenen Störungen und/oder zur Opioid-Agonisten-Therapie 19
Tabelle 6: Übersicht der Ergebnisse der Recherche zur Aggregierten Evidenz und Primärdaten 21

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

1 Projektziele

Das Ziel dieses Projekts ist die Erstellung einer sowohl patient:innen- als auch anwender:innenzentrierten S3-Leitlinie zum Thema Opioidbezogene Störungen für Patient:innen mit Störungen durch illegale Opioide (nicht ärztlich verschriebene Opioide; ICD-10 F11; ICD-11 6C43), mit einem zusätzlichen Fokus auf Personen mit speziellen Bedarfen, wie Schwangere, Eltern, ältere Patient:innen, Patient:innen in Haft und Maßregelvollzug. Durch das Erstellen einer S3-Leitlinie der AWMF wird durch das erforderliche Einhalten des AWMF-Regelwerks und dem kostenlosen Zugang für alle Personen nach Veröffentlichung eine hoch qualitative Arbeit garantiert, welche für Leistungserbringer:innen frei zugänglich und für die besonders von Mortalität und Morbidität betroffene Patient:innengruppe dringend notwendig ist.

Ziel der Empfehlungen ist Behandler:innen mehr Sicherheit in der Behandlung dieser Betroffenengruppe zu geben, welche häufig mit besonders komplexen Beeinträchtigungen in Bezug auf die psychische und somatische Gesundheit sowie z.B. im sozialen und rechtlichen Bereich betroffen sind. Neben der Auseinandersetzung mit speziellen Bedarfsgruppen, sollen die Empfehlungen u.a. die Diagnose, die pharmakologische, psychotherapeutische und psychosoziale Behandlung, Rehabilitation sowie die Schadensminimierung adressieren.

Die Versorgung von Patient:innen mit Opioidabhängigkeit ist nur durch die Zusammenarbeit von Ärzt:innen/Psychiater:innen, Psychotherapeut:innen, Sozialarbeiter:innen und verschiedenen weiteren Berufsgruppen angemessen zu leisten. An manchen Standorten kann diese in stationären Einrichtungen oder Fachambulanzen mit entsprechender Ermächtigung koordiniert angeboten werden. In der Fläche besteht jedoch ein breites und heterogenes Spektrum von Anbietern, wodurch sich ein großer Bedarf an interprofessioneller Koordination und entsprechenden Instrumenten, wie Leitlinien, zur Harmonisierung aller beteiligten Stellen und Maßnahmen ergibt (1). Auch die intersektorale Koordination muss weiter gefördert werden. So befinden sich aktuell deutlich mehr opioidabhängige Personen in Opioid Agonisten Therapie (OAT) als in Entzugs- und Rehabilitationsbehandlungen. Weiterführende Behandlungen (mit oder ohne begleitender OAT), die eine Verbesserung der psychischen Beeinträchtigungen, die Erhöhung der Selbstfürsorge und die verbesserte Teilhabe anstreben, sind in der medizinischen Rehabilitation seit Jahrzehnten vorhanden. Es fehlen jedoch ausreichend effiziente Schnittstellen und, wie auch im ambulanten psychotherapeutischen Bereich, Fachkenntnisse, um mit opioidabhängigen Personen zu arbeiten. Im Interesse einer integrierten Behandlungsplanung sollte die Brückenbildung zwischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung gefördert und die Möglichkeiten der OAT innerhalb von Rehabilitationsbehandlungen intensiver genutzt werden(2). Eine entscheidende Rolle bei der Versorgung opioidabhängiger Personen spielen niedergelassene Ärzt:innen, welche eine OAT anbieten, in der Regel Allgemeinmediziner:innen. Die Versorgungslage in ländlichen Regionen ist dabei bereits aktuell nicht zufriedenstellend und für die bevorstehenden Jahre zeichnet sich – bei steigenden Patient:innenzahlen – bundesweit eine erhebliche Versorgungslücke durch altersbedingtes Ausscheiden und fehlende Attraktivität der OAT für jüngere Kolleg:innen ab (3). Die Attraktivität des Feldes wird dabei nicht unwesentlich durch die subjektive Handlungssicherheit substituierender Ärzt:innen beeinflusst. Auch in Bezug auf die häufig anspruchsvollen ethischen Fragestellungen, die sich im Rahmen der Behandlung opioidabhängiger Personen ergeben, etwa in Bezug auf das Kindeswohl, ist der Bedarf nach

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Wissen und konkreten Handlungsanleitungen groß und sie werden aufgrund der zu Beginn des Projekts fehlenden Leitlinien für diese Gruppe von Patient:innen explizit eingefordert (4).

Die reinen Krankheitskosten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung wurden auf 685.274.000 € pro Jahr geschätzt, die zu Lasten der Rentenversicherung (DRV, Rehabilitation) auf 26.711.000 € (5). Neben den Kosten durch den zumeist jahrzehntelangen Behandlungs- und Betreuungsaufwand ergeben sich hohe indirekte Kosten aufgrund von Beschaffungskriminalität und Haft, Schul- und Ausbildungsabbruch, Arbeitsunfähigkeit und Beanspruchung von Sozialhilfe.

Insgesamt macht die ausgeprägte Krankheitsdynamik bei opioidabhängigen Personen eine kontinuierliche und fortwährend angepasste Behandlung notwendig (1). Somit ist ein weiteres Ziel, Empfehlungen, die dies unterstützen und zu einer besseren Behandlung relevanter Störungsbereiche beitragen könnten (z.B. weiteren Suchterkrankungen und anderen psychischen Komorbiditäten), zu erarbeiten.

Zusammengefasst soll die Leitlinie durch Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei opioidbezogenen Störungen zu einer Verbesserung der Qualität und der interdisziplinären Kooperation in der Versorgung betroffener Patient:innen beitragen. Vorrangige Ziele sind einheitliche Empfehlungen für Behandlungsplanung (z.B. Abstinenzorientierung vs. Substitution), Akut- und Postakutbehandlung (pharmakologische Therapien, psychosoziale Therapien, Behandlung von Komorbiditäten) Rehabilitation und Nachsorge. Gruppen mit speziellen Bedarfen (z.B. Schwangere, Eltern, ältere Patient:innen) und besonderen Versorgungsaspekten (z.B. in Haft und Maßregelvollzug) werden gesondert berücksichtigt. Weiter soll die Leitlinie Qualitätsindikatoren in Bezug auf die Versorgung der Zielgruppe bereitstellen. Patient:innennahe Endpunkte (z.B. somatische und psychische Gesundheit, subjektive Lebensqualität, Reduktion von Beigebrauch, Haltequote) werden in Bezug auf ihre Eignung für das Qualitätsmonitoring und die aktuellen Versorgungsangebote werden im Rahmen der Evidenzbewertung auf ihren Nutzen geprüft.

2 Projektdurchführung

2.1 Projektbeteiligte

Das Projekt wurde durch das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg geleitet und koordiniert. Die Ko-Federführung oblag der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin e.V. (DGS). Die Leitliniengruppe bestand aus einer interdisziplinären und für die Thematik repräsentativen Expert:innengruppe, bei der die Expert:innen entweder als Mandatsträger:innen von relevanten Fachgesellschaften/ Organisationen oder ad personam/ Nicht-Mandatiert teilnahmen, und einer Patient:innenvertretung. Die Konferenzen wurden von einer AWMF-Beraterin moderiert. In Tabelle 1 sind die mandatierten Personen und deren Fachgesellschaften/ Organisationen sowie Personen, die ad personam teilnahmen, dargestellt, während die Tabelle 2 die Zusammensetzung der Steuergruppe, Leitlinienkoordinatoren und des Leitliniensekretariat darstellt.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 1: Übersicht Leitlinienkoordination, Steuergruppe, Patient:innenvertreter

Name	Institution	Verantwortlichkeit/ Rolle
Prof. Dr. Ingo Schäfer (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)	Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS), Universität Hamburg	Projektleitung, Koordination von Steuergruppe
Kirsten Lehmann (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)	Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS), Universität Hamburg	Leitliniensekretariat
Britta Jacobsen (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)	Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS), Universität Hamburg	Leitliniensekretariat
Prof. Dr. Anil Batra (Universitätsklinikum Tübingen)	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht)	Steuergruppe
Prof. Dr. Falk Kiefer (Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim)	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht)	Steuergruppe
Prof. Dr. Ulrich Preuss (Vitos Klinik, Herborn, MLU Halle-Wittenberg)	Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS)	Steuergruppe
Dr. Stephan Walcher (Suchtmedizinisches Versorgungszentrum Concept, München)	Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS)	Steuergruppe (ehemals)
Dr. Maurice Cabanis (Klinik für Suchtmedizin und Abhängiges Verhalten, Klinikum Stuttgart, Zentrum für Seelische Gesundheit)	Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS)	Steuergruppe
Prof. Dr. Wilma Funke (MEDIAN Kliniken Wied, KatHO Köln)	Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie (DG-SPS)	Steuergruppe
Nikolaus Lange (Baden-Württemberg-ischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation)	Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie (DG-SPS)	Steuergruppe
Prof. Dr. Markus Backmund (Praxiszentrum im Tal, München, LMU München)	Dachverband der Deutsche Suchtfach-gesellschaften (DSG)	Steuergruppe
Prof. Dr. Ursula Havemann-Reinecke (Universitätsmedizin Göttingen)	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik u. Nervenheilkunde (DGPPN)	Steuergruppe

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Name	Institution	Verantwortlichkeit/ Rolle
Dirk Schäffer (Dt. Aidshilfe e.V., Berlin)	Deutsche Aidshilfe e.V., Berlin	Patient:innenvertreter

Tabelle 2: Mitglieder der Leitliniengruppe

Mandatstragende (Haupt- oder Stellvertretung)	**Fachgesellschaft/ Organisation**
Christel Lüdecke	Bundesdirektorenkonferenz - Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) e. V.
Christian Muhl	Fachverband Sucht+ e. V., Fachverband für Sucht plus Psychosomatik (FVS+)
Denis Schinner	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)
Dirk Schäffer	Deutsche Aidshilfe e. V. (DAH)
Dr. Andreas Zsolnai	Arbeitsgruppe Diamorphin-gestützte Behandlung (AG Diamorphin)
Dr. Diana Plörer	Arbeitsgruppe Diamorphin-gestützte Behandlung (AG Diamorphin)
Dr. Dirk Gastauer	Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V. (fdr)
Dr. Hans Haltmayer	Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS)
Dr. Jan-Peter Siedentopf	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e. V.
Dr. Katharina Schmalstieg-Bahr	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) e. V.
Dr. Marc Lehmann	Ministerium der Justiz des Landes Nordrhein-Westfalen für die Landesjustizverwaltungen (Gefängnismedizin)
Dr. Markus Stuppe	Bundesdirektorenkonferenz - Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) e. V.
Dr. Maurice Cabanis	Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (DGS)
Dr. Michael Rinecker	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) e. V.
Dr. Nikolaus Melcop	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
Dr. Peter Raiser	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)
Elisabeth Müller	Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis (BAS) e. V.
Friederike Neugebauer	Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V. (fdr)
Henrike Paternoga	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW) **&** Bundesverband Suchthilfe e. V. (bus.)
Friederike Neugebauer	Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V. (fdr)
Henrike Paternoga	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW) **&** Bundesverband Suchthilfe e. V. (bus.)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Mandatstragende (Haupt- oder Stellvertretung)	**Fachgesellschaft/ Organisation**
Jochen Hotstegs	Bundesverband Individual- und Erlebnispädagogik e. V. (be)
Lioba Krüger-Rosenke	Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e. V. (DG-SAS)
Maren Dix	Ministerium der Justiz des Landes Nordrhein-Westfalen für die Landesjustizverwaltungen (Gefängnismedizin)
Martin Strahl	Deutsche Fachgesellschaft psychiatrische Pflege (DFPP) e. V.
Nadine Wussow-Rothhaar	Fachverband Sucht+ e. V., Fachverband für Sucht plus Psychosomatik (FVS+)
Nikolaus Lange	Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e. V. (DGSPS)
Norbert Wittmann	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.
Olaf Ostermann	Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V. (fdr)
Patrick Plötzke	BAG Caritas Suchthilfe (CaSu)
PD Dr. Uwe Verthein	Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (akzept e. V.)
Philip Gerber	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.
Prof. Dr. Alfred Springer	Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS)
Prof. Dr. Anil Batra	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
Prof. Dr. Barbara Schneider	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) e. V.
Prof. Dr. Christopher Baethge	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)
Prof. Dr. Falk Kiefer	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht)
Prof. Dr. Frank Petzke	Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.
Prof. Dr. Hans Udo Schneider	Norddeutscher Suchtforschungsverbund e. V. (NSF)
Prof. Dr. Ingo Schäfer	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) e. V.
Prof. Dr. Jens Reimer	Deutsche Suchtstiftung
Prof. Dr. Klaus Weckbecker	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) e. V.
Prof. Dr. Markus Backmund	Deutsche Suchtgesellschaft – Dachverband der Suchtfachgesellschaften (DSG) GbR
Prof. Dr. Markus Bleckwenn	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) e. V.
Prof. Dr. Mirjam N. Landgraf	Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP) e. V.
Prof. Dr. Nadja Nestler	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP) & Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.
Prof. Dr. Norbert Scherbaum	Bundesärztekammer (BÄK)
Prof. Dr. Norbert Wodarz	Bundesärztekammer (BÄK)
Prof. Dr. Oliver Pogarell	Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis (BAS) e. V.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Mandatstragende (Haupt- oder Stellvertretung)	**Fachgesellschaft/ Organisation**
Prof. Dr. Rainer Thomasius	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugend- Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP)
Prof. Dr. Rita Hansjürgens	Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e. V. (DG-SAS)
Prof. Dr. Tom Bschor	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)
Prof. Dr. Ulrich W. Preuss	Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (DGS) **&** Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) e. V.
Prof. Dr. Ulrich Zimmermann	Sächsische Wissenschaftliche Gesellschaft für Nervenheilkunde (SWGN) e. V.
Prof. Dr. Ursula Havemann-Reinecke	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
Prof. Dr. Wilma Funke	Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e. V. (DGSPS)
Sarah Huff	BAG Caritas Suchthilfe (CaSu)
Sebastian Winkelnkemper	Bundesverband Suchthilfe e. V. (bus.)
Timo Harfst	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
Uwe Genge	Deutsche Fachgesellschaft psychiatrische Pflege (DFPP) e. V.
Ilona Lojewski	AG-Mitarbeit
Dr. Denis Paul	AG-Mitarbeit
Dr. Katharina Eidenmüller	AG-Mitarbeit
Dr. Mathias Luderer	AG-Mitarbeit
Dr. Tobias Link	AG-Mitarbeit
Frank Bannasch	AG-Mitarbeit
Prof. Dr. Anne Koopmann	AG-Mitarbeit
Prof. Dr. Michael Soyka	Ad personam
Stefan Sondermann	AG-Mitarbeit
Steffen Wendeln	AG-Mitarbeit
Tina Nagel	AG-Mitarbeit

2.2 Beschreibung/ Darstellung des Projekts

Die Leitlinie soll durch Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei opioidbezogenen Störungen zu einer Verbesserung der Qualität und der interdisziplinären Kooperation in der Versorgung betroffener Patient:innen beitragen. Vorrangige Ziele sind einheitliche Empfehlungen für Behandlungsplanung (z.B. Abstinenzorientierung vs. OAT), Akut- und Postakutbehandlung (pharmakologische Therapien, psychosoziale Therapien, Behandlung von Komorbiditäten) Rehabilitation und Nachsorge. Gruppen mit speziellen Bedarfen (z.B. Schwangere, Eltern, ältere Patient:innen) und besonderen Versorgungsaspekten (z.B. in Haft und Maßregelvollzug) werden gesondert berücksichtigt. Weiter wird die Leitlinie Qualitätsindikatoren in Bezug auf die Versorgung der Zielgruppe bereitstellen. Patient:innennahe Endpunkte (z.B. somatische und psychische Gesundheit, subjektive Lebensqualität, Reduktion von Beigebrauch, Haltequote) in Bezug auf ihre Eignung für das Qualitätsmonitoring und die aktuellen Versorgungsangebote wurden im Rahmen der Evidenzbewertung auf ihren Nutzen geprüft.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Zielpopulation dieser Leitlinie sind Erwachsene, die entweder den Verdacht auf oder die Diagnose einer opioidbezogenen Störung durch illegale Opioide haben (nicht ärztlich verschriebene Opioide; ICD-10: F11; ICD-11: 6C43). Zielgruppen mit speziellen Bedarfen/Versorgungsaspekten (z.B. Schwangere, Gebärende oder Stillende, Eltern, ältere Patient:innen, Patient:innen in Haft und Maßregelvollzug, Geflüchtete) werden gesondert berücksichtigt.

Die Versorgungsbereiche, die in dieser Leitlinie abgedeckt werden, sind folgende:

- Ambulant
- Stationär
- Teilstationär
- Früherkennung
- Diagnostik
- Therapie
- Rehabilitation
- Primärärztliche Versorgung
- Spezialärztliche Versorgung

In dieser Leitlinie wird der Bereich der Prävention nicht thematisiert.

Diese Leitlinie richtet sich an Fachpersonal in Versorgungsbereichen mit Kontakt zur Zielgruppe, z.B. Ärzt:innen, Psycholog:innen, ärztliche und psychologische Psychotherapeut:innen, Medizinische Fachangestellte sowie nichtärztliche Berufe in der vertragsärztlichen Versorgung, Gesundheits- und Krankenpfleger:innen und Sozialarbeiter:innen/-pädagog:innen und dient zur Information für Spezialtherapeut:innen (z.B. Ergotherapie, Physiotherapie Logopädie, Kreativtherapie) und Apotheker:innen.

2.3 Beschreibung Ablauf des Projekts

Zu Beginn des Projekts wurde eine Steuergruppe und eine Konsensusgruppe erstellt (64 Mitglieder). Während der durch neutrale Moderation der AWMF begleitete 12 Konsensustreffen, in derer die Konsensusgruppe tagte, wurden zu Beginn 14 Arbeitsgruppen (je Kapitel eine Arbeitsgruppe) erstellt, welche bis zu 6 Klinische Fragestellungen pro Arbeitsgruppe erstellen konnten, welche nach dem PICO („Patient-Intervention-Comparison-Outcome“)-Schema präzisiert wurden. Diese klinischen Fragestellungen wurden durch das Leitliniensekretariat und Beraterinnen der AWMF geprüft und ggf. mit der Arbeitsgruppe überarbeitet, um klarere bzw. umsetzbarere Suchen durchzuführen. Nach Finalisierung der klinischen Fragestellungen wurden diese systematisch in relevanten Datenbanken recherchiert, bei Inklusionen von Publikationen diese bewertet und für die Konsensusgruppe aufgearbeitet. Anhand der Inklusionen oder bei keiner Evidenz anhand von Expert:innenerfahrungen wurden Empfehlungen und die dazugehörigen Hintergrundtexte durch die Arbeitsgruppe erstellt. Diese Ergebnisse wurden innerhalb der Konsensustreffen durch die AG präsentiert, innerhalb der Konsensusgruppe diskutiert und ggf. Änderungsanträge gestellt und diskutiert. Nach Abschluss der Diskussion wurden die Empfehlungen und ggf. Änderungsanträge abgestimmt und somit Empfehlungen konsentiert.

Die Arbeitsgruppen finalisierten nach den Abstimmungen ihre Leitlinienkapitel, welche durch das Leitliniensekretariat und -leitung nachgeprüft wurden. Änderungen und Änderungsvorschläge bezogen sich auf redaktionelle Aspekte, die Homogenisierung der Begrifflichkeiten zwischen den Kapiteln, vertiefende Erläuterungen und Textkürzungen. Diese wurden den Arbeitsgruppen rückgemeldet und ggf. durch diese überarbeitet. Nach Finalisierung der Kapitel wurden die Leitlinie, der Leitlinienreport sowie die Anhänge durch das Leitliniensekretariat finalisiert und an die Konsensusgruppe und deren

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Fachgesellschaften/ Organisationen versandt. Diese hatten die Aufgabe, die Dokumente zu sichten und der Verabschiedung der Texte zuzustimmen.

Interessenserklärungen der teilnehmenden und koordinierenden Personen wurden eingeholt und durch mindestens zwei Personen geprüft und bewertet.

Innerhalb der Leitlinienentwicklung wurde eine weitere Arbeitsgruppe erstellt, welche ein Informationsblatt für Betroffene von opioidbezogenen Störungen mithilfe des Leitliniensekretariats erstellten (s. Anlage 7).

Für die Veröffentlichung einer Leitlinie ist die Erstellung eines Leitlinienreports durch das Leitliniensekretariat notwendig, welcher in Anlage 9 zu finden ist.

2.4 Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen

Um auch die Betroffenen zu erreichen, wurde ein Informationsblatt für sie erstellt (s. Anlage 7). Die Inhalte wurden während Konsensustreffen diskutiert und Vorschläge für die Gestaltung notiert (wie z.B. einfache Sprache, verschiedene Ansprechpartner:innen und Informationen bei Notsituationen). Eine Arbeitsgruppe, in der auch Dirk Schäffer (Patient:innenvertreter) mitwirkte, erarbeitete anhand der Ergebnisse mithilfe des Leitliniensekretariats Hilfsmaterialien, welche mit der Leitlinie online auf der Webseite der AWMF zur Verfügung stehen (https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-012).

Um auf die Leitlinie aufmerksam zu machen, sind Publikationen geplant und die Leitliniengruppe durch die Steuergruppe motiviert, die Ergebnisse ihrer Arbeitsgruppe auf Tagungen/ Kongressen zu präsentieren.

3 Methodik

Die Richtlinien zur Erstellung einer S3-Leitlinie des AWMF-Regelwerkes wurden während der Leitlinienentwicklung konsequent berücksichtigt und bei Unklarheiten wurde die AWMF-Beratung zur Klärung kontaktiert. Durch die Beratung und neutrale Moderation der AWMF im Prozess und während der Konsensustreffen wurde zudem die methodisch richtige Durchführung der Leitlinienentwicklung eingehalten. Somit erfüllt diese S3-Leitlinie alle von der AWMF definierten Kriterien.

3.1 Aufstellung einer repräsentativen Leitliniengruppe

Um eine repräsentative Zusammensetzung der Leitliniengruppe zu gewährleisten, wurden vor Beginn der Leitlinienentwicklung relevante Fachgesellschaften, Berufsverbände und Organisationen angeschrieben und eingeladen, an der Leitlinienentwicklung mitzuwirken. Während des Auftakttreffens wurde eine Liste der teilnehmenden und eingeladenen Fachgesellschaften, Berufsverbände und Organisationen präsentiert und die Anwesenden hatten die Möglichkeit weitere relevante Gruppen vorzuschlagen, welche eingeladen wurden. Somit wurde gewährleistet, dass die Leitliniengruppe aus einer interdisziplinären und für den Adressat:innenkreis repräsentative Expert:innengruppe bestand (s. Tabelle 2). Die Deutsche Aidshilfe (DAH) versandt einen Repräsentanten, welcher die Rolle der Patient:innenvertretung übernahm und für die Gewährleistung der Patient:innenzentrierung sorgte. Leidglich eine

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

eingeladene Fachgesellschaft (Deutsche Gesellschaft für Verkehrsmedizin e. V.) konnte wegen mangelnder Fachkompetenz zu den Leitlinienthemen nicht teilnehmen.

3.2 Umgang mit Interessenkonflikten

Die Interessenerklärungen der gesamten Leitliniengruppe, der AWMF-Beraterinnen/ Moderatorinnen und derjenigen Personen, die die Interessen bewerteten, wurden webbasiert mittels der AWMF-Anwendung „Interessenerklärung Online“ (https://interessenerklaerung-online.awmf.org) schriftlich eingeholt (s. Anlage 5). Die Erklärungen wurden vom Leitliniensekretariat (insgesamt vier Personen) bewertet, wobei das AWMF-Regelwerk zugrunde gelegt wurde. Eine Fremdbewertung der dargelegten Interessen erfolgte auch für diejenigen, die Interessen bewerteten (durch die anderen Bewerterinnen). Zur Bewertung wurde eingeschätzt, ob Interessenkonflikte vorliegen und wenn, ob diese einen thematischen Bezug zur Leitlinie insgesamt und/oder in Bezug auf spezifische Fragestellungen, die in der Leitlinie adressiert werden, aufwiesen. Als relevant eingeschätzte Interessenkonflikte wurden auf einer Skala von 1 bis 3 (gering/moderat/hoch) unter Berücksichtigung von Kriterien zur Feststellung der Ausprägung der Interessen und des Ausmaßes des daraus eventuell resultierenden Konflikts bewertet (s. Tabelle 3).

Dabei konnten bei einigen Personen gering bis moderat thematisch relevante Interessenkonflikte identifiziert werden. Bei geringen Interessenkonflikten wurde sichergestellt, dass keine leitenden Funktionen innerhalb der Leitliniengruppe ausgeübt wurden. Personen mit moderaten Interessenkonflikten haben nicht an den entsprechenden Abstimmungen teilgenommen. AWMF-Leitlinienberaterinnen standen bei Rückfragen zum Bewertungsprozess beratend zur Seite. Als protektive Faktoren, die einer Verzerrung durch Interessenkonflikte entgegenwirkten, können die pluralistische Zusammensetzung der Leitliniengruppe, die strukturierte Konsensfindung unter neutraler Moderation sowie die Diskussionen zu den Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten zu Beginn der Konsenskonferenz gewertet werden.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 3: Kategorisierung der Interessenkonflikte mit dem jeweiligen Interessenkonfliktmanagement als Empfehlung der AWMF-Kommission Leitlinien nach AWMF-Regelwerk

Ausprägung Interessen-konflikts	Umstände für diese Kategorie	Konsequenz
Keine	-	-
Gering	einzelne Vorträge finanziert von der Industrie	Limitierung von Leitungsfunktion insgesamt (Koordination, ggf. Peer) oder für die thematisch befasste AG (Leitung, ggf. Peer)
Moderat	Eine Tätigkeit in einem industriefinanzierten Advisory Board/Wiss. Beirat/als Gutachter Managementverantwortung industriefinanzierte Studie(n) Federführung bei Fort-/Weiterbildung mit direkter Industriefinanzierung Regelmäßige Vortragstätigkeit für bestimmte Firmen Aktienbesitz einzelner Firmen	Keine Abstimmung für die thematisch relevanten Empfehlungen oder Doppelabstimmung
Hoch	Eigentumsinteresse Arbeitsverhältnis bei der Industrie Hoher Aktienbesitz einzelner Firmen	Keine Teilnahme an thematisch relevanten Beratungen und keine Abstimmung

3.3 Systematische Literaturrecherche

Die von den Arbeitsgruppen konsentierten klinischen/ PICO-Fragen sind aufgrund ihrer Menge nicht in diesem Dokument gelistet, befinden sich jedoch in Anlage 1.

In einem ersten Schritt wurden bereits bestehende Leitlinien zu opioidbezogenen Störungen und/oder zur Opioid-Agonisten-Therapie recherchiert, darauffolgend aggregierte Evidenz und ggf. Primärdaten, falls die aggregierte Evidenz nicht alle relevanten Fragestellungen bzw. Aspekte der PICO-Fragen beantworten konnten.

Rechercheschrittübergreifende Inklusionsgründe für den Einschluss von identifizierten Arbeiten waren die deutsche und englische Sprache, die Übertragbarkeit auf das deutsche Versorgungssystem, ein Publikationsdatum beginnend ab dem 01.01.2017 (Fünfjahreszeitraum der zurückliegenden Veröffentlichung; entschieden nach Diskussion mit der AWMF und der Steuergruppe) sowie das Erfüllen der jeweiligen PICO-Elemente (s. Anlage 2 für die Suchsyntaxen der jeweiligen PICO-Frage). Bei den Primärdaten wurde zudem geprüft,

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

ob die Arbeiten, die nach dem Volltextscreening inkludiert werden sollten, bereits in für die entsprechende PICO-Frage eingeschlossene aggregierte Evidenz eingeflossen waren. Die Recherchetreffer der jeweiligen Datenbanken wurden in das Literaturverwaltungsprogramm EndNote eingepflegt und Duplikate durch das Programm automatisch entfernt. Während des Screeningprozesses wurden Duplikate, welche nicht durch das Programm entfernt wurden, manuell markiert, dokumentiert und entfernt. Das Screening erfolgte durch mindestens zwei Personen nach dem etablierten Prozess des Titel-, Abstract- und Volltextscreenings. Unstimmigkeiten einzelner Beurteilungen wurden bis zur Konsenserreichung durch Diskussionen gelöst, wozu stets eine dritte Person hinzugezogen wurde.

Alle potenziell zu inkludierenden Volltexte wurden erneut in einem zeitgleich stattfindenden Prozess von zwei Mitarbeitenden des Leitliniensekretariats (Kirsten Lehmann und Britta Jacobsen) gescreent und eine mögliche Inklusion diskutiert. In Fällen, in denen Publikationen vom Leitliniensekretariat als relevant eingestuft wurden, wurden diese an die jeweilige AG(-Leitung) übersandt. In einzelnen Fällen wurden Publikationen nachträglich exkludiert, wenn diese inhaltliche und methodische Mängel während der systematischen Bewertung aufwiesen. Hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien, wie bspw. Alter, Geschlecht, Krankheitsstatus, Komorbiditäten oder Interventionen/Vergleichsgruppen wurde sich stets an den in den PICO-Fragen definierten Inhalten/Spezifikationen orientiert. Die Ausschlussgründe für geprüfte Volltexte wurden pro Publikation erfasst und sind in den in Anlage 3 bereitgestellten Flowcharts zu finden.

3.4 Kritische Bewertung der Evidenz und Erstellung von Evidenzzusammenfassung

Die Qualität der Evidenz der zur Beantwortung der klinischen/PICO-Fragen eingeschlossenen Metaanalysen und Primärstudien wurde nach der GRADE-Methodik (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) eingestuft. Systematische Übersichtsarbeiten ohne Metaanalysen wurden aus methodischen Gründen nicht mit der GRADE-Methodik bewertet. Dies lag unter anderem daran, dass für das GRADE-Profil notwendige Angaben aus den entsprechenden systematischen Übersichtsarbeiten nicht hervorgingen. Dies hätte erfordert, aus den inkludierten Primärstudien der systematischen Übersichtsarbeiten die dafür notwendigen Daten zu extrahieren, um eine eigens angelegte Metaanalyse durchzuführen. Dieser Arbeitsschritt war jedoch im Rahmen der vorhandenen zeitlichen Ressourcen des Leitlinienprojekts nicht umsetzbar. Die GRADE-Profile wurden von Prof. Dr. Nicole Skoetz (Universität zu Köln, Direktorin des Instituts für Öffentliches Gesundheitswesen und Direktorin WHO Collaborating Center on Evidence Synthesis and Evaluation of Novel Cancer Therapies) erstellt. Zudem wurde die eingeschlossene Evidenz von mindestens zwei Personen einer methodisch kritischen Qualitätsbewertung unterzogen. Dabei wurde aggregierte Evidenz mit der AMSTAR (A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews) 2-Checklist, randomisiert kontrollierte Primärstudien mit dem Risk of Bias 2 (RoB 2) tool und und Kohortenstudien mit der SIGN Methodology Checklist 3 bewertet. Unstimmigkeiten einzelner Beurteilungen wurden vom Leitliniensekretariat bis zur Konsenserreichung durch gemeinsame Diskussionen gelöst. Die methodischen Bewertungen der Publikationen erfolgten durch mindestens eine Person und wurden stets durch eine zweite Person geprüft. Die Stärken und Schwächen der eingeschlossenen Literatur sind in Form von GRADE-Profilen, AMSTAR 2-Checklisten, RoB 2- sowie SIGN-Bewertungen in Anlage 4 bereitgestellt.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

3.5 Strukturierte Konsensfindung: Verfahren und Durchführung

Die Diskussion und Verabschiedung der Empfehlungen erfolgten unter Einsatz der *Strukturierten Konsensuskonferenz* entsprechend dem Vorschlag der US-amerikanischen National Institutes of Health (NIH Typ). In den jeweiligen Arbeitsgruppen wurden auf der Grundlage der Rechercheergebnisse Empfehlungen formuliert und deren Graduierung gemäß dem dreistufigen Schema zur Graduierung von Empfehlungen (siehe Tabelle 3) vorgeschlagen. Ab dem Zeitpunkt der Evidenzübermittlung durch das Leitliniensekretariat an die Arbeitsgruppen konnten diese mit der Ausarbeitung von Empfehlungen beginnen. Zudem wurden für die jeweiligen Leitlinienkapitel die Hintergrundtexte formuliert. Die Arbeitsergebnisse wurden dem Leitliniensekretariat eingereicht und dort gesichtet. Eventuelle Unklarheiten und/oder Überarbeitungswünsche wurden an die Arbeitsgruppen zurückgemeldet. Die überarbeiteten Leitlinienkapitel inkl. der abzustimmenden Empfehlungen wurden zur Vorbereitung auf die Konsensuskonferenzen der Leitliniengruppe sowie der AWMF-Beratung zur Verfügung gestellt. In strukturierten Konsensuskonferenzen, welche ausnahmslos online stattfanden, wurden die erarbeiteten Empfehlungen verabschiedet. Die zu konsentierenden Empfehlungen und aktuellen Versionen der Hintergrundtexte wurden der Leitliniengruppe gemeinsam mit der aufbereiteten Evidenz rechtzeitig zugänglich gemacht. In Einzelfällen wurden Empfehlungen ad hoc in der Konsensuskonferenz von der Leitliniengruppe formuliert. In jede Konsensuskonferenz wurde mit der Darlegung der für die betreffende Sitzung relevante Evidenz eingeführt (Präsentation der Evidenzgrundlage, Rationale und Empfehlungen durch die Arbeitsgruppen) und im Plenum konnten die Teilnehmenden Rückfragen und begründete Änderungsanträge stellen. Die Konferenzen wurden von in der Begleitung entsprechender Prozesse erfahrenen Leitlinienberaterinnen der AWMF neutral moderiert (Dr. Susanne Blödt, Prof. Dr. Ina B. Kopp und Dr. Monika Nothacker). Nach ausreichender Diskussion zu den Empfehlungen und Änderungsanträgen wurden diese abgestimmt, bei Bedarf wurden Dissense diskutiert, Alternativvorschläge erarbeitet und diese endgültig abgestimmt. Die Konsensstärke (Anteil der Zustimmung der Leitliniengruppe zu einer Empfehlung) wurde gemäß des AWMF-Regelwerks klassifiziert:

- Starker Konsens: Zustimmung von > 95 % der Teilnehmer:innen
- Konsens: Zustimmung von > 75 – 95 % der Teilnehmer:innen
- Mehrheitliche Zustimmung: Zustimmung von > 50 – 75 % der Teilnehmer:innen
- Keine mehrheitliche Zustimmung: Zustimmung von ≤ 50 % der Teilnehmer:innen

Ein Konsens mit Annahme der Empfehlung war bei einer Zustimmung von > 75 % der abstimmenden Mandatstragenden erzielt. Enthaltungen aufgrund von Interessenkonflikten wurden von der Grundgesamtheit der abstimmenden Mandatstragenden abgezogen. Wie von der AWMF in der Beratung vorgegeben, wurden Stimmenthaltungen von abstimmungsberechtigten Personen nicht aus der Grundgesamtheit herausgerechnet, was bedeutet, dass alle abgegebenen Stimmen (Zustimmungen, Ablehnungen, Enthaltungen) berücksichtigt wurden, ohne die Enthaltungen bei der Berechnung der Ergebnisquote herauszurechnen. Die Konsensstärke wird für jede Empfehlung angegeben.

3.6 Verknüpfung von Evidenz und Empfehlung

Die Arbeitsgruppen formulierten auf der Grundlage der inkludierten Evidenz Empfehlungen zu ihren jeweiligen Fragestellungen und schlugen zudem konkrete Empfehlungsgrade vor. Bei

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

diesem Arbeitsschritt wurden die methodischen Qualitätsbewertungen (das Vertrauen in die Evidenz, GRADE Evidence to Decision (EtD) Framework) stets berücksichtigt. Lag keine über die systematische Literaturrecherche eingeschlossene Evidenz vor, beruhte die Formulierung auf indirekter Evidenz, welche nicht den Kriterien der systematischen Recherchen entsprach und/oder Expert:innenerfahrungen. Die formulierten Empfehlungen wurden mit der Beschreibung der zugrundeliegenden Evidenz in einem entsprechenden Abschnitt (Hintergrundtext, s. Anlage 7 und 8 für die finale Leitlinie sowie ergänzende Tabellen) sowie bei systematisch eingeschlossener Literatur mit Evidenzzusammenfassungen nachvollziehbar verknüpft.

Die von den Arbeitsgruppen diskutierten und formulierten Vorschläge für Empfehlungen und deren Stärke, wurden im Anschluss in den online stattfindenden Konsensuskonferenzen vorgestellt und unter Moderation der AWMF durch alle Anwesenden diskutiert. Änderungsvorschläge wurden begründet vorgestellt und konsentiert. Die Graduierung der Empfehlungen basiert, wie im AWMF-Regelwerk beschrieben, auf einer Nutzen-Schaden-Abwägung, dem Vertrauen in die identifizierte Evidenz, den Ansichten und Präferenzen der betroffenen Patient:innen (repräsentiert durch den Patient:innen-Vertreter) sowie der klinischen Expertise der Leitliniengruppe. Im Rahmen der Konsensuskonferenzen wurde zur Verabschiedung der Empfehlungen die methodisch aufbereitete Evidenz unter klinischen Gesichtspunkten betrachtet und die Empfehlungen auf dieser Grundlage diskutiert. Empfehlungen und ihre Stärke wurden nach Diskussion in der Konsensuskonferenz ggf. angepasst. Begründungen für die Empfehlungsgrade wurden in den Hintergrundtexten adressiert. Im gesamten Leitlinienprozess wurde das dreistufige Schema zur Graduierung von Empfehlungen verwendet (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Dreistufiges Schema zur Graduierung von Empfehlungen

Symbol	Empfehlungsgrad	Beschreibung	Formulierung
⇑⇑	A	Starke Empfehlung	Soll/soll nicht
⇑	B	Empfehlung	Sollte/sollte nicht
⇔	0	Empfehlung offen	Kann erwogen werden/kann verzichtet werden

4 Projektergebnisse

4.1 Formulierung von klinisch relevanten Fragestellungen, Priorisierung von Endpunkten

Die Arbeitsgruppen erstellten mithilfe der Unterstützung des Leitliniensekretariats bis zu sechs relevante klinische Fragestellungen (Schlüsselfragen), welche in das PICO-Schema übersetzt wurden. Maximal sechs patient:innenrelevante Endpunkte (Outcomes) wurden definiert und nach Wichtigkeit priorisiert. Die entwickelten klinischen/PICO-Fragestellungen wurden der AWMF als methodische Begleitung zur Verfügung gestellt und ggf. mit dem

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Leitliniensekretariat besprochen und/oder angepasst. Die finalen klinischen/PICO-Fragestellungen dieser Leitlinie sind in der Anlage 1 zu finden.

4.2 Systematische Recherchen

Die Recherchearbeit zu dieser Leitlinie ergab insgesamt eine Titel- und Abstractsichtung von 25.027 Datenbanktreffern, 197 Volltexte wurden geprüft und 44 Publikationen inkludiert. Die systematische Literatursuche war die Grundlage dafür, dass für 15 klinische/PICO-Fragestellungen vor dem Hintergrund der Evidenzlage evidenzbasierte Empfehlungen formuliert wurden, während die Evidenzlage für die verbleibenden 31 klinischen/PICO-Fragestellungen mangelhaft war, sodass Expert:innenkonsense formuliert wurden.

4.2.1 Recherchen nach bereits bestehenden Leitlinien zu opioidbezogenen Störungen und/oder zur Opioid-Agonisten-Therapie

In einem ersten Schritt der Leitlinienrecherche wurde AG-übergreifend nach bereits vorhandenen Leitlinien recherchiert, in welchen opioidbezogene Störungen und/oder die Opioid-Agonisten-Therapie adressiert wurden. Hierzu wurde in folgenden Datenbanken (vollständige Suchsyntaxen siehe Anlage 2) im Zeitraum vom 22.06.2022 bis 20.08.2022 recherchiert: APA PsycInfo, AWMF (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften), ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin), Cochrane Library, Epistemonikos, GIN (Guidelines International Network), NICE (National Institute for Health and Care Excellence), PSYNDEX/PubPsych, PubMed/MedLine und Trip Database. Zusätzlich wurde eine manuellen Internetsuche durchgeführt. Im Zuge der Leitlinienrecherche wurde die Übersichtsarbeit von Watan et al. 2021[1] identifiziert, welche sich mit der methodischen Qualität von Leitlinien im Umgang mit opioidbezogenen Störungen auseinandersetze. Im Rahmen der Studie von Watan et al. wurde eine umfangreiche Literatursuche nach entsprechenden Leitlinien durchgeführt, weshalb nach Abwägung durch die Steuergruppe beschlossen wurde, lediglich nach Leitlinien zu suchen, die nach dem Suchzeitraum von Watan et al. publiziert wurden. Somit bezog sich die Recherche nach passenden Leitlinien auf den Zeitraum von 01.12.2020 bis 20.08.2022. Die Recherchen identifizierten insgesamt 467 Publikationen, von welchen acht im Volltext gescreent wurden. Keine Leitlinie konnte die Einschlusskriterien erfüllen und inkludiert werden (s. Tabelle 5 für die Auflistung der Leitlinien und deren Exklusionsgründen). Der Hauptgrund lag in der Intransparenz der jeweiligen Leitlinienentwicklungsarbeit und der überwiegenden Mehrheit an Empfehlungen, die auf Expert:innenkonsens beruhten.

[1] Watan Pal A, Aziz Z, Kamarulzaman A. Methodological quality of guidelines for the management of opioid use disorder: a systematic review. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. 2021 Jun 22;46(6):1531-1548.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 5: Begründungen für die im Volltextscreening exkludierten Leitlinien zu opioidbezogenen Störungen und/oder zur Opioid-Agonisten-Therapie

Leitlinie	Exklusionsgrund
Kaiser Permanente, 2020, Opioid Use Disorder Diagnosis and Treatment Guideline	In Watan et al. 2021
SIGN/NHS Scotland, 2022, Use of long-acting injectable buprenorphine for opioid substitution therapy	Es handelt sich um eine Leitlinie zur ausschließlichen Behandlung mit der Substanz Buprenorphin depot
Australian Resuscication Council, 2022, First Aid Management of Opioid Overdose	Keine Leitlinie
DoVA/DoD, 2021, Clinical Practice Guideline For The Management Of Substance Use Disorders	Intransparente Methodik (Standards unklar), hauptsächlich *Klinische Konsenspunkte*
S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie	Thema irrelevant
Society for Adolescent Health and Medicine, 2021, Medication for Adolescents and Young Adults With Opioid Use Disorder	Positionspapier
NICE Clinical Knowledge Summaries, 2021, Opioid dependence	Geoblocking
Ministry of Health (Singapur), 2021, National Guidelines For The Safe Prescribing Of Opioids 2021 (First Edition)	Geoblocking

4.2.2 Recherchen nach aggregierter Evidenz

In einem nächsten Schritt wurde für jede klinische/PICO-Frage der 14 Arbeitsgruppen nach aggregierter Evidenz (systematische Übersichtsarbeiten mit oder ohne Metaanalyse) recherchiert. Für jede PICO-Frage wurden individuelle Literatursuchen durchgeführt (vollständige Suchsyntaxen siehe Anlage 2), Ausnahmen stellten Fälle dar, in welchen sich die Suchtermini zwischen den PICO-Fragen nicht unterschieden (bspw. bei der AG Besondere Populationen, PICO 1 und 2). Die Suchen begrenzten sich auf den Publikationszeitraum von 01.01.2017 bis 01.02.2023 und wurden in den folgenden Onlinedatenbanken durchgeführt: PubMed (inkl. MEDLINE), Epistemonikos, PubPsych/Psyndex, PsycInfo und Web of Science.

Aufgrund der hohen Anzahl an entwickelten klinischen/PICO-Fragen und dementsprechenden Recherchevorgängen werden die Ergebnisse der Suche tabellarisch dargestellt (s. Tabelle 6). Zudem sind in Anlage 3 die im Volltextscreening ausgeschlossenen Publikationen mit Ausschlussgrund zu finden.

Eine Gesamtzahl von 7.180 Publikationen für die aggregierte Literatursuche wurde identifiziert und gesichtet. Nach der Volltextprüfung von 120 Publikationen wurden 30 inkludiert. In Fällen, in denen die inkludierte aggregierte Evidenz die klinischen Fragestellungen dieser Leitlinie nicht in Gänze beantworten konnten, wurde eine Primärdatenrecherche angeschlossen (s. 4.2.3).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

4.2.3 Recherchen nach Primärdaten

In Fällen, in denen klinischen Fragestellungen dieser Leitlinie durch den Einschluss von aggregierter Evidenz nicht in Gänze beantwortet werden konnten, bspw. weil Interventionen und/oder Outcomes einer PICO nicht identifiziert oder in den Arbeiten berichtet wurden, folgte eine Recherche nach Primärdaten (randomisierte Kontrollstudien oder Kohortenstudien). Analog zur Recherche nach aggregierter Evidenz wurden für jede PICO-Frage individuelle Literatursuchen durchgeführt (vollständige Suchsyntaxen siehe Anlage 2), Ausnahmen stellen Fälle dar, in welchen sich die Suchtermini zwischen den PICO-Fragen nicht unterschieden. Die Suchen begrenzten sich auf den Zeitraum zwischen dem 01.01.2017 und 21.08.2023 und wurden in den folgenden Datenbanken durchgeführt: PubMed (inkl. MEDLINE), Epistemonikos, PubPsych/Psyndex, PsycInfo und Web of Science. Insgesamt wurden 17.929 Publikationen identifiziert und gesichtet. Detaillierte Angaben können der Tabelle 6 entnommen werden. Zusätzlich sind in Anlage 3 die im Volltextscreening ausgeschlossenen Publikationen mit Ausschlussgrund zu finden.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 6: Übersicht der Ergebnisse der Recherche zur Aggregierten Evidenz und Primärdaten

AG	PICO(s)	Ergebnisse nach automatischer Duplikatenentfernung	Manuelle Duplikatenentfernung	Exkludiert im Titel- und Abstractscreening	Inkludiert im Volltext-Screening	Inkludiert
Psychotherapie	**Aggregierte Evidenz**					
	1	185	1	176	9	**4**
	2	238	0	236	2	**0**
	Primärdaten					
	1	694	0	687	7	**1**
Psy. Komorbiditäten	**Aggregierte Evidenz**					
	1	293	0	286	7	**3**
	Primärdaten					
	1	746	0	746	0	**0**
PSB	**Aggregierte Evidenz**					
	1	86	0	79	7	**0**
	Primärdaten					
	1	299	0	295	4	**1**
Selbsthilfe	**Aggregierte Evidenz**					
	1	78	0	78	0	**0**
	Primärdaten					
	1	80	0	80	0	**0**
Schadensminimierung	**Aggregierte Evidenz**					
	1	334	1	326	8	**3**
	2	315	1	312	3	**1**
	3	181	0	177	4	**0**
	4	4	0	4	0	**0**
	5	101	1	99	2	**0**
Schadensminimierung	**Primärdaten**					

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

AG	PICO(s)	Ergebnisse nach automatischer Duplikatenentfernung	Manuelle Duplikatenentfernung	Exkludiert im Titel- und Abstractscreening	Inkludiert im Volltext-Screening	Inkludiert
	3	59	0	58	1	**0**
	4	76	0	76	0	**0**
	5	177	0	175	2	**0**
Bes. Population	**Aggregierte Evidenz**					
	1	84	1	78	6	**1**
	2					**3**
	3	158	0	155	3	**0**
	4	46	0	41	5	**0**
	5 neu	51	0	45	6	**0**
	6	121	0	121	0	**0**
	Primärdaten					
	1	310	0	300	10	**0**
	2					**0**
	4	523	0	520	3	**0**
	5+6	166	0	158	8	**1**
Opioid-Agonisten-Therapie	**Aggregierte Evidenz**					
	1	309	4	298	11	**3**
	2	377	0	366	11	**4**
	3	433	107	427	6	**1**
	4	166	0	166	0	**0**
	Primärdaten					
	1	1570	0	1570	0	**0**
	2	1913	0	1908	5	**1**
	3	214	0	207	7	**4**
	4	107	0	107	0	**0**
Reha	**Aggregierte Evidenz**					

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

AG	PICO(s)	Ergebnisse nach automatischer Duplikatenentfernung	Manuelle Duplikatenentfernung	Exkludiert im Titel- und Abstractscreening	Inkludiert im Volltext-Screening	Inkludiert
	1	91	0	89	2	**0**
	2	66	1	65	1	**0**
	3	102	0	100	2	**0**
	Primärdaten					
	1	523	1	522	1	**0**
	2	201	0	201	0	**0**
	3	289	0	289	0	**0**
Therapieplanung	**Aggregierte Evidenz**					
	1	46	0	45	1	**0**
	2	348	0	348	0	**0**
	3	350	0	350	0	**0**
	4	42	0	41	1	**0**
	5	44	0	44	0	**0**
	Primärdaten					
	1	277	0	277	0	**0**
	2	413	0	413	0	**0**
	3	421	0	421	0	**0**
	4	283	0	283	0	**0**
	5	200	0	200	0	**0**
Versorgungsfragen	**Aggregierte Evidenz**					
	1	149	0	149	0	**0**
	2	18	0	18	0	**0**
	3	35	0	34	1	**0**
	4	93	0	90	3	**0**
Versorgungsfragen	**Primärdaten**					

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

AG	PICO(s)	Ergebnisse nach automatischer Duplikatenentfernung	Manuelle Duplikatenentfernung	Exkludiert im Titel- und Abstractscreening	Inkludiert im Volltext-Screening	Inkludiert
	1	164	0	163	1	**0**
	2	17	0	17	0	**0**
	3	31	0	29	2	**0**
	4	214	0	214	0	**0**
Entzug	**Aggregierte Evidenz**					
	1-5	173	3	166	7	**0**
	Primärdaten					
	1-5	499	0	493	6	**1**
Rückfallprophylaxe	**Aggregierte Evidenz**					
	1	119	0	118	1	**0**
	2	394	0	393	1	**0**
	3.1	19	0	19	0	**0**
	3.2	143	0	141	2	**1**
	3.3	22	0	22	0	**0**
	3.4	4	0	4	0	**0**
	3.5	62	0	61	1	**1**
	3.6	12	0	11	1	**1**
	3.7	58	0	58	0	**0**
	3.8	3	0	3	0	**0**
	Primärdaten					
	1	650	0	646	4	**0**
	2	197	0	197	0	**0**
	3.1	95	0	94	1	**0**
	3.2	376	0	376	0	**0**
	3.3	499	0	498	1	**1**
Rückfallprophylaxe	**3.4**	36	0	36	0	**0**

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

AG	PICO(s)	Ergebnisse nach automatischer Duplikatenentfernung	Manuelle Duplikatenentfernung	Exkludiert im Titel- und Abstractscreening	Inkludiert im Volltext-Screening	Inkludiert
	3.5	266	0	264	2	**1**
	3.6	55	0	54	1	**1**
	3.7	336	0	335	1	**1**
	3.8	59	0	57	2	**1**
Körp. Komorbidität	**Aggregierte Evidenz**					
	1	105	0	102	3	**1**
	2	200	0	199	1	**0**
	Primärdaten					
	1	393	0	385	8	**0**
	2	1186	0	1186	0	**0**
Diagnostik	**Aggregierte Evidenz**					
	1	265	0	264	1	**0**
	2	198	0	197	1	**0**
	3	269	0	269	0	**0**
	4	108	0	108	0	**0**
	Primärdaten					
	1	1728	0	1728	0	**0**
	2	883	0	883	0	**0**
	3	198	0	198	0	**0**
	4	506	0	506	0	**0**

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

4.2.4 Limitationen der systematischen Literaturrecherchen

Als Limitationen der Literaturrecherchen sind der Suchzeitraum und die Spezifität der PICO-Formulierungen zu nennen. Bezüglich des Zeitraums wurden ausschließlich Publikationen inkludiert, die ab dem Jahr 2017 publiziert wurden. Dies wird als Limitation eingestuft, da viele relevante Publikationen (z.T. deutlich) vor diesem Zeitpunkt veröffentlicht wurden und in einigen Themenfeldern nicht weiterführend bzw. lediglich für spezifische Betroffenengruppen veröffentlicht wude. Letzteres führte u.a. dazu, dass eine Vielzahl von Publikationen ausgeschlossen werden mussten, da sich diese bspw. ausschließlich mit in Nordamerika lebenden indigenen Bevölkerungsgruppen auseinandersetzten und für eine Leitlinie im deutschsprachigen Raum als nicht inklusionswürdig eingestuft wurden. Gleichzeitig ist zu beachten, dass andere Leitlinien zum Thema opioidbezogene Störungen sich nur in geringem Maße auf relevante Evidenz stützten und somit festgehalten werden kann, dass die weiterer Forschungsbedarf in Bezug auf die Behandlung opioidbezogener Störungen besteht.

4.3 Konsentierung der Empfehlungen

Auf den Konsensustreffen präsentierten die Arbeitsgruppen ihre Empfehlungen. Diese wurden unter der neutralen Moderation der AWMF diskutiert, ggf. mittels Abstimmungen angepasst und in ihrer finalen Form konsentiert. Insgesamt wurden 92 Empfehlungen konsentiert und in der Leitlinie inkludiert.

Hinweis: Der Anteil derjenigen Empfehlungen, die evidenzbasiert sind, liegt hier bei 28 (30,43%) und der konsensbasierten bei 64 (69,57%). Dies entspricht nicht der Empfehlung der AWMF Leitlinien Kommission, dass mindestens 50% formal evidenzbasierte Empfehlungen in einer S3-Leitlinie vorhanden sein müssen. Grund für eine solche Abweichung in dieser Leitlinie ist, dass es trotz intensiver systematischer Recherchen wenig, bis keine Publikationen gab, die den Suchkriterien entsprachen. Dies zeigt die existierenden Forschungslücken bzw. den Mangel an neuen Publikationen zu den in der Leitlinie thematisierten Bereichen auf. Trotz dessen entschied sich die Steuergruppe und Projektleitung nach Rücksprache zum Beibehalt der S3-Stufe, da das methodische Vorgehen einer solchen entspricht.

4.4 Konsentierung der Leitlinie

Die Leitlinie wurde im Zeitraum vom 01.05.2025 bis 30.06.2025 von den beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen, ausschließlich der Gefängnismedizin verabschiedet. Hierzu wurde das Leitliniendokument an die Fachgesellschaften und Organisationen versandt und der jeweilige Vorgang beim formalen Verabschiedungsprozess erfragt (z.B., Verabschiedung durch die Vorstände, zuständigen Personen bzw. Leitlinienkommissionen der beteiligten Fachgesellschaften oder Verabschiedung durch die Mandatstragenden). Es erreichten das Leitliniensekretariat redaktionelle Änderungsvorschläge, welche dokumentiert und umgesetzt wurden. Nach der Zustimmung der Fachgesellschaften und Organisationen war die Leitlinie konsentiert und konnte mit der AWMF geteilt werden. Eine Zustimmung der Gruppe Gefängnismedizin ging am 07.07.2025 ein und wurde in die entsprechenden Dokumente eingereicht und am 11.07.2025 nachgereicht.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

4.5 Projektverzögerung

Im Laufe des Projekts kam es zu Projektverzögerungen, die u.a. durch langwierige Erkrankungen von aufgabenrelevanten Personen und einem erhöhten Aufwand durch die Menge der Arbeitsgruppen zu erklären ist. Die Meilensteine konnten jedoch durch eine Projektlaufzeitverlängerung abgeschlossen werden und hatten somit keinen Einfluss auf das Projektergebnis.

5 Diskussion der Projektergebnisse

Die im Rahmen des Projektes entwickelte S3-Leitlinie zu Opioidbezogenen Störungen stellt die Basis für eine bedarfsgerechte Versorgung von Personen mit einer Opioidbezogenen Störung dar, welche hiermit deutschlandweit bzw. im deutschsprachigen Raum einheitlich durchgeführt werden kann. Gleichzeitig können sich die Leser:innen dieser Leitlinie aufgrund der Einhaltung der AWMF-Regularien , durch z.B. der systematischen Methodik und neutralen sowie unabhängigen AWMF-Beratung, auf die hohe Qualität dieser verlassen. Es besteht ein hoher Konsens bei den Empfehlungen, welches eine interdisziplinäre Einigkeit zu den Ergebnissen der Diskussionen und Konsense hervorhebt. Eine Herausforderung war der Mangel an Evidenz und die dadurch resultierenden häufigen Expert:innenkonsense im Gegensatz zu evidenzbasierten Empfehlungen (28 bzw. 64). Dies unterstreicht jedoch auch die genannte Einigkeit durch die Expert:innen, welche durch ihre vielseitigen Praxis- und Forschungserfahrungen auf gemeinsame Nenner kommen konnten und 64 konsensbasierte Empfehlungen verabschiedeten. Trotz dessen ist hervorzuheben, dass neben dem Mangel an (aktueller, ausführlicher) Evidenz auch vorhandene internationale Evidenz zumeist nicht 1 zu 1 auf das deutsche Sozial- und Versorgungssystem übertragen werden kann und hier dringender Forschungsbedarf im deutschsprachigen Raum erforderlich ist, um die beste Versorgung für Personen mit einer opioidbezogenen Störung zu garantieren.

Die evidenzbasierten Empfehlungen werden zum Teil durch geringer bis mäßiger Evidenz belegt, was den oben genannten Gründen zuzuschreiben ist. Dass die Evidenz trotz dessen eingeschlossen wurde, obliegt eines intensiven und kritischen Austausches innerhalb der Arbeitsgruppen und Leitliniengruppe, welche nach Abwägung der Nutzen, der Praxiserfahrungen, Anwendbarkeit und der Schadensminimierung der Inhalte der Empfehlungen die Inklusion sowie die Empfehlungsgrade als vertretbar und notwendig einschätzten. Es besteht jedoch der Bedarf, diese in Zukunft mit Evidenz zu belegen.

Durch die Teilnahme eines Patient:innenvertreters ist die Patient:innen- bzw. Betroffenensicht in das Projekt und die Ergebnisse eingeflossen, welche zudem durch das entwickelte Informationsblatt bzw. den Flyer für Betroffene eine Anwendbarkeit der Leitlinieninhalte für Personen mit einer opioidbezogenen Störung ermöglicht (s. Anlage 7). In diesem Material werden u.a. in verständlicher Sprache das Störungsbild kurz erklärt und Ansprechpartner:innen aufgelistet.

Die Leitlinienrecherche, welche keine Inklusionen beinhaltete, zeigt, dass die zu dem Zeitpunkt veröffentlichten internationalen Leitlinien qualitative bzw. methodische Mängel besaßen und besitzen, die sich u.a. dadurch kennzeichnen, dass das methodische Vorgehen nicht transparent dargestellt wurde. Durch die Einhaltung des AWMF-Regelwerks ist diese Leitlinie methodisch transparent und besitzt einen hohen qualitativen Standard. Es ist hier

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

auch anzumerken, dass internationale Leitlinien auch eine hohe Rate an konsensbasierten Empfehlungen aufweisen, was die Forschungslücken auch unter diesem Aspekt unterstreicht.

6 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Um dem Status einer AWMF-S3-Leitlinie auch langfristig zu entsprechen, muss diese alle 5 Jahre aktualisiert werden. Somit ist geplant, dass diese Aktualisierung in maximal 5 Jahren beginnt.

Die Leitlinie ist allen Interessierten Personen kostenlos über die AWMF-Webseite erhältlich. Gleichzeitig haben Personen auch die Möglichkeit, dass Informationsblatt für Betroffene, sowie den dazugehörigen Flyer, in Praxen, Suchthilfestellen und anderen Orten zur Verfügung zu stellen (s. Anlage 6).

Durch die Einhaltung der AWMF-Vorgaben beinhalten die Projektergebnisse eine hochqualitative, auf der neusten Evidenz und Expert:innenkonsense basierte S3-Leitlinie, welche Behandler:innen, Wissenschaftler:innen, Versorger:innen, der Politik und Betroffenen sowie Angehörigen Wissen liefert und hoffentlich Anreize gibt, dass mehr Versorger:innen sich mit dem Störungsbild auseinandersetzen und sich u.a. Behandlungsunsicherheiten reduzieren, damit eine dringend notwendige und erforderliche flächendeckende Versorgung der Betroffenen gewährleistet wird.

Durch die in diesem Bericht sowie in der Leitlinie genannten Forschungslücken bzw. -bedarfen, kann diese Leitlinie zugleich als Orientierung und Aufruf für klinisch relevante, methodisch hochqualitative Studien dienen.

7 Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Es sind mehrere Publikationen geplant, welche begonnen wurden, als die Leitlinie verabschiedet wurde. Eine Übersicht der geplanten Bereiche sind folgend aufgelistet:

- Publikation der Leitliniendokumente über die AWMF
- Publikation der Leitlinie als Buch über den Springer-Verlag GmbH
- Wissenschaftliche Publikationen der Hauptergebnisse
- Wissenschaftliche Publikationen aus den Arbeitsgruppen

Die Hauptergebnisse werden durch die Steuergruppenmitglieder und dem Leitliniensekretariat veröffentlicht, während die Arbeitsgruppen die Möglichkeit haben, ihre Ergebnisse zu veröffentlichen und dies bereits angekündigt haben, wie die AG Psychische Komorbiditäten.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

IV Literaturverzeichnis

1. Wittchen H-U, Rehm JT, Gölz J, Kraus MR, Schäfer M, Soyka M, et al. Schlussfolgerungen und Empfehlungen für eine bedarfs- und zielgruppengerechtere Gestaltung der langfristigen Substitution Opioidabhängiger. Suchtmedizin in Forschung und Praxis. 2011;13(5):287-93.2.

2. Leune J, Weissinger V. Opiatabhängigkeit: Schwere komplexe ErkrankungDeutsches Ärzteblatt 12. Deutsches Ärzteblatt International. 2015:510.3.

3. Bundesregierung Dd. Drogen- und Suchtbericht. Bundesministerium für Gesundheit (BMG); 2020.4.

4. Leune J. Substitution und psychosoziale Betreuung Opiatabhängiger. 2012.5.

5. Neusser S, Trautner A, Pomorin N, Wasem J, A N. Krankheitskosten der Opioid-Abhängigkeit in Deutschland. Suchtmedizin. 2020;22(5):205-16.Deutsches Ärzteblatt 40. Deutsches Ärzteblatt International. 2017:-8171.

V Anlagen

Anlage 1:	Klinische Fragestellungen/ PICOs
Anlage 2:	Suchstrategien
Anlage 3:	PRISMA-Flussdiagramm der Aggregierten Evidenz und Primärdaten
Anlage 4:	Evidenztabellen, GRADE-Profile, AMSTAR-2-Profile, RoB-2-Profile und SIGN-Profile
Anlage 5:	Interessenserklärungen
Anlage 6:	S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen
Anlage 7:	Informationsblatt und Flyer für Betroffene
Anlage 8:	Tabellen aus Kapiteln der Leitlinie
Anlage 9:	Leitlinienreport

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

S3-Leitlinie
Opioidbezogene Störungen

Anlage 1 | Klinische Fragestellungen/ PICOs

AWMF-Register Nr. 076/012
Verfügbar unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-012
Version: 1.0

Federführung
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht)
Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (DGS)

Koordination
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg

Das dieser Veröffentlichung zugrundliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21015 gefördert.

PICO-Fragen für S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen

Kapitel: Diagnostik (01)

Pro Frage gegebenenfalls
T= Zeitrahmen der Recherche und
S= Studiendesign ergänzen

1. Klinische Frage: Welches Screeninginstrument zur Diagnostik einer opioidbezogenen Störung weist die höchste Sensitivität, Spezifität, Validität und Reliabilität auf?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn. /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u. a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
1	Personen mit opioidbezogenen Störungen oder Verdacht auf opioidbezogene Störungen	Anwendung von Diagnostikinstrumenten und/ oder operationalisierter Diagnostik nach ICD-10 oder ICD-11	Keine	1. Valide und reliable Diagnose einer opioidbezogenen Störung (insbesondere schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit)

2. Klinische Frage: Führt die Anwendung sozialdiagnostischer Verfahren (Reso-MAP (Instrument der psychosozialen Diagnostik im Resozialisierungsprozess) und/oder MATE (Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation) und/oder ICF (International Classification of Functioning) bei Personen mit opioidbezogenen Störungen zu einer höheren Retention oder höheren Form sozialer Teilhabe im Vergleich zu keiner Anwendung sozialdiagnostischer Verfahren?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

2	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn, /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
2	Personen mit opioidbezogenen Störungen	Anwendung von sozialdiagnostischer Verfahren (Maudsley Addiction Profile (MAP), Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE), International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF))	Keine	1. Retention/Haltequote 2. Soziale Teilhabe

3. Klinische Frage: Führt das Diagnostizieren von weiteren psychischen Störungen (Angststörungen, ADHS, bipolare Erkrankungen, Depression, Persönlichkeitsstörungen, PTBS, schizophrene Psychose) bei Personen mit opioidbezogenen Störungen zu einer höheren Quote von Aufnahmen einer Opioid-Agonisten-Therapie, höheren Retention oder geringeren Rückfällen in den Gebrauch illegaler Opioide im Vergleich zu einer ausschließlichen Diagnostik von opioidbezogenen Störungen?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

3	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn, /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
3	Personen mit opioidbezogenen Störungen	Diagnostik suchtmedizinischer (ausschließlich OUD-Diagnostik) und komorbider psychischer Störungen* *Angststörungen, ADHS, bipolare Erkrankungen, Depression, Persönlichkeitsstörungen, PTBS, schizophrene Psychose	Diagnostik suchtmedizinischer Störungen (ausschließlich OUD-Diagnostik)	1. Aufnahme einer Opioid-Agonisten-Therapie 2. Retention/Haltequote 3. Rückfall in den Gebrauch illegaler Opioide

4. Klinische Frage: Führt das Diagnostizieren von weiteren Suchterkrankungen bei Personen mit opioidbezogenen Störungen zu einer höheren Quote von Aufnahmen einer Opioid-Agonisten-Therapie oder höheren Retention im Vergleich zu einer ausschließlichen Diagnostik einer opioidbezogenen Störung?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

4	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn./therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
4	Personen mit opioidbezogenen Störungen	Diagnostik der opioidbezogenen Störungen und anderer stoffgebundener Suchterkrankungen* (*Abhängigkeit von Alkohol, Beruhigungs- und Schmerzmedikamenten, Kokain, Cannabis, Amphetaminen)	Diagnostik der opioidbezogenen Störungen	1. Aufnahme einer Opioid-Agonisten-Therapie 2. Retention/Haltequote

PICO-Fragen für S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen

Kapitel: Therapieplanung (02)

Pro Frage gegebenenfalls
T= Zeitrahmen der Recherche und
S= Studiendesign ergänzen

1) Klinische Frage: Führt eine qualifizierte Entzugsbehandlung von Opioiden mit Direktaufnahme in anschließende ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation bei Personen mit opioidbezogenen Störungen zu einer höheren Haltequote in der Behandlung, einem geringeren Rückfallrisiko in den Gebrauch illegaler Opioide während der Maßnahme, einer häufigeren regulären Maßnahmenbeendigung oder einer höheren Abstinenz von zusätzlich konsumierten Substanzen (bzgl. Drogen, nicht-verschriebenen Medikamenten und Alkohol) nach einem Jahr im Vergleich zu einer medizinischen Rehabilitation ohne vorherige qualifizierte Entzugsbehandlung von Opioiden?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn. /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u. a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
1	Personen mit opioidbezogenen Störungen	Qualifizierte Entzugsbehandlung von Opioiden und anschließende medizinische Rehabilitation (stationär und ambulant)	Medizinische Rehabilitation (stationär und ambulant) ohne vorherige qualifizierte Entzugsbehandlung von Opioiden	1. Retention/Haltequote 2. Rückfall in den Gebrauch illegaler Opioide während der Maßnahme 3. Reguläres Maßnahmenende 4. Konsum zusätzlicher Substanzen (Gebrauch von Drogen, nicht-verschriebenen Medikamenten und Alkohol) nach einem Jahr

2) Klinische Frage: Führt eine vorherige Abklärung der Behandlungsziele hinsichtlich Abstinenz von illegalen Opioiden bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie oder abstinent von Opioiden zu einer höheren Haltequote, einem geringeren Rückfallrisiko in den Gebrauch illegaler Opioide während der Behandlung, einem geringeren Gebrauch von zusätzlich konsumierten Substanzen (Gebrauch von Drogen, nicht-verschriebenen Medikamenten und Alkohol) oder einer häufigeren regulären Behandlungsbeendigung im Vergleich zu einer zieloffenen Behandlung (kontrolliertem Opioidkonsum)?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

2	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn, /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
2	Personen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie oder abstinent von Opioiden	Zielklärung und -vereinbarung (im Therapiegespräch) ist Abstinenz von illegalen Opioiden (ambulant und stationär)	Zieloffene Behandlung (kontrollierter Opioidkonsum) ambulant und stationär)	1. Retention/Haltequote 2. Rückfall in den Gebrauch illegaler Opioide während der Behandlung 3. Konsum zusätzlicher Substanzen (Gebrauch von Drogen, nicht-verschriebenen Medikamenten und Alkohol) 4. Reguläre Beendigung

3) Klinische Frage: Führt der Behandlungsansatz eines komplexen biopsychosozialen Gesamtkonzepts bei Personen mit opioidbezogenen Störungen zu einer höheren Antrittsquote oder Haltequote, einem geringeren Rückfallrisiko in den Gebrauch illegaler Opioide während der Maßnahme oder einer häufigeren regulären Maßnahmenbeendigung im Vergleich zu einem aufbauenden Behandlungsplan (sequentielle Bausteine nach Therapiezielhierarchie)?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

3	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn, /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
3	Personen mit opioidbezogenen Störungen	Biopsychosoziales Gesamtkonzept (inkl. Behandlung komorbider Störungen) (ambulant und stationär) *biopsychosocial concept*	Sequentielle Bausteine nach Therapiezielhierarchie: Überleben, gesundes Überleben, Abstinenz, Teilhabeoptimierung (ambulant und stationär)	1. Antrittsquote 2. Retention/Haltequote 3. Rückfall in den Gebrauch illegaler Opioide während der Maßnahme 4. Reguläre Beendigung der Maßnahme

4) Klinische Frage: Führt ein zertifiziertes, qualitätszirkelgesteuertes Behandlungsnetz bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in Behandlung/Maßnahme/Betreuung zu einer höheren Haltequote, einem verbesserten psychischen oder körperlichen Gesundheitszustand, einem geringeren Rückfallrisiko in den Gebrauch illegaler Opioide während und nach der Behandlung/Maßnahme/Betreuung oder zu einer geringeren Mortalität im Vergleich zu einem Treatment-As-Usual (TAU)?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

4	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn./therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
4	Personen mit opioidbezogenen Störungen in Behandlung/Maßnahme/Betreuung	Zertifizierter, ggf. qualitätszirkelgesteuerter Verbund mit sich ergänzenden Interventionsbausteinen (ambulant, ganztags ambulant, stationär) *certified recovery support specialist OR CRSS OR certified recovery specialist OR substance use resource center*	Keine Vergleichsgruppe oder Treatment-As-Usual (TAU) ambulant, ganztags ambulant, stationär	1. Retention/Haltequote in Behandlung/Maßnahme/Betreuung 2. Psychischer Gesundheitszustand 3. Körperlicher Gesundheitszustand 4. Rückfall in den Gebrauch illegaler Opioide während und nach Behandlung/Maßnahme/Betreuung 5. Mortalität

5. Klinische Frage: Führt eine ambulante oder stationäre teilhabeorientierte Intervention bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie zu einer höheren Retention/Haltequote im Vergleich zu einer ambulanten oder stationären teilhabeorientierten Intervention nach ambulantem und/oder stationärem Entzug von OAT-Medikamenten?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

5	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn./therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
5	Personen mit opioidbezogenen Störungen	Ambulante oder stationäre teilhabeorientierte Interventionen (z. B. medizinische Rehabilitation ambulant oder stationär, arbeitsplatzbezogene Maßnahmen) bei Patient:innen in Opioid-Agonisten-Therapie	Ambulante oder stationäre teilhabeorientierte Interventionen (z. B. medizinische Rehabilitation ambulant oder stationär, arbeitsplatzbezogene Maßnahmen) bei Patient:innen **nach ambulantem und/oder stationärem Entzug von OAT-Medikamenten**	1. Retention/Haltequote Nachträglich von der AG gestrichene Outcomes: Körperliche Gesundheit, Employment, Stabile Wohnsituation (stable housing), Rückfallquote, Quote regulärer Beendigung der Intervention

PICO-Fragen für S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen

Kapitel: Opioid-Agonisten-Therapie (03)

Pro Frage gegebenenfalls
T= Zeitrahmen der Recherche und
S= Studiendesign ergänzen

1. Klinische Frage: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) bei opioidabhängigen Personen zu einer höheren Retention, verbesserten psychischen oder körperlichen Gesundheit oder Lebensqualität oder einem geringeren Substanzkonsum oder geringerer Mortalität im Vergleich zu keiner Opioid-Agonisten-Therapie?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn. /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
1	Opioidabhängige Personen	Opioid-Agonisten-Therapie (OAT)	-	1. Retention/Haltequote 2. Psychische Gesundheit 3. Lebensqualität 4. Körperliche Gesundheit 5. Substanzkonsum 6. Mortalität

2. Klinische Frage: Welches OAT-Medikament (siehe unten) ist für opioidabhängige Personen hinsichtlich einer höheren Retention, verbesserten psychischen oder körperlichen Gesundheit, geringerem Substanzkonsum oder geringerer unerwünschter Wirkungen oder Mortalität am geeignetsten?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

2	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn, /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
2	Opioidabhängige Personen	In Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) mit razemischem Methadon In Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) mit Levomethadon In Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) mit Buprenorphin In Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) mit Buprenorphin/Naloxon In Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) mit Codein In Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) mit retardiertem Morphin In Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) mit Diamorphin In Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) mit Dihydrocodein	-	1. Retention/Haltequote 2. Psychische Gesundheit 3. Körperliche Gesundheit 4. Substanzkonsum 5. Unerwünschte Wirkungen (unerwünschte Ereignisse (UE), unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)) 6. Mortalität

3. Klinische Frage: Welche Applikationsform (siehe unten) von OAT-Medikamenten ist für opioidabhängige Personen hinsichtlich einer höheren Retention, verbesserten psychischen oder körperlichen Gesundheit, geringerem Substanzkonsum oder geringerer unerwünschter Wirkungen oder Mortalität am geeignetsten?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

3	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn, /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
3	Opioidabhängige Personen	In Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) mit Trinklösung In Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) mit Tabletten In Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) mit Sublingualtabletten In Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) mit subkutaner Injektion In Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) mit intravenöser Injektion In Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) mit intramuskulärer Injektion In Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) mit nasaler Applikation	-	1. Retention/Haltequote 2. Psychische Gesundheit 3. Körperliche Gesundheit 4. Substanzkonsum 5. Unerwünschte Wirkungen (unerwünschte Ereignisse (UE), unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)) 6. Mortalität

4. Klinische Frage: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie bei opioidabhängigen Personen mit kurzer Suchtdauer (unter zwei Jahren, < 24 Monate) zu einer höheren Retention, Abstinenz von illegalen Opioiden, einem geringeren Substanzkonsum oder geringerer Mortalität im Vergleich zu einer abstinenzorientierten Behandlung oder einem Ausschleichen der Opioid-Agonisten-Therapie?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

4	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn, /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
4	Opioidabhängige Personen mit kurzer Suchtdauer (unter zwei Jahren, < 24 Monate)	Opioid-Agonisten-Therapie (OAT)	Abstinenzorientierte Behandlung, Ausschleichen der Opioid-Agonisten-Therapie (OAT)	1. Retention/Haltequote 2. Abstinenz von illegalen Opioiden 3. Substanzkonsum 4. Mortalität

5. Klinische Frage: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie mit Buprenorphin depot (monatliche oder wöchentliche Anwendung) bei opioidabhängigen Personen zu einer höheren Retention, verbesserten psychischen oder körperlichen Gesundheit, geringeren unerwünschten Wirkungen oder geringerer Mortalität im Vergleich zu einer Opioid-Agonisten-Therapie mit Buprenorphin per sublingualer Gabe?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

5	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn, /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
5	Opioidabhängige Personen	In Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) mit Buprenorphin depot (monatliche oder wöchentliche Anwendung)	In Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) mit Buprenorphin sublingual	1. Retention/Haltequote 2. Psychische Gesundheit 3. Körperliche Gesundheit 4. Substanzkonsum 5. Unerwünschte Wirkungen (unerwünschte Ereignisse (UE), unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)) 6. Mortalität

PICO-Fragen für S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen

Kapitel: Entzug (04)

Pro Frage gegebenenfalls
T= Zeitrahmen der Recherche und
S= Studiendesign ergänzen

1) Klinische Frage: Führt eine Entzugsbehandlung vom OAT-Medikament oder illegalen Opioid bei opioidabhängigen Personen in Opioid-Agonisten-Therapie und/oder mit Konsum von illegalen Opioiden zu einer höheren Retention, geringerem Craving, geringerem Rückfall in illegalen Opioidkonsum, geringerem Substanzkonsum, verbesserten psychischen Gesundheit oder Lebensqualität im Vergleich zu keiner Entzugsbehandlung vom OAT-Medikament (Weiterführung der OAT) oder illegalen Opioid?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
1	Opioidabhängige Personen in Opioid-Agonisten-Therapie und/oder mit Konsum von illegalen Opioiden	Entzugsbehandlung (stationär oder ambulant oder tagesklinisch) vom OAT-Medikament oder illegalen Opioid	Keine Entzugsbehandlung vom OAT-Medikament (Weiterführung der OAT) oder illegalen Opioid	1. Retention/Haltequote 2. Craving 3. Rückfall in illegalen Opioidkonsum 4. Substanzkonsum 5. Psychische Gesundheit 6. Lebensqualität

2) Klinische Frage: Führt eine graduelle Dosisreduktion von illegalen Opioiden oder des OAT-Medikaments mittels Gabe eines Opioids bei opioidabhängigen Personen in einer Entzugsbehandlung von illegalen Opioiden oder vom OAT-Medikament zu einer geringeren Rückfallquote in den illegalen Opioidkonsum, einer höheren Abstinenz von illegalen Opioiden oder einer häufigeren OAT-Medikamentenfreiheit im Vergleich zu einem radikalen nicht-opioidgestützten (OAT-Medikamenten-)entzug?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

2	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
2	Opioidabhängige Personen in einer Entzugsbehandlung (stationär, ambulant oder tagesklinisch) von illegalen Opioiden oder vom OAT-Medikament	Graduelle Dosisreduktion von illegalen Opioiden oder des OAT-Medikaments mittels Opioidgabe	Nicht-opioidgestützter Entzug	1. Rückfall in illegalen Opioidkonsum 2. Abstinenz 3. OAT-Medikamentenfreiheit

3) Klinische Frage: Führt eine Entzugsbehandlung von illegalen Opioiden oder dem OAT-Medikament mit einer Ko-Medikation (Neuroleptika, Clonidine, Lofexidine, Benzodiazepine, Antidepressiva) bei opioidabhängigen Personen zu einer höheren Retention, verringertem Craving, geringerem Rückfall in den Substanzkonsum, besseren psychischen Gesundheit, häufigeren OAT-Medikamentenfreiheit oder besseren Lebensqualität im Vergleich zu einer Entzugsbehandlung ohne Ko-Medikation?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

3	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
3	Opioidabhängige Personen	Entzugsbehandlung (stationär, ambulant oder tagesklinisch) von illegalen Opioiden oder vom OAT-Medikament mit einer Ko-Medikation (Neuroleptika, Clonidine, Lofexidine, Benzodiazepine, Antidepressiva)	Entzugsbehandlung (stationär, ambulant oder tagesklinisch) von illegalen Opioiden oder vom OAT-Medikament ohne Ko-Medikation	1. Retention (Verbleib in Entzugsbehandlung) 2. Craving 3. Rückfall in Substanzkonsum 4. Psychische Gesundheit 5. OAT-Medikamentenfreiheit 6. Lebensqualität

4) Klinische Frage: Führt eine stationäre Entzugsbehandlung von illegalen Opioiden oder von einem OAT-Medikament bei opioidabhängigen Personen zu einer höheren Retention, verringertem Craving, geringerem Rückfall in den Substanzkonsum, besseren psychischen Gesundheit, häufigeren OAT-Medikamentenfreiheit oder besseren Lebensqualität im Vergleich zu einer ambulanten oder tagesklinischen Entzugsbehandlung?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

4	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
4	Opioidabhängige Personen	Stationäre Entzugsbehandlung von illegalen Opioiden oder vom OAT-Medikament	Ambulante oder tagesklinische Entzugsbehandlung von illegalen Opioiden oder vom OAT-Medikament	1. Retention (Verbleib in Entzugsbehandlung) 2. Craving 3. Rückfall in Substanzkonsum 4. Psychische Gesundheit 5. OAT-Medikamentenfreiheit 6. Lebensqualität

5) Klinische Frage: Führt eine Entzugsbehandlung von der/den zusätzlich konsumierten Substanz(en) nicht-verschriebene Medikamente, Stimulantien, Cannabis, Alkohol, Neue Psychoaktive Substanzen (synthetische Cannabinoide, Stimulantien, synthetische Opioide) oder Kratom bei opioidabhängigen Personen zu einer höheren Retention in der OAT, stärkeren Reduktion des Konsums der zusätzlichen Substanzen oder einer häufigeren Abstinenz des Konsums der zusätzlichen Substanzen im Vergleich zu keiner Entzugsbehandlung von der/den zusätzlich konsumierten Substanz(en)?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

5	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
5	Opioidabhängige Personen mit Konsum zusätzlicher Substanzen: nicht-verschriebene Medikamente, Stimulantien, Cannabis, Alkohol, Neue Psychoaktive Substanzen (synthetische Cannabinoide, Stimulantien, synthetische Opioide) oder Kratom	Entzugsbehandlung (stationär, ambulant oder tagesklinisch) von der/den zusätzlich konsumierten Substanz(en)	Keine Entzugsbehandlung von der/den zusätzlich konsumierten Substanz(en)	1. Retention/Haltequote in der OAT 2. Reduktion des Konsums der definierten Substanzen (Spalte 1) 3. Abstinenz des Konsums der definierten Substanzen (Spalte 1)

PICO-Fragen für S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen

Kapitel: Rückfallprophylaxe (05)

Pro Frage gegebenenfalls
T= Zeitrahmen der Recherche und
S= Studiendesign ergänzen

In der Einleitung soll darauf hingewiesen werden, dass es sich bei der Patient:innenpopulation in diesem Kapitel um die folgende Gruppe handelt:

Opioidabhängige Personen

- mit und ohne Entzugsbehandlung
- mit und ohne Opioid-Agonisten-Therapie (OAT)
- mit und ohne begleitendem Konsum von zusätzlichen Substanzen
- mit somatischer und/oder psychischer Komorbidität

1) Klinische Frage: Führt eine kombinierte medikamentöse, psychotherapeutische und/oder psychosoziale Behandlung bei opioidabhängigen Personen zu einer geringeren Mortalität, besseren Lebensqualität, verminderten Morbidität, Abstinenz/Teilabstinenz oder höheren Retention im Vergleich zu einer alleinigen medikamentösen, psychotherapeutischen oder psychosozialen Behandlung?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
1	Opioidabhängige Personen (siehe o. g. Definition)	Kombinierte medikamentöse, psychotherapeutische und/oder psychosoziale Behandlung	Alleinige medikamentöse, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlung	1. Mortalität 2. Lebensqualität 3. Morbidität 4. Abstinenz/Teilabstinenz 5. Retention/Haltequote

2) Klinische Frage: Führt eine Abstinenzkontrolle unter Sicht oder markerbasiert bei opioidabhängigen Personen zu einer geringeren Mortalität, besseren Lebensqualität, verminderten Morbidität, Abstinenz/Teilabstinenz oder höheren Retention im Vergleich einer zu nicht-klinisch durchgeführten Abstinenzkontrolle?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

2	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
2	Opioidabhängige Personen	Abstinenzkontrolle unter Sicht oder markerbasiert	Abstinenzkontrolle nicht unter Sicht/nicht klinisch durchgeführt	1. Mortalität 2. Lebensqualität 3. Morbidität 4. Abstinenz/Teilabstinenz 5. Retention/Haltequote

3) Klinische Frage: Führt eine [Intervention, siehe unten] bei opioidabhängigen Personen mit illegalem Opioidkonsum zu einer geringeren Mortalität, besseren Lebensqualität, verminderten Morbidität, Abstinenz/Teilabstinenz oder höheren Retention?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

3	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
3	Opioidabhängige Personen mit illegalem Opioidkonsum	1. Dosisanpassung oder Wechsel der OAT-Medikation 2. Diagnostik und Behandlung einer somatischen und/oder psychischen Komorbidität 3. Entzugsbehandlung des illegalen Opioidkonsums ambulant/teilstationär/stationär 4. Motivational Interviewing 5. Psychotherapie 6. Psychosoziale Diagnostik und Unterstützung 7. OAT-Einnahme unter Sicht 8. Take-Home Naloxon Verordnung	-	1. Mortalität 2. Lebensqualität 3. Morbidität 4. Abstinenz/Teilabstinenz 5. Retention

PICO-Fragen für S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen
Kapitel: Psychotherapie (06)

Pro Frage gegebenenfalls
T= Zeitrahmen der Recherche und
S= Studiendesign ergänzen

1) Klinische Frage: Führt eine Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Systemische Therapie) bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie zu einer Verbesserung der komorbiden psychischen Störung(en) und Lebensqualität, zu einem geringeren Gebrauch weiterer Suchtmittel (begleitender Konsum von zusätzlichen Substanzen) oder höherer Abstinenzraten im Vergleich zu ärztlichen Gesprächen, einem Treatment-As-Usual (TAU), Kurzinterventionen oder keiner psychotherapeutischen Begleitbehandlung?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn. /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
1	Personen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie	Alle in Deutschland relevanten Psychotherapien (Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP), Systemische Therapie (ST))	Keine psychotherapeutische Intervention, Treatment-As-Usual (TAU) oder Kurzintervention	1. Komorbidität 2. Lebensqualität 3. Begleitender Konsum von zusätzlichen Substanzen 4. Abstinenz

2) Klinische Frage: Führt eine Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Systemische Therapie) bei Personen mit opioidbezogenen Störungen ohne Opioid-Agonisten-Therapie zu einer Verbesserung der komorbiden psychischen Störungen oder Lebensqualität oder einem geringeren Gebrauch weiterer Suchtmittel (begleitender Konsum von zusätzlichen Substanzen) oder höheren Abstinenzraten im Vergleich zu ärztlichen Gesprächen, einem Treatment-As-Usual (TAU), Kurzinterventionen oder keiner psychotherapeutischen Begleitbehandlung?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

2	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn. /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
2	Personen mit opioidbezogenen Störungen ohne Opioid-Agonisten-Therapie	Alle in Deutschland relevanten Psychotherapien (Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP), Systemische Therapie (ST))	Keine psychotherapeutische Intervention, Treatment-As-Usual (TAU) oder Kurzintervention	1. Komorbidität 2. Lebensqualität 3. Begleitender Konsum von zusätzlichen Substanzen 4. Abstinenz

PICO-Fragen für S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen

Kapitel: Psychosoziale Betreuung (PSB) (07)

Pro Frage gegebenenfalls
T= Zeitrahmen der Recherche und
S= Studiendesign ergänzen

3) Klinische Frage: Führt eine begleitende psychosoziale Betreuung (PSB) bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in einer Opioid-Agonisten-Therapie zu einer höheren Retention, stabileren Wohnsituation, Arbeitssituation, verbesserten psychischen Gesundheit, einer geringeren häuslichen Gewalt oder kriminellen Aktivität im Vergleich zu keiner begleitenden psychosozialen Betreuung?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden (max. 6)
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn. /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
1	Personen mit opioidbezogenen Störungen in einer Opioid-Agonisten-Therapie	Psychosoziale Betreuung (Peer Begleitung, case-management, Social Support System, Psychosocial Support)	Keine psychosoziale Betreuung	1. Retention/Haltequote 2. Stabile Wohnsituation 3. Beschäftigung/Anstellung 4. Psychische Gesundheit 5. Häusliche Gewalt 6. Kriminelle Aktivität

PICO-Fragen für S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen

Kapitel: Rehabilitation (08)

Pro Frage gegebenenfalls
T= Zeitrahmen der Recherche und
S= Studiendesign ergänzen

1) Klinische Frage: Führt eine ambulante, ganztags ambulante und/oder stationäre Rehabilitation bei opioidabhängigen Personen (mit oder ohne zusätzlichen Gebrauch von psychoaktiven Substanzen) nach einer erfolgreichen Behandlung der opioidbezogenen Störung zu einer geringeren Rückfallquote, einer verbesserten Erwerbssituation, verbesserten sozialen Outcomes oder einer verbesserten psychischen oder körperlichen Gesundheit im Vergleich zu keiner Rehabilitationsbehandlung?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn. /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
1	Opioidabhängige Personen (mit oder ohne zusätzlichen Gebrauch von psychoaktiven Substanzen) (keine Abhängigkeitsdiagnose bzgl. des zusätzlichen Gebrauchs von psychoaktiven Substanzen)	Ambulante, ganztags ambulante und/oder stationäre Rehabilitation	Keine ambulante, ganztags ambulante und/oder stationäre Rehabilitation	1. Rückfallquote 2. Erwerbssituation 3. Soziale Outcomes (wie social isolation OR social desintegration OR partnerships OR soziale Teilhabe) 4. Psychische Gesundheit 5. Körperliche Gesundheit

2) Klinische Frage: Führt eine ganztags ambulante oder stationäre Rehabilitation bei opioidabhängigen Personen in Opioid-Agonisten-Therapie (mit oder ohne zusätzlichen Gebrauch von psychoaktiven Substanzen) zu geringeren Rückfällen oder einem höheren Maß an Reduzierung der OAT-Medikation im Vergleich zu einer reinen OAT-Vergabe?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

2	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn, /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
2	Opioidabhängige Personen in Opioid-Agonisten-Therapie (mit oder ohne zusätzlichen Gebrauch von psychoaktiven Substanzen) (keine Abhängigkeitsdiagnose bzgl. des zusätzlichen Gebrauchs von psychoaktiven Substanzen)	Ganztags ambulante oder stationäre Rehabilitation	Reine OAT-Vergabe (ohne PSB ODER Reha)	1. Rückfälle 2. Reduzierung der OAT-Medikation (Dosierung/Menge)

3) Klinische Frage: Führt ein differenziertes Reha-Angebot (inklusive Kombi-Angeboten) bei opioidabhängigen Personen (in Opioid-Agonisten-Therapie) zu einer höheren Weitervermittlungsrate in professionelle Behandlung, einer verbesserten Erwerbssituation, einer stabilen Partnerschaft, geringeren Rückfallen oder einer verkürzten Behandlungsdauer im Vergleich zu keiner Intervention oder reiner OAT-Medikamentenvergabe?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

3	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn, /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
3	Opioidabhängige Personen in Opioid-Agonisten-Therapie	Ambulante, ganztägig-ambulante und stationäre Rehabilitation und deren Kombi-Möglichkeiten (stationär--> ambulant; Tages-Reha/ganztägig ambulant -> ambulant stationär -> ganztägig ambulant)	Keine Intervention oder reine OAT-Medikation	1. Weitervermittlung in professionelle Behandlung (beantragte oder eingeleitete Weiterbehandlungen: ambulante Nachsorge, (ganztägig)-ambulante Reha, Psychotherapie etc.) 2. Erwerbssituation 3. Partnerschaft 4. Entlassungsformen (Rehaziel erreicht, Mortalität, med. Notfall/Gründe (Unerwünschte Ereignisse, Unerwünschte Arzneimittelwirkungen) 5. Rückfall 6. Behandlungsdauer

PICO-Fragen für S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen

Kapitel: Körperliche Komorbiditäten (09)

Pro Frage gegebenenfalls
T= Zeitrahmen der Recherche und
S= Studiendesign ergänzen

1. Klinische Frage: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie bei Personen mit opioidbezogenen Störungen, die sich in einer Therapie einer somatischen Erkrankung befinden, zu einem höheren Therapieerfolg der somatischen Erkrankung, einer erfolgreicheren Symptomreduktion der somatischen Erkrankung, verbesserten körperlichen Gesundheit, höheren Behandlungsretention oder geringeren Nebenwirkungen im Vergleich zu keiner Opioid-Agonisten-Therapie?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn. /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
1	Personen mit opioidbezogenen Störungen in einer Therapie einer somatischen Erkrankung	Opioid-Agonisten-Therapie	Keine Opioid-Agonisten-Therapie	1. Therapieerfolg der somatischen Erkrankung 2. Symptomreduktion der somatischen Erkrankung 3. Körperliche Gesundheit 4. Behandlungsretention 5. Nebenwirkungen, Interaktionspotential mit anderen Medikamenten der somatischen Therapie

2. Klinische Frage: Führt der Einsatz von Add-on-Medikamenten (Nichtsteroidale Antiphlogistika, Gabapentinoide, andere Opioide) bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie und mit chronischen Schmerzen (tumor- und nicht-tumorbedingt, akute Schmerzen,neuropathische Schmerzen) zu einer höheren Retention, einer geringeren Schmerzintensität, einer höheren Lebensqualität, geringerem Craving oder einem geringeren Konsum zusätzlicher Substanzen im Vergleich zu einer Vergleichsmedikation oder Placebo?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

2	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn. /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
2	Personen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie und mit chronischen Schmerzen (tumor- und nicht-tumorbedingt, akute Schmerzen, neuropathische Schmerzen)	Add-on-Medikamente (Nichtsteroidale Antiphlogistika – NSAR, Gabapentinoide und/oder andere Opioide wie Tramadol, Tapentadol)	Vergleichsmedikation oder Placebo	1. Retention (in Opioidsubstitutionstherapie) 2. Schmerzintensität 3. Lebensqualität 4. Craving **5.** Konsum zusätzlicher Substanzen

PICO-Fragen für S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen
Kapitel: Psychische Komorbiditäten (10)

Pro Frage gegebenenfalls
T= Zeitrahmen der Recherche und
S= Studiendesign ergänzen

1) Klinische Frage: Führt eine Psychotherapie, Pharmakotherapie oder Kombination beider Therapien bei opioidabhängigen Personen (in qualifiziertem Entzug oder Opioid-Agonisten-Therapie) mit psychischer Komorbidität von Angststörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), Bipolaren Erkrankungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen oder Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) zu einer größeren Verbesserung der Komorbidität oder der Konsummuster im Vergleich zu einem Treatment-as-usual (TAU) oder Placebobedingungen?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
1	Opioidabhängige Personen (in qualifiziertem Entzug oder Opioid-Agonisten-Therapie) mit folgender psychischer Komorbidität 1. Angststörung 2. ADHS 3. Bipolare Erkrankung 4. Depression 5. Persönlichkeitsstörung 6. PTBS	Psychotherapie (PT), Pharmakotherapie oder Kombination von PT und Pharmakotherapie	Treatment-as-usual (TAU) oder Placebobedingung	**1.** Besserung der Komorbidität (z. B. Depression, psychotische Symptome, Angstsymptome, dysfunktionales Verhalten, Impulsivität, Aufmerksamkeit) **2.** Besserung der Konsummuster (Abstinenz, Abstinenzzeiten, Konsummenge und -frequenz)

PICO-Fragen für S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen
Kapitel: Besondere Populationen (11)

Pro Frage gegebenenfalls
T= Zeitrahmen der Recherche und
S= Studiendesign ergänzen

1. Klinische Frage: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie mit razemischem Methadon bei schwangeren, gebärenden oder stillenden opioidabhängigen Personen zu geringeren Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen, einer verbesserten körperlichen Gesundheit des Kindes (inkl. Ausprägung des neonatalen Entzugssyndroms) oder einer verbesserten psychischen Gesundheit des Kindes im Vergleich zu einer Opioid-Agonisten-Therapie mit Levomethadon, Buprenorphin, depot Buprenorphin, retardiertem Morphin oder Diamorphin?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn. /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
1	Schwangere, gebärende oder stillende opioidabhängige Personen	In Opioid-Agonisten-Therapie mit razemischem Methadon	In Opioid-Agonisten-Therapie mit Levomethadon oder Buprenorphin oder depot Buprenorphin oder retardiertem Morphin oder Diamorphin	1. Schwangerschaftskomplikationen 2. Geburtskomplikationen 3. Körperliche Gesundheit des Kindes 4. Ausprägung des neonatalen Entzugssyndroms 5. Psychische Gesundheit des Kindes

2. Klinische Frage: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie bei schwangeren, gebärenden oder stillenden opioidabhängigen Personen zu geringeren Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen, einer besseren körperlichen Gesundheit des Kindes (inkl. Ausprägung des neonatalen Entzugssyndroms) oder einer besseren psychischen Gesundheit des Kindes im Vergleich zu einer abstinenzorientierten Behandlung (Entwöhnungsbehandlung) oder kontrolliertem Konsum?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

2	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn. /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
2	Schwangere, gebärende oder stillende opioidabhängige Personen	In Opioid-Agonisten-Therapie	In abstinenzorientierter Behandlung (Entwöhnungsbehandlung) oder in kontrolliertem Konsum	1. Schwangerschaftskomplikationen 2. Geburtskomplikationen 3. Körperliche Gesundheit des Kindes 4. Ausprägung des neonatalen Entzugssyndroms 5. Psychische Gesundheit des Kindes

3. Klinische Frage: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie bei erziehungsberechtigten Personen/Eltern mit opioidbezogenen Störungen zu einer geringeren Gefährdung des Kindes, besseren psychischen oder körperlichen Gesundheit oder besseren Entwicklung des Kindes im Vergleich zu einer abstinenzorientierten Behandlung (Entwöhnungsbehandlung)?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

3	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn. /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
3	Erziehungsberechtigte Personen/Eltern mit opioidbezogenen Störungen	In Opioid-Agonisten-Therapie	In abstinenzorientierter Behandlung (Entwöhnungsbehandlung)	1. Gefährdung des Kindes 2. Psychische Gesundheit des Kindes 3. Körperliche Gesundheit des Kindes 4. Entwicklung des Kindes

4. Klinische Frage: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie bei opioidabhängigen Personen im Alter bis einschließlich 24 Jahren zu einer höheren Abstinenzrate von illegalen Opioiden, einer besseren Beschäftigungssituation, psychischen oder körperlichen Gesundheit, einer höheren Retention oder geringeren Mortalität im Vergleich zu einer abstinenzorientierten Behandlung (Entwöhnungsbehandlung)?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

4	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn. /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
4	Opioidabhängige Personen im Alter bis einschließlich 24 Jahren (< = 24)	In Opioid-Agonisten-Therapie	In abstinenzorientierter Behandlung (Entwöhnungsbehandlung)	1. Abstinenz von illegalen Opioiden 2. Beschäftigung/Anstellung 3. Psychische Gesundheit 4. Körperliche Gesundheit 5. Retention/Haltequote 6. Mortalität

5. Klinische Frage: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie bei opiodabhängigen Personen in Haft oder mit gerichtlicher Therapieauflage zu geringerer Beschaffungskriminalität, geringeren Verurteilungen wegen Delikten nach dem BtMG, einer höheren Abstinenzrate von illegalen Opioiden, einer besseren körperlichen oder psychischen Gesundheit oder geringerem Substanzkonsum im Vergleich zu einer abstinenzorientierten Behandlung?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

5	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
5	Opiodabhängige Personen in Haft oder mit gerichtlicher Therapieauflage	In Opioid-Agonisten-Therapie	In abstinenzorientierter Behandlung	1. Beschaffungskriminalität 2. Verurteilung wegen Delikten nach dem BtMG 3. Abstinenz von illegalen Opioiden 4. Körperliche Gesundheit 5. Psychische Gesundheit 6. Substanzkonsum

6. Klinische Frage: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie bei geflüchteten opioidabhängigen Personen zu einer Verbesserung der psychischen und körperlichen Gesundheit, Verringerung des Substanzkonsums, Verbesserung der Lebensqualität, Verringerung der Mortalität sowie besseren Haltequote im Vergleich zu keiner Opioid-Agonisten-Therapie?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

6	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
6	Geflüchtete opioidabhängige Personen	In Opioid-Agonisten-Therapie	In keiner Opioid-Agonisten-Therapie (bezieht auch in abstinenzorientierter Behandlung (Entwöhnungsbehandlung) oder in kontrolliertem Konsum mit ein)	1. Psychische Gesundheit 2. Körperliche Gesundheit 3. Substanzkonsum 4. Lebensqualität 5. Mortalität 6. Retention/Haltequote

PICO-Fragen für S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen

Kapitel: Schadensminimierung (12)

Pro Frage gegebenenfalls
T= Zeitrahmen der Recherche und
S= Studiendesign ergänzen

1) Klinische Frage: Führen bedarfsgerechte Konsumutensilienvergabe und/oder Spritzentauschprogramme für intravenös konsumierende opioidabhängige Personen zu einer verbesserten körperlichen Gesundheit im Vergleich zu keiner bedarfsgerechten Konsumutensilienvergabe und/oder keinen Spritzentauschprogrammen?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn. /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
1	Intravenös konsumierende opioidabhängige Personen	Bedarfsgerechte Konsumutensilienvergabe und/oder Spritzentauschprogramme	Keine bedarfsgerechte Konsumutensilienvergabe und/oder Spritzentauschprogramme	1. Körperliche Gesundheit

2) Klinische Frage: Führt die Nutzung von Drogenkonsumräumen durch opioidabhängige Personen zu einer höheren Reduktion von lebensbedrohlichen Überdosierungen, höheren Inanspruchnahme von suchttherapeutischen Interventionen oder Behandlungen oder verbesserten körperlichen Gesundheit im Vergleich zu keiner Nutzung von Drogenkonsumräumen?

Abgeleitet von den Fragen:
2.1 Führen Drogenkonsumräume zu positiven Effekten bei Opioidabhängigen hinsichtlich der Vermeidung von Überdosierungen?
2.2 Tragen Drogenkonsumräume dazu bei, dass sich die Nutzer:innen gesundheitlich und psychosozial stabilisieren?
2.3 Führt die Nutzung von Drogenkonsumräumen bei Opioidabhängigen zur Aufnahme von suchttherapeutischen Interventionen oder Behandlungen?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

2	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn, /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
2	Opioidabhängige Personen	Nutzung von Drogenkonsumräumen	Keine Nutzung von Drogenkonsumräumen	1. Überdosierungen 2. Aufnahme von suchttherapeutischen Interventionen oder Behandlungen 3. Körperliche Gesundheit

3) Klinische Frage: Führen Take-Home Naloxon-Programme bei opioidabhängigen Personen zu geringeren drogenbedingten Todesfällen im Vergleich zu keinen Take-Home Naloxon-Programmen?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

3	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn, /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
3	Opioidabhängige Personen	Take-Home Naloxon-Programme	Keine Take-Home Naloxon-Programme	1. Drogenbedingte Todesfälle

4) Klinische Frage: Führt Straßen-Sozialarbeit für opioidabhängige Personen zu einer höheren Vermittlungsquote an Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen der Suchthilfe im Vergleich zu keiner Straßen-Sozialarbeit?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

4	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn, /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
4	Opioidabhängige Personen	Straßen-Sozialarbeit	Keine Straßen-Sozialarbeit	1. Vermittlung an Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen der Suchthilfe

5) Klinische Frage: Führen niedrigschwellige Versorgungs- und Beratungsangebote (Kontaktläden) für opioidabhängige Personen zu einer höheren Anbindung in das weitere Suchthilfesystem im Vergleich zu keinen niedrigschwelligen Versorgungs- und Beratungsangeboten (Kontaktläden)?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

5	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn, /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
5	Opioidabhängige Personen	Niedrigschwellige Versorgungs- und Beratungsangebote (Kontaktläden)	Keine niedrigschwelligen Versorgungs- und Beratungsangebote (Kontaktläden)	1. Anbindung in das weitere Suchthilfesystem

PICO-Fragen für S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen Kapitel: Selbsthilfe (13)

Pro Frage gegebenenfalls
T= Zeitrahmen der Recherche und
S= Studiendesign ergänzen

1) Klinische Frage: Führt die Teilnahme an einer Form der Selbsthilfe bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in einer Opioid-Agonisten-Therapie zu einer verbesserten psychischen Gesundheit, einem geringeren Substanzkonsum, einer höheren Retention, einer verbesserten familiären Situation, Arbeitssituation sowie zu geringerer krimineller Aktivität im Vergleich zu keiner Teilnahme an einer Form der Selbsthilfe?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden (max. 6)
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z. B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn. /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u. a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u. a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
1	Personen mit opioidbezogenen Störungen in einer Opioid-Agonisten-Therapie	Teilnahme an Selbsthilfe (geleitete und ungeleitete Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeprogramme, Selbsthilfeorganisationen, Selbsthilfeprojekte)	Keine Teilnahme an Selbsthilfe	1. Psychische Gesundheit 2. Substanzkonsum (ja/nein, Höhe) 3. Retention/Haltequote 4. Familiäre Situation 5. Beschäftigungsfähigkeit/Einstellungsfähigkeit, Beschäftigung/Anstellung **6.** Kriminelle Aktivität

PICO-Fragen für S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen
Kapitel: Versorgungsfragen (14)

Pro Frage gegebenenfalls
T= Zeitrahmen der Recherche und
S= Studiendesign ergänzen

1) Klinische Frage: Führen Familientherapie und/oder systemische Therapie bei erziehungsberechtigten Personen mit opioidbezogenen Störungen zu einer höheren Retention, verbesserten Teilhabe, Lebensqualität oder geringeren Rückfällen in den Gebrauch illegaler Opioide im Vergleich zu keiner Familientherapie oder systemischen Therapie?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn. /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
1	Erziehungsberechtigte Personen mit opioidbezogenen Störungen	Familientherapie und/oder systemische Therapie	Keine Familientherapie oder systemische Therapie	1. Retention/Haltequote 2. Teilhabe 3. Lebensqualität 4. Rückfälle in den Gebrauch illegaler Opioide

2) Klinische Frage: Führt eine zentrale, unabhängige Fallkoordination/ein zentrales, unabhängiges Casemanagement bei opioidabhängigen Personen zu einer höheren Retention, verbesserten Teilhabe oder geringeren Rückfällen in den Gebrauch illegaler Opioide im Vergleich zu keiner Fallkoordination/keinem Casemanagement?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

2	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn. /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
2	Opioidabhängige Personen	Zentrale, unabhängige Fallkoordination/Casemanagement (inkl. zentrale Koordination, z. B. Core-Shell-Modell)	Keine Fallkoordination/Casemanagement	1. Retention/Haltequote 2. Teilhabe 3. Rückfälle in den Gebrauch illegaler Opioide

3) Klinische Frage: Führt eine Integrierte Versorgung bei opioidabhängigen Personen zu einer höheren Retention, verbesserten psychischen oder körperlichen Gesundheit, Lebensqualität, Teilhabe oder geringeren Rückfällen in den Gebrauch illegaler Opioide im Vergleich zu keiner Integrierten Versorgung?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

3	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn. /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
3	Opioidabhängige Personen	Integrierte Versorgung (Integration von suchtmedizinischer, somatischer, psychiatrischer, psychotherapeutischer, psychosozialer Versorgung)	Keine Integrierte Versorgung	1. Retention/Haltequote 2. Psychische Gesundheit 3. Körperliche Gesundheit 4. Lebensqualität 5. Teilhabe 6. Rückfälle in den Gebrauch illegaler Opioide

4) Klinische Frage: Führen altersspezifische Angebote bei opioidabhängigen Personen im Alter bis einschließlich 24 Jahren oder ab einem Alter von 40 Jahren zu einer höheren Retention, besseren körperlichen oder psychischen Gesundheit, besseren Teilhabe, stärkeren Reduktion des illegalen Opioidkonsums oder einer höheren Aufnahmequote einer Suchtbehandlung oder Opioid-Agonisten-Therapie im Vergleich zu altersunspezifischen Angeboten?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient*in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

4	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Charakterisierung der Patientengruppe: Festlegung von z.B. Geschlecht, Alter, Erkrankungsstadium	Charakterisierung der Intervention Intervention (diagn. /therapeutisch) nach geltenden Qualitätsstandards	Nennung der Alternativen: Mögliche Alternativen nach geltenden Qualitätsstandards einschließlich ggf. natürlicher Verlauf/keine Intervention	Patientenrelevante, eindeutig definierte Endpunkte priorisieren Therapie: u.a. Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für Diagnostik u.a: Sensitivität, Spezifität, Änderung der Therapiestrategie
4	Opioidabhängige Personen im Alter bis einschließlich 24 Jahren (<=24) oder Opioidabhängige Personen ab einem Alter von 40 Jahren (=>40)	Altersspezifische Angebote (inkl. Psycho- oder Sozialtherapie) (Jüngere Personen: Adoleszentengruppe, Milieutherapie, Familientherapie, Psychoedukation, Ältere Personen: Altersentsprechende Bewegungsgruppe, Aktivierung, Haushaltstraining)	Altersunspezifische Angebote (ohne Psycho- oder Sozialtherapie), Treatment-As-Usual (TAU), Medizinische Versorgung in der suchtmedizinischen Praxis (OAT-Vergabe, kurzer medizinischer, psychiatrischer Kontakt), auf regulären Entgiftungsstationen	1. Retention/Haltequote 2. Körperliche Gesundheit 3. Psychische Gesundheit 4. Teilhabe 5. Konsum von illegalen Opioiden 6. Aufnahme in eine Suchtbehandlung oder OAT

S3-Leitlinie
Opioidbezogene Störungen

Anlage 2 | Suchstrategien

AWMF-Register Nr. 076/012
Verfügbar unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-012
Version: 1.0

Federführung
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht)
Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (DGS)

Koordination
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg

Das dieser Veröffentlichung zugrundliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21015 gefördert.

Inhaltsverzeichnis

Leitliniensuche 1

Search Strings für die AGs 1

AG Diagnostik | Aggregierte Evidenz 1

Klinische Fragestellung 1 1

Klinische Fragestellung 2 3

Klinische Fragestellung 3 5

Klinische Fragestellung 4 8

AG Diagnostik | Primärstudien 10

Klinische Fragestellung 1 10

Klinische Fragestellung 2 12

Klinische Fragestellung 3 14

Klinische Fragestellung 4 17

AG Therapieplanung | Aggregierte Evidenz 20

Klinische Fragestellung 1 20

Klinische Fragestellung 2 22

Klinische Fragestellung 3 24

Klinische Fragestellung 4 25

Klinische Fragestellung 5 27

AG Therapieplanung | Primärstudien 29

Klinische Fragestellung 1 29

Klinische Fragestellung 4 32

Klinische Fragestellung 5 33

AG Opioid-Agonisten-Therapie | Aggregierte Evidenz 36

Klinische Fragestellung 1 36

Klinische Fragestellung 2 38

Klinische Fragestellung 3 41

Klinische Fragestellung 4 43

Klinische Fragestellung 5 45

AG Opioid-Agonisten-Therapie | Primärstudien 46

Klinische Fragestellung 1 46

Klinische Fragestellung 2 48

Klinische Fragestellung 3 51

Klinische Fragestellung 4 54

Klinische Fragestellung 5 57

AG Entzug | Aggregierte Evidenz 58

Klinische Fragestellung 1 58

Klinische Fragestellung 2 58

Klinische Fragestellung 358
Klinische Fragestellung 458
Klinische Fragestellung 558
AG Entzug | Primärstudien60
Klinische Fragestellung 160
Klinische Fragestellung 260
Klinische Fragestellung 361
Klinische Fragestellung 461
Klinische Fragestellung 561
AG Rückfallprophylaxe | Aggregierte Evidenz63
Klinische Fragestellung 163
Klinische Fragestellung 267
Klinische Fragestellung 3:68
AG Rückfallprophylaxe | Primärstudien90
Klinische Fragestellung 190
Klinische Fragestellung 294
Klinische Fragestellung 3:95
AG Psychotherapie | Aggregierte Evidenz113
Klinische Fragestellung 1113
AG Psychotherapie | Primärstudien115
Klinische Fragestellung 1115
AG Psychosoziale Betreuung | Aggregierte Evidenz117
Klinische Fragestellung 1117
AG Psychosoziale Betreuung | Primärstudien119
Klinische Fragestellung 1119
AG Rehabilitation | Aggregierte Evidenz120
Klinische Fragestellung 1120
Klinische Fragestellung 2122
Klinische Fragestellung 3125
AG Rehabilitation | Primärstudien127
Klinische Fragestellung 1127
Klinische Fragestellung 2129
Klinische Fragestellung 3132
AG Körperliche Komorbiditäten | Aggregierte Evidenz134
Klinische Fragestellung 1134
Klinische Fragestellung 2136
AG Körperliche Komorbiditäten | Primärstudien138
Klinische Fragestellung 1139

Klinische Fragestellung 2141
AG Psychische Komorbiditäten | Aggregierte Evidenz143
Klinische Fragestellung 1143
AG Psychische Komorbiditäten | Primärstudien146
Klinische Fragestellung 1146
Klinische Fragestellung 1 (nur ADHS, Persönlichkeits- und bipolare Störungen)148
AG Besondere Populationen | Aggregierte Evidenz151
Klinische Fragestellung 1151
Klinische Fragestellung 2151
Klinische Fragestellung 3153
Klinische Fragestellung 4155
Klinische Fragestellung 5157
Klinische Fragestellung 6159
AG Besondere Populationen | Primärstudien161
Klinische Fragestellung 1161
Klinische Fragestellung 2161
Klinische Fragestellung 4164
Klinische Fragestellung 5166
AG Schadensminimierung | Aggregierte Evidenz168
Klinische Fragestellung 1168
Klinische Fragestellung 2169
Klinische Fragestellung 3170
Klinische Fragestellung 4171
Klinische Fragestellung 5172
AG Schadensminimierung | Primärstudien175
Klinische Fragestellung 1175
Klinische Fragestellung 2175
Klinische Fragestellung 3178
Klinische Fragestellung 4179
Klinische Fragestellung 5182
AG Selbsthilfe | Aggregierte Evidenz184
Klinische Fragestellung 1184
AG Versorgungsfragen | Aggregierte Evidenz186
Klinische Fragestellung 1186
Klinische Fragestellung 2187
Klinische Fragestellung 3189
Klinische Fragestellung 4190

Leitliniensuche

Opioid-Related Disorder AND Opiate Substitution Treatment AND PT Guideline AND PY 2017-2023

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[mh] OR "opioid use disorder*"[tiab] OR OUD[tiab]) OR ((opioid*[tiab]) AND (abuse*[tiab] OR addict*[tiab] OR dependen*[tiab] OR disorder*[tiab])) AND ("opiate substitution treatment"[mh] OR "Opioid-Related Disorders/drug therapy"[mh] OR opioid maintenance treatment*[tiab] OR opioid substitution therap*[tiab] OR opioid substitution treatment*[tiab] OR OST[tiab] OR opioid replacement therap*[tiab] OR (opioid*[tiab] AND (medication assisted treatment*[tiab] OR medication assisted therap*[tiab])) OR Buprenorphine[tw] OR Codeine[tw] OR Dihydrocodeine[tw] OR Dihydromorphine[tw] OR Fentanyl[tw] OR Hydrocodone[tw] OR Hydromorphone[tw] OR Levomethadone[tw] OR Methadone[tw] OR Morphine[tw] OR Oxycodone[tw] OR Oxymorphone[tw] OR Tapentadol[tw] OR Tilidine[tw] OR Tramadol[tw] OR (Opioid agonist[tiab] AND (treatment[tiab] OR therap*[tiab])) OR OAT[tiab]) AND ("guideline"[Publication Type] OR "guideline*"[Title]) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	19.09.2022 67

Search Strings für die AGs

AG Diagnostik | Aggregierte Evidenz

1. **Opioid Related Disorders AND (Clinical Queries Diagnosis Filter OR Spez. diagnostische Verfahren) AND "Systematic" AND PY 2017-2023**

Klinische Fragestellung 1: Welches Screeninginstrument zur Diagnostik einer opioidbezogenen Störung weist die höchste Sensitivität, Spezifität, Validität und Reliabilität auf?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR (("opioid*"[Title/Abstract] OR "opiate"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND (sensitiv*[Title/Abstract] OR sensitivity and specificity[MeSH Terms] OR diagnose[Title/Abstract] OR diagnosed[Title/Abstract] OR diagnoses[Title/Abstract] OR diagnosing[Title/Abstract] OR	12.09.2022 132

	diagnosis[Title/Abstract] OR diagnostic[Title/Abstract] OR diagnosis[MeSH:noexp] OR diagnostic equipment[MeSH:noexp] OR diagnostic errors[MeSH:noexp] OR diagnostic services[MeSH:noexp] OR diagnosis, differential[MeSH:noexp] OR diagnosis[Subheading:noexp] OR "maudsley addiction profile"[tiab] OR "measurements in the addictions for triage and evaluation"[Tiab] OR "international classification of functioning disability and health"[tiab] OR "Addiction Severity Index"[Tiab] OR ("Chemical Use"[Tiab] AND "Abuse and Dependence"[Tiab] AND Scale[Tiab]) OR cuad[tiab] OR "substance abuse outcomes module"[tiab] OR saom[tiab] OR "european addiction severity index"[tiab] OR europasi[tiab] OR "Drug use Disorder Identification Test"[tiab] OR dudit[tiab]) AND ("systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	
Web of Science	TS=(("Opioid-Related Disorder*" OR ((opioid* OR opiate) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (sensitiv* OR specificity OR diagnos* OR "diagnostic equipment" OR "diagnostic errors" OR "diagnostic services" OR " differential diagnosis" OR "maudsley addiction profile" OR "measurements in the addictions for triage and evaluation" OR "international classification of functioning disability and health" OR "Addiction Severity Index" OR ("Chemical Use" AND "Abuse and Dependence" AND Scale) OR cuad OR "substance abuse outcomes module" OR saom OR "european addiction severity index" OR europasi OR "Drug use Disorder Identification Test" OR dudit)) AND TS=(systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	24.09.2022 186
Epistemonikos	((("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (sensitiv* OR specificity OR diagnos* OR "diagnostic equipment" OR "diagnostic errors" OR "diagnostic services" OR " differential diagnosis" OR "maudsley addiction profile" OR "measurements in the addictions for triage and evaluation" OR "international classification of functioning disability and health" OR "Addiction Severity Index" OR ("Chemical Use" AND "Abuse and Dependence" AND Scale) OR cuad OR "substance abuse outcomes module" OR saom OR "european addiction severity index" OR europasi OR "Drug use Disorder Identification Test" OR dudit))	22.09.2022 85

PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" OR ((opioid* OR opiate) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (sensitiv* OR specificity OR diagnos* OR "diagnostic equipment" OR "diagnostic errors" OR "diagnostic services" OR " differential diagnosis" OR "maudsley addiction profile" OR "measurements in the addictions for triage and evaluation" OR "international classification of functioning disability and health" OR "Addiction Severity Index" OR ("Chemical Use" AND "Abuse and Dependence" AND Scale) OR cuad OR "substance abuse outcomes module" OR saom OR "european addiction severity index" OR europasi OR "Drug use Disorder Identification Test" OR dudit)) AND ("systematic review" or meta-analysis or metaanalysis).mp.	28.09.2022 38

2. Opioid Related Disorders AND Psychosoziale Diagnostik AND Outcome AND "Systematic" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 2: Führt die Anwendung sozialdiagnostischer Verfahren (Reso-MAP (Instrument der psychosozialen Diagnostik im Resozialisierungsprozess) und/oder MATE (Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation)) und/oder ICF (International Classification of Functioning) bei Personen mit opioidbezogenen Störungen zu einer höheren Retention sowie höheren Form sozialer Teilhabe im Vergleich zu keiner Anwendung sozialdiagnostischer Verfahren?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("behavior, addictive/classification"[MeSH Terms] OR "substance related disorders/classification"[MeSH Terms] OR "Health Status"[MeSH Terms] OR "interview, psychological"[MeSH Terms] OR "substance abuse detection/methods"[MeSH Terms] OR "Surveys and Questionnaires"[MeSH Terms] OR "Patient Compliance"[MeSH Terms] OR "Psychometrics"[MeSH Terms] OR "Risk assessment"[MeSH Terms] OR "Risk Factors"[MeSH Terms] OR ("social"[Title/Abstract] AND ("diagnos*"[Title/Abstract] OR "test*"[Title/Abstract] OR "assessment"[Title/Abstract] OR "tool*"[Title/Abstract])) OR "maudsley addiction profile"[Title/Abstract] OR "measurements in the addictions for triage and evaluation"[Title/Abstract] OR "international classification of functioning disability and health"[Title/Abstract]) AND ("Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "Risk Factors"[MeSH Terms] OR "retention"[Title/Abstract] OR relapse[tiab] OR "social integration"[Title/Abstract] OR "social reintegration"[Title/Abstract] OR "social participation"[Title/Abstract] OR "social isolation"[Title/Abstract] OR	19.09.2022 62

	"social disintegration"[Title/Abstract] OR "partnerships"[Title/Abstract]) AND ("systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	
Web of Science	TS=(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (("addictive behavior" NEAR classification) OR ("substance related disorder*" NEAR classification) OR "Health Status" OR " psychological interview*" OR ("substance abuse detection" NEAR methods) OR Survey* OR Questionnaire* OR "Patient Compliance" OR Psychometrics OR "Risk assessment" OR "Risk Factors" OR (social AND (diagnos* OR test* OR assessment OR tool*)) OR "maudsley addiction profile" OR "measurements in the addictions for triage and evaluation" OR "international classification of functioning disability and health") AND ("Retention in Care" OR "patient dropout*" OR "Risk Factors" OR retention OR relapse OR "social integration" OR "social reintegration" OR "social participation" OR "social isolation" OR "social disintegration" OR partnerships)) AND TS=(systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	24.09.2022 126
Epistemonikos	(((("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (("addictive behavior" AND classification) OR ("substance related disorder" AND classification) OR ("substance related disorders" AND classification) OR "Health Status" OR "psychological interview" OR "psychological interviews" OR "substance abuse detection" OR Survey* OR Questionnaire* OR "Patient Compliance" OR Psychometrics OR "Risk assessment" OR "Risk Factors" OR (social AND (diagnos* OR test* OR assessment OR tool*)) OR "maudsley addiction profile" OR "measurements in the addictions for triage and evaluation" OR "international classification of functioning disability and health")) AND ((("Retention in Care" OR "patient dropout*" OR "Risk Factors" OR retention OR relapse OR "social integration" OR "social reintegration" OR "social participation"	22.09.2022 47

	OR "social isolation" OR "social disintegration" OR partnerships)))	
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (("addictive behavior" AND classification) OR ("substance related disorder*" AND classification) OR "Health Status" OR " psychological interview*" OR ("substance abuse detection" AND methods) OR Survey* OR Questionnaire* OR "Patient Compliance" OR Psychometrics OR "Risk assessment" OR "Risk Factors" OR (social AND (diagnos* OR test* OR assessment OR tool*)) OR "maudsley addiction profile" OR "measurements in the addictions for triage and evaluation" OR "international classification of functioning disability and health") AND ("Retention in Care" OR "patient dropout*" OR "Risk Factors" OR retention OR relapse OR "social integration" OR "social reintegration" OR "social participation" OR "social isolation" OR "social disintegration" OR partnerships)) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis).mp.	28.09.2022 37

3. Opioid Related Disorders AND Psychiatric Comorbidities AND OST AND Retention AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 3: Führt das Diagnostizieren von weiteren psychischen Störungen (Angststörungen, ADHS, bipolare Erkrankungen, Depression, Persönlichkeitsstörungen, PTBS, schizophrene Psychose) bei Personen mit opioidbezogenen Störungen zu einer höheren Quote von Aufnahmen einer Opioid-Agonisten-Therapie, höheren Retention sowie geringeren Rückfällen in den Gebrauch illegaler Opioide im Vergleich zu einer ausschließlichen Diagnostik von opioidbezogenen Störungen?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR (("opioid*"[Title/Abstract] OR "opiate"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Anxiety Disorders"[MeSH Terms] OR "anxiety disorder*"[Title/Abstract] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH Terms] OR "attention deficit hyperactivity disorder*"[Title/Abstract] OR "ADHD"[Title/Abstract] OR "ADDH"[Title/Abstract] OR "hyperkinetic syndrome*"[Title/Abstract] OR "Bipolar Disorder"[MeSH Terms] OR "bipolar disorder*"[Title/Abstract] OR "bipolar depression*"[Title/Abstract] OR "manic depression*"[Title/Abstract] OR "manic disorder*"[Title/Abstract] OR "Depression"[MeSH Terms] OR "Depressive Disorder"[MeSH Terms] OR "depressi*"[Title/Abstract] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR "posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "Comorbidity"[MeSH Terms] OR "comorbid*"[Title/Abstract])	19.09.2022 193

	AND ("opiate substitution treatment"[mh] OR "Opioid-Related Disorders/drug therapy"[mh] OR opioid maintenance treatment*[tiab] OR opioid substitution therap*[tiab] OR opioid substitution treatment*[tiab] OR OST[tiab] OR opioid replacement therap*[tiab] OR (opioid*[tiab] AND (medication assisted treatment*[tiab] OR medication assisted therap*[tiab])) OR Buprenorphine[tw] OR Codeine[tw] OR Dihydrocodeine[tw] OR Dihydromorphine[tw] OR Fentanyl[tw] OR Hydrocodone[tw] OR Hydromorphone[tw] OR Levomethadone[tw] OR Methadone[tw] OR Morphine[tw] OR Oxycodone[tw] OR Oxymorphone[tw] OR Tapentadol[tw] OR Tilidine[tw] OR Tramadol[tw] OR (Opioid agonist[tiab] AND (treatment[tiab] OR therap*[tiab])) OR OAT[tiab]) AND ("Retention in Care"[mh] OR "patient dropouts"[mh] OR "Risk Factors"[mh] OR relapse[tiab] OR retention[tiab]) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	
Web of Science	TS=((((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*))) AND (("opiate substitution treatment*" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR "opioid substitution treatment*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)) AND ("Retention in Care" OR "patient dropouts" OR "Risk Factors" OR relapse OR retention)) AND TS=(systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis) AND	24.09.2022 22

	PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	
Epistemonikos	((("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder" OR "anxiety disorders" OR (attention-deficit hyperactivity disorder*) OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome" OR "Hyperkinetic Syndromes" OR (Bipolar Disorder*) OR (manic disorder*) OR depressi* OR (personality disorder*) OR (post-traumatic stress disorder*) OR (posttraumatic stress disorder*) OR (post traumatic stress disorder*) OR comorbid* OR schizophrenia OR (Psychotic Disorder*) OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*))) AND ((opiate substitution treatment*) OR (opioid maintenance treatment*) OR (opioid substitution therap*) OR OST OR (opioid replacement therap*) OR (opioid* AND ((medication assisted treatment*) OR (medication assisted therap*))) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND ("Retention in Care" OR "patient dropouts" OR "Risk Factors" OR relapse OR retention)	22.09.2022 9
PsycInfo/ PSYNDEX	((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*))) AND (("opiate substitution treatment*" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR "opioid substitution treatment*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*"))) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)	28.09.2022 135

	AND ("Retention in Care" OR "patient dropouts" OR "Risk Factors" OR relapse OR retention).mp.	

4. Opioid Related Disorders AND "weitere Suchterkrankungen" AND OST AND Retention AND "Systematic" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 4: Führt das Diagnostizieren von weiteren Suchterkrankungen bei Personen mit opioidbezogenen Störungen zu einer höheren Quote von Aufnahmen einer Opioid-Agonisten-Therapie sowie höheren Retention im Vergleich zu einer ausschließlichen Diagnostik einer opioidbezogenen Störung?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR (("opioid*"[Title/Abstract] OR "opiate"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND (alcohol*[Title/Abstract] OR Cocaine[Title/Abstract] OR amphetamine*[Title/Abstract] OR Cannabis[Title/Abstract] OR Marijuana[Title/Abstract] OR Marihuana[Title/Abstract] OR Medication[tiab] OR (prescri*[tiab] AND medic*[tiab]) OR (non-prescri*[tiab] AND medic*[tiab]) OR "nonmedical prescription drug use"[Title/Abstract] OR benzo*[Title/Abstract]) AND (abuse*[Title/Abstract] OR addict*[Title/Abstract] OR dependen*[Title/Abstract] OR disorder*[Title/Abstract] OR "use disorder"[Title/Abstract]) AND ("opiate substitution treatment"[mh] OR "Opioid-Related Disorders/drug therapy"[mh] OR opioid maintenance treatment*[tiab] OR opioid substitution therap*[tiab] OR opioid substitution treatment*[tiab] OR OST[tiab] OR opioid replacement therap*[tiab] OR (opioid*[tiab] AND (medication assisted treatment*[tiab] OR medication assisted therap*[tiab])) OR Buprenorphine[tw] OR Codeine[tw] OR Dihydrocodeine[tw] OR Dihydromorphine[tw] OR Fentanyl[tw] OR Hydrocodone[tw] OR Hydromorphone[tw] OR Levomethadone[tw] OR Methadone[tw] OR Morphine[tw] OR Oxycodone[tw] OR Oxymorphone[tw] OR Tapentadol[tw] OR Tilidine[tw] OR Tramadol[tw] OR (Opioid agonist[tiab] AND (treatment[tiab] OR therap*[tiab])) OR OAT[tiab]) AND ("Retention in Care"[mh] OR "patient dropouts"[mh] OR "Risk Factors"[mh] OR relapse[tiab] OR retention[tiab]) AND ("systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	19.09.2022 35
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorder*" OR ((opioid* OR opiate) AND (abuse* OR	24.09.2022 91

	addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (alcohol* OR Cocaine OR amphetamine* OR Cannabis OR Mari$uana OR Medication OR (prescri* AND medic*) OR (non-prescri* AND medic*) OR "nonmedical prescription drug use" OR benzo*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder* OR "use disorder") AND (("opiate substitution treatment*" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR "opioid substitution treatment*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)) AND ("Retention in Care" OR "patient dropouts" OR "Risk Factors" OR relapse OR retention))) AND TS=(systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	
Epistemonikos	("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)) AND (alcohol* OR Cocaine OR amphetamine* OR Cannabis OR Marijuana OR Marihuana OR Medication OR (prescri* AND medic*) OR (non-prescri* AND medic*) OR "nonmedical prescription drug use" OR benzo*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder* OR "use disorder") AND ((opiate substitution treatment*) OR (opioid maintenance treatment*) OR (opioid substitution therap*) OR OST OR (opioid replacement therap*) OR (opioid* AND ((medication assisted treatment*) OR (medication assisted therap*))) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND ("Retention in Care" OR "patient dropouts" OR "Risk Factors" OR relapse OR	22.09.2022 27

	retention)	
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" OR ((opioid* OR opiate) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (alcohol* OR Cocaine OR amphetamine* OR Cannabis OR Mari$uana OR Medication OR (prescri* AND medic*) OR (non-prescri* AND medic*) OR "nonmedical prescription drug use" OR benzo*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder* OR "use disorder") AND (("opiate substitution treatment*" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR "opioid substitution treatment*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)) AND ("Retention in Care" OR "patient dropouts" OR "Risk Factors" OR relapse OR retention)) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis).mp.	28.09.2022 15

AG Diagnostik | Primärstudien

1. Opioid Related Disorders AND (Clinical Queries Diagnosis Filter OR Spez. diagnostische Verfahren) AND "Primärstudien" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 1: Welches Screeninginstrument zur Diagnostik einer opioidbezogenen Störung weist die höchste Sensitivität, Spezifität, Validität und Reliabilität auf?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR (("opioid*"[Title/Abstract] OR "opiate"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND (sensitiv*[Title/Abstract] OR sensitivity and specificity[MeSH Terms] OR diagnose[Title/Abstract] OR diagnosed[Title/Abstract] OR diagnoses[Title/Abstract] OR diagnosing[Title/Abstract] OR diagnosis[Title/Abstract] OR diagnostic[Title/Abstract] OR diagnosis[MeSH:noexp] OR diagnostic equipment[MeSH:noexp] OR diagnostic errors[MeSH:noexp] OR diagnostic services[MeSH:noexp] OR diagnosis,	05.02.2022 1.050

	differential[MeSH:noexp] OR diagnosis[Subheading:noexp] OR "maudsley addiction profile"[tiab] OR "measurements in the addictions for triage and evaluation"[Tiab] OR "international classification of functioning disability and health"[tiab] OR "Addiction Severity Index"[Tiab] OR ("Chemical Use"[Tiab] AND "Abuse and Dependence"[Tiab] AND Scale[Tiab]) OR cuad[tiab] OR "substance abuse outcomes module"[tiab] OR saom[tiab] OR "european addiction severity index"[tiab] OR europasi[tiab] OR "Drug use Disorder Identification Test"[tiab] OR dudit[tiab]) AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract]))) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	
Web of Science	TS=(("Opioid-Related Disorder*" OR ((opioid* OR opiate) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (sensitiv* OR specificity OR diagnos* OR "diagnostic equipment" OR "diagnostic errors" OR "diagnostic services" OR " differential diagnosis" OR "maudsley addiction profile" OR "measurements in the addictions for triage and evaluation" OR "international classification of functioning disability and health" OR "Addiction Severity Index" OR ("Chemical Use" AND "Abuse and Dependence" AND Scale) OR cuad OR "substance abuse outcomes module" OR saom OR "european addiction severity index" OR europasi OR "Drug use Disorder Identification Test" OR dudit)) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND PY==("2023" OR "2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	17.02.2023 804
Epistemonikos	((("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND	09.02.2023 339

	(sensitiv* OR specificity OR diagnos* OR "diagnostic equipment" OR "diagnostic errors" OR "diagnostic services" OR " differential diagnosis" OR "maudsley addiction profile" OR "measurements in the addictions for triage and evaluation" OR "international classification of functioning disability and health" OR "Addiction Severity Index" OR ("Chemical Use" AND "Abuse and Dependence" AND Scale) OR cuad OR "substance abuse outcomes module" OR saom OR "european addiction severity index" OR europasi OR "Drug use Disorder Identification Test" OR dudit))	
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" OR ((opioid* OR opiate) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (sensitiv* OR specificity OR diagnos* OR "diagnostic equipment" OR "diagnostic errors" OR "diagnostic services" OR " differential diagnosis" OR "maudsley addiction profile" OR "measurements in the addictions for triage and evaluation" OR "international classification of functioning disability and health" OR "Addiction Severity Index" OR ("Chemical Use" AND "Abuse and Dependence" AND Scale) OR cuad OR "substance abuse outcomes module" OR saom OR "european addiction severity index" OR europasi OR "Drug use Disorder Identification Test" OR dudit)) AND ("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "randomi#ed" OR placebo OR randomly OR "cohort studies" OR cohort study OR cohort studies).mp.	17.02.2023 297

2. Opioid Related Disorders AND Psychosoziale Diagnostik AND Outcome AND "Primärstudien" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 2: Führt die Anwendung sozialdiagnostischer Verfahren (Reso-MAP (Instrument der psychosozialen Diagnostik im Resozialisierungsprozess) und/oder MATE (Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation) und/oder ICF (International Classification of Functioning) bei Personen mit opioidbezogenen Störungen zu einer höheren Retention oder höheren Form sozialer Teilhabe im Vergleich zu keiner Anwendung sozialdiagnostischer Verfahren?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("behavior, addictive/classification"[MeSH Terms] OR "substance related disorders/classification"[MeSH Terms] OR "Health Status"[MeSH Terms] OR "interview, psychological"[MeSH Terms] OR "substance abuse detection/methods"[MeSH Terms] OR "Surveys and Questionnaires"[MeSH Terms] OR "Patient Compliance"[MeSH Terms] OR "Psychometrics"[MeSH Terms] OR "Risk assessment"[MeSH Terms] OR "Risk Factors"[MeSH Terms] OR ("social"[Title/Abstract] AND ("diagnos*"[Title/Abstract] OR "test*"[Title/Abstract] OR "assessment"[Title/Abstract] OR "tool*"[Title/Abstract]))	05.02.2023 391

	OR "maudsley addiction profile"[Title/Abstract] OR "measurements in the addictions for triage and evaluation"[Title/Abstract] OR "international classification of functioning disability and health"[Title/Abstract]) AND ("Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "Risk Factors"[MeSH Terms] OR "retention"[Title/Abstract] OR relapse[tiab] OR "social integration"[Title/Abstract] OR "social reintegration"[Title/Abstract] OR "social participation"[Title/Abstract] OR "social isolation"[Title/Abstract] OR "social disintegration"[Title/Abstract] OR "partnerships"[Title/Abstract]) AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract]))) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	
Web of Science	TS=(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (("addictive behavior" NEAR classification) OR ("substance related disorder*" NEAR classification) OR "Health Status" OR " psychological interview*" OR ("substance abuse detection" NEAR methods) OR Survey* OR Questionnaire* OR "Patient Compliance" OR Psychometrics OR "Risk assessment" OR "Risk Factors" OR (social AND (diagnos* OR test* OR assessment OR tool*)) OR "maudsley addiction profile" OR "measurements in the addictions for triage and evaluation" OR "international classification of functioning disability and health") AND ("Retention in Care" OR "patient dropout*" OR "Risk Factors" OR retention OR relapse OR "social integration" OR "social reintegration" OR "social participation" OR "social isolation" OR "social disintegration" OR partnerships)) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND PY==("2023" OR "2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR	17.02.2023 433

	"2017")	
Epistemonikos	((("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (("addictive behavior" AND classification) OR ("substance related disorder" AND classification) OR ("substance related disorders" AND classification) OR "Health Status" OR "psychological interview" OR "psychological interviews" OR "substance abuse detection" OR Survey* OR Questionnaire* OR "Patient Compliance" OR Psychometrics OR "Risk assessment" OR "Risk Factors" OR (social AND (diagnos* OR test* OR assessment OR tool*)) OR "maudsley addiction profile" OR "measurements in the addictions for triage and evaluation" OR "international classification of functioning disability and health")) AND ((("Retention in Care" OR "patient dropout*" OR "Risk Factors" OR retention OR relapse OR "social integration" OR "social reintegration" OR "social participation" OR "social isolation" OR "social disintegration" OR partnerships)))	17.02.2023 136
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (("addictive behavior" AND classification) OR ("substance related disorder*" AND classification) OR "Health Status" OR " psychological interview*" OR ("substance abuse detection" AND methods) OR Survey* OR Questionnaire* OR "Patient Compliance" OR Psychometrics OR "Risk assessment" OR "Risk Factors" OR (social AND (diagnos* OR test* OR assessment OR tool*)) OR "maudsley addiction profile" OR "measurements in the addictions for triage and evaluation" OR "international classification of functioning disability and health") AND ("Retention in Care" OR "patient dropout*" OR "Risk Factors" OR retention OR relapse OR "social integration" OR "social reintegration" OR "social participation" OR "social isolation" OR "social disintegration" OR partnerships)) AND ("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "randomi#ed" OR placebo OR randomly OR "cohort studies" OR cohort study OR cohort studies).mp.	17.02.2023 170

3. Opioid Related Disorders AND Psychiatric Comorbidities AND OST AND Retention AND "Primärstudien" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 3: Führt das Diagnostizieren von weiteren psychischen Störungen (Angststörungen, ADHS, bipolare Erkrankungen, Depression, Persönlichkeitsstörungen, PTBS, schizophrene Psychose) bei Personen mit opioidbezogenen Störungen zu einer höheren Quote von Aufnahmen einer Opioid-Agonisten-Therapie, höheren Retention

oder geringeren Rückfällen in den Gebrauch illegaler Opioide im Vergleich zu einer ausschließlichen Diagnostik von opioidbezogenen Störungen?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR (("opioid*"[Title/Abstract] OR "opiate"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Anxiety Disorders"[MeSH Terms] OR "anxiety disorder*"[Title/Abstract] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH Terms] OR "attention deficit hyperactivity disorder*"[Title/Abstract] OR "ADHD"[Title/Abstract] OR "ADDH"[Title/Abstract] OR "hyperkinetic syndrome*"[Title/Abstract] OR "Bipolar Disorder"[MeSH Terms] OR "bipolar disorder*"[Title/Abstract] OR "bipolar depression*"[Title/Abstract] OR "manic depression*"[Title/Abstract] OR "manic disorder*"[Title/Abstract] OR "Depression"[MeSH Terms] OR "Depressive Disorder"[MeSH Terms] OR "depressi*"[Title/Abstract] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR "posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "Comorbidity"[MeSH Terms] OR "comorbid*"[Title/Abstract]) AND ("opiate substitution treatment"[mh] OR "Opioid-Related Disorders/drug therapy"[mh] OR opioid maintenance treatment*[tiab] OR opioid substitution therap*[tiab] OR opioid substitution treatment*[tiab] OR OST[tiab] OR opioid replacement therap*[tiab] OR (opioid*[tiab] AND (medication assisted treatment*[tiab] OR medication assisted therap*[tiab])) OR Buprenorphine[tw] OR Codeine[tw] OR Dihydrocodeine[tw] OR Dihydromorphine[tw] OR Fentanyl[tw] OR Hydrocodone[tw] OR Hydromorphone[tw] OR Levomethadone[tw] OR Methadone[tw] OR Morphine[tw] OR Oxycodone[tw] OR Oxymorphone[tw] OR Tapentadol[tw] OR Tilidine[tw] OR Tramadol[tw] OR (Opioid agonist[tiab] AND (treatment[tiab] OR therap*[tiab])) OR OAT[tiab]) AND ("Retention in Care"[mh] OR "patient dropouts"[mh] OR "Risk Factors"[mh] OR relapse[tiab] OR retention[tiab]) AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract]))) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	05.02.2023 69
Web of	TS=((((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR	17.02.2023

Science	((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*))) AND (("opiate substitution treatment*" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR "opioid substitution treatment*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)) AND ("Retention in Care" OR "patient dropouts" OR "Risk Factors" OR relapse OR retention)) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND PY==("2023" OR "2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	110
Epistemonikos	(((("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder" OR "anxiety disorders" OR (attention-deficit hyperactivity disorder*) OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome" OR "Hyperkinetic Syndromes" OR (Bipolar Disorder*) OR (manic disorder*) OR depressi* OR (personality disorder*) OR (post-traumatic stress disorder*) OR (posttraumatic stress disorder*) OR (post traumatic stress disorder*) OR comorbid* OR schizophrenia OR (Psychotic Disorder*) OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*))) AND	17.02.2023 60

	((opiate substitution treatment*) OR (opioid maintenance treatment*) OR (opioid substitution therap*) OR OST OR (opioid replacement therap*) OR (opioid* AND ((medication assisted treatment*) OR (medication assisted therap*))) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND ("Retention in Care" OR "patient dropouts" OR "Risk Factors" OR relapse OR retention)	
PsycInfo/ PSYNDEX	((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*))) AND (("opiate substitution treatment*" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR "opioid substitution treatment*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*"))) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND ("Retention in Care" OR "patient dropouts" OR "Risk Factors" OR relapse OR retention) AND ("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "randomi#ed" OR placebo OR randomly OR "cohort studies" OR cohort study OR cohort studies).mp.	17.02.2023 46

4. Opioid Related Disorders AND "weitere Suchterkrankungen" AND OST AND Retention AND "Primärstudien" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 4: Führt das Diagnostizieren von weiteren Suchterkrankungen bei Personen mit opioidbezogenen Störungen zu einer höheren Quote von Aufnahmen einer Opioid-Agonisten-Therapie oder

höheren Retention im Vergleich zu einer ausschließlichen Diagnostik einer opioidbezogenen Störung?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR (("opioid*"[Title/Abstract] OR "opiate"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND (alcohol*[Title/Abstract] OR Cocaine[Title/Abstract] OR amphetamine*[Title/Abstract] OR Cannabis[Title/Abstract] OR Marijuana[Title/Abstract] OR Marihuana[Title/Abstract] OR Medication[tiab] OR (prescri*[tiab] AND medic*[tiab]) OR (non-prescri*[tiab] AND medic*[tiab]) OR "nonmedical prescription drug use"[Title/Abstract] OR benzo*[Title/Abstract]) AND (abuse*[Title/Abstract] OR addict*[Title/Abstract] OR dependen*[Title/Abstract] OR disorder*[Title/Abstract] OR "use disorder"[Title/Abstract]) AND ("opiate substitution treatment"[mh] OR "Opioid-Related Disorders/drug therapy"[mh] OR opioid maintenance treatment*[tiab] OR opioid substitution therap*[tiab] OR opioid substitution treatment*[tiab] OR OST[tiab] OR opioid replacement therap*[tiab] OR (opioid*[tiab] AND (medication assisted treatment*[tiab] OR medication assisted therap*[tiab])) OR Buprenorphine[tw] OR Codeine[tw] OR Dihydrocodeine[tw] OR Dihydromorphine[tw] OR Fentanyl[tw] OR Hydrocodone[tw] OR Hydromorphone[tw] OR Levomethadone[tw] OR Methadone[tw] OR Morphine[tw] OR Oxycodone[tw] OR Oxymorphone[tw] OR Tapentadol[tw] OR Tilidine[tw] OR Tramadol[tw] OR (Opioid agonist[tiab] AND (treatment[tiab] OR therap*[tiab])) OR OAT[tiab]) AND ("Retention in Care"[mh] OR "patient dropouts"[mh] OR "Risk Factors"[mh] OR relapse[tiab] OR retention[tiab]) AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract]))) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	05.02.2023 237
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorder*" OR ((opioid* OR opiate) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND	17.02.2023 366

	(alcohol* OR Cocaine OR amphetamine* OR Cannabis OR Mari$uana OR Medication OR (prescri* AND medic*) OR (non-prescri* AND medic*) OR "nonmedical prescription drug use" OR benzo*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder* OR "use disorder") AND (("opiate substitution treatment*" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR "opioid substitution treatment*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)) AND ("Retention in Care" OR "patient dropouts" OR "Risk Factors" OR relapse OR retention))) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND PY==("2023" OR "2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	
Epistemonikos	("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)) AND (alcohol* OR Cocaine OR amphetamine* OR Cannabis OR Marijuana OR Marihuana OR Medication OR (prescri* AND medic*) OR (non-prescri* AND medic*) OR "nonmedical prescription drug use" OR benzo*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder* OR "use disorder") AND ((opiate substitution treatment*) OR (opioid maintenance treatment*) OR (opioid substitution therap*) OR OST OR (opioid replacement therap*) OR (opioid* AND ((medication assisted treatment*) OR (medication assisted therap*))) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND	17.02.2023 146

	("Retention in Care" OR "patient dropouts" OR "Risk Factors" OR relapse OR retention)	
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" OR ((opioid* OR opiate) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (alcohol* OR Cocaine OR amphetamine* OR Cannabis OR Mari$uana OR Medication OR (prescri* AND medic*) OR (non-prescri* AND medic*) OR "nonmedical prescription drug use" OR benzo*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder* OR "use disorder") AND (("opiate substitution treatment*" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR "opioid substitution treatment*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)) AND ("Retention in Care" OR "patient dropouts" OR "Risk Factors" OR relapse OR retention)) AND ("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "randomi#ed" OR placebo OR randomly OR "cohort studies" OR cohort study OR cohort studies).mp.	17.02.2023 124

AG Therapieplanung | Aggregierte Evidenz

1. Opioid Related Disorders AND Intervention1 AND Outcome1 AND "Systematic" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 1: Führt eine qualifizierte Entzugsbehandlung von Opioiden mit Direktaufnahme in anschließende ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation bei Personen mit opioidbezogenen Störungen zu einer höheren Haltequote in der Behandlung, einem geringeren Rückfallrisiko in den Gebrauch illegaler Opioide während der Maßnahme, einer häufigeren regulären Maßnahmenbeendigung oder einer höheren Abstinenz von zusätzlich konsumierten Substanzen (bzgl. Drogen, nicht-verschriebenen Medikamenten und Alkohol) nach einem Jahr im Vergleich zu einer medizinischen Rehabilitation ohne vorherige qualifizierte Entzugsbehandlung von Opioiden?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR	28.09.2022 22

	"dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Rehabilitation"[MeSH Subheading] OR "Rehabilitation"[MeSH Terms] OR "day care, medical"[MeSH Terms] OR "Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR "Inpatients"[MeSH Terms] OR "Outpatients"[MeSH Terms] OR "Treatment Outcome"[MeSH Terms] OR "Outpatient rehab*"[Title/Abstract] OR "Out-patient rehab*"[Title/Abstract] OR "Ambulatory rehab*"[Title/Abstract]) AND ("relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out*"[Title/Abstract] OR "dropout*"[Title/Abstract] OR "End of measure"[tiab] OR "end of treatment*"[tiab] OR co-consumption[tiab] OR co-use[tiab]) AND ((y_5[Filter]) AND ("systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]))	
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatient* OR Outpatient* OR "Treatment Outcome" OR "Outpatient rehab*" OR "Out-patient rehab*" OR "Ambulatory rehab*") AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out* OR dropout* OR "End of measure" OR "end of treatment*" OR co-consumption OR co-use))) AND TS=(systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	24.09.2022 24
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatient* OR Outpatient* OR "Treatment Outcome" OR "Outpatient rehabilitation" OR "Out-patient rehabilitation" OR "Ambulatory rehabilitation")	22.09.2022 9

	AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out* OR dropout* OR "End of measure" OR "end of treatment" OR co-consumption OR co-use))	
PsycInfo/ PSYNDEX	((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatient* OR Outpatient* OR "Treatment Outcome" OR "Outpatient rehab*" OR "Out-patient rehab*" OR "Ambulatory rehab*") AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out* OR dropout* OR "End of measure" OR "end of treatment*" OR co-consumption OR co-use)) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis)).mp.	28.09.2022 7

2. Opioid Related Disorders AND Intervention2 AND Outcome1 AND PY 2017-2023

Anm.: Eine Suche mit "OUD" AND "Zielvereinbarung" liefert 0 Treffer, daher die zusätzlichen Suchbegriffe beim Aspekt "Intervention2".

Klinische Fragestellung 2: Führt eine vorherige Abklärung der Behandlungsziele hinsichtlich Abstinenz von illegalen Opioiden bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie oder abstinent von Opioiden zu einer höheren Haltequote, einem geringeren Rückfallrisiko in den Gebrauch illegaler Opioide während der Behandlung, einem geringeren Gebrauch von zusätzlich konsumierten Substanzen (Gebrauch von Drogen, nicht-verschriebenen Medikamenten und Alkohol) oder einer häufigeren regulären Behandlungsbeendigung im Vergleich zu einer zieloffenen Behandlung (kontrolliertem Opioidkonsum)?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Goal setting*"[tiab] OR "Target agreement*"[tiab] OR "goal oriented treatment"[tiab] OR "day care, medical"[MeSH Terms] OR "Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR "Inpatients"[MeSH Terms] OR "Outpatients"[MeSH Terms] OR Inpatient*[Title/Abstract] OR Outpatient*[Title/Abstract]) AND ("relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR	26.01.2023 242

	"Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out*"[Title/Abstract] OR "dropout*"[Title/Abstract] OR "End of measure*"[tiab] OR "end of treatment*"[tiab] OR co-consumption[tiab] OR co-use[tiab]) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("Goal setting*" OR "Target agreement*" OR "goal oriented treatment" OR "medical day care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatient* OR Outpatient*) AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out* OR dropout* OR "End of measure" OR "end of treatment*" OR co-consumption OR co-use))) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	26.01.2023 279
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("Goal setting" OR "Target agreement" OR "goal oriented treatment" OR "medical day care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatient* OR Outpatient*) AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out* OR dropout* OR "End of measure" OR "end of treatment" OR co-consumption OR co-use))	26.01.2023 80
PsycInfo/ PSYNDEX	((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("Goal setting*" OR "Target agreement*" OR "goal oriented treatment" OR "medical day care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatient* OR Outpatient*) AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out* OR dropout* OR "End of measure" OR "end of treatment*" OR co-consumption OR co-use))).mp.	26.01.2023 158

3. Opioid Related Disorders AND Intervention3 AND Outcome1 AND PY 2017-2023

Anm.: Eine Suche mit "OUD" AND "Biopsychosocial Concept" liefert 0 Treffer, daher die zusätzlichen Suchbegriffe beim Aspekt "Intervention3".

Klinische Fragestellung 3: Führt der Behandlungsansatz eines komplexen biopsychosozialen Gesamtkonzepts bei Personen mit opioidbezogenen Störungen zu einer höheren Antrittsquote oder Haltequote, einem geringeren Rückfallrisiko in den Gebrauch illegaler Opioide während der Maßnahme oder einer häufigeren regulären Maßnahmenbeendigung im Vergleich zu einem aufbauenden Behandlungsplan (sequentielle Bausteine nach Therapiezielhierarchie)?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ((biopsychosocial[Title/Abstract] AND (concept[Title/Abstract] OR treatment[Title/Abstract])) OR "day care, medical"[MeSH Terms] OR "Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR "Inpatients"[MeSH Terms] OR "Outpatients"[MeSH Terms] OR Inpatient*[Title/Abstract] OR Outpatient*[Title/Abstract]) AND ("relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out*"[Title/Abstract] OR "dropout*"[Title/Abstract] OR "End of measure*"[tiab] OR "end of treatment*"[tiab] OR co-consumption[tiab] OR co-use[tiab]) AND (2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication])	26.01.2023 244
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ((biopsychosocial AND (concept OR treatment)) OR "medical day care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatient* OR Outpatient*) AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out* OR dropout* OR "End of measure" OR "end of treatment*" OR co-consumption OR co-use))) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	26.01.2023 286
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR	26.01.2023 81

	addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ((biopsychosocial AND (concept OR treatment)) OR "medical day care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatient* OR Outpatient*) AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out* OR dropout* OR "End of measure" OR "end of treatment" OR co-consumption OR co-use))	
PsycInfo/ PSYNDEX	((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("Goal setting*" OR "Target agreement*" OR "goal oriented treatment" OR "medical day care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatients OR Outpatients OR Inpatient* OR Outpatient*) AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out* OR dropout* OR "End of measure" OR "end of treatment*" OR co-consumption OR co-use))).mp.	26.01.2023 158

4. Opioid Related Disorders AND Intervention4 AND Outcome4 AND Systematic AND PY 2017-2023

Anm.: Eine Suche mit "OUD" AND "CRSS" liefert 0 Treffer, daher die weiteren Suchbegriffe beim Aspekt "Intervention4".

Klinische Fragestellung 4: Führt ein zertifiziertes, qualitätszirkelgesteuertes Behandlungsnetz bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in Behandlung/Maßnahme/Betreuung zu einer höheren Haltequote, einem verbesserten psychischen oder körperlichen Gesundheitszustand, einem geringeren Rückfallrisiko in den Gebrauch illegaler Opioide während und nach der Behandlung/Maßnahme/Betreuung oder zu einer geringeren Mortalität im Vergleich zu einem Treatment-As-Usual (TAU)?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	(("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("certified recovery support specialist"[Title/Abstract] OR CRSS[Title/Abstract] OR "certified recovery specialist"[Title/Abstract] OR "substance use resource center"[Title/Abstract] OR "day care, medical"[MeSH Terms] OR "Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR "Inpatients"[MeSH Terms] OR "Outpatients"[MeSH	28.09.2022 11

	Terms] OR Inpatient*[Title/Abstract] OR Outpatient*[Title/Abstract]) AND ("relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out*"[Title/Abstract] OR "dropout*"[Title/Abstract] OR "Mental Health"[tiab] OR "Physical Health"[tiab] OR "Psychological Health"[tiab] OR mortality[MeSH Subheading] OR mortality[tiab]) AND ("systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti])) AND (y_5[Filter])	
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("certified recovery support specialist" OR CRSS OR "certified recovery specialist" OR "substance use resource center" OR "medical day care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatient* OR Outpatient*) AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out* OR dropout* OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR mortality))) AND TS=(systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	24.09.2022 36
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("certified recovery support specialist" OR CRSS OR "certified recovery specialist" OR "substance use resource center" OR "medical day care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatient* OR Outpatient*) AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out* OR dropout* OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR mortality)	22.09.2022 keine Treffer

PsycInfo/ PSYNDEX	((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("certified recovery support specialist" OR CRSS OR "certified recovery specialist" OR "substance use resource center" OR "medical day care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatient* OR Outpatient*) AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out* OR dropout* OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR mortality)) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis)).mp.	28.09.2022 4

5. Opioid Related Disorders AND OST AND Intervention1 AND Outcome5 AND Systematic AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 5: Führt eine ambulante oder stationäre teilhabeorientierte Intervention bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie zu einer höheren Retention/Haltequote im Vergleich zu einer ambulanten oder stationären teilhabeorientierten Intervention nach ambulantem und/oder stationärem Entzug von OAT-Medikamenten?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("opiate substitution treatment"[MeSH Terms] OR "opioid related disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "opioid maintenance treatment*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution therap*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution treatment*"[Title/Abstract] OR "OST"[Title/Abstract] OR "opioid replacement therap*"[Title/Abstract] OR "opioid agonist treatment"[Title/Abstract] OR "opioid agonist therap*"[Title/Abstract] OR "OAT"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("medication assisted treatment*"[Title/Abstract] OR "medication assisted therap*"[Title/Abstract])) OR "Buprenorphine"[Text Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text Word] OR "Naloxone"[Text Word] OR "Diamorphine"[Text Word]) AND ("Rehabilitation"[MeSH Subheading] OR "Rehabilitation"[MeSH Terms] OR "day care, medical"[MeSH Terms] OR "Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR "Inpatients"[MeSH Terms] OR "Outpatients"[MeSH Terms] OR "Treatment Outcome"[MeSH Terms] OR "Outpatient rehab*"[Title/Abstract] OR "Out-patient	28.09.2022 16

	rehab*"[Title/Abstract] OR "Ambulatory rehab*"[Title/Abstract]) AND ("relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out*"[Title/Abstract] OR "dropout*"[Title/Abstract] OR "End of measure"[tiab] OR "end of treatment*"[tiab] OR co-consumption[tiab] OR co-use[tiab] OR employment[tiab] OR "stable housing"[tiab]) AND ((y_5[Filter]) AND ("systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]))	
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR "opioid substitution treatment*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Naloxone OR Diamorphine) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatients OR Outpatients OR "Treatment Outcome" OR "Outpatient rehab*" OR "Out-patient rehab*" OR "Ambulatory rehab*") AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out* OR dropout* OR "End of measure" OR "end of treatment*" OR co-consumption OR co-use OR employment OR "stable housing"))) AND TS=(systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	24.09.2022 19
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment" OR "opioid substitution therapy" OR "opioid substitution treatment" OR OST OR "opioid replacement therapy" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therapy" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted	22.09.2022 12

	treatment" OR "medication assisted therapy")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Naloxone OR Diamorphine) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatients OR Outpatients OR "Treatment Outcome" OR "Outpatient rehabilitation" OR "Out-patient rehabilitation" OR "Ambulatory rehabilitation") AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out* OR dropout* OR "End of measure" OR "end of treatment" OR co-consumption OR co-use OR employment OR "stable housing"))	
PsycInfo/ PSYNDEX	((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR "opioid substitution treatment*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Naloxone OR Diamorphine) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatients OR Outpatients OR "Treatment Outcome" OR "Outpatient rehab*" OR "Out-patient rehab*" OR "Ambulatory rehab*") AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out* OR dropout* OR "End of measure" OR "end of treatment*" OR co-consumption OR co-use OR employment OR "stable housing"))) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis).mp.	28.09.2022 3

AG Therapieplanung | Primärstudien

1. Opioid Related Disorders AND Intervention1 AND Outcome1 AND "Primärstudien" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 1: Führt eine qualifizierte Entzugsbehandlung von Opioiden mit Direktaufnahme in anschließende ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation bei Personen mit opioidbezogenen

Störungen zu einer höheren Haltequote in der Behandlung, einem geringeren Rückfallrisiko in den Gebrauch illegaler Opioide während der Maßnahme, einer häufigeren regulären Maßnahmenbeendigung oder einer höheren Abstinenz von zusätzlich konsumierten Substanzen (bzgl. Drogen, nicht-verschriebenen Medikamenten und Alkohol) nach einem Jahr im Vergleich zu einer medizinischen Rehabilitation ohne vorherige qualifizierte Entzugsbehandlung von Opioiden?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Rehabilitation"[MeSH Subheading] OR "Rehabilitation"[MeSH Terms] OR "day care, medical"[MeSH Terms] OR "Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR "Inpatients"[MeSH Terms] OR "Outpatients"[MeSH Terms] OR "Treatment Outcome"[MeSH Terms] OR "outpatient rehab*"[Title/Abstract] OR "out patient rehab*"[Title/Abstract] OR "ambulatory rehab*"[Title/Abstract]) AND ("relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop out*"[Title/Abstract] OR "dropout*"[Title/Abstract] OR "end of measure*"[Title/Abstract] OR "end of treatment*"[Title/Abstract] OR "co-consumption"[Title/Abstract] OR "co-use"[Title/Abstract]) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication] AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract])))	20.01.2023 140
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatient* OR Outpatient* OR "Treatment Outcome" OR "Outpatient rehab*" OR "Out-patient rehab*" OR "Ambulatory rehab*") AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out* OR dropout* OR "End of measure*"	30.01.2023 166

	OR "end of treatment*" OR co-consumption OR co-use))) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND PY==("2023" OR "2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	
Epistemonikos	((("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatient* OR Outpatient* OR "Treatment Outcome" OR "Outpatient rehabilitation" OR "Out-patient rehabilitation" OR "Ambulatory rehabilitation") AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out* OR dropout* OR "End of measure" OR "end of treatment" OR co-consumption OR co-use))	30.01.2023 96
PsycInfo/ PSYNDEX	((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatient* OR Outpatient* OR "Treatment Outcome" OR "Outpatient rehab*" OR "Out-patient rehab*" OR "Ambulatory rehab*") AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out* OR dropout* OR "End of measure*" OR "end of treatment*" OR co-consumption OR co-use)) AND ("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "randomi#ed" OR placebo OR randomly OR "cohort studies" OR cohort study OR cohort studies)).mp.	30.01.2023 79

4. Opioid Related Disorders AND Intervention4 AND Outcome4 AND “Primärstudien” AND PY 2017-2023

Anm.: Eine Suche mit "OUD" AND "CRSS" liefert 0 Treffer, daher die weiteren Suchbegriffe beim Aspekt "Intervention4".

Klinische Fragestellung 4: Führt ein zertifiziertes, qualitätszirkelgesteuertes Behandlungsnetz bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in Behandlung/Maßnahme/Betreuung zu einer höheren Haltequote, einem verbesserten psychischen oder körperlichen Gesundheitszustand, einem geringeren Rückfallrisiko in den Gebrauch illegaler Opioide während und nach der Behandlung/Maßnahme/Betreuung oder zu einer geringeren Mortalität im Vergleich zu einem Treatment-As-Usual (TAU)?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("CRSS"[Title/Abstract] OR "day care, medical"[MeSH Terms] OR "Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR "Inpatients"[MeSH Terms] OR "Outpatients"[MeSH Terms] OR "inpatient*"[Title/Abstract] OR "outpatient*"[Title/Abstract]) AND ("relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop out*"[Title/Abstract] OR "dropout*"[Title/Abstract] OR "Mental Health"[Title/Abstract] OR "Physical Health"[Title/Abstract] OR "Psychological Health"[Title/Abstract] OR "mortality"[MeSH Subheading] OR "mortality"[Title/Abstract]) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication] AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract])))	20.01.2023 168
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("certified recovery support specialist" OR CRSS OR "certified recovery specialist" OR "substance use resource center" OR "medical day care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatient* OR Outpatient*) AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out* OR dropout* OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR mortality)))	30.01.2023 197

	AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND PY==("2023" OR "2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	
Epistemonikos	"Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)) AND ("certified recovery support specialist" OR CRSS OR "certified recovery specialist" OR "substance use resource center" OR "medical day care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatient* OR Outpatient*) AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out* OR dropout* OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR mortality)	05.02.2023 74
PsycInfo/ PSYNDEX	((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("certified recovery support specialist" OR CRSS OR "certified recovery specialist" OR "substance use resource center" OR "medical day care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatient* OR Outpatient*) AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out* OR dropout* OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR mortality)) AND ("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "randomi#ed" OR placebo OR randomly OR "cohort studies" OR cohort study OR cohort studies)).mp.	30.01.2023 64

5. Opioid Related Disorders AND OST AND Intervention1 AND Outcome5 AND "Primärstudien" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 5: Führt eine ambulante oder stationäre teilhabeorientierte Intervention bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie zu einer höheren Retention/Haltequote im Vergleich zu einer

ambulanten oder stationären teilhabeorientierten Intervention nach ambulantem und/oder stationärem Entzug von OAT-Medikamenten?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("opiate substitution treatment"[MeSH Terms] OR "opioid related disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "opioid maintenance treatment*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution therap*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution treatment*"[Title/Abstract] OR "OST"[Title/Abstract] OR "opioid replacement therap*"[Title/Abstract] OR "opioid agonist treatment"[Title/Abstract] OR "opioid agonist therap*"[Title/Abstract] OR "OAT"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("medication assisted treatment*"[Title/Abstract] OR "medication assisted therap*"[Title/Abstract])) OR "Buprenorphine"[Text Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text Word] OR "Naloxone"[Text Word] OR "Diamorphine"[Text Word]) AND ("Rehabilitation"[MeSH Subheading] OR "Rehabilitation"[MeSH Terms] OR "day care, medical"[MeSH Terms] OR "Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR "Inpatients"[MeSH Terms] OR "Outpatients"[MeSH Terms] OR "Treatment Outcome"[MeSH Terms] OR "outpatient rehab*"[Title/Abstract] OR "out patient rehab*"[Title/Abstract] OR "ambulatory rehab*"[Title/Abstract]) AND ("relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop out*"[Title/Abstract] OR "dropout*"[Title/Abstract] OR "end of measure*"[Title/Abstract] OR "end of treatment*"[Title/Abstract] OR "co-consumption"[Title/Abstract] OR "co-use"[Title/Abstract] OR "employment"[Title/Abstract] OR "stable housing"[Title/Abstract]) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication] AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract])))	20.01.2023 122
Web of	TS=((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR	30.01.2023

Science	(opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR "opioid substitution treatment*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Naloxone OR Diamorphine) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatients OR Outpatients OR "Treatment Outcome" OR "Outpatient rehab*" OR "Out-patient rehab*" OR "Ambulatory rehab*") AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out* OR dropout* OR "End of measure*" OR "end of treatment*" OR co-consumption OR co-use OR employment OR "stable housing"))) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND PY==("2023" OR "2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	106
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment" OR "opioid substitution therapy" OR "opioid substitution treatment" OR OST OR "opioid replacement therapy" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therapy" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment" OR "medication assisted therapy")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Naloxone OR Diamorphine) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatients OR Outpatients OR "Treatment Outcome" OR "Outpatient rehabilitation" OR "Out-patient rehabilitation" OR "Ambulatory rehabilitation")	05.02.2023 9

	AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out* OR dropout* OR "End of measure" OR "end of treatment" OR co-consumption OR co-use OR employment OR "stable housing"))	
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorders" or "opioid use disorder*" or OUD or (opioid* and (abuse* or addict* or dependen* or disorder*))) and ("opiate substitution treatment" or "drug therapy" or "opioid maintenance treatment*" or "opioid substitution therap*" or "opioid substitution treatment*" or OST or "opioid replacement therap*" or "opioid agonist treatment" or "opioid agonist therap*" or OAT or (opioid* and ("medication assisted treatment*" or "medication assisted therap*")) or Buprenorphine or Codeine or Dihydrocodeine or Levomethadone or Methadone or Morphine or Naloxone or Diamorphine) and (Rehabilitation or Rehabilitation or "medical day care" or "Ambulatory Care" or Inpatients or Outpatients or "Treatment Outcome" or "Outpatient rehab*" or "Out-patient rehab*" or "Ambulatory rehab*") and (relapse* or recurrence* or Recrudescence or Retention or "Retention in Care" or "patient dropouts" or drop-out* or dropout* or "End of measure" or "end of treatment*" or co-consumption or co-use or employment or "stable housing") and ("randomized controlled trial" or "controlled clinical trial" or "randomi#ed" or placebo or randomly or "cohort studies" or cohort study or cohort studies)).mp.	30.01.2023 47

AG Opioid-Agonisten-Therapie | Aggregierte Evidenz

1. Opioid Related Disorders AND OST AND Outcome1 AND "Systematic" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 1: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) bei opioidabhängigen Personen zu einer höheren Retention, verbesserten psychischen oder körperlichen Gesundheit oder Lebensqualität oder einem geringeren Substanzkonsum oder geringerer Mortalität im Vergleich zu keiner Opioid-Agonisten-Therapie?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	(("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("opiate substitution treatment"[MeSH Terms] OR "opioid related disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "opioid maintenance treatment*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution therap*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution treatment*"[Title/Abstract] OR "OST"[Title/Abstract] OR "opioid replacement therap*"[Title/Abstract] OR "opioid agonist treatment"[Title/Abstract] OR "opioid agonist therap*"[Title/Abstract] OR "OAT"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("medication assisted treatment*"[Title/Abstract] OR "medication assisted therap*"[Title/Abstract])) OR "Buprenorphine"[Text	19.09.2022 113

	Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Dihydromorphine"[Text Word] OR "Fentanyl"[Text Word] OR "Hydrocodone"[Text Word] OR "Hydromorphone"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text Word] OR "Oxycodone"[Text Word] OR "Oxymorphone"[Text Word] OR "Tapentadol"[Text Word] OR "Tilidine"[Text Word] OR "Tramadol"[Text Word] OR ("opioid agonist"[Title/Abstract] AND ("treatment"[Title/Abstract] OR "therap*"[Title/Abstract])) OR "OAT"[Title/Abstract]) AND ("consumption"[Title/Abstract] OR "relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[MeSH Terms] OR "Mental Health"[Title/Abstract] OR "Physical Health"[Title/Abstract] OR "Psychological Health"[Title/Abstract] OR "Mental illness"[Title/Abstract] OR "mortality"[MeSH Subheading] OR "mortality"[Title/Abstract])) AND ((y_5[Filter]) AND ("systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]))	
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness" OR mortality))) AND TS=(systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	24.09.2022 247
Epistemonikos	((("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR	22.09.2022 91

	addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ((opiate substitution treatment*) OR (opioid maintenance treatment*) OR (opioid substitution therap*) OR OST OR (opioid replacement therap*) OR (opioid* AND ((medication assisted treatment*) OR (medication assisted therap*))) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)) AND (((consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness" OR mortality)))	
PsycInfo/ PSYNDEX	(((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness" OR mortality)) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis)).mp.	28.09.2022 44

2. Opioid Related Disorders AND OST best. Mittel AND Outcome2 AND "Systematic" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 2: Welches OAT-Medikament (razemisches Methadon; Levomethadon; Buprenorphin; Buprenorphin/Naloxon; Codein; retardiertes Morphin; Diamorphin; Dihydrocodein) ist für opioidabhängige Personen hinsichtlich einer höheren Retention, verbesserten psychischen oder körperlichen Gesundheit, geringerem Substanzkonsum oder geringerer unerwünschter Wirkungen oder Mortalität am geeignetsten?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	((("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("opiate substitution treatment"[MeSH Terms] OR "opioid related disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "opioid maintenance treatment*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution therap*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution treatment*"[Title/Abstract] OR "OST"[Title/Abstract] OR "opioid replacement therap*"[Title/Abstract] OR "opioid agonist treatment"[Title/Abstract] OR "opioid agonist therap*"[Title/Abstract] OR "OAT"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("medication assisted treatment*"[Title/Abstract] OR "medication assisted therap*"[Title/Abstract])) OR "Buprenorphine"[Text Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text Word] OR "Naloxone"[Text Word] OR "Diamorphine"[Text Word]) AND ("consumption"[Title/Abstract] OR "relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[MeSH Terms] OR "Mental Health"[Title/Abstract] OR "Physical Health"[Title/Abstract] OR "Psychological Health"[Title/Abstract] OR "Mental illness"[Title/Abstract] OR "mortality"[MeSH Subheading] OR "mortality"[Title/Abstract] OR "adverse effects"[MeSH Subheading] OR "adverse event*"[Title/Abstract] OR "adverse effect*"[Title/Abstract] OR "side effect*"[Title/Abstract])) AND ((y_5[Filter]) AND ("systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]))	19.09.2022 170
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Naloxone OR Diamorphine OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (consumption OR Relapse* OR Recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness" OR mortality OR "adverse event*" OR "adverse effect*" OR "side effect*")))	24.09.2022 291

	AND TS=(systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	
Epistemonikos	((("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ((opiate substitution treatment*) OR (opioid maintenance treatment*) OR (opioid substitution therap*) OR OST OR (opioid replacement therap*) OR (opioid* AND ((medication assisted treatment*) OR (medication assisted therap*))) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine Naloxone OR Diamorphine OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)) AND (((consumption OR Relapse* OR Recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness" OR mortality OR "adverse event" OR "adverse effect" OR "side effect" OR "adverse events" OR "adverse effects" OR "side effects")))	22.09.2022 114
PsycInfo/ PSYNDEX	((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Naloxone OR Diamorphine OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (consumption OR Relapse* OR Recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness" OR mortality OR "adverse event*" OR "adverse effect*" OR "side effect*")) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis)).mp.	28.09.2022 64

3. Opioid Related Disorders AND OST AND Applikation AND Outcome2 AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 3: Welche Applikationsform (Trinklösung; Tabletten; Sublingualtabletten; subkutane Injektion; intravenöse Injektion; intramuskuläre Injektion; nasale Applikation) von OAT-Medikamenten ist für opioidabhängige Personen hinsichtlich einer höheren Retention, verbesserten psychischen oder körperlichen Gesundheit, geringerem Substanzkonsum oder geringerer unerwünschter Wirkungen oder Mortalität am geeignetsten?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	((("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("opiate substitution treatment"[MeSH Terms] OR "opioid related disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "opioid maintenance treatment*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution therap*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution treatment*"[Title/Abstract] OR "OST"[Title/Abstract] OR "opioid replacement therap*"[Title/Abstract] OR "opioid agonist treatment"[Title/Abstract] OR "opioid agonist therap*"[Title/Abstract] OR "OAT"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("medication assisted treatment*"[Title/Abstract] OR "medication assisted therap*"[Title/Abstract])) OR "Buprenorphine"[Text Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Dihydromorphine"[Text Word] OR "Fentanyl"[Text Word] OR "Hydrocodone"[Text Word] OR "Hydromorphone"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text Word] OR "Oxycodone"[Text Word] OR "Oxymorphone"[Text Word] OR "Tapentadol"[Text Word] OR "Tilidine"[Text Word] OR "Tramadol"[Text Word] OR ("opioid agonist"[Title/Abstract] AND ("treatment"[Title/Abstract] OR "therap*"[Title/Abstract])) OR "OAT"[Title/Abstract]) AND ("tablets"[Title/Abstract] OR "pills"[Title/Abstract] OR "sublingual"[Title/Abstract] OR "subcutaneous"[Title/Abstract] OR "hypodermic"[Title/Abstract] OR "intravenous injection*"[Title/Abstract] OR "intramuscular injection*"[Title/Abstract] OR "nasal application*"[Title/Abstract]) AND ("consumption"[Title/Abstract] OR "relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[MeSH Terms] OR "Mental Health"[Title/Abstract] OR "Physical Health"[Title/Abstract] OR "Psychological Health"[Title/Abstract] OR "Mental illness"[Title/Abstract] OR "mortality"[MeSH Subheading] OR "mortality"[Title/Abstract] OR "adverse effects"[MeSH Subheading] OR "adverse event*"[Title/Abstract] OR "adverse effect*"[Title/Abstract] OR "side effect*"[Title/Abstract])) AND (y_5[Filter])	19.09.2022 289
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)))	24.09.2022 289

	AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (tablets OR pills OR sublingual OR subcutaneous OR hypodermic OR "intravenous injection*" OR "intramuscular injection*" OR "nasal application*") AND (consumption OR Relapse* OR Recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness" OR mortality OR "adverse event*" OR "adverse effect*" OR "side effect*"))) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	
Epistemonikos	((((("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ((opiate substitution treatment*) OR (opioid maintenance treatment*) OR (opioid substitution therap*) OR OST OR (opioid replacement therap*) OR (opioid* AND ((medication assisted treatment*) OR (medication assisted therap*))) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)) AND (((consumption OR Relapse* OR Recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness" OR mortality OR "adverse event" OR "adverse effect" OR "side effect" OR "adverse events" OR "adverse effects" OR "side effects"))) AND (tablets OR pills OR sublingual OR subcutaneous OR hypodermic OR "intravenous injection" OR "intravenous injections" OR "intramuscular injection" OR "intramuscular injections" OR "nasal application" OR "nasal applications")	22.09.2022 43

PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (tablets OR pills OR sublingual OR subcutaneous OR hypodermic OR "intravenous injection*" OR "intramuscular injection*" OR "nasal application*") AND (consumption OR Relapse* OR Recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness" OR mortality OR "adverse event*" OR "adverse effect*" OR "side effect*")).mp.	28.09.2022 71

4. Opioid Related Disorders AND OST AND Abstinenzorientierung AND Outcome3 AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 4: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie bei opioidabhängigen Personen mit kurzer Suchtdauer (unter zwei Jahren, < 24 Monate) zu einer höheren Retention, Abstinenz von illegalen Opioiden, einem geringeren Substanzkonsum oder geringerer Mortalität im Vergleich zu einer abstinenzorientierten Behandlung oder einem Ausschleichen der Opioid-Agonisten-Therapie?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	(("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("opiate substitution treatment"[MeSH Terms] OR "opioid related disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "opioid maintenance treatment*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution therap*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution treatment*"[Title/Abstract] OR "OST"[Title/Abstract] OR "opioid replacement therap*"[Title/Abstract] OR "opioid agonist treatment"[Title/Abstract] OR "opioid agonist therap*"[Title/Abstract] OR "OAT"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("medication assisted treatment*"[Title/Abstract] OR "medication assisted therap*"[Title/Abstract])) OR "Buprenorphine"[Text Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Dihydromorphine"[Text Word] OR "Fentanyl"[Text Word] OR "Hydrocodone"[Text Word] OR "Hydromorphone"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text	19.09.2022 54

	Word] OR "Oxycodone"[Text Word] OR "Oxymorphone"[Text Word] OR "Tapentadol"[Text Word] OR "Tilidine"[Text Word] OR "Tramadol"[Text Word] OR ("opioid agonist"[Title/Abstract] AND ("treatment"[Title/Abstract] OR "therap*"[Title/Abstract])) OR "OAT"[Title/Abstract]) AND ("abstinence orient*"[Title/Abstract] OR "taper*"[Title/Abstract]) AND ("consumption"[Title/Abstract] OR "abstinence"[All Fields] OR "relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "mortality"[MeSH Subheading] OR "mortality"[Title/Abstract])) AND (y_5[Filter])	
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND ("abstinence orient*" OR "taper*") AND ((consumption OR abstinence OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR mortality)))) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	24.09.2022 76
Epistemonikos	((((("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ((opiate substitution treatment*) OR (opioid maintenance treatment*) OR (opioid substitution therap*) OR OST OR (opioid replacement therap*) OR (opioid* AND ((medication assisted treatment*) OR (medication assisted therap*))) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*))	22.09.2022 92

	OR OAT)) AND (((consumption OR abstinence OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR mortality)))) AND (abstinence OR taper*)	
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND ("abstinence orient*" OR "taper*") AND ((consumption OR abstinence OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR mortality)).mp.	07.09.2022 34

5. Buprenorphine depot AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 5: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie mit Buprenorphin depot (monatliche oder wöchentliche Anwendung) bei opioidabhängigen Personen zu einer höheren Retention, verbesserten psychischen oder körperlichen Gesundheit, geringeren unerwünschten Wirkungen oder geringerer Mortalität im Vergleich zu einer Opioid-Agonisten-Therapie mit Buprenorphin per sublingualer Gabe?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Buprenorphine"[Text Word] AND "depot"[Title/Abstract]) AND (y_5[Filter])	19.09.2022 60
Web of Science	TS=("Buprenorphine" AND "depot") AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	24.09.2022 107

Epistemonikos	(Buprenorphine AND depot)	22.09.2022 11
PsycInfo/ PSYNDEX	("Buprenorphine" AND "depot").mp.	28.09.2022 29

AG Opioid-Agonisten-Therapie | Primärstudien

1. Opioid Related Disorders AND OST AND Outcome1 AND "Primärstudien" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 1: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) bei opioidabhängigen Personen zu einer höheren Retention, verbesserten psychischen oder körperlichen Gesundheit oder Lebensqualität oder einem geringeren Substanzkonsum oder geringerer Mortalität im Vergleich zu keiner Opioid-Agonisten-Therapie?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	((("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("opiate substitution treatment"[MeSH Terms] OR "opioid related disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "opioid maintenance treatment*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution therap*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution treatment*"[Title/Abstract] OR "OST"[Title/Abstract] OR "opioid replacement therap*"[Title/Abstract] OR "opioid agonist treatment"[Title/Abstract] OR "opioid agonist therap*"[Title/Abstract] OR "OAT"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("medication assisted treatment*"[Title/Abstract] OR "medication assisted therap*"[Title/Abstract])) OR "Buprenorphine"[Text Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Dihydromorphine"[Text Word] OR "Fentanyl"[Text Word] OR "Hydrocodone"[Text Word] OR "Hydromorphone"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text Word] OR "Oxycodone"[Text Word] OR "Oxymorphone"[Text Word] OR "Tapentadol"[Text Word] OR "Tilidine"[Text Word] OR "Tramadol"[Text Word] OR ("opioid agonist"[Title/Abstract] AND ("treatment"[Title/Abstract] OR "therap*"[Title/Abstract])) OR "OAT"[Title/Abstract])) AND (("consumption"[Title/Abstract] OR "relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[MeSH Terms] OR "Mental Health"[Title/Abstract] OR "Physical Health"[Title/Abstract] OR "Psychological Health"[Title/Abstract] OR "Mental illness"[Title/Abstract] OR "mortality"[MeSH Subheading] OR "mortality"[Title/Abstract])	27.07.2023 921

	AND ("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title]) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms]) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract])) AND (2017:2023[dp]))	
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness" OR mortality))) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND PY==("2023" OR "2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	27.07.2023 994
Epistemonikos	((("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ((opiate substitution treatment*) OR (opioid maintenance treatment*) OR (opioid	27.07.2023 492

	substitution therap*) OR OST OR (opioid replacement therap*) OR (opioid* AND ((medication assisted treatment*) OR (medication assisted therap*))) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)) AND (((consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness" OR mortality)))	
PsycInfo/ PSYNDEX	((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness" OR mortality)) AND ("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "randomi#ed" OR placebo OR randomly OR "cohort studies" OR cohort study OR cohort studies)).mp.	27.07.2023 354

2. Opioid Related Disorders AND OST best. Mittel AND Outcome2 AND "Primärdaten" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 2: Welches OAT-Medikament (razemisches Methadon; Levomethadon; Buprenorphin; Buprenorphin/Naloxon; Codein; retardiertes Morphin; Diamorphin; Dihydrocodein) ist für opioidabhängige Personen hinsichtlich einer höheren Retention, verbesserten psychischen oder körperlichen Gesundheit, geringerem Substanzkonsum oder geringerer unerwünschter Wirkungen oder Mortalität am geeignetsten?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	((("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use	27.07.2023

	disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("opiate substitution treatment"[MeSH Terms] OR "opioid related disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "opioid maintenance treatment*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution therap*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution treatment*"[Title/Abstract] OR "OST"[Title/Abstract] OR "opioid replacement therap*"[Title/Abstract] OR "opioid agonist treatment"[Title/Abstract] OR "opioid agonist therap*"[Title/Abstract] OR "OAT"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("medication assisted treatment*"[Title/Abstract] OR "medication assisted therap*"[Title/Abstract])) OR "Buprenorphine"[Text Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text Word] OR "Naloxone"[Text Word] OR "Diamorphine"[Text Word]) AND ("consumption"[Title/Abstract] OR "relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[MeSH Terms] OR "Mental Health"[Title/Abstract] OR "Physical Health"[Title/Abstract] OR "Psychological Health"[Title/Abstract] OR "Mental illness"[Title/Abstract] OR "mortality"[MeSH Subheading] OR "mortality"[Title/Abstract] OR "adverse effects"[MeSH Subheading] OR "adverse event*"[Title/Abstract] OR "adverse effect*"[Title/Abstract] OR "side effect*"[Title/Abstract])) AND ((y_5[Filter]) AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract]))) AND (2017:2023[dp]))	1.109
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Naloxone OR Diamorphine	27.07.2023 1.114

	OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (consumption OR Relapse* OR Recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness" OR mortality OR "adverse event*" OR "adverse effect*" OR "side effect*"))) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND PY==("2023" OR "2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	
Epistemonikos	(((("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ((opiate substitution treatment*) OR (opioid maintenance treatment*) OR (opioid substitution therap*) OR OST OR (opioid replacement therap*) OR (opioid* AND ((medication assisted treatment*) OR (medication assisted therap*))) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine Naloxone OR Diamorphine OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)) AND (((consumption OR Relapse* OR Recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness" OR mortality OR "adverse event" OR "adverse effect" OR "side effect" OR "adverse events" OR "adverse effects" OR "side effects")))	27.07.2023 559
PsycInfo/ PSYNDEX	((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Naloxone OR Diamorphine OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)	27.07.2023 431

	AND (consumption OR Relapse* OR Recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness" OR mortality OR "adverse event*" OR "adverse effect*" OR "side effect*")) AND ("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "randomi#ed" OR placebo OR randomly OR "cohort studies" OR cohort study OR cohort studies)).mp.	

3. Opioid Related Disorders AND OST AND Applikation AND Outcome2 AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 3: Welche Applikationsform (Trinklösung; Tabletten; Sublingualtabletten; subkutane Injektion; intravenöse Injektion; intramuskuläre Injektion; nasale Applikation) von OAT-Medikamenten ist für opioidabhängige Personen hinsichtlich einer höheren Retention, verbesserten psychischen oder körperlichen Gesundheit, geringerem Substanzkonsum oder geringerer unerwünschter Wirkungen oder Mortalität am geeignetsten?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	((("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("opiate substitution treatment"[MeSH Terms] OR "opioid related disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "opioid maintenance treatment*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution therap*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution treatment*"[Title/Abstract] OR "OST"[Title/Abstract] OR "opioid replacement therap*"[Title/Abstract] OR "opioid agonist treatment"[Title/Abstract] OR "opioid agonist therap*"[Title/Abstract] OR "OAT"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("medication assisted treatment*"[Title/Abstract] OR "medication assisted therap*"[Title/Abstract])) OR "Buprenorphine"[Text Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Dihydromorphine"[Text Word] OR "Fentanyl"[Text Word] OR "Hydrocodone"[Text Word] OR "Hydromorphone"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text Word] OR "Oxycodone"[Text Word] OR "Oxymorphone"[Text Word] OR "Tapentadol"[Text Word] OR "Tilidine"[Text Word] OR "Tramadol"[Text Word] OR ("opioid agonist"[Title/Abstract] AND ("treatment"[Title/Abstract] OR "therap*"[Title/Abstract])) OR "OAT"[Title/Abstract]) AND ("tablets"[Title/Abstract] OR "pills"[Title/Abstract] OR "sublingual"[Title/Abstract] OR "subcutaneous"[Title/Abstract] OR "hypodermic"[Title/Abstract] OR "intravenous injection*"[Title/Abstract] OR "intramuscular injection*"[Title/Abstract] OR "nasal application*"[Title/Abstract])	27.07.2023 145

	AND ("consumption"[Title/Abstract] OR "relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[MeSH Terms] OR "Mental Health"[Title/Abstract] OR "Physical Health"[Title/Abstract] OR "Psychological Health"[Title/Abstract] OR "Mental illness"[Title/Abstract] OR "mortality"[MeSH Subheading] OR "mortality"[Title/Abstract] OR "adverse effects"[MeSH Subheading] OR "adverse event*"[Title/Abstract] OR "adverse effect*"[Title/Abstract] OR "side effect*"[Title/Abstract])) AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract]))) AND (2017:2023[dp])	
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (tablets OR pills OR sublingual OR subcutaneous OR hypodermic OR "intravenous injection*" OR "intramuscular injection*" OR "nasal application*") AND (consumption OR Relapse* OR Recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness" OR mortality OR "adverse event*" OR "adverse effect*" OR "side effect*"))) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort	27.07.2023 130

	AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	
Epistemonikos	((((("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ((opiate substitution treatment*) OR (opioid maintenance treatment*) OR (opioid substitution therap*) OR OST OR (opioid replacement therap*) OR (opioid* AND ((medication assisted treatment*) OR (medication assisted therap*))) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)) AND (((consumption OR Relapse* OR Recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness" OR mortality OR "adverse event" OR "adverse effect" OR "side effect" OR "adverse events" OR "adverse effects" OR "side effects"))) AND (tablets OR pills OR sublingual OR subcutaneous OR hypodermic OR "intravenous injection" OR "intravenous injections" OR "intramuscular injection" OR "intramuscular injections" OR "nasal application" OR "nasal applications")	27.07.2023 81
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (tablets OR pills OR sublingual OR subcutaneous OR hypodermic OR "intravenous injection*" OR "intramuscular injection*" OR "nasal application*")	27.07.2023 34

	AND (consumption OR Relapse* OR Recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness" OR mortality OR "adverse event*" OR "adverse effect*" OR "side effect*")) AND ("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "randomi#ed" OR placebo OR randomly OR "cohort studies" OR cohort study OR cohort studies).mp.	

4. Opioid Related Disorders AND OST AND Abstinenzorientierung AND Outcome3 AND "Primärstudien" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 4: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie bei opioidabhängigen Personen mit kurzer Suchtdauer (unter zwei Jahren, < 24 Monate) zu einer höheren Retention, Abstinenz von illegalen Opioiden, einem geringeren Substanzkonsum oder geringerer Mortalität im Vergleich zu einer abstinenzorientierten Behandlung oder einem Ausschleichen der Opioid-Agonisten-Therapie?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	 (("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("opiate substitution treatment"[MeSH Terms] OR "opioid related disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "opioid maintenance treatment*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution therap*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution treatment*"[Title/Abstract] OR "OST"[Title/Abstract] OR "opioid replacement therap*"[Title/Abstract] OR "opioid agonist treatment"[Title/Abstract] OR "opioid agonist therap*"[Title/Abstract] OR "OAT"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("medication assisted treatment*"[Title/Abstract] OR "medication assisted therap*"[Title/Abstract])) OR "Buprenorphine"[Text Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Dihydromorphine"[Text Word] OR "Fentanyl"[Text Word] OR "Hydrocodone"[Text Word] OR "Hydromorphone"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text Word] OR "Oxycodone"[Text Word] OR "Oxymorphone"[Text Word] OR "Tapentadol"[Text Word] OR "Tilidine"[Text Word] OR "Tramadol"[Text Word] OR ("opioid agonist"[Title/Abstract] AND ("treatment"[Title/Abstract] OR "therap*"[Title/Abstract])) OR "OAT"[Title/Abstract]) AND ("abstinence orient*"[Title/Abstract] OR "taper*"[Title/Abstract]) AND ("consumption"[Title/Abstract] OR "abstinence"[All Fields] OR	05.02.2023 21

	"relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "mortality"[MeSH Subheading] OR "mortality"[Title/Abstract])) AND (((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract]))) AND (2017:2023[dp])	
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND ("abstinence orient*" OR "taper*") AND ((consumption OR abstinence OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR mortality)))) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND PY==("2023" OR "2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	17.02.2023 28

Epistemonikos	((((("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ((opiate substitution treatment*) OR (opioid maintenance treatment*) OR (opioid substitution therap*) OR OST OR (opioid replacement therap*) OR (opioid* AND ((medication assisted treatment*) OR (medication assisted therap*))) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)) AND (((consumption OR abstinence OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR mortality)))) AND (abstinence OR taper*)	17.02.2023 79
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND ("abstinence orient*" OR "taper*") AND ((consumption OR abstinence OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR mortality)) AND ("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "randomi#ed" OR placebo OR randomly OR "cohort studies" OR cohort study OR cohort studies)).mp.	17.02.2023 11

5. Buprenorphine depot AND "Primärstudien" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 5: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie mit Buprenorphin depot (monatliche oder wöchentliche Anwendung) bei opioidabhängigen Personen zu einer höheren Retention, verbesserten psychischen oder körperlichen Gesundheit, geringeren unerwünschten Wirkungen oder geringerer Mortalität im Vergleich zu einer Opioid-Agonisten-Therapie mit Buprenorphin per sublingualer Gabe?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Buprenorphine"[Text Word] AND "depot"[Title/Abstract]) AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract]))) AND (2017:2023[dp])	05.02.2023 14
Web of Science	TS=("Buprenorphine" AND "depot") AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND PY==("2023" OR "2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	09.02.2023 17
Epistemonikos	(Buprenorphine AND depot)	17.02.2023 8
PsycInfo/ PSYNDEX	("Buprenorphine" AND "depot") AND ("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "randomi#ed" OR placebo OR randomly OR "cohort studies" OR cohort study OR cohort studies).mp.	17.02.2023 7

AG Entzug | Aggregierte Evidenz

1. – 5. Opioid Related Disorders AND OST AND Entzugsbehandlung AND Systematic AND PY 2017-2023.02.01

Anm.: Eine weitere Differenzierung gemäß der PICOs ist durch die Suchstrategie nicht ratsam, da die Ergebnismengen zu klein werden. Somit wurde eine einzelne Suche für die klinischen Fragestellung 1 bis 5 erstellt und es erfolgte eine spätere Zuordnung beim Screenen.

Klinische Fragestellung 1: Führt eine Entzugsbehandlung vom OAT-Medikament oder illegalen Opioid bei opioidabhängigen Personen in Opioid-Agonisten-Therapie und/oder mit Konsum von illegalen Opioiden zu einer höheren Retention, geringerem Craving, geringerem Rückfall in illegalen Opioidkonsum, geringerem Substanzkonsum, verbesserten psychischen Gesundheit oder Lebensqualität im Vergleich zu keiner Entzugsbehandlung vom OAT-Medikament (Weiterführung der OAT) oder illegalen Opioid?

Klinische Fragestellung 2: Führt eine graduelle Dosisreduktion von illegalen Opioiden oder des OAT-Medikaments mittels Gabe eines Opioids bei opioidabhängigen Personen in einer Entzugsbehandlung von illegalen Opioiden oder vom OAT-Medikament zu einer geringeren Rückfallquote in den illegalen Opioidkonsum, einer höheren Abstinenz von illegalen Opioiden oder einer häufigeren OAT-Medikamentenfreiheit im Vergleich zu einem radikalen nicht-opioidgestützten (OAT-Medikamenten-)entzug?

Klinische Fragestellung 3: Führt eine Entzugsbehandlung von illegalen Opioiden oder dem OAT-Medikament mit einer Ko-Medikation (Neuroleptika, Clonidine, Lofexidine, Benzodiazepine, Antidepressiva) bei opioidabhängigen Personen zu einer höheren Retention, verringertem Craving, geringerem Rückfall in den Substanzkonsum, besseren psychischen Gesundheit, häufigeren OAT-Medikamentenfreiheit oder besseren Lebensqualität im Vergleich zu einer Entzugsbehandlung ohne Ko-Medikation?

Klinische Fragestellung 4: Führt eine stationäre Entzugsbehandlung von illegalen Opioiden oder von einem OAT-Medikament bei opioidabhängigen Personen zu einer höheren Retention, verringertem Craving, geringerem Rückfall in den Substanzkonsum, besseren psychischen Gesundheit, häufigeren OAT-Medikamentenfreiheit oder besseren Lebensqualität im Vergleich zu einer ambulanten oder tagesklinischen Entzugsbehandlung?

Klinische Fragestellung 5: Führt eine Entzugsbehandlung von der/den zusätzlich konsumierten Substanz(en) nicht-verschriebene Medikamente, Stimulantien, Cannabis, Alkohol, Neue Psychoaktive Substanzen (synthetische Cannabinoide, Stimulantien, synthetische Opioide) oder Kratom bei opioidabhängigen Personen zu einer höheren Retention in der OAT, stärkeren Reduktion des Konsums der zusätzlichen Substanzen oder einer häufigeren Abstinenz des Konsums der zusätzlichen Substanzen im Vergleich zu keiner Entzugsbehandlung von der/den zusätzlich konsumierten Substanz(en)?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	(("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR (("opioid*"[Title/Abstract] OR "heroin"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("opiate substitution treatment"[MeSH Terms] OR "opioid related disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "opioid maintenance treatment*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution therap*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution treatment*"[Title/Abstract] OR "OST"[Title/Abstract] OR "opioid replacement therap*"[Title/Abstract] OR "opioid agonist treatment"[Title/Abstract] OR "opioid agonist therap*"[Title/Abstract] OR "OAT"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("medication assisted treatment*"[Title/Abstract]	08.03.2023 144

	OR "medication assisted therap*"[Title/Abstract])) OR "Buprenorphine"[Text Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Dihydromorphine"[Text Word] OR "Fentanyl"[Text Word] OR "Hydrocodone"[Text Word] OR "Hydromorphone"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text Word] OR "Oxycodone"[Text Word] OR "Oxymorphone"[Text Word] OR "Tapentadol"[Text Word] OR "Tilidine"[Text Word] OR "Tramadol"[Text Word] OR ("opioid agonist"[Title/Abstract] AND ("treatment"[Title/Abstract] OR "therap*"[Title/Abstract])) OR "OAT"[Title/Abstract]) AND ("substance withdrawal syndrome"[MeSH Terms] OR "withdrawal"[Title/Abstract] OR "detox*"[Title/Abstract]) AND ("systematic"[Filter] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR "meta-analysis"[Title] OR "metaanalysis"[Title])) AND (2017:2023/2/1[pdat])	
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND ("substance withdrawal syndrome" OR withdrawal OR detox*))) AND TS=(systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis) AND PY==("2023" OR "2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	08.03.2023 144
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance	08.03.2023 43

	treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND ("substance withdrawal syndrome" OR withdrawal OR detox*))	
PsycInfo/ PSYNDEX	((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND ("substance withdrawal syndrome" OR withdrawal OR detox*))) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis).mp.	08.03.2023 23

AG Entzug | Primärstudien

1. – 5. Opioid Related Disorders + OST + Entzugsbehandlung + Primärstudien + PY 2017-2023.02.01

Anm.: Eine weitere Differenzierung gemäß der PICOs ist durch die Suchstrategie nicht ratsam, da die Ergebnismengen zu klein werden. Somit wurde eine einzelne Suche für die klinischen Fragestellung 1 bis 5 erstellt und es erfolgte eine spätere Zuordnung beim Screenen.

Klinische Fragestellung 1: Führt eine Entzugsbehandlung vom OAT-Medikament oder illegalen Opioid bei opioidabhängigen Personen in Opioid-Agonisten-Therapie und/oder mit Konsum von illegalen Opioiden zu einer höheren Retention, geringerem Craving, geringerem Rückfall in illegalen Opioidkonsum, geringerem Substanzkonsum, verbesserten psychischen Gesundheit oder Lebensqualität im Vergleich zu keiner Entzugsbehandlung vom OAT-Medikament (Weiterführung der OAT) oder illegalen Opioid?

Klinische Fragestellung 2: Führt eine graduelle Dosisreduktion von illegalen Opioiden oder des OAT-Medikaments mittels Gabe eines Opioids bei opioidabhängigen Personen in einer Entzugsbehandlung von illegalen Opioiden oder vom OAT-Medikament zu einer geringeren Rückfallquote in den illegalen Opioidkonsum, einer höheren Abstinenz von illegalen Opioiden oder einer häufigeren OAT-Medikamentenfreiheit im Vergleich

zu einem radikalen nicht-opioidgestützten (OAT-Medikamenten-)entzug?

Klinische Fragestellung 3: Führt eine Entzugsbehandlung von illegalen Opioiden oder dem OAT-Medikament mit einer Ko-Medikation (Neuroleptika, Clonidine, Lofexidine, Benzodiazepine, Antidepressiva) bei opioidabhängigen Personen zu einer höheren Retention, verringertem Craving, geringerem Rückfall in den Substanzkonsum, besseren psychischen Gesundheit, häufigeren OAT-Medikamentenfreiheit oder besseren Lebensqualität im Vergleich zu einer Entzugsbehandlung ohne Ko-Medikation?

Klinische Fragestellung 4: Führt eine stationäre Entzugsbehandlung von illegalen Opioiden oder von einem OAT-Medikament bei opioidabhängigen Personen zu einer höheren Retention, verringertem Craving, geringerem Rückfall in den Substanzkonsum, besseren psychischen Gesundheit, häufigeren OAT-Medikamentenfreiheit oder besseren Lebensqualität im Vergleich zu einer ambulanten oder tagesklinischen Entzugsbehandlung?

Klinische Fragestellung 5: Führt eine Entzugsbehandlung von der/den zusätzlich konsumierten Substanz(en) nicht-verschriebene Medikamente, Stimulantien, Cannabis, Alkohol, Neue Psychoaktive Substanzen (synthetische Cannabinoide, Stimulantien, synthetische Opioide) oder Kratom bei opioidabhängigen Personen zu einer höheren Retention in der OAT, stärkeren Reduktion des Konsums der zusätzlichen Substanzen oder einer häufigeren Abstinenz des Konsums der zusätzlichen Substanzen im Vergleich zu keiner Entzugsbehandlung von der/den zusätzlich konsumierten Substanz(en)?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
Pub Med	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR (("opioid*"[Title/Abstract] OR "heroin"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("opiate substitution treatment"[MeSH Terms] OR "opioid related disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "opioid maintenance treatment*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution therap*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution treatment*"[Title/Abstract] OR "OST"[Title/Abstract] OR "opioid replacement therap*"[Title/Abstract] OR "opioid agonist treatment"[Title/Abstract] OR "opioid agonist therap*"[Title/Abstract] OR "OAT"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("medication assisted treatment*"[Title/Abstract] OR "medication assisted therap*"[Title/Abstract])) OR "Buprenorphine"[Text Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Dihydromorphine"[Text Word] OR "Fentanyl"[Text Word] OR "Hydrocodone"[Text Word] OR "Hydromorphone"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text Word] OR "Oxycodone"[Text Word] OR "Oxymorphone"[Text Word] OR "Tapentadol"[Text Word] OR "Tilidine"[Text Word] OR "Tramadol"[Text Word] OR ("opioid agonist"[Title/Abstract] AND ("treatment"[Title/Abstract] OR "therap*"[Title/Abstract])) OR "OAT"[Title/Abstract]) AND ("substance withdrawal syndrome"[MeSH Terms] OR "withdrawal"[Title/Abstract] OR "detox*"[Title/Abstract]) AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort	03.04.2023 292

	studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract]))) AND (2017:2023/2/1[pdat])	
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND ("substance withdrawal syndrome" OR withdrawal OR detox*))) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND DOP=(2017-01-01/2023-02-01)	03.04.2023 359
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND ("substance withdrawal syndrome" OR withdrawal OR detox*))	03.04.2023 159

PsycInfo/ PSYNDEX	((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND ("substance withdrawal syndrome" OR withdrawal OR detox*))) AND ("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "randomi#ed" OR placebo OR randomly OR "cohort studies" OR cohort study OR cohort studies)).mp.	31.03.2023 146

AG Rückfallprophylaxe | Aggregierte Evidenz

1. ORD + Komorbidität + (Drug Therapy OR psych. Therapie OR psychosoz. Betreuung) + Outcome + Systematic + PY

Klinische Fragestellung 1: Führt eine kombinierte medikamentöse, psychotherapeutische und/oder psychosoziale Behandlung bei opioidabhängigen Personen zu einer geringeren Mortalität, besseren Lebensqualität, verminderten Morbidität, Abstinenz/Teilabstinenz oder höheren Retention im Vergleich zu einer alleinigen medikamentösen, psychotherapeutischen oder psychosozialen Behandlung?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR (("opioid*"[Title/Abstract] OR "heroin"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Anxiety Disorders"[MeSH Terms] OR "anxiety disorder*"[Title/Abstract] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH Terms] OR "attention deficit hyperactivity disorder*"[Title/Abstract] OR "ADHD"[Title/Abstract] OR "ADDH"[Title/Abstract] OR "hyperkinetic syndrome*"[Title/Abstract] OR "Bipolar Disorder"[MeSH Terms] OR "bipolar disorder*"[Title/Abstract] OR "bipolar depression*"[Title/Abstract] OR "manic depression*"[Title/Abstract] OR "manic disorder*"[Title/Abstract] OR "Depression"[MeSH Terms] OR "Depressive Disorder"[MeSH Terms] OR "depressi*"[Title/Abstract] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR "posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR	27.03.2023 44

	"Comorbidity"[MeSH Terms] OR "comorbid*"[Title/Abstract] OR "psychiatric comorbid*"[Title/Abstract] OR "schizophrenia"[MeSH Terms] OR "schizophrenia"[Title/Abstract] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms] OR "psychosis"[Title/Abstract] OR ("mental"[Title/Abstract] AND ("health"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract] OR "illness*"[Title/Abstract]) AND "comorbid*"[Title/Abstract])) AND ("Drug Therapy"[MeSH Terms] OR "drug therap*"[Title/Abstract] OR "pharmacotherap*"[Title/Abstract] OR "opioid*"[Text Word] OR "Buprenorphine"[Text Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Dihydromorphine"[Text Word] OR "Fentanyl"[Text Word] OR "Hydrocodone"[Text Word] OR "Hydromorphone"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text Word] OR "Oxycodone"[Text Word] OR "Oxymorphone"[Text Word] OR "Tapentadol"[Text Word] OR "Tilidine"[Text Word] OR "Tramadol"[Text Word] OR ("Psychotherapy"[MeSH Terms] OR (("behav*"[Title/Abstract] OR "systemic"[Title/Abstract] OR "depth"[Title/Abstract] OR "cognitive"[Title/Abstract] OR "psycho*"[Title/Abstract]) AND ("therap*"[Title/Abstract] OR "psycho*"[Title/Abstract] OR "coaching"[Title/Abstract] OR "intervention*"[Title/Abstract] OR "counsel*"[Title/Abstract])))) OR ("psychosocial intervention"[MeSH Terms] OR "delivery of health care, integrated"[MeSH Terms] OR "Combined Modality Therapy"[MeSH Terms] OR "counseling"[MeSH Terms] OR "Social Support"[MeSH Terms] OR ("psychosocial"[Title/Abstract] AND ("care"[Title/Abstract] OR "support*"[Title/Abstract] OR "intervention*"[Title/Abstract] OR "treatment*"[Title/Abstract] OR "therap*"[Title/Abstract] OR "counsel*"[Title/Abstract] OR "management"[Title/Abstract])) OR "peer support"[Title/Abstract])) AND ("consumption"[Title/Abstract] OR "relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[MeSH Terms] OR "mortality"[MeSH Subheading] OR "mortality"[Title/Abstract] OR "abstinence"[Title/Abstract] OR "morbidity"[MeSH Terms] OR "morbidity"[Title/Abstract]) AND ("systematic"[Filter] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR "meta-analysis"[Title] OR "metaanalysis"[Title]) AND 2017/01/01:2023/02/01[Date - Publication]	
Web of Science	(((((TS=(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))))) AND TS=(("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic	27.02.2023 91

	Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)))) AND TS=(("drug therap*" OR pharmacotherap* OR opioid* OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR levomethadon OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR (Psychotherapy) OR ((behav* OR systemic OR depth OR cognitive OR psycho*) AND (therap* OR psycho* OR coaching OR intervention* OR counsel*))) OR ("psychosocial intervention*" OR "Social Support" OR "Integrated Delivery of Health Care" OR "Combined Modality Therap*" OR (psychosocial AND (care OR support* OR intervention* OR treatment* OR therap* OR counsel* OR management OR "peer support")))) AND TS=((consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR "drop-out" OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity))) AND TS=(systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis)) AND DOP=(2017-01-01/2023-02-01)	
Epistemonikos	(title:(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("drug therap*" OR pharmacotherap* OR opioid* OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR levomethadon OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR (Psychotherapy OR ((behav* OR systemic OR depth OR cognitive OR psycho*) AND (therap* OR psycho* OR coaching OR intervention* OR counsel*))) OR (Psychotherapy OR "psychosocial intervention*" OR "Social Support" OR "Integrated Delivery of Health Care" OR "Combined Modality Therap*" OR (psychosocial AND (care OR support* OR intervention* OR	27.03.2023 12

	treatment* OR therap* OR counsel* OR management OR "peer support")) OR ((behav* OR systemic OR depth OR cognitive OR psycho*) AND (therap* OR psycho* OR coaching OR intervention* OR counsel*)))) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR "drop-out" OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis)) OR abstract:(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("drug therap*" OR pharmacotherap* OR opioid* OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR levomethadon OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR (Psychotherapy OR ((behav* OR systemic OR depth OR cognitive OR psycho*) AND (therap* OR psycho* OR coaching OR intervention* OR counsel*))) OR (Psychotherapy OR "psychosocial intervention*" OR "Social Support" OR "Integrated Delivery of Health Care" OR "Combined Modality Therap*" OR (psychosocial AND (care OR support* OR intervention* OR treatment* OR therap* OR counsel* OR management OR "peer support")) OR ((behav* OR systemic OR depth OR cognitive OR psycho*) AND (therap* OR psycho* OR coaching OR intervention* OR counsel*)))) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR "drop-out" OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis)))	
PsycInfo/ PSYNDEX	((“Opioid-Related Disorder*" or "opioid use disorder*" or OUD or ((opioid* or heroin) and (abuse* or addict* or dependen* or disorder*))) and ("anxiety disorder*" or "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" or	27.03.2023 11

	"attention-deficit hyperactivity disorder*" or ADHD or ADDH or "Hyperkinetic Syndrome*" or "Bipolar Disorder*" or "bipolar depression*" or "Manic Depression*" or "manic disorder*" or "Depressive Disorder*" or depressi* or "personality disorder*" or "post-traumatic stress disorder*" or "posttraumatic stress disorder*" or comorbid* or "psychiatric comorbid*" or schizophrenia or "Psychotic Disorder*" or psychosis or (mental and (health or disorder* or illness*) and comorbid*)) and ("drug therap*" or pharmacotherap* or opioid* or Buprenorphine or Codeine or Dihydrocodeine or Dihydromorphine or Fentanyl or Hydrocodone or Hydromorphone or levomethadon or Methadone or Morphine or Oxycodone or Oxymorphone or Tapentadol or Tilidine or Tramadol or (Psychotherapy or ((behav* or systemic or depth or cognitive or psycho*) and (therap* or psycho* or coaching or intervention* or counsel*))) or (Psychotherapy or "psychosocial intervention*" or "Social Support" or "Integrated Delivery of Health Care" or "Combined Modality Therap*" or (psychosocial and (care or support* or intervention* or treatment* or therap* or counsel* or management or "peer support")) or ((behav* or systemic or depth or cognitive or psycho*) and (therap* or psycho* or coaching or intervention* or counsel*)))) and (consumption or relapse* or recurrence* or Recrudescence or Retention or "Retention in Care" or "patient dropouts" or "drop-out" or "Quality of Life" or mortality or abstinence or morbidity) and (systematic review or meta-analysis or metaanalysis)).mp.	

2. ORD + Abstinenzkontrolle + Sytematic + PDAT

Klinische Fragestellung 2: Führt eine Abstinenzkontrolle unter Sicht oder markerbasiert bei opioidabhängigen Personen zu einer geringeren Mortalität, besseren Lebensqualität, verminderten Morbidität, Abstinenz/Teilabstinenz oder höheren Retention im Vergleich einer zu nicht-klinisch durchgeführten Abstinenzkontrolle?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[mh] OR "opioid use disorder*"[tiab] OR OUD[tiab]) OR ((opioid*[tiab] OR heroin[tiab]) AND (abuse*[tiab] OR addict*[tiab] OR dependen*[tiab] OR disorder*[tiab])) AND ("abstinence"[Title/Abstract] AND ("check*"[Title/Abstract] OR "test"[Title/Abstract] OR "examination"[Title/Abstract] OR "supervision"[Title/Abstract] OR "monitoring"[Title/Abstract])) AND ("systematic"[Filter] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR "meta-	27.03.2023 9

	analysis"[Title] OR "metaanalysis"[Title]) AND 2017/01/01:2023/02/01[Date - Publication]	
Web of Science	TS=(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)) AND (abstinence AND (check* OR test OR examination OR supervision OR monitoring))) AND TS=(systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis) AND DOP=(2017-01-01/2023-02-01)	28.03.2023 388
Epistemonikos	("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)) AND (abstinence AND (check* OR test OR examination OR supervision OR monitoring)) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis)	27.03.2023 31
PsycInfo/ PSYNDEX	("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)) AND (abstinence AND (check* OR test OR examination OR supervision OR monitoring)).mp. AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis).mp.	10.03.2023 4

3. ORD + Komorbidität + (Intervention 1 - 8) + Outcome + Systematic + PY

Klinische Fragestellung 3: Führt eine Intervention (Dosisanpassung oder Wechsel der OAT-Medikation; Diagnostik und Behandlung einer somatischen und/oder psychischen Komorbidität; Entzugsbehandlung des illegalen Opioidkonsums ambulant/teilstationär/stationär; Motivational Interviewing; Psychotherapie; Psychosoziale Diagnostik und Unterstützung; OAT-Einnahme unter Sicht; Take-Home Naloxon Verordnung) bei opioidabhängigen Personen mit illegalem Opioidkonsum zu einer geringeren Mortalität, besseren Lebensqualität, verminderten Morbidität, Abstinenz/Teilabstinenz oder höheren Retention?

Anmerkung: Diese Fragstellung war ursprünglich in 8 Unterfragen (eine pro Intervention) aufgeteilt, weshalb auch für jede Intervention ein eigener Suchstring erstellt wurde.

3.1 Dosisanpassung oder Wechsel des OAT-Medikaments

ORD + Komorbidität + Drug Therapy + Dosage + Outcome + Systematic + PY

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR (("opioid*"[Title/Abstract] OR "heroin"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Anxiety Disorders"[MeSH Terms] OR "anxiety disorder*"[Title/Abstract] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH Terms] OR "attention deficit hyperactivity disorder*"[Title/Abstract] OR "ADHD"[Title/Abstract] OR "ADDH"[Title/Abstract] OR "hyperkinetic syndrome*"[Title/Abstract] OR "Bipolar Disorder"[MeSH Terms] OR "bipolar disorder*"[Title/Abstract] OR "bipolar depression*"[Title/Abstract] OR "manic depression*"[Title/Abstract] OR "manic disorder*"[Title/Abstract] OR "Depression"[MeSH Terms] OR "Depressive Disorder"[MeSH Terms] OR "depressi*"[Title/Abstract] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR "posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "Comorbidity"[MeSH Terms] OR "comorbid*"[Title/Abstract] OR "psychiatric comorbid*"[Title/Abstract] OR "schizophrenia"[MeSH Terms] OR "schizophrenia"[Title/Abstract] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms] OR "psychosis"[Title/Abstract] OR ("mental"[Title/Abstract] AND ("health"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract] OR "illness*"[Title/Abstract]) AND "comorbid*"[Title/Abstract])) AND ("Drug Therapy"[MeSH Terms] OR "drug therap*"[Title/Abstract] OR "pharmacotherap*"[Title/Abstract] OR "opioid*"[Text Word] OR "Buprenorphine"[Text Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Dihydromorphine"[Text Word] OR "Fentanyl"[Text Word] OR "Hydrocodone"[Text Word] OR "Hydromorphone"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text Word] OR "Oxycodone"[Text Word] OR "Oxymorphone"[Text Word] OR "Tapentadol"[Text Word] OR "Tilidine"[Text Word] OR "Tramadol"[Text Word]) AND (Dose OR dosage) AND (adjustment OR rate OR reduction OR increase) AND ("consumption"[Title/Abstract] OR "relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[MeSH Terms] OR "mortality"[MeSH Subheading] OR "mortality"[Title/Abstract] OR "abstinence"[Title/Abstract] OR "morbidity"[MeSH Terms] OR "morbidity"[Title/Abstract])	27.03.2023 8

	AND ("systematic"[Filter] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR "meta-analysis"[Title] OR "metaanalysis"[Title]) AND 2017/01/01:2023/02/01[Date - Publication]	
Web of Science	(TS=(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("drug therap*" OR pharmacotherap* OR opioid* OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR levomethadon OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol) AND (Dose OR dosage) AND (adjustment OR rate OR reduction OR increase) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis))) AND DOP=(2017-01-01/2023-02-01)	27.03.2023 9
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic	27.03.2023 7

	Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("drug therap*" OR pharmacotherap* OR opioid* OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR levomethadon OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol) AND (Dose OR dosage) AND (adjustment OR rate OR reduction OR increase) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity))	
PsycInfo/ PSYNDEX	(((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("drug therap*" OR pharmacotherap* OR opioid* OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR levomethadon OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol) AND (Dose OR dosage) AND (adjustment OR rate OR reduction OR increase) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity)	27.03.2023 keine Treffer

	AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis))).mp.	

3.2. Diagnostik und Behandlung einer somatischen und/oder psychischen Komorbidität

ORD + Komorbidität + Outcome + Systematic + PY

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR (("opioid*"[Title/Abstract] OR "heroin"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Anxiety Disorders"[MeSH Terms] OR "anxiety disorder*"[Title/Abstract] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH Terms] OR "attention deficit hyperactivity disorder*"[Title/Abstract] OR "ADHD"[Title/Abstract] OR "ADDH"[Title/Abstract] OR "hyperkinetic syndrome*"[Title/Abstract] OR "Bipolar Disorder"[MeSH Terms] OR "bipolar disorder*"[Title/Abstract] OR "bipolar depression*"[Title/Abstract] OR "manic depression*"[Title/Abstract] OR "manic disorder*"[Title/Abstract] OR "Depression"[MeSH Terms] OR "Depressive Disorder"[MeSH Terms] OR "depressi*"[Title/Abstract] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR "posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "Comorbidity"[MeSH Terms] OR "comorbid*"[Title/Abstract] OR "psychiatric comorbid*"[Title/Abstract] OR "schizophrenia"[MeSH Terms] OR "schizophrenia"[Title/Abstract] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms] OR "psychosis"[Title/Abstract] OR ("mental"[Title/Abstract] AND ("health"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract] OR "illness*"[Title/Abstract]) AND "comorbid*"[Title/Abstract])) AND ("consumption"[Title/Abstract] OR "relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[MeSH Terms] OR "mortality"[MeSH Subheading] OR "mortality"[Title/Abstract] OR "abstinence"[Title/Abstract] OR "morbidity"[MeSH Terms] OR "morbidity"[Title/Abstract]) AND ("systematic"[Filter] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR "meta-analysis"[Title] OR "metaanalysis"[Title]) AND	27.03.2023 45

	2017/01/01:2023/02/01[Date - Publication]	
Web of Science	(TS=(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis))) AND DOP=(2017-01-01/2023-02-01)	27.03.2023 95
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity))	27.03.2023 47
PsycInfo/ PSYNDEX	((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND	27.03.2023 13

	("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis))).mp.	

3.3 Entzugsbehandlung des illegalen Opioidkonsums ambulant/teilstationär/stationär

ORD + Komorbidität + Entzugsbehandlung + Outcome + Systematic + PY

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR (("opioid*"[Title/Abstract] OR "heroin"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Anxiety Disorders"[MeSH Terms] OR "anxiety disorder*"[Title/Abstract] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH Terms] OR "attention deficit hyperactivity disorder*"[Title/Abstract] OR "ADHD"[Title/Abstract] OR "ADDH"[Title/Abstract] OR "hyperkinetic syndrome*"[Title/Abstract] OR "Bipolar Disorder"[MeSH Terms] OR "bipolar disorder*"[Title/Abstract] OR "bipolar depression*"[Title/Abstract] OR "manic depression*"[Title/Abstract] OR "manic disorder*"[Title/Abstract] OR "Depression"[MeSH Terms] OR "Depressive Disorder"[MeSH Terms] OR "depressi*"[Title/Abstract] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR "posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "Comorbidity"[MeSH Terms] OR "comorbid*"[Title/Abstract] OR "psychiatric comorbid*"[Title/Abstract] OR "schizophrenia"[MeSH Terms] OR "schizophrenia"[Title/Abstract] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms] OR "psychosis"[Title/Abstract] OR ("mental"[Title/Abstract] AND ("health"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract] OR "illness*"[Title/Abstract]) AND "comorbid*"[Title/Abstract])) AND ("substance withdrawal syndrome"[mh] OR withdrawal[tiab] OR detox*[tiab])	27.03.2023 6

	AND ("consumption"[Title/Abstract] OR "relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[MeSH Terms] OR "mortality"[MeSH Subheading] OR "mortality"[Title/Abstract] OR "abstinence"[Title/Abstract] OR "morbidity"[MeSH Terms] OR "morbidity"[Title/Abstract]) AND ("systematic"[Filter] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR "meta-analysis"[Title] OR "metaanalysis"[Title]) AND 2017/01/01:2023/02/01[Date - Publication]	
Web of Science	TS=(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("substance withdrawal syndrome" OR withdrawal OR detox*) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis)) AND DOP=(2017-01-01/2023-02-01)	27.07.2023 17
Epistemonikos	("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR	27.03.2023 6

	"posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("substance withdrawal syndrome" OR withdrawal OR detox*) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity)	
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("substance withdrawal syndrome" OR withdrawal OR detox*) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis)).mp.	27.03.2023 3

3.4 Motivational Interviewing

ORD + Komorbidität + Motivational Interview + Outcome + Systematic + PY

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR (("opioid*"[Title/Abstract] OR "heroin"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Anxiety Disorders"[MeSH Terms] OR "anxiety disorder*"[Title/Abstract] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH Terms] OR "attention deficit hyperactivity disorder*"[Title/Abstract] OR "ADHD"[Title/Abstract] OR	27.03.2023 6

	"ADDH"[Title/Abstract] OR "hyperkinetic syndrome*"[Title/Abstract] OR "Bipolar Disorder"[MeSH Terms] OR "bipolar disorder*"[Title/Abstract] OR "bipolar depression*"[Title/Abstract] OR "manic depression*"[Title/Abstract] OR "manic disorder*"[Title/Abstract] OR "Depression"[MeSH Terms] OR "Depressive Disorder"[MeSH Terms] OR "depressi*"[Title/Abstract] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR "posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "Comorbidity"[MeSH Terms] OR "comorbid*"[Title/Abstract] OR "psychiatric comorbid*"[Title/Abstract] OR "schizophrenia"[MeSH Terms] OR "schizophrenia"[Title/Abstract] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms] OR "psychosis"[Title/Abstract] OR ("mental"[Title/Abstract] AND ("health"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract] OR "illness*"[Title/Abstract]) AND "comorbid*"[Title/Abstract])) AND ("Motivational Interviewing"[mh] OR motivational interview*[tiab] OR Counseling[tiab]) AND ("consumption"[Title/Abstract] OR "relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[MeSH Terms] OR "mortality"[MeSH Subheading] OR "mortality"[Title/Abstract] OR "abstinence"[Title/Abstract] OR "morbidity"[MeSH Terms] OR "morbidity"[Title/Abstract]) AND ("systematic"[Filter] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR "meta-analysis"[Title] OR "metaanalysis"[Title]) AND 2017/01/01:2023/02/01[Date - Publication]	
Web of Science	TS=(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("motivational interview*" OR Counseling) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence	27.03.2023 3

	OR morbidity) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis)) AND DOP=(2017-01-01/2023-02-01)	
Epistemonikos	("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("motivational interview*" OR Counseling) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity)	27.03.2023 3
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("motivational interview*" OR Counseling) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity)	27.03.2023 keine Treffer

	AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis)).mp.	

3.5 Psychotherapie

ORD + Komorbidität + Psychotherapy + Outcome + Systematic + PY

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR (("opioid*"[Title/Abstract] OR "heroin"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Anxiety Disorders"[MeSH Terms] OR "anxiety disorder*"[Title/Abstract] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH Terms] OR "attention deficit hyperactivity disorder*"[Title/Abstract] OR "ADHD"[Title/Abstract] OR "ADDH"[Title/Abstract] OR "hyperkinetic syndrome*"[Title/Abstract] OR "Bipolar Disorder"[MeSH Terms] OR "bipolar disorder*"[Title/Abstract] OR "bipolar depression*"[Title/Abstract] OR "manic depression*"[Title/Abstract] OR "manic disorder*"[Title/Abstract] OR "Depression"[MeSH Terms] OR "Depressive Disorder"[MeSH Terms] OR "depressi*"[Title/Abstract] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR "posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "Comorbidity"[MeSH Terms] OR "comorbid*"[Title/Abstract] OR "psychiatric comorbid*"[Title/Abstract] OR "schizophrenia"[MeSH Terms] OR "schizophrenia"[Title/Abstract] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms] OR "psychosis"[Title/Abstract] OR ("mental"[Title/Abstract] AND ("health"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract] OR "illness*"[Title/Abstract]) AND "comorbid*"[Title/Abstract])) AND (("Psychotherapy"[mh]) OR ((behav*[tiab] OR systemic[tiab] OR depth[tiab] OR cognitive[tiab] OR psycho*[tiab]) AND (therap*[tiab] OR psycho*[tiab] OR coaching[tiab] OR intervention*[tiab] OR counsel*[tiab]))) AND ("consumption"[Title/Abstract] OR "relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[MeSH Terms] OR "mortality"[MeSH Subheading] OR "mortality"[Title/Abstract] OR "abstinence"[Title/Abstract] OR "morbidity"[MeSH Terms] OR "morbidity"[Title/Abstract]) AND	27.03.2023 15

	("systematic"[Filter] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR "meta-analysis"[Title] OR "metaanalysis"[Title]) AND 2017/01/01:2023/02/01[Date - Publication]	
Web of Science	(TS=(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "hyperkinetic syndrome*" OR "bipolar disorder*" OR "bipolar depression*" OR "manic depression*" OR "manic disorder*" OR Depression OR "Depressive Disorder" OR depressi* OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "stress disorders, post traumatic" OR "posttraumatic stress disorder*" OR "post traumatic stress disorder*" OR Comorbidity OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorders" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ((Psychotherapy) OR ((behav* OR systemic OR depth OR cognitive OR psycho*) AND (therap* OR psycho* OR coaching OR intervention* OR counsel*))) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis))) AND DOP=(2017-01-01/2023-02-01)	27.03.2023 41
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "hyperkinetic syndrome*" OR "bipolar disorder*" OR "bipolar depression*" OR "manic depression*" OR "manic disorder*" OR Depression OR "Depressive Disorder" OR depressi* OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "stress disorders, post traumatic" OR "posttraumatic stress disorder*" OR "post traumatic stress disorder*" OR Comorbidity OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorders" OR psychosis OR	27.03.2023 21

	(mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ((Psychotherapy) OR ((behav* OR systemic OR depth OR cognitive OR psycho*) AND (therap* OR psycho* OR coaching OR intervention* OR counsel*))) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity))	
PsycInfo/ PSYNDEX	(((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "hyperkinetic syndrome*" OR "bipolar disorder*" OR "bipolar depression*" OR "manic depression*" OR "manic disorder*" OR Depression OR "Depressive Disorder" OR depressi* OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "stress disorders, post traumatic" OR "posttraumatic stress disorder*" OR "post traumatic stress disorder*" OR Comorbidity OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorders" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ((Psychotherapy) OR ((behav* OR systemic OR depth OR cognitive OR psycho*) AND (therap* OR psycho* OR coaching OR intervention* OR counsel*))) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis))).mp.	27.03.2023 7

3.6. Psychosoziale Diagnostik und Unterstützung

ORD + Komorbidität + PSB + Outcome + Systematic + PY

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR (("opioid*"[Title/Abstract]	27.03.2023 2

	OR "heroin"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Anxiety Disorders"[MeSH Terms] OR "anxiety disorder*"[Title/Abstract] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH Terms] OR "attention deficit hyperactivity disorder*"[Title/Abstract] OR "ADHD"[Title/Abstract] OR "ADDH"[Title/Abstract] OR "hyperkinetic syndrome*"[Title/Abstract] OR "Bipolar Disorder"[MeSH Terms] OR "bipolar disorder*"[Title/Abstract] OR "bipolar depression*"[Title/Abstract] OR "manic depression*"[Title/Abstract] OR "manic disorder*"[Title/Abstract] OR "Depression"[MeSH Terms] OR "Depressive Disorder"[MeSH Terms] OR "depressi*"[Title/Abstract] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR "posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "Comorbidity"[MeSH Terms] OR "comorbid*"[Title/Abstract] OR "psychiatric comorbid*"[Title/Abstract] OR "schizophrenia"[MeSH Terms] OR "schizophrenia"[Title/Abstract] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms] OR "psychosis"[Title/Abstract] OR ("mental"[Title/Abstract] AND ("health"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract] OR "illness*"[Title/Abstract]) AND "comorbid*"[Title/Abstract])) AND ("psychosocial intervention"[mh] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[mh] OR "Combined Modality Therapy"[mh] OR "counseling"[mh] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[mh] OR "Psychosocial Support Systems"[mh] OR (psychosocial[tiab] AND (care[tiab] OR support*[tiab] OR intervention*[tiab] OR treatment*[tiab] OR therap*[tiab] OR counsel*[tiab] OR management[tiab]))) AND ("consumption"[Title/Abstract] OR "relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[MeSH Terms] OR "mortality"[MeSH Subheading] OR "mortality"[Title/Abstract] OR "abstinence"[Title/Abstract] OR "morbidity"[MeSH Terms] OR "morbidity"[Title/Abstract]) AND ("systematic"[Filter] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR "meta-analysis"[Title] OR "metaanalysis"[Title]) AND 2017/01/01:2023/02/01[Date - Publication]	
Web of Science	(TS=(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "hyperkinetic	27.03.2023 9

	syndrome*" OR "bipolar disorder*" OR "bipolar depression*" OR "manic depression*" OR "manic disorder*" OR Depression OR "Depressive Disorder" OR depressi* OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "stress disorders, post traumatic" OR "posttraumatic stress disorder*" OR "post traumatic stress disorder*" OR Comorbidity OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorders" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("psychosocial intervention*" OR "Social Support" OR "Integrated Delivery of Health Care" OR "Combined Modality Therap*" OR (psychosocial AND (care OR support* OR intervention* OR treatment* OR therap* OR counsel* OR management))) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis))) AND DOP=(2017-01-01/2023-02-01)	
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "hyperkinetic syndrome*" OR "bipolar disorder*" OR "bipolar depression*" OR "manic depression*" OR "manic disorder*" OR Depression OR "Depressive Disorder" OR depressi* OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "stress disorders, post traumatic" OR "posttraumatic stress disorder*" OR "post traumatic stress disorder*" OR Comorbidity OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorders" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("psychosocial intervention*" OR "Social Support" OR "Integrated Delivery of Health Care" OR "Combined Modality Therap*" OR (psychosocial AND (care OR support* OR intervention* OR treatment* OR therap* OR counsel* OR management))) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity))	27.03.2023 4

PsycInfo/ PSYNDEX	((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "hyperkinetic syndrome*" OR "bipolar disorder*" OR "bipolar depression*" OR "manic depression*" OR "manic disorder*" OR Depression OR "Depressive Disorder" OR depressi* OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "stress disorders, post traumatic" OR "posttraumatic stress disorder*" OR "post traumatic stress disorder*" OR Comorbidity OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorders" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("psychosocial intervention*" OR "Social Support" OR "Integrated Delivery of Health Care" OR "Combined Modality Therap*" OR (psychosocial AND (care OR support* OR intervention* OR treatment* OR therap* OR counsel* OR management))) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis))).mp.	27.03.2023 1

3.7 OAT-Medikamenteneinnahme unter Sicht

ORD + Komorbidität + OAT-Medikamenteneinnahme + Outcome + Systematic + PY

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR (("opioid*"[Title/Abstract] OR "heroin"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Anxiety Disorders"[MeSH Terms] OR "anxiety disorder*"[Title/Abstract] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH Terms] OR "attention deficit hyperactivity disorder*"[Title/Abstract] OR "ADHD"[Title/Abstract] OR "ADDH"[Title/Abstract] OR "hyperkinetic syndrome*"[Title/Abstract] OR "Bipolar Disorder"[MeSH Terms] OR "bipolar disorder*"[Title/Abstract] OR "bipolar depression*"[Title/Abstract] OR "manic depression*"[Title/Abstract] OR "manic disorder*"[Title/Abstract] OR "Depression"[MeSH Terms] OR "Depressive	27.03.2023 12

	Disorder"[MeSH Terms] OR "depressi*"[Title/Abstract] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR "posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "Comorbidity"[MeSH Terms] OR "comorbid*"[Title/Abstract] OR "psychiatric comorbid*"[Title/Abstract] OR "schizophrenia"[MeSH Terms] OR "schizophrenia"[Title/Abstract] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms] OR "psychosis"[Title/Abstract] OR ("mental"[Title/Abstract] AND ("health"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract] OR "illness*"[Title/Abstract]) AND "comorbid*"[Title/Abstract])) AND ("opiate substitution treatment"[mh] OR "Opioid-Related Disorders/drug therapy"[mh] OR opioid maintenance treatment*[tiab] OR opioid substitution therap*[tiab] OR opioid substitution treatment*[tiab] OR OST[tiab] OR opioid replacement therap*[tiab] OR opioid agonist treatment[tiab] OR opioid agonist therap*[tiab] OR OAT[tiab] OR (opioid*[tiab] AND (medication assisted treatment*[tiab] OR medication assisted therap*[tiab])) OR Buprenorphine[tw] OR Codeine[tw] OR Dihydrocodeine[tw] OR Dihydromorphine[tw] OR Fentanyl[tw] OR Hydrocodone[tw] OR Hydromorphone[tw] OR Levomethadone[tw] OR Methadone[tw] OR Morphine[tw] OR Oxycodone[tw] OR Oxymorphone[tw] OR Tapentadol[tw] OR Tilidine[tw] OR Tramadol[tw] OR (Opioid agonist[tiab] AND (treatment[tiab] OR therap*[tiab])) OR OAT[tiab]) AND ("consumption"[Title/Abstract] OR "relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[MeSH Terms] OR "mortality"[MeSH Subheading] OR "mortality"[Title/Abstract] OR "abstinence"[Title/Abstract] OR "morbidity"[MeSH Terms] OR "morbidity"[Title/Abstract]) AND ("systematic"[Filter] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR "meta-analysis"[Title] OR "metaanalysis"[Title]) AND 2017/01/01:2023/02[Date - Publication]	
Web of Science	(TS=(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "hyperkinetic syndrome*" OR "bipolar disorder*" OR "bipolar depression*" OR "manic depression*" OR "manic disorder*" OR Depression OR "Depressive Disorder" OR depressi* OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "stress disorders, post traumatic" OR "posttraumatic stress disorder*" OR "post traumatic stress disorder*" OR Comorbidity OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorders" OR psychosis OR	27.03.2023 37

	(mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis))) AND DOP=(2017-01-01/2023-02-01)	
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "hyperkinetic syndrome*" OR "bipolar disorder*" OR "bipolar depression*" OR "manic depression*" OR "manic disorder*" OR Depression OR "Depressive Disorder" OR depressi* OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "stress disorders, post traumatic" OR "posttraumatic stress disorder*" OR "post traumatic stress disorder*" OR Comorbidity OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorders" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention	27.03.2023 15

	OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity))	
PsycInfo/ PSYNDEX	((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "hyperkinetic syndrome*" OR "bipolar disorder*" OR "bipolar depression*" OR "manic depression*" OR "manic disorder*" OR Depression OR "Depressive Disorder" OR depressi* OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "stress disorders, post traumatic" OR "posttraumatic stress disorder*" OR "post traumatic stress disorder*" OR Comorbidity OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorders" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis))).mp.	27.03.2023 5

3.8 Take-Home Naloxon Verordnung

ORD + Komorbidität + Take-Home Naloxon + Outcome + Systematic + PY

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR (("opioid*"[Title/Abstract] OR "heroin"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract])))	27.03.2023 1

	AND ("Anxiety Disorders"[MeSH Terms] OR "anxiety disorder*"[Title/Abstract] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH Terms] OR "attention deficit hyperactivity disorder*"[Title/Abstract] OR "ADHD"[Title/Abstract] OR "ADDH"[Title/Abstract] OR "hyperkinetic syndrome*"[Title/Abstract] OR "Bipolar Disorder"[MeSH Terms] OR "bipolar disorder*"[Title/Abstract] OR "bipolar depression*"[Title/Abstract] OR "manic depression*"[Title/Abstract] OR "manic disorder*"[Title/Abstract] OR "Depression"[MeSH Terms] OR "Depressive Disorder"[MeSH Terms] OR "depressi*"[Title/Abstract] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR "posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "Comorbidity"[MeSH Terms] OR "comorbid*"[Title/Abstract] OR "psychiatric comorbid*"[Title/Abstract] OR "schizophrenia"[MeSH Terms] OR "schizophrenia"[Title/Abstract] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms] OR "psychosis"[Title/Abstract] OR ("mental"[Title/Abstract] AND ("health"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract] OR "illness*"[Title/Abstract]) AND "comorbid*"[Title/Abstract])) AND (Take-home naloxone[tiab] OR "naloxone-kit"[tiab] OR "naloxone-kits"[tiab] OR (naloxone[mh] AND take-home[tiab])) AND ("consumption"[Title/Abstract] OR "relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[MeSH Terms] OR "mortality"[MeSH Subheading] OR "mortality"[Title/Abstract] OR "abstinence"[Title/Abstract] OR "morbidity"[MeSH Terms] OR "morbidity"[Title/Abstract]) AND ("systematic"[Filter] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR "meta-analysis"[Title] OR "metaanalysis"[Title]) AND 2017/01/01:2023/02[Date - Publication]	
Web of Science	(TS=(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "hyperkinetic syndrome*" OR "bipolar disorder*" OR "bipolar depression*" OR "manic depression*" OR "manic disorder*" OR Depression OR "Depressive Disorder" OR depressi* OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "stress disorders, post traumatic" OR "posttraumatic stress disorder*" OR "post traumatic stress disorder*" OR Comorbidity OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorders" OR psychosis OR	27.03.2023 1

	(mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND (Take-home naloxone OR "naloxone-kit" OR "naloxone-kits" OR (naloxone AND take-home)) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis))) AND DOP=(2017-01-01/2023-02-01)	
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "hyperkinetic syndrome*" OR "bipolar disorder*" OR "bipolar depression*" OR "manic depression*" OR "manic disorder*" OR Depression OR "Depressive Disorder" OR depressi* OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "stress disorders, post traumatic" OR "posttraumatic stress disorder*" OR "post traumatic stress disorder*" OR Comorbidity OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorders" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND (Take-home naloxone OR "naloxone-kit" OR "naloxone-kits" OR (naloxone AND take-home)) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity))	27.03.2023 keine Treffer
PsycInfo/ PSYNDEX	((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "hyperkinetic syndrome*" OR "bipolar disorder*" OR "bipolar depression*" OR "manic depression*" OR "manic disorder*" OR Depression OR "Depressive Disorder" OR depressi* OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "stress disorders, post traumatic" OR "posttraumatic stress disorder*" OR "post traumatic stress disorder*" OR Comorbidity OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorders" OR psychosis OR	27.03.2023 1

	(mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND (Take-home naloxone OR "naloxone-kit" OR "naloxone-kits" OR (naloxone AND take-home)) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis))).mp.	

AG Rückfallprophylaxe | Primärstudien

1. ORD + Komorbidität + (Drug Therapy OR psych. Therapie OR psychosoz. Betreuung) + Outcome + Primärdaten + PY

Klinische Fragestellung 1: Führt eine kombinierte medikamentöse, psychotherapeutische und/oder psychosoziale Behandlung bei opioidabhängigen Personen zu einer geringeren Mortalität, besseren Lebensqualität, verminderten Morbidität, Abstinenz/Teilabstinenz oder höheren Retention im Vergleich zu einer alleinigen medikamentösen, psychotherapeutischen oder psychosozialen Behandlung?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR (("opioid*"[Title/Abstract] OR "heroin"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Anxiety Disorders"[MeSH Terms] OR "anxiety disorder*"[Title/Abstract] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH Terms] OR "attention deficit hyperactivity disorder*"[Title/Abstract] OR "ADHD"[Title/Abstract] OR "ADDH"[Title/Abstract] OR "hyperkinetic syndrome*"[Title/Abstract] OR "Bipolar Disorder"[MeSH Terms] OR "bipolar disorder*"[Title/Abstract] OR "bipolar depression*"[Title/Abstract] OR "manic depression*"[Title/Abstract] OR "manic disorder*"[Title/Abstract] OR "Depression"[MeSH Terms] OR "Depressive Disorder"[MeSH Terms] OR "depressi*"[Title/Abstract] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR "posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "Comorbidity"[MeSH Terms] OR "comorbid*"[Title/Abstract] OR "psychiatric comorbid*"[Title/Abstract] OR "schizophrenia"[MeSH Terms] OR "schizophrenia"[Title/Abstract] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms] OR "psychosis"[Title/Abstract] OR ("mental"[Title/Abstract] AND ("health"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract] OR "illness*"[Title/Abstract]) AND "comorbid*"[Title/Abstract])) AND	21.08.2023 330

	("Drug Therapy"[MeSH Terms] OR "drug therap*"[Title/Abstract] OR "pharmacotherap*"[Title/Abstract] OR "opioid*"[Text Word] OR "Buprenorphine"[Text Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Dihydromorphine"[Text Word] OR "Fentanyl"[Text Word] OR "Hydrocodone"[Text Word] OR "Hydromorphone"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text Word] OR "Oxycodone"[Text Word] OR "Oxymorphone"[Text Word] OR "Tapentadol"[Text Word] OR "Tilidine"[Text Word] OR "Tramadol"[Text Word] OR ("Psychotherapy"[MeSH Terms] OR (("behav*"[Title/Abstract] OR "systemic"[Title/Abstract] OR "depth"[Title/Abstract] OR "cognitive"[Title/Abstract] OR "psycho*"[Title/Abstract]) AND ("therap*"[Title/Abstract] OR "psycho*"[Title/Abstract] OR "coaching"[Title/Abstract] OR "intervention*"[Title/Abstract] OR "counsel*"[Title/Abstract]))) OR ("psychosocial intervention"[MeSH Terms] OR "delivery of health care, integrated"[MeSH Terms] OR "Combined Modality Therapy"[MeSH Terms] OR "counseling"[MeSH Terms] OR "Social Support"[MeSH Terms] OR ("psychosocial"[Title/Abstract] AND ("care"[Title/Abstract] OR "support*"[Title/Abstract] OR "intervention*"[Title/Abstract] OR "treatment*"[Title/Abstract] OR "therap*"[Title/Abstract] OR "counsel*"[Title/Abstract] OR "management"[Title/Abstract])) OR "peer support"[Title/Abstract])) AND ("consumption"[Title/Abstract] OR "relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[MeSH Terms] OR "mortality"[MeSH Subheading] OR "mortality"[Title/Abstract] OR "abstinence"[Title/Abstract] OR "morbidity"[MeSH Terms] OR "morbidity"[Title/Abstract]) AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract]))) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	
Web of Science	(((((TS=(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))))) AND TS=(("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic	21.08.2023 425

	Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)))) AND TS=(("drug therap*" OR pharmacotherap* OR opioid* OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR levomethadon OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR (Psychotherapy) OR ((behav* OR systemic OR depth OR cognitive OR psycho*) AND (therap* OR psycho* OR coaching OR intervention* OR counsel*))) OR ("psychosocial intervention*" OR "Social Support" OR "Integrated Delivery of Health Care" OR "Combined Modality Therap*" OR (psychosocial AND (care OR support* OR intervention* OR treatment* OR therap* OR counsel* OR management OR "peer support")))) AND TS=((consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR "drop-out" OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity))) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies)))) AND DOP=(2017-01-01/2023-12-31)	
Epistemonikos	(title:(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND	21.08.2023 137

	("drug therap*" OR pharmacotherap* OR opioid* OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR levomethadon OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR (Psychotherapy OR ((behav* OR systemic OR depth OR cognitive OR psycho*) AND (therap* OR psycho* OR coaching OR intervention* OR counsel*))) OR (Psychotherapy OR "psychosocial intervention*" OR "Social Support" OR "Integrated Delivery of Health Care" OR "Combined Modality Therap*" OR (psychosocial AND (care OR support* OR intervention* OR treatment* OR therap* OR counsel* OR management OR "peer support")) OR ((behav* OR systemic OR depth OR cognitive OR psycho*) AND (therap* OR psycho* OR coaching OR intervention* OR counsel*))))) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR "drop-out" OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis)) OR abstract:(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)))	
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" or "opioid use disorder*" or OUD or ((opioid* or heroin) and (abuse* or addict* or dependen* or disorder*))) and ("anxiety disorder*" or "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" or "attention-deficit hyperactivity disorder*" or ADHD or ADDH or "Hyperkinetic Syndrome*" or "Bipolar Disorder*" or "bipolar depression*" or "Manic Depression*" or "manic disorder*" or "Depressive Disorder*" or depressi* or "personality disorder*" or "post-traumatic stress disorder*" or "posttraumatic stress disorder*" or comorbid* or "psychiatric comorbid*" or schizophrenia or "Psychotic Disorder*" or psychosis or (mental and (health or disorder* or illness*) and comorbid*)) and ("drug therap*" or pharmacotherap* or opioid* or Buprenorphine or Codeine or Dihydrocodeine or Dihydromorphine or Fentanyl or Hydrocodone or Hydromorphone or levomethadon or Methadone or Morphine or Oxycodone or Oxymorphone or Tapentadol or Tilidine or Tramadol or (Psychotherapy or ((behav* or systemic or depth or cognitive or psycho*) and (therap* or psycho* or coaching or intervention* or counsel*))) or (Psychotherapy or "psychosocial intervention*" or "Social Support" or "Integrated Delivery of Health Care" or "Combined Modality Therap*" or (psychosocial and (care or support* or intervention* or treatment* or therap* or counsel* or management or "peer support")) or ((behav* or systemic or depth or cognitive or psycho*) and (therap* or psycho* or coaching or intervention* or counsel*))))	21.08.2023 130

	and (consumption or relapse* or recurrence* or Recrudescence or Retention or "Retention in Care" or "patient dropouts" or "drop-out" or "Quality of Life" or mortality or abstinence or morbidity) and ("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "randomi#ed" OR placebo OR randomly OR "cohort studies" OR cohort study OR cohort studies)).mp.	

2. ORD + Abstinenzkontrolle + Primärdaten + PDAT

Klinische Fragestellung 2: Führt eine Abstinenzkontrolle unter Sicht oder markerbasiert bei opioidabhängigen Personen zu einer geringeren Mortalität, besseren Lebensqualität, verminderten Morbidität, Abstinenz/Teilabstinenz oder höheren Retention im Vergleich einer zu nicht-klinisch durchgeführten Abstinenzkontrolle?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[mh] OR "opioid use disorder*"[tiab] OR OUD[tiab]) OR ((opioid*[tiab] OR heroin[tiab]) AND (abuse*[tiab] OR addict*[tiab] OR dependen*[tiab] OR disorder*[tiab])) AND ("abstinence"[Title/Abstract] AND ("check*"[Title/Abstract] OR "test"[Title/Abstract] OR "examination"[Title/Abstract] OR "supervision"[Title/Abstract] OR "monitoring"[Title/Abstract])) AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract]))) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	21.08.2023 53
Web of Science	(TS=(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND TS=((abstinence AND (check* OR test OR examination OR supervision OR	21.08.2023 122

	monitoring)))) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND DOP=(2017-01-01/2023-12-31)	
Epistemonikos	("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)) AND (abstinence AND (check* OR test OR examination OR supervision OR monitoring))	21.08.2023 56
PsycInfo/ PSYNDEX	("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)) AND (abstinence AND (check* OR test OR examination OR supervision OR monitoring)).mp. AND ("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "randomi#ed" OR placebo OR randomly OR "cohort studies" OR cohort study OR cohort studies).mp.	21.08.2023 44

3. ORD + Komorbidität + (Intervention 1 - 8) + Outcome + Primärdaten + PY

Klinische Fragestellung 3: Führt eine Intervention (Dosisanpassung oder Wechsel der OAT-Medikation; Diagnostik und Behandlung einer somatischen und/oder psychischen Komorbidität; Entzugsbehandlung des illegalen Opioidkonsums ambulant/teilstationär/stationär; Motivational Interviewing; Psychotherapie; Psychosoziale Diagnostik und Unterstützung; OAT-Einnahme unter Sicht; Take-Home Naloxon Verordnung) bei opioidabhängigen Personen mit illegalem Opioidkonsum zu einer geringeren Mortalität, besseren Lebensqualität, verminderten Morbidität, Abstinenz/Teilabstinenz oder höheren Retention?

Anmerkung: Diese Fragstellung war ursprünglich in 8 Unterfragen (eine pro Intervention) aufgeteilt, weshalb auch für jede Intervention ein eigener Suchstring erstellt wurde.

3.1 Dosisanpassung oder Wechsel der OAT-Medikation

ORD + Komorbidität + Drug Therapy + Dosage + Outcome + Primärdaten + PY

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR (("opioid*"[Title/Abstract] OR "heroin"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Anxiety Disorders"[MeSH Terms] OR "anxiety disorder*"[Title/Abstract] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH Terms] OR "attention deficit hyperactivity disorder*"[Title/Abstract] OR "ADHD"[Title/Abstract] OR "ADDH"[Title/Abstract] OR "hyperkinetic syndrome*"[Title/Abstract] OR "Bipolar Disorder"[MeSH Terms] OR "bipolar disorder*"[Title/Abstract] OR "bipolar depression*"[Title/Abstract] OR "manic depression*"[Title/Abstract] OR "manic disorder*"[Title/Abstract] OR "Depression"[MeSH Terms] OR "Depressive Disorder"[MeSH Terms] OR "depressi*"[Title/Abstract] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR "posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "Comorbidity"[MeSH Terms] OR "comorbid*"[Title/Abstract] OR "psychiatric comorbid*"[Title/Abstract] OR "schizophrenia"[MeSH Terms] OR "schizophrenia"[Title/Abstract] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms] OR "psychosis"[Title/Abstract] OR ("mental"[Title/Abstract] AND ("health"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract] OR "illness*"[Title/Abstract]) AND "comorbid*"[Title/Abstract])) AND ("Drug Therapy"[MeSH Terms] OR "drug therap*"[Title/Abstract] OR "pharmacotherap*"[Title/Abstract] OR "opioid*"[Text Word] OR "Buprenorphine"[Text Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Dihydromorphine"[Text Word] OR "Fentanyl"[Text Word] OR "Hydrocodone"[Text Word] OR "Hydromorphone"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text Word] OR "Oxycodone"[Text Word] OR "Oxymorphone"[Text Word] OR "Tapentadol"[Text Word] OR "Tilidine"[Text Word] OR "Tramadol"[Text Word]) AND (Dose OR dosage) AND (adjustment OR rate OR reduction OR increase) AND ("consumption"[Title/Abstract] OR "relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[MeSH Terms] OR "mortality"[MeSH Subheading] OR "mortality"[Title/Abstract] OR "abstinence"[Title/Abstract] OR "morbidity"[MeSH Terms] OR "morbidity"[Title/Abstract]) AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR	21.08.2023 47

	"randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract]))) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	
Web of Science	(TS=(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("drug therap*" OR pharmacotherap* OR opioid* OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR levomethadon OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol) AND (Dose OR dosage) AND (adjustment OR rate OR reduction OR increase) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity))) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND DOP=(2017-01-01/2023-02-01)	21.08.2023 61
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid*	21.08.2023 17

	OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("drug therap*" OR pharmacotherap* OR opioid* OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR levomethadon OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol) AND (Dose OR dosage) AND (adjustment OR rate OR reduction OR increase) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity))	
PsycInfo/ PSYNDEX	(((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("drug therap*" OR pharmacotherap* OR opioid* OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR levomethadon OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol) AND (Dose OR dosage) AND (adjustment OR rate OR reduction OR increase)	21.08.2023 9

	AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity) AND ("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "randomi#ed" OR placebo OR randomly OR "cohort studies" OR cohort study OR cohort studies))).mp.	

3.2 Diagnostik und Behandlung som. und psy. Komo

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR (("opioid*"[Title/Abstract] OR "heroin"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Anxiety Disorders"[MeSH Terms] OR "anxiety disorder*"[Title/Abstract] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH Terms] OR "attention deficit hyperactivity disorder*"[Title/Abstract] OR "ADHD"[Title/Abstract] OR "ADDH"[Title/Abstract] OR "hyperkinetic syndrome*"[Title/Abstract] OR "Bipolar Disorder"[MeSH Terms] OR "bipolar disorder*"[Title/Abstract] OR "bipolar depression*"[Title/Abstract] OR "manic depression*"[Title/Abstract] OR "manic disorder*"[Title/Abstract] OR "Depression"[MeSH Terms] OR "Depressive Disorder"[MeSH Terms] OR "depressi*"[Title/Abstract] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR "posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "Comorbidity"[MeSH Terms] OR "comorbid*"[Title/Abstract] OR "psychiatric comorbid*"[Title/Abstract] OR "schizophrenia"[MeSH Terms] OR "schizophrenia"[Title/Abstract] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms] OR "psychosis"[Title/Abstract] OR ("mental"[Title/Abstract] AND ("health"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract] OR "illness*"[Title/Abstract]) AND "comorbid*"[Title/Abstract])) AND ("consumption"[Title/Abstract] OR "relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[MeSH Terms] OR "mortality"[MeSH Subheading] OR "mortality"[Title/Abstract] OR "abstinence"[Title/Abstract] OR "morbidity"[MeSH Terms] OR "morbidity"[Title/Abstract]) AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR	04.09.2023 334

	"randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract]))) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	
Web of Science	TS=(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("substance withdrawal syndrome" OR withdrawal OR detox*) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity)) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND DOP=(2017-01-01/2023-12-31)	04.09.2023 49
Epistemonikos	("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi*	04.09.2023 16

	OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("substance withdrawal syndrome" OR withdrawal OR detox*) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity)	
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("substance withdrawal syndrome" OR withdrawal OR detox*) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity) AND ("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "randomi#ed" OR placebo OR randomly OR "cohort studies" OR cohort study OR cohort studies)).mp.	04.09.2023 20

3.4 Motivational Interviewing

ORD + Komorbidität + Motivational Interview + Outcome + Primärdaten + PY

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR (("opioid*"[Title/Abstract] OR "heroin"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract])))	21.08.2023 15

	AND ("Anxiety Disorders"[MeSH Terms] OR "anxiety disorder*"[Title/Abstract] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH Terms] OR "attention deficit hyperactivity disorder*"[Title/Abstract] OR "ADHD"[Title/Abstract] OR "ADDH"[Title/Abstract] OR "hyperkinetic syndrome*"[Title/Abstract] OR "Bipolar Disorder"[MeSH Terms] OR "bipolar disorder*"[Title/Abstract] OR "bipolar depression*"[Title/Abstract] OR "manic depression*"[Title/Abstract] OR "manic disorder*"[Title/Abstract] OR "Depression"[MeSH Terms] OR "Depressive Disorder"[MeSH Terms] OR "depressi*"[Title/Abstract] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR "posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "Comorbidity"[MeSH Terms] OR "comorbid*"[Title/Abstract] OR "psychiatric comorbid*"[Title/Abstract] OR "schizophrenia"[MeSH Terms] OR "schizophrenia"[Title/Abstract] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms] OR "psychosis"[Title/Abstract] OR ("mental"[Title/Abstract] AND ("health"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract] OR "illness*"[Title/Abstract]) AND "comorbid*"[Title/Abstract])) AND ("Motivational Interviewing"[mh] OR motivational interview*[tiab] OR Counseling[tiab]) AND ("consumption"[Title/Abstract] OR "relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[MeSH Terms] OR "mortality"[MeSH Subheading] OR "mortality"[Title/Abstract] OR "abstinence"[Title/Abstract] OR "morbidity"[MeSH Terms] OR "morbidity"[Title/Abstract]) AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract]))) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	
Web of Science	TS=(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic	21.08.2023 23

	Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("motivational interview*" OR Counseling) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity)) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND DOP=(2017-01-01/2023-12-31)	
Epistemonikos	("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("motivational interview*" OR Counseling) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity)	21.08.2023 12
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)))	21.08.2023 8

	AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("motivational interview*" OR Counseling) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity) AND ("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "randomi#ed" OR placebo OR randomly OR "cohort studies" OR cohort study OR cohort studies)).mp.	

3.5 Psychotherapie

ORD + Komorbidität + Psychotherapy + Outcome + Primärdaten + PY

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
Pubmed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR (("opioid*"[Title/Abstract] OR "heroin"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Anxiety Disorders"[MeSH Terms] OR "anxiety disorder*"[Title/Abstract] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH Terms] OR "attention deficit hyperactivity disorder*"[Title/Abstract] OR "ADHD"[Title/Abstract] OR "ADDH"[Title/Abstract] OR "hyperkinetic syndrome*"[Title/Abstract] OR "Bipolar Disorder"[MeSH Terms] OR "bipolar disorder*"[Title/Abstract] OR "bipolar depression*"[Title/Abstract] OR "manic depression*"[Title/Abstract] OR "manic disorder*"[Title/Abstract] OR "Depression"[MeSH Terms] OR "Depressive Disorder"[MeSH Terms] OR "depressi*"[Title/Abstract] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR "posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "Comorbidity"[MeSH Terms] OR "comorbid*"[Title/Abstract] OR "psychiatric comorbid*"[Title/Abstract] OR "schizophrenia"[MeSH Terms] OR "schizophrenia"[Title/Abstract] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms] OR	21.08.2023 91

	"psychosis"[Title/Abstract] OR ("mental"[Title/Abstract] AND ("health"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract] OR "illness*"[Title/Abstract]) AND "comorbid*"[Title/Abstract])) AND (("Psychotherapy"[mh]) OR ((behav*[tiab] OR systemic[tiab] OR depth[tiab] OR cognitive[tiab] OR psycho*[tiab]) AND (therap*[tiab] OR psycho*[tiab] OR coaching[tiab] OR intervention*[tiab] OR counsel*[tiab]))) AND ("consumption"[Title/Abstract] OR "relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[MeSH Terms] OR "mortality"[MeSH Subheading] OR "mortality"[Title/Abstract] OR "abstinence"[Title/Abstract] OR "morbidity"[MeSH Terms] OR "morbidity"[Title/Abstract]) AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract]))) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	
Web of Science	(TS=(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "hyperkinetic syndrome*" OR "bipolar disorder*" OR "bipolar depression*" OR "manic depression*" OR "manic disorder*" OR Depression OR "Depressive Disorder" OR depressi* OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "stress disorders, post traumatic" OR "posttraumatic stress disorder*" OR "post traumatic stress disorder*" OR Comorbidity OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorders" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ((Psychotherapy) OR ((behav* OR systemic OR depth OR cognitive OR psycho*) AND (therap* OR psycho* OR coaching OR intervention* OR counsel*))) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life"	21.08.2023 160

	OR mortality OR abstinence OR morbidity))) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND DOP=(2017-01-01/2023-12-31)	
Epistemonikos	((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "hyperkinetic syndrome*" OR "bipolar disorder*" OR "bipolar depression*" OR "manic depression*" OR "manic disorder*" OR Depression OR "Depressive Disorder" OR depressi* OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "stress disorders, post traumatic" OR "posttraumatic stress disorder*" OR "post traumatic stress disorder*" OR Comorbidity OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorders" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ((Psychotherapy) OR ((behav* OR systemic OR depth OR cognitive OR psycho*) AND (therap* OR psycho* OR coaching OR intervention* OR counsel*))) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity))	21.08.2023 76
PsycInfo/ PSYNDEX	((((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "hyperkinetic syndrome*" OR "bipolar disorder*" OR "bipolar depression*" OR "manic depression*" OR "manic disorder*" OR Depression OR "Depressive Disorder" OR depressi* OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "stress disorders, post traumatic" OR "posttraumatic stress disorder*" OR "post traumatic stress disorder*" OR Comorbidity OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorders" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND	21.08.2023 57

	((Psychotherapy) OR ((behav* OR systemic OR depth OR cognitive OR psycho*) AND (therap* OR psycho* OR coaching OR intervention* OR counsel*))) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity) AND ("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "randomi#ed" OR placebo OR randomly OR "cohort studies" OR cohort study OR cohort studies))).mp.	

3.6. Psychosoziale Diagnostik und Unterstützung

ORD + Komorbidität + PSB + Outcome + Primärdaten + PY

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR (("opioid*"[Title/Abstract] OR "heroin"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Anxiety Disorders"[MeSH Terms] OR "anxiety disorder*"[Title/Abstract] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH Terms] OR "attention deficit hyperactivity disorder*"[Title/Abstract] OR "ADHD"[Title/Abstract] OR "ADDH"[Title/Abstract] OR "hyperkinetic syndrome*"[Title/Abstract] OR "Bipolar Disorder"[MeSH Terms] OR "bipolar disorder*"[Title/Abstract] OR "bipolar depression*"[Title/Abstract] OR "manic depression*"[Title/Abstract] OR "manic disorder*"[Title/Abstract] OR "Depression"[MeSH Terms] OR "Depressive Disorder"[MeSH Terms] OR "depressi*"[Title/Abstract] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR "posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "Comorbidity"[MeSH Terms] OR "comorbid*"[Title/Abstract] OR "psychiatric comorbid*"[Title/Abstract] OR "schizophrenia"[MeSH Terms] OR "schizophrenia"[Title/Abstract] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms] OR "psychosis"[Title/Abstract] OR ("mental"[Title/Abstract] AND ("health"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract] OR "illness*"[Title/Abstract]) AND "comorbid*"[Title/Abstract])) AND ("psychosocial intervention"[mh] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[mh] OR "Combined Modality Therapy"[mh] OR "counseling"[mh] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[mh] OR "Psychosocial Support Systems"[mh] OR (psychosocial[tiab] AND (care[tiab] OR support*[tiab] OR intervention*[tiab] OR treatment*[tiab] OR therap*[tiab] OR counsel*[tiab] OR management[tiab])))	21.08.2023 20

	AND ("consumption"[Title/Abstract] OR "relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[MeSH Terms] OR "mortality"[MeSH Subheading] OR "mortality"[Title/Abstract] OR "abstinence"[Title/Abstract] OR "morbidity"[MeSH Terms] OR "morbidity"[Title/Abstract]) AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract]))) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	
Web of Science	(TS=(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "hyperkinetic syndrome*" OR "bipolar disorder*" OR "bipolar depression*" OR "manic depression*" OR "manic disorder*" OR Depression OR "Depressive Disorder" OR depressi* OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "stress disorders, post traumatic" OR "posttraumatic stress disorder*" OR "post traumatic stress disorder*" OR Comorbidity OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorders" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("psychosocial intervention*" OR "Social Support" OR "Integrated Delivery of Health Care" OR "Combined Modality Therap*" OR (psychosocial AND (care OR support* OR intervention* OR treatment* OR therap* OR counsel* OR management))) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity))) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies"))	21.08.2023 26

	OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND DOP=(2017-01-01/2023-12-31)	
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "hyperkinetic syndrome*" OR "bipolar disorder*" OR "bipolar depression*" OR "manic depression*" OR "manic disorder*" OR Depression OR "Depressive Disorder" OR depressi* OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "stress disorders, post traumatic" OR "posttraumatic stress disorder*" OR "post traumatic stress disorder*" OR Comorbidity OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorders" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("psychosocial intervention*" OR "Social Support" OR "Integrated Delivery of Health Care" OR "Combined Modality Therap*" OR (psychosocial AND (care OR support* OR intervention* OR treatment* OR therap* OR counsel* OR management))) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity))	21.08.2023 11
PsycInfo/ PSYNDEX	((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "hyperkinetic syndrome*" OR "bipolar disorder*" OR "bipolar depression*" OR "manic depression*" OR "manic disorder*" OR Depression OR "Depressive Disorder" OR depressi* OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "stress disorders, post traumatic" OR "posttraumatic stress disorder*" OR "post traumatic stress disorder*" OR Comorbidity OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorders" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("psychosocial intervention*" OR "Social Support" OR "Integrated Delivery of Health Care" OR "Combined Modality Therap*" OR (psychosocial AND (care OR support* OR intervention* OR treatment* OR therap* OR counsel* OR management))) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity)	21.08.2023 15

	AND ("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "randomi#ed" OR placebo OR randomly OR "cohort studies" OR cohort study OR cohort studies))).mp.	

3.7 OAT-Medikamenteneinnahme unter Sicht

ORD + Komorbidität + OAT-Medikamenteneinnahme + Outcome + Primärdaten + PY

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR (("opioid*"[Title/Abstract] OR "heroin"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Anxiety Disorders"[MeSH Terms] OR "anxiety disorder*"[Title/Abstract] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH Terms] OR "attention deficit hyperactivity disorder*"[Title/Abstract] OR "ADHD"[Title/Abstract] OR "ADDH"[Title/Abstract] OR "hyperkinetic syndrome*"[Title/Abstract] OR "Bipolar Disorder"[MeSH Terms] OR "bipolar disorder*"[Title/Abstract] OR "bipolar depression*"[Title/Abstract] OR "manic depression*"[Title/Abstract] OR "manic disorder*"[Title/Abstract] OR "Depression"[MeSH Terms] OR "Depressive Disorder"[MeSH Terms] OR "depressi*"[Title/Abstract] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR "posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "Comorbidity"[MeSH Terms] OR "comorbid*"[Title/Abstract] OR "psychiatric comorbid*"[Title/Abstract] OR "schizophrenia"[MeSH Terms] OR "schizophrenia"[Title/Abstract] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms] OR "psychosis"[Title/Abstract] OR ("mental"[Title/Abstract] AND ("health"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract] OR "illness*"[Title/Abstract]) AND "comorbid*"[Title/Abstract])) AND ("opiate substitution treatment"[mh] OR "Opioid-Related Disorders/drug therapy"[mh] OR opioid maintenance treatment*[tiab] OR opioid substitution therap*[tiab] OR opioid substitution treatment*[tiab] OR OST[tiab] OR opioid replacement therap*[tiab] OR opioid agonist treatment[tiab] OR opioid agonist therap*[tiab] OR OAT[tiab] OR (opioid*[tiab] AND (medication assisted treatment*[tiab] OR medication assisted therap*[tiab])) OR Buprenorphine[tw] OR Codeine[tw] OR Dihydrocodeine[tw] OR Dihydromorphine[tw] OR Fentanyl[tw] OR Hydrocodone[tw] OR Hydromorphone[tw] OR Levomethadone[tw] OR Methadone[tw] OR Morphine[tw] OR Oxycodone[tw] OR Oxymorphone[tw] OR Tapentadol[tw] OR Tilidine[tw] OR Tramadol[tw] OR (Opioid agonist[tiab] AND (treatment[tiab] OR therap*[tiab])) OR OAT[tiab]) AND ("consumption"[Title/Abstract] OR "relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[MeSH Terms] OR "mortality"[MeSH Subheading] OR "mortality"[Title/Abstract] OR "abstinence"[Title/Abstract] OR "morbidity"[MeSH Terms] OR "morbidity"[Title/Abstract]) AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR	21.08.2023 154

	("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract]))) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	
Web of Science	(TS=(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "hyperkinetic syndrome*" OR "bipolar disorder*" OR "bipolar depression*" OR "manic depression*" OR "manic disorder*" OR Depression OR "Depressive Disorder" OR depressi* OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "stress disorders, post traumatic" OR "posttraumatic stress disorder*" OR "post traumatic stress disorder*" OR Comorbidity OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorders" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity))) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND DOP=(2017-01-01/2023-12-31)	21.08.2023 223
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR	21.08.2023 77

	"attention deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "hyperkinetic syndrome*" OR "bipolar disorder*" OR "bipolar depression*" OR "manic depression*" OR "manic disorder*" OR Depression OR "Depressive Disorder" OR depressi* OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "stress disorders, post traumatic" OR "posttraumatic stress disorder*" OR "post traumatic stress disorder*" OR Comorbidity OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorders" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR mortality OR abstinence OR morbidity))	
PsycInfo/ PSYNDEX	((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "hyperkinetic syndrome*" OR "bipolar disorder*" OR "bipolar depression*" OR "manic depression*" OR "manic disorder*" OR Depression OR "Depressive Disorder" OR depressi* OR "Personality Disorders" OR "personality disorder*" OR "stress disorders, post traumatic" OR "posttraumatic stress disorder*" OR "post traumatic stress disorder*" OR Comorbidity OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorders" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*)) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life"	21.08.2023 79

	OR mortality OR abstinence OR morbidity) AND ("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "randomi#ed" OR placebo OR randomly OR "cohort studies" OR cohort study OR cohort studies))).mp.	

AG Psychotherapie | Aggregierte Evidenz

Notiz: Comparison und Outcome weggelassen

1. **Opioid Related Disorders AND Opiate Substitution Treatment AND Psychotherapy AND "Systematic" AND PY 2017-2023**

Klinische Fragestellung 1: Führt eine Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Systemische Therapie) bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie zu einer Verbesserung der komorbiden psychischen Störung(en) und Lebensqualität, zu einem geringeren Gebrauch weiterer Suchtmittel (begleitender Konsum von zusätzlichen Substanzen) oder höherer Abstinenzraten im Vergleich zu ärztlichen Gesprächen, einem Treatment-As-Usual (TAU), Kurzinterventionen oder keiner psychotherapeutischen Begleitbehandlung?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	((("Opioid-Related Disorders"[mh] OR "opioid use disorder*"[tiab] OR OUD[tiab]) OR ((opioid*[tiab]) AND (abuse*[tiab] OR addict*[tiab] OR dependen*[tiab] OR disorder*[tiab]))) AND ("opiate substitution treatment"[mh] OR "Opioid-Related Disorders/drug therapy"[mh] OR opioid maintenance treatment*[tiab] OR opioid substitution therap*[tiab] OR opioid substitution treatment*[tiab] OR OST[tiab] OR opioid replacement therap*[tiab] OR (opioid*[tiab] AND (medication assisted treatment*[tiab] OR medication assisted therap*[tiab])) OR Buprenorphine[tw] OR Codeine[tw] OR Dihydrocodeine[tw] OR Dihydromorphine[tw] OR Fentanyl[tw] OR Hydrocodone[tw] OR Hydromorphone[tw] OR Levomethadone[tw] OR Methadone[tw] OR Morphine[tw] OR Oxycodone[tw] OR Oxymorphone[tw] OR Tapentadol[tw] OR Tilidine[tw] OR Tramadol[tw] OR (Opioid agonist[tiab] AND (treatment[tiab] OR therap*[tiab])) OR OAT[tiab])) AND (("Psychotherapy"[mh]) OR ((behav*[tiab] OR systemic[tiab] OR depth[tiab] OR cognitive[tiab] OR psycho*[tiab]) AND (therap*[tiab] OR psycho*[tiab] OR coaching[tiab] OR intervention*[tiab] OR counsel*[tiab]))) AND ("systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND	19.09.2022 73

	2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	
Web of Science	TS=(((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)) AND ((Psychotherapy) OR ((behav* OR systemic OR depth OR cognitive OR psycho*) AND (therap* OR psycho* OR coaching OR intervention* OR counsel*)))) AND TS=(systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	24.09.2022 154
Epistemonikos	(((("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ((opiate substitution treatment*) OR (opioid maintenance treatment*) OR (opioid substitution therap*) OR OST OR (opioid replacement therap*) OR (opioid* AND ((medication assisted treatment*) OR (medication assisted therap*))) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)) AND ((Psychotherapy) OR ((behav* OR systemic OR depth OR cognitive OR psycho*) AND (therap* OR psycho* OR coaching OR intervention* OR counsel*)))	22.09.2022 59
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" or "opioid use disorder*" or OUD or (opioid* and (abuse* or addict* or dependen* or disorder*))) and	28.09.2022 31

	("opiate substitution treatment*" or "opioid maintenance treatment*" or "opioid substitution therap*" or OST or "opioid replacement therap*" or (opioid* and ("medication assisted treatment*" or "medication assisted therap*")) or Buprenorphine or Codeine or Dihydrocodeine or Dihydromorphine or Fentanyl or Hydrocodone or Hydromorphone or Levomethadone or Methadone or Morphine or Oxycodone or Oxymorphone or Tapentadol or Tilidine or Tramadol or ("Opioid agonist" and (treatment or therap*)) or OAT) and (Psychotherapy or ((behav* or systemic or depth or cognitive or psycho*) and (therap* or psycho* or coaching or intervention* or counsel*))) and ("systematic review" or meta-analysis or metaanalysis)).mp.	

AG Psychotherapie | Primärstudien

1. Opioid Related Disorders AND Opiate Substitution Treatment AND Psychotherapy AND "Primärstudien" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 1: Führt eine Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Systemische Therapie) bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie zu einer Verbesserung der komorbiden psychischen Störung(en) und Lebensqualität, zu einem geringeren Gebrauch weiterer Suchtmittel (begleitender Konsum von zusätzlichen Substanzen) oder höherer Abstinenzraten im Vergleich zu ärztlichen Gesprächen, einem Treatment-As-Usual (TAU), Kurzinterventionen oder keiner psychotherapeutischen Begleitbehandlung?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	(((((("Opioid-Related Disorders"[mh] OR "opioid use disorder*"[tiab] OR OUD[tiab]) OR ((opioid*[tiab]) AND (abuse*[tiab] OR addict*[tiab] OR dependen*[tiab] OR disorder*[tiab]))) AND ("opiate substitution treatment"[mh] OR "Opioid-Related Disorders/drug therapy"[mh] OR opioid maintenance treatment*[tiab] OR opioid substitution therap*[tiab] OR opioid substitution treatment*[tiab] OR OST[tiab] OR opioid replacement therap*[tiab] OR (opioid*[tiab] AND (medication assisted treatment*[tiab] OR medication assisted therap*[tiab])) OR Buprenorphine[tw] OR Codeine[tw] OR Dihydrocodeine[tw] OR Dihydromorphine[tw] OR Fentanyl[tw] OR Hydrocodone[tw] OR Hydromorphone[tw] OR Levomethadone[tw] OR Methadone[tw] OR Morphine[tw] OR Oxycodone[tw] OR Oxymorphone[tw] OR Tapentadol[tw] OR Tilidine[tw] OR Tramadol[tw] OR (Opioid agonist[tiab] AND (treatment[tiab] OR therap*[tiab])) OR OAT[tiab])) AND (("Psychotherapy"[mh]) OR ((behav*[tiab] OR systemic[tiab] OR depth[tiab] OR cognitive[tiab] OR psycho*[tiab]) AND (therap*[tiab] OR psycho*[tiab] OR coaching[tiab] OR intervention*[tiab] OR counsel*[tiab])))) AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical	19.01.2023 254

	trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR "cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract]))) AND (2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication])	
Web of Science	TS=((((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)) AND ((Psychotherapy) OR ((behav* OR systemic OR depth OR cognitive OR psycho*) AND (therap* OR psycho* OR coaching OR intervention* OR counsel*)))) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND PY==("2023" OR "2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	18.01.2023 413
Epistemonikos	((("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ((opiate substitution treatment*) OR (opioid maintenance treatment*) OR (opioid substitution therap*) OR OST OR (opioid replacement therap*) OR (opioid* AND ((medication assisted treatment*) OR (medication assisted therap*))) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol	18.01.2023 223

	OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)) AND ((Psychotherapy) OR ((behav* OR systemic OR depth OR cognitive OR psycho*) AND (therap* OR psycho* OR coaching OR intervention* OR counsel*)))	
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" or "opioid use disorder*" or OUD or (opioid* and (abuse* or addict* or dependen* or disorder*))) and ("opiate substitution treatment*" or "opioid maintenance treatment*" or "opioid substitution therap*" or OST or "opioid replacement therap*" or (opioid* and ("medication assisted treatment*" or "medication assisted therap*")) or Buprenorphine or Codeine or Dihydrocodeine or Dihydromorphine or Fentanyl or Hydrocodone or Hydromorphone or Levomethadone or Methadone or Morphine or Oxycodone or Oxymorphone or Tapentadol or Tilidine or Tramadol or ("Opioid agonist" and (treatment or therap*)) or OAT) and (Psychotherapy or ((behav* or systemic or depth or cognitive or psycho*) and (therap* or psycho* or coaching or intervention* or counsel*))) and ("randomized controlled trial" or "controlled clinical trial" or "randomi#ed" or "placebo" or "randomly" or "trial" or ("cohort" and ("study" or "studies"))))).mp.	18.01.2023 223

AG Psychosoziale Betreuung | Aggregierte Evidenz

Opioid Related Disorders AND PSB AND "Systematic" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 1: Führt eine begleitende psychosoziale Betreuung (PSB) bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in einer Opioid-Agonisten-Therapie zu einer höheren Retention, stabileren Wohnsituation, Arbeitssituation, verbesserten psychischen Gesundheit, einer geringeren häuslichen Gewalt oder kriminellen Aktivität im Vergleich zu keiner begleitenden psychosozialen Betreuung?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	(("Opioid-Related Disorders"[mh] OR "opioid use disorder*"[tiab] OR OUD[tiab]) OR ((opioid*[tiab]) AND (abuse*[tiab] OR addict*[tiab] OR dependen*[tiab] OR disorder*[tiab]))) AND ("psychosocial intervention"[mh] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[mh] OR "Combined Modality Therapy"[mh] OR "counseling"[mh] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[mh] OR "Psychosocial Support Systems"[mh] OR (psychosocial[tiab] AND (care[tiab] OR support*[tiab] OR intervention*[tiab] OR treatment*[tiab] OR therap*[tiab] OR counsel*[tiab] OR management[tiab])))	19.09.2022 38

	AND ("systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("psychosocial intervention*" OR "Social Support" OR "Integrated Delivery of Health Care" OR "Combined Modality Therap*" OR (psychosocial AND (care OR support* OR intervention* OR treatment* OR therap* OR counsel* OR management)))) AND TS=(systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	24.09.2022 58
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)) AND ((psychosocial intervention*) OR "Social Support" OR "Integrated Delivery of Health Care" OR (Combined Modality Therap*) OR (psychosocial AND (care OR support* OR intervention* OR treatment* OR therap* OR counsel* OR management))))	22.09.2022 38
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" or "opioid use disorder*" or OUD or (opioid* and (abuse* or addict* or dependen* or disorder*))) and ("psychosocial intervention*" or "Social Support" or "Integrated Delivery of Health Care" or "Combined Modality Therap*" or (psychosocial and (care or support* or intervention* or treatment* or therap* or counsel* or management))) and ("systematic review" or meta-analysis or metaanalysis)).mp.	28.09.2022 12

AG Psychosoziale Betreuung | Primärstudien

Notiz: Comparison und Outcome weggelassen

Opioid Related Disorders AND PSB AND "Primärstudien" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 1: Führt eine begleitende psychosoziale Betreuung (PSB) bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in einer Opioid-Agonisten-Therapie zu einer höheren Retention, stabileren Wohnsituation, Arbeitssituation, verbesserten psychischen Gesundheit, einer geringeren häuslichen Gewalt oder kriminellen Aktivität im Vergleich zu keiner begleitenden psychosozialen Betreuung?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	(("Opioid-Related Disorders"[mh] OR "opioid use disorder*"[tiab] OR OUD[tiab]) OR ((opioid*[tiab]) AND (abuse*[tiab] OR addict*[tiab] OR dependen*[tiab] OR disorder*[tiab]))) AND ("psychosocial intervention"[mh] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[mh] OR "Combined Modality Therapy"[mh] OR "counseling"[mh] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[mh] OR "Psychosocial Support Systems"[mh] OR (psychosocial[tiab] AND (care[tiab] OR support*[tiab] OR intervention*[tiab] OR treatment*[tiab] OR therap*[tiab] OR counsel*[tiab] OR management[tiab]))) AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR "cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract])) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	11.04.2023 149
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("psychosocial intervention*" OR "Social Support" OR "Integrated Delivery of Health Care" OR "Combined Modality Therap*" OR (psychosocial AND (care OR support* OR intervention* OR treatment* OR therap* OR counsel* OR management)))) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort	11.04.2023 151

	AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND PY==("2023" OR "2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)) AND ((psychosocial intervention*) OR "Social Support" OR "Integrated Delivery of Health Care" OR (Combined Modality Therap*) OR (psychosocial AND (care OR support* OR intervention* OR treatment* OR therap* OR counsel* OR management))))	11.04.2023 91
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" or "opioid use disorder*" or OUD or (opioid* and (abuse* or addict* or dependen* or disorder*))) and ("psychosocial intervention*" or "Social Support" or "Integrated Delivery of Health Care" or "Combined Modality Therap*" or (psychosocial and (care or support* or intervention* or treatment* or therap* or counsel* or management))) and ("randomized controlled trial" or "controlled clinical trial" or "randomi#ed" or "placebo" or "randomly" or "trial" or ("cohort" and ("study" or "studies"))))).mp.	11.04.2023 97

AG Rehabilitation | Aggregierte Evidenz

1. **Opioid Related Disorders AND Rehabilitation AND Outcome1 AND "Systematic" AND PY 2017-2023**

Klinische Fragestellung 1: Führt eine ambulante, ganztags ambulante und/oder stationäre Rehabilitation bei opioidabhängigen Personen (mit oder ohne zusätzlichen Gebrauch von psychoaktiven Substanzen) nach einer erfolgreichen Behandlung der opioidbezogenen Störung zu einer geringeren Rückfallquote, einer verbesserten Erwerbssituation, verbesserten sozialen Outcomes oder einer verbesserten psychischen oder körperlichen Gesundheit im Vergleich zu keiner Rehabilitationsbehandlung?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	(("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract])))	19.09.2022 29

	AND ("Rehabilitation"[MeSH Subheading] OR "Rehabilitation"[MeSH Terms] OR "day care, medical"[MeSH Terms] OR "Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR "Inpatients"[MeSH Terms] OR "Outpatients"[MeSH Terms] OR "Treatment Outcome"[MeSH Terms] OR "outpatient rehab*"[Title/Abstract] OR "out patient rehab*"[Title/Abstract] OR "ambulatory rehab*"[Title/Abstract]) AND ("Abstinence"[Title/Abstract] OR "substitution*"[Title/Abstract] OR "Co-consumption"[Title/Abstract] OR "controlled consumption"[Title/Abstract] OR "relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Employment"[Title/Abstract] OR "employability"[Title/Abstract] OR "Social participation"[Title/Abstract] OR "Social integration"[Title/Abstract] OR "social isolation"[Title/Abstract] OR "social desintegration"[Title/Abstract] OR "social inclusion"[Title/Abstract] OR "partnership*"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[MeSH Terms] OR "domestic"[Title/Abstract] OR "family"[Title/Abstract] OR "Mental Health"[Title/Abstract] OR "Physical Health"[Title/Abstract] OR "Psychological Health"[Title/Abstract] OR "Mental illness"[Title/Abstract])) AND ((y_5[Filter]) AND ("systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]))	
Web of Science	TS=(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day-care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatients OR Outpatients OR "Treatment Outcome" OR "out$patient rehab*" OR "ambulatory rehab*") AND (Abstinence OR substitution* OR Co-consumption OR "controlled consumption" OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR Employment OR employability OR "Social participation" OR "Social integration" OR "social isolation" OR "social desintegration" OR "social inclusion" OR partnership* OR "Quality of Life" OR domestic OR family OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness")) AND TS=(systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	24.09.2022 54

Epistemonikos	("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day-care" OR "medical daycare" OR "Ambulatory Care" OR Inpatient* OR Outpatient* OR "Treatment Outcome" OR (out-patient rehab*) OR (outpatient rehab*) OR (ambulatory rehab*)) AND (Abstinence OR substitution* OR Co-consumption OR "controlled consumption" OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR Employment OR employability OR "Social participation" OR "Social integration" OR "social isolation" OR "social desintegration" OR "social inclusion" OR partnership* OR "Quality of Life" OR domestic OR family OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness")	22.09.2022 22
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day-care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatients OR Outpatients OR "Treatment Outcome" OR "out-patient rehab*" OR "outpatient rehab*" OR "ambulatory rehab*") AND (Abstinence OR substitution* OR Co-consumption OR "controlled consumption" OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR Employment OR employability OR "Social participation" OR "Social integration" OR "social isolation" OR "social desintegration" OR "social inclusion" OR partnership* OR "Quality of Life" OR domestic OR family OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness")) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis).mp.	28.09.2022 10

2. Opioid Related Disorders AND OST AND Rehabilitation AND Outcome2 AND "Systematic" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 2: Führt eine ganztags ambulante oder stationäre Rehabilitation bei opioidabhängigen Personen in Opioid-Agonisten-Therapie (mit oder ohne zusätzlichen Gebrauch von psychoaktiven Substanzen) zu geringeren Rückfällen oder einem höheren Maß an Reduzierung der OAT-Medikation im Vergleich zu einer reinen OAT-Vergabe?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl

PubMed	(("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("opiate substitution treatment"[MeSH Terms] OR "opioid related disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "opioid maintenance treatment*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution therap*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution treatment*"[Title/Abstract] OR "OST"[Title/Abstract] OR "opioid replacement therap*"[Title/Abstract] OR "opioid agonist treatment"[Title/Abstract] OR "opioid agonist therap*"[Title/Abstract] OR "OAT"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("medication assisted treatment*"[Title/Abstract] OR "medication assisted therap*"[Title/Abstract])) OR "Buprenorphine"[Text Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Dihydromorphine"[Text Word] OR "Fentanyl"[Text Word] OR "Hydrocodone"[Text Word] OR "Hydromorphone"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text Word] OR "Oxycodone"[Text Word] OR "Oxymorphone"[Text Word] OR "Tapentadol"[Text Word] OR "Tilidine"[Text Word] OR "Tramadol"[Text Word] OR ("opioid agonist"[Title/Abstract] AND ("treatment"[Title/Abstract] OR "therap*"[Title/Abstract])) OR "OAT"[Title/Abstract]) AND ("Rehabilitation"[MeSH Subheading] OR "Rehabilitation"[MeSH Terms] OR "day care, medical"[MeSH Terms] OR "Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR "Inpatients"[MeSH Terms] OR "Outpatients"[MeSH Terms] OR "Treatment Outcome"[MeSH Terms] OR "outpatient rehab*"[Title/Abstract] OR "out patient rehab*"[Title/Abstract] OR "ambulatory rehab*"[Title/Abstract]) AND ("relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Substitution-reduction"[Title/Abstract])) AND ((y_5[Filter]) AND ("systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]))	19.09.2022 15
Web of Science	TS=(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR	24.09.2022 17

	Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day-care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatients OR Outpatients OR "Treatment Outcome" OR "out$patient rehab*" OR "ambulatory rehab*") AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR Substitution-reduction)) AND TS=(systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	
Epistemonikos	("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)) AND ((opiate substitution treatment*) OR (opioid maintenance treatment*) OR (opioid substitution therap*) OR OST OR (opioid replacement therap*) OR (opioid* AND ((medication assisted treatment*) OR (medication assisted therap*))) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day-care" OR "medical daycare" OR "Ambulatory Care" OR Inpatient* OR Outpatient* OR "Treatment Outcome" OR (out-patient rehab*) OR (outpatient rehab*) OR (ambulatory rehab*)) AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR Substitution-reduction)	22.09.2022 39
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR	28.09.2022 3

	Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day-care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatients OR Outpatients OR "Treatment Outcome" OR "out-patient rehab*" OR "outpatient rehab*" OR "ambulatory rehab*") AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR Substitution-reduction)) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis).mp.	

3. Opioid Related Disorders AND Rehabilitation AND Outcome3 AND "Systematic" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 3: Führt ein differenziertes Reha-Angebot (inklusive Kombi-Angeboten) bei opioidabhängigen Personen (in Opioid-Agonisten-Therapie) zu einer höheren Weitervermittlungsrate in professionelle Behandlung, einer verbesserten Erwerbssituation, einer stabilen Partnerschaft, geringeren Rückfallen oder einer verkürzten Behandlungsdauer im Vergleich zu keiner Intervention oder reiner OAT-Medikamentenvergabe?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	(("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Rehabilitation"[MeSH Subheading] OR "Rehabilitation"[MeSH Terms] OR "day care, medical"[MeSH Terms] OR "Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR "Inpatients"[MeSH Terms] OR "Outpatients"[MeSH Terms] OR "Treatment Outcome"[MeSH Terms] OR "outpatient rehab*"[Title/Abstract] OR "out patient rehab*"[Title/Abstract] OR "ambulatory rehab*"[Title/Abstract]) AND ("relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Employment"[Title/Abstract] OR "employability"[Title/Abstract] OR "partnerships*"[Title/Abstract] OR "treatment duration"[Title/Abstract] OR "length of treatment"[Title/Abstract])) AND ((y_5[Filter]) AND ("systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]))	19.09.2022 21
Web of Science	TS=(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day-care" OR "Ambulatory Care"	24.09.2022 25

	OR Inpatients OR Outpatients OR "Treatment Outcome" OR "out$patient rehab*" OR "ambulatory rehab*") AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR Employment OR employability OR partnerships* OR "treatment duration" OR "length of treatment")) AND TS=(systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	
Epistemonikos	("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day-care" OR "medical daycare" OR "Ambulatory Care" OR Inpatient* OR Outpatient* OR "Treatment Outcome" OR (out-patient rehab*) OR (outpatient rehab*) OR (ambulatory rehab*)) AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR Employment OR employability OR partnerships* OR "treatment duration" OR "length of treatment")	22.09.2022 65
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day-care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatients OR Outpatients OR "Treatment Outcome" OR "out-patient rehab*" OR "outpatient rehab*" OR "ambulatory rehab*") AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR Employment OR employability OR partnerships* OR "treatment duration" OR "length of treatment")) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis).mp.	28.09.2022 7

AG Rehabilitation | Primärstudien

1. Opioid Related Disorders AND Rehabilitation AND Outcome1 AND "Primärstudien" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 1: Führt eine ambulante, ganztags ambulante und/oder stationäre Rehabilitation bei opioidabhängigen Personen (mit oder ohne zusätzlichen Gebrauch von psychoaktiven Substanzen) nach einer erfolgreichen Behandlung der opioidbezogenen Störung zu einer geringeren Rückfallquote, einer verbesserten Erwerbssituation, verbesserten sozialen Outcomes oder einer verbesserten psychischen oder körperlichen Gesundheit im Vergleich zu keiner Rehabilitationsbehandlung?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Rehabilitation"[MeSH Subheading] OR "Rehabilitation"[MeSH Terms] OR "day care, medical"[MeSH Terms] OR "Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR "Inpatients"[MeSH Terms] OR "Outpatients"[MeSH Terms] OR "Treatment Outcome"[MeSH Terms] OR "outpatient rehab*"[Title/Abstract] OR "out patient rehab*"[Title/Abstract] OR "ambulatory rehab*"[Title/Abstract]) AND ("Abstinence"[Title/Abstract] OR "substitution*"[Title/Abstract] OR "Co-consumption"[Title/Abstract] OR "controlled consumption"[Title/Abstract] OR "relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Employment"[Title/Abstract] OR "employability"[Title/Abstract] OR "Social participation"[Title/Abstract] OR "Social integration"[Title/Abstract] OR "social isolation"[Title/Abstract] OR "social desintegration"[Title/Abstract] OR "social inclusion"[Title/Abstract] OR "partnership*"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[MeSH Terms] OR "domestic"[Title/Abstract] OR "family"[Title/Abstract] OR "Mental Health"[Title/Abstract] OR "Physical Health"[Title/Abstract] OR "Psychological Health"[Title/Abstract] OR "Mental illness"[Title/Abstract]) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication] AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract])))	05.01.2023 233

Web of Science	TS=(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day-care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatients OR Outpatients OR "Treatment Outcome" OR "out$patient rehab*" OR "ambulatory rehab*") AND (Abstinence OR substitution* OR Co-consumption OR "controlled consumption" OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR Employment OR employability OR "Social participation" OR "Social integration" OR "social isolation" OR "social desintegration" OR "social inclusion" OR partnership* OR "Quality of Life" OR domestic OR family OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness")) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND PY==("2023" OR "2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	18.01.2023 247
Epistemonikos	("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day-care" OR "medical daycare" OR "Ambulatory Care" OR Inpatient* OR Outpatient* OR "Treatment Outcome" OR (out-patient rehab*) OR (outpatient rehab*) OR (ambulatory rehab*)) AND (Abstinence OR substitution* OR Co-consumption OR "controlled consumption" OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR Employment OR employability OR "Social participation" OR "Social integration" OR "social isolation" OR "social desintegration" OR "social inclusion" OR partnership* OR "Quality of Life" OR domestic OR family OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness")	23.01.2023 133
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)))	23.01.2023 100

	AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day-care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatients OR Outpatients OR "Treatment Outcome" OR "out-patient rehab*" OR "outpatient rehab*" OR "ambulatory rehab*") AND (Abstinence OR substitution* OR Co-consumption OR "controlled consumption" OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR Employment OR employability OR "Social participation" OR "Social integration" OR "social isolation" OR "social desintegration" OR "social inclusion" OR partnership* OR "Quality of Life" OR domestic OR family OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness")) AND ("randomized controlled trial" or "controlled clinical trial" or "randomi#ed" or "placebo" or "randomly" or "trial" or ("cohort" and ("study" or "studies"))).mp.	

2. Opioid Related Disorders AND OST AND Rehabilitation AND Outcome2 AND "Primärstudien" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 2: Führt eine ganztags ambulante oder stationäre Rehabilitation bei opioidabhängigen Personen in Opioid-Agonisten-Therapie (mit oder ohne zusätzlichen Gebrauch von psychoaktiven Substanzen) zu geringeren Rückfällen oder einem höheren Maß an Reduzierung der OAT-Medikation im Vergleich zu einer reinen OAT-Vergabe?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("opiate substitution treatment"[MeSH Terms] OR "opioid related disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "opioid maintenance treatment*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution therap*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution treatment*"[Title/Abstract] OR "OST"[Title/Abstract] OR "opioid replacement therap*"[Title/Abstract] OR "opioid agonist treatment"[Title/Abstract] OR "opioid agonist therap*"[Title/Abstract] OR "OAT"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("medication assisted treatment*"[Title/Abstract] OR "medication assisted therap*"[Title/Abstract])) OR "Buprenorphine"[Text Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Dihydromorphine"[Text Word] OR "Fentanyl"[Text Word] OR "Hydrocodone"[Text Word] OR "Hydromorphone"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text Word] OR "Oxycodone"[Text Word] OR "Oxymorphone"[Text Word] OR "Tapentadol"[Text Word] OR "Tilidine"[Text Word] OR "Tramadol"[Text Word] OR ("opioid agonist"[Title/Abstract] AND ("treatment"[Title/Abstract] OR	05.01.2023 98

	"therap*"[Title/Abstract])) OR "OAT"[Title/Abstract]) AND ("Rehabilitation"[MeSH Subheading] OR "Rehabilitation"[MeSH Terms] OR "day care, medical"[MeSH Terms] OR "Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR "Inpatients"[MeSH Terms] OR "Outpatients"[MeSH Terms] OR "Treatment Outcome"[MeSH Terms] OR "outpatient rehab*"[Title/Abstract] OR "out patient rehab*"[Title/Abstract] OR "ambulatory rehab*"[Title/Abstract]) AND ("relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Substitution-reduction"[Title/Abstract]) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication] AND (((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract]))))	
Web of Science	TS=(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day-care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatients OR Outpatients OR "Treatment Outcome" OR "out$patient rehab*" OR "ambulatory rehab*") AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR Substitution-reduction))	18.01.2023 93

	AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	
Epistemonikos	("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)) AND ((opiate substitution treatment*) OR (opioid maintenance treatment*) OR (opioid substitution therap*) OR OST OR (opioid replacement therap*) OR (opioid* AND ((medication assisted treatment*) OR (medication assisted therap*))) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day-care" OR "medical daycare" OR "Ambulatory Care" OR Inpatient* OR Outpatient* OR "Treatment Outcome" OR (out-patient rehab*) OR (outpatient rehab*) OR (ambulatory rehab*)) AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR Substitution-reduction)	23.01.2023 61
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day-care" OR "Ambulatory Care"	23.01.2023 41

	OR Inpatients OR Outpatients OR "Treatment Outcome" OR "out-patient rehab*" OR "outpatient rehab*" OR "ambulatory rehab*") AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR Substitution-reduction)) AND ("randomized controlled trial" or "controlled clinical trial" or "randomi#ed" or "placebo" or "randomly" or "trial" or ("cohort" and ("study" or "studies"))).mp.	

3. Opioid Related Disorders AND Rehabilitation AND Outcome3 AND "Primärstudien" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 3: Führt ein differenziertes Reha-Angebot (inklusive Kombi-Angeboten) bei opioidabhängigen Personen (in Opioid-Agonisten-Therapie) zu einer höheren Weitervermittlungsrate in professionelle Behandlung, einer verbesserten Erwerbssituation, einer stabilen Partnerschaft, geringeren Rückfallen oder einer verkürzten Behandlungsdauer im Vergleich zu keiner Intervention oder reiner OAT-Medikamentenvergabe?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Rehabilitation"[MeSH Subheading] OR "Rehabilitation"[MeSH Terms] OR "day care, medical"[MeSH Terms] OR "Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR "Inpatients"[MeSH Terms] OR "Outpatients"[MeSH Terms] OR "Treatment Outcome"[MeSH Terms] OR "outpatient rehab*"[Title/Abstract] OR "out patient rehab*"[Title/Abstract] OR "ambulatory rehab*"[Title/Abstract]) AND ("relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Employment"[Title/Abstract] OR "employability"[Title/Abstract] OR "partnerships*"[Title/Abstract] OR "treatment duration"[Title/Abstract] OR "length of treatment"[Title/Abstract]) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication] AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as	05.01.2023 148

	topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract]))) 	
Web of Science	TS=(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day-care" OR "Ambulatory Care" OR Inpatients OR Outpatients OR "Treatment Outcome" OR "out$patient rehab*" OR "ambulatory rehab*") AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR Employment OR employability OR partnerships* OR "treatment duration" OR "length of treatment")) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	18.01.2023 136
Epistemonikos	("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day-care" OR "medical daycare" OR "Ambulatory Care" OR Inpatient* OR Outpatient* OR "Treatment Outcome" OR (out-patient rehab*) OR (outpatient rehab*) OR (ambulatory rehab*)) AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR Employment OR employability OR partnerships* OR "treatment duration" OR "length of treatment")	23.01.2023 80
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation OR "medical day-care" OR "Ambulatory Care"	23.01.2023 60

	OR Inpatients OR Outpatients OR "Treatment Outcome" OR "out-patient rehab*" OR "outpatient rehab*" OR "ambulatory rehab*") AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR Employment OR employability OR partnerships* OR "treatment duration" OR "length of treatment")) AND ("randomized controlled trial" or "controlled clinical trial" or "randomi#ed" or "placebo" or "randomly" or "trial" or ("cohort" and ("study" or "studies"))).mp.	

AG Körperliche Komorbiditäten | Aggregierte Evidenz

1. ORD + körperl. Komorbidität + OST + Systematic + PY

Klinische Fragestellung 1: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie bei Personen mit opioidbezogenen Störungen, die sich in einer Therapie einer somatischen Erkrankung befinden, zu einem höheren Therapieerfolg der somatischen Erkrankung, einer erfolgreicheren Symptomreduktion der somatischen Erkrankung, verbesserten körperlichen Gesundheit, höheren Behandlungsretention oder geringeren Nebenwirkungen im Vergleich zu keiner Opioid-Agonisten-Therapie?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR (("opioid*"[Title/Abstract] OR "heroin"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND (("Somatic"[Title/Abstract] AND ("disease*"[Title/Abstract] OR "illness*"[Title/Abstract])) OR "HIV Infections"[MeSH Terms] OR "Acquired Immunodeficiency Syndrome"[Title/Abstract] OR "AIDS"[Title/Abstract] OR "Hepatitis"[MeSH Terms] OR "Hepatitis"[Title/Abstract] OR "Lung Diseases"[MeSH Terms] OR "lung disease*"[Title/Abstract] OR "Heart Diseases"[MeSH Terms] OR "heart disease*"[Title/Abstract] OR "Diabetes Mellitus"[MeSH Terms] OR "diabetes"[Title/Abstract] OR "Carcinoma"[MeSH Terms] OR "Carcinoma"[Title/Abstract] OR "Abscess"[MeSH Terms] OR "Abscess"[Title/Abstract] OR ("Venous Thrombosis"[MeSH Terms] AND ("Leg"[Title/Abstract] OR "legs"[Title/Abstract]))) AND ("opiate substitution treatment"[MeSH Terms] OR "opioid related disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "opioid maintenance treatment*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution therap*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution treatment*"[Title/Abstract] OR "OST"[Title/Abstract] OR "opioid replacement therap*"[Title/Abstract] OR "opioid agonist treatment"[Title/Abstract] OR "opioid agonist therap*"[Title/Abstract] OR "OAT"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("medication assisted treatment*"[Title/Abstract] OR "medication assisted therap*"[Title/Abstract])) OR "Buprenorphine"[Text	11.04.2023 22

	Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Dihydromorphine"[Text Word] OR "Fentanyl"[Text Word] OR "Hydrocodone"[Text Word] OR "Hydromorphone"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text Word] OR "Oxycodone"[Text Word] OR "Oxymorphone"[Text Word] OR "Tapentadol"[Text Word] OR "Tilidine"[Text Word] OR "Tramadol"[Text Word] OR ("opioid agonist"[Title/Abstract] AND ("treatment"[Title/Abstract] OR "therap*"[Title/Abstract])) OR "OAT"[Title/Abstract]) AND 2017/01/01:2023/02/01[Date - Publication] AND ("systematic"[Filter] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR "meta-analysis"[Title] OR "metaanalysis"[Title]) AND 2017/01/01:2023/02/01[Date - Publication]	
Web of Science	(TS=(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ((Somatic AND (disease* OR illness*)) OR "HIV Infection*" OR "Acquired Immunodeficiency Syndrome" OR AIDS OR Hepatitis OR "lung disease*" OR "heart disease*" OR diabetes OR Carcinoma OR Abscess OR ("Venous Thrombosis" AND (Leg*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis))) AND DOP=(2017-01-01/2023-02-01)	11.04.2023 48
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ((Somatic AND (disease* OR illness*)) OR "HIV Infection*" OR "Acquired Immunodeficiency Syndrome" OR AIDS OR Hepatitis OR "lung disease*" OR	19.07.2023 7

	"heart disease*" OR diabetes OR Carcinoma OR Abscess OR ("Venous Thrombosis" AND (Leg*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT))	
PsycInfo/ PSYNDEX	((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ((Somatic AND (disease* OR illness*)) OR "HIV Infection*" OR "Acquired Immunodeficiency Syndrome" OR AIDS OR Hepatitis OR "lung disease*" OR "heart disease*" OR diabetes OR Carcinoma OR Abscess OR ("Venous Thrombosis" AND (Leg*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis))).mp.	11.04.2023 5

2. ORD + Pain + OST + Systematic + PY

Klinische Fragestellung 2: Führt der Einsatz von Add-on-Medikamenten (Nichtsteroidale Antiphlogistika, Gabapentinoide, andere Opioide) bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie und mit chronischen Schmerzen (tumor- und nicht-tumorbedingt, akute Schmerzen,neuropathische Schmerzen) zu einer höheren Retention, einer geringeren Schmerzintensität, einer höheren Lebensqualität, geringerem Craving oder einem geringeren Konsum zusätzlicher Substanzen im Vergleich zu einer Vergleichsmedikation oder Placebo?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use	11.04.2023

	disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR (("opioid*"[Title/Abstract] OR "heroin"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("opiate substitution treatment"[MeSH Terms] OR "opioid related disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "opioid maintenance treatment*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution therap*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution treatment*"[Title/Abstract] OR "OST"[Title/Abstract] OR "opioid replacement therap*"[Title/Abstract] OR "opioid agonist treatment"[Title/Abstract] OR "opioid agonist therap*"[Title/Abstract] OR "OAT"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("medication assisted treatment*"[Title/Abstract] OR "medication assisted therap*"[Title/Abstract])) OR "Buprenorphine"[Text Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Dihydromorphine"[Text Word] OR "Fentanyl"[Text Word] OR "Hydrocodone"[Text Word] OR "Hydromorphone"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text Word] OR "Oxycodone"[Text Word] OR "Oxymorphone"[Text Word] OR "Tapentadol"[Text Word] OR "Tilidine"[Text Word] OR "Tramadol"[Text Word] OR ("opioid agonist"[Title/Abstract] AND ("treatment"[Title/Abstract] OR "therap*"[Title/Abstract])) OR "OAT"[Title/Abstract]) AND ("pain"[MeSH Terms] OR "pain"[Title/Abstract]) AND ("systematic"[Filter] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR "meta-analysis"[Title] OR "metaanalysis"[Title]) AND 2017/01/01:2023/02/01[Date - Publication]	84
Web of Science	(TS=(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (pain) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND	11.04.2023 153

	(systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis))) AND DOP=(2017-01-01/2023-02-01)	
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (pain) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT))	11.04.2023 81
PsycInfo/ PSYNDEX	((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (pain) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis))).mp.	11.04.2023 30

AG Körperliche Komorbiditäten | Primärstudien

1. ORD + körperl. Komorbidität + OST + Primärstudien + PY

Klinische Fragestellung 1: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie bei Personen mit opioidbezogenen Störungen, die sich in einer Therapie einer somatischen Erkrankung befinden, zu einem höheren Therapieerfolg der somatischen Erkrankung, einer erfolgreicheren Symptomreduktion der somatischen Erkrankung, verbesserten körperlichen Gesundheit, höheren Behandlungsretention oder geringeren Nebenwirkungen im Vergleich zu keiner Opioid-Agonisten-Therapie?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR (("opioid*"[Title/Abstract] OR "heroin"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND (("Somatic"[Title/Abstract] AND ("disease*"[Title/Abstract] OR "illness*"[Title/Abstract])) OR "HIV Infections"[MeSH Terms] OR "Acquired Immunodeficiency Syndrome"[Title/Abstract] OR "AIDS"[Title/Abstract] OR "Hepatitis"[MeSH Terms] OR "Hepatitis"[Title/Abstract] OR "Lung Diseases"[MeSH Terms] OR "lung disease*"[Title/Abstract] OR "Heart Diseases"[MeSH Terms] OR "heart disease*"[Title/Abstract] OR "Diabetes Mellitus"[MeSH Terms] OR "diabetes"[Title/Abstract] OR "Carcinoma"[MeSH Terms] OR "Carcinoma"[Title/Abstract] OR "Abscess"[MeSH Terms] OR "Abscess"[Title/Abstract] OR ("Venous Thrombosis"[MeSH Terms] AND ("Leg"[Title/Abstract] OR "legs"[Title/Abstract]))) AND ("opiate substitution treatment"[MeSH Terms] OR "opioid related disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "opioid maintenance treatment*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution therap*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution treatment*"[Title/Abstract] OR "OST"[Title/Abstract] OR "opioid replacement therap*"[Title/Abstract] OR "opioid agonist treatment"[Title/Abstract] OR "opioid agonist therap*"[Title/Abstract] OR "OAT"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("medication assisted treatment*"[Title/Abstract] OR "medication assisted therap*"[Title/Abstract])) OR "Buprenorphine"[Text Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Dihydromorphine"[Text Word] OR "Fentanyl"[Text Word] OR "Hydrocodone"[Text Word] OR "Hydromorphone"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text Word] OR "Oxycodone"[Text Word] OR "Oxymorphone"[Text Word] OR "Tapentadol"[Text Word] OR "Tilidine"[Text Word] OR "Tramadol"[Text Word] OR ("opioid agonist"[Title/Abstract] AND ("treatment"[Title/Abstract] OR "therap*"[Title/Abstract])) OR "OAT"[Title/Abstract]) AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract])))	25.07.2023 224

	AND 2017/01/01:2023/02/01[Date - Publication]	
Web of Science	TS=(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ((Somatic AND (disease* OR illness*)) OR "HIV Infection*" OR "Acquired Immunodeficiency Syndrome" OR AIDS OR Hepatitis OR "lung disease*" OR "heart disease*" OR diabetes OR Carcinoma OR Abscess OR ("Venous Thrombosis" AND (Leg*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND DOP=(2017-01-01/2023-02-01)	25.07.2023 179
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ((Somatic AND (disease* OR illness*)) OR "HIV Infection*" OR "Acquired Immunodeficiency Syndrome" OR AIDS OR Hepatitis OR "lung disease*" OR "heart disease*" OR diabetes OR Carcinoma OR Abscess OR ("Venous Thrombosis" AND (Leg*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT))	25.07.2023 100

PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorders" or "opioid use disorder*" or OUD or ((opioid* or heroin) and (abuse* or addict* or dependen* or disorder*))) and ((Somatic and (disease* or illness*)) or "HIV Infection*" or "Acquired Immunodeficiency Syndrome" or AIDS or Hepatitis or "lung disease*" or "heart disease*" or diabetes or Carcinoma or Abscess or ("Venous Thrombosis" and Leg*)) and ("opiate substitution treatment*" or "drug therapy" or "opioid maintenance treatment*" or "opioid substitution therap*" or OST or "opioid replacement therap*" or "opioid agonist treatment" or "opioid agonist therap*" or OAT or (opioid* and ("medication assisted treatment*" or "medication assisted therap*")) or Buprenorphine or Codeine or Dihydrocodeine or Dihydromorphine or Fentanyl or Hydrocodone or Hydromorphone or Levomethadone or Methadone or Morphine or Oxycodone or Oxymorphone or Tapentadol or Tilidine or Tramadol or ("opioid agonist" and (treatment or therap*)) or OAT) and ("randomized controlled trial" or "controlled clinical trial" or "randomi#ed" or placebo or randomly or "cohort studies" or cohort study or cohort studies)).mp.	25.07.2023 69

2. ORD + Pain + OST + Primärstudien + PY

Klinische Fragestellung 2: Führt der Einsatz von Add-on-Medikamenten (Nichtsteroidale Antiphlogistika, Gabapentinoide, andere Opioide) bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie und mit chronischen Schmerzen (tumor- und nicht-tumorbedingt, akute Schmerzen,neuropathische Schmerzen) zu einer höheren Retention, einer geringeren Schmerzintensität, einer höheren Lebensqualität, geringerem Craving oder einem geringeren Konsum zusätzlicher Substanzen im Vergleich zu einer Vergleichsmedikation oder Placebo?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR (("opioid*"[Title/Abstract] OR "heroin"[Title/Abstract]) AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("opiate substitution treatment"[MeSH Terms] OR "opioid related disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "opioid maintenance treatment*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution therap*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution treatment*"[Title/Abstract] OR "OST"[Title/Abstract] OR "opioid replacement therap*"[Title/Abstract] OR "opioid agonist treatment"[Title/Abstract] OR "opioid agonist therap*"[Title/Abstract] OR "OAT"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("medication assisted treatment*"[Title/Abstract] OR "medication assisted therap*"[Title/Abstract])) OR "Buprenorphine"[Text	25.07.2023 707

	Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Dihydromorphine"[Text Word] OR "Fentanyl"[Text Word] OR "Hydrocodone"[Text Word] OR "Hydromorphone"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text Word] OR "Oxycodone"[Text Word] OR "Oxymorphone"[Text Word] OR "Tapentadol"[Text Word] OR "Tilidine"[Text Word] OR "Tramadol"[Text Word] OR ("opioid agonist"[Title/Abstract] AND ("treatment"[Title/Abstract] OR "therap*"[Title/Abstract])) OR "OAT"[Title/Abstract]) AND ("pain"[MeSH Terms] OR "pain"[Title/Abstract]) AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract]))) AND 2017/01/01:2023/02/01[Date - Publication]	
Web of Science	TS=(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (pain) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND DOP=(2017-01-01/2023-02-01)	25.07.2023 709
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid*	25.07.2023 242

	OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (pain) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT))	
PsycInfo/ PSYNDEX	((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR ((opioid* OR heroin) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (pain) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND ("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "randomi#ed" OR placebo OR randomly OR "cohort studies" OR cohort study OR cohort studies))).mp.	25.07.2023 190

AG Psychische Komorbiditäten | Aggregierte Evidenz

Opioid Related Disorders AND Comorbidities AND (Psychotherapy OR Drug Therapy) AND "Systematic" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 1: Führt eine Psychotherapie, Pharmakotherapie oder Kombination beider Therapien bei opioidabhängigen Personen (in qualifiziertem Entzug oder Opioid-Agonisten-Therapie) mit psychischer Komorbidität von Angststörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), Bipolaren Erkrankungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen oder Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) zu einer größeren Verbesserung der Komorbidität oder der Konsummuster im

Vergleich zu einem Treatment-as-usual (TAU) oder Placebobedingungen?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	((("Opioid-Related Disorders"[mh] OR "opioid use disorder*"[tiab] OR OUD[tiab]) OR ((opioid*[tiab]) AND (abuse*[tiab] OR addict*[tiab] OR dependen*[tiab] OR disorder*[tiab]))) AND ("Anxiety Disorders"[mh] OR anxiety disorder*[tiab] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[mh] OR attention deficit hyperactivity disorder*[tiab] OR ADHD[tiab] OR ADDH[tiab] OR Hyperkinetic Syndrome*[tiab] OR "Bipolar Disorder"[mh] OR Bipolar Disorder*[tiab] OR bipolar depression*[tiab] OR Manic Depression*[tiab] OR manic disorder*[tiab] OR "Depression"[mh] OR "Depressive Disorder"[mh] OR depressi*[tiab] OR "Personality Disorders"[mh] OR personality disorder*[tiab] OR "Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR posttraumatic stress disorder*[tiab] OR Post-Traumatic Stress Disorder*[tiab] OR "Comorbidity"[mh] OR comorbid*[tiab] OR psychiatric comorbid*[tiab] OR "schizophrenia"[mh] OR schizophrenia[tiab] OR "Psychotic Disorders"[mh] OR psychosis[tiab] OR (mental[tiab] AND (health[tiab] OR disorder*[tiab] OR illness*[tiab]) AND comorbid*[tiab]))) AND (("Drug Therapy"[mh] OR drug therap*[tiab] OR pharmacotherap*[tiab] OR opioid*[tw] OR Buprenorphine[tw] OR Codeine[tw] OR Dihydrocodeine[tw] OR Dihydromorphine[tw] OR Fentanyl[tw] OR Hydrocodone[tw] OR Hydromorphone[tw] OR Levomethadone[tw] OR Methadone[tw] OR Morphine[tw] OR Oxycodone[tw] OR Oxymorphone[tw] OR Tapentadol[tw] OR Tilidine[tw] OR Tramadol[tw]) OR (("Psychotherapy"[mh]) OR ((behav*[tiab] OR systemic[tiab] OR depth[tiab] OR cognitive[tiab] OR psycho*[tiab]) AND (therap*[tiab] OR psycho*[tiab] OR coaching[tiab] OR intervention*[tiab] OR counsel*[tiab]))) AND ("systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	19.09.2022 116
Web of Science	TS=(((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*))) AND (("drug therap*" OR pharmacotherap* OR opioid* OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR levomethadon OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol) OR ((Psychotherapy) OR ((behav* OR systemic OR depth OR cognitive OR	24.09.2022 235

	psycho*) AND (therap* OR psycho* coaching OR intervention* OR counsel*))))) AND TS=(systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	
Epistemonikos	Feldtyp: Title/Abstract ((("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder" OR "anxiety disorders" OR (attention-deficit hyperactivity disorder*) OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome" OR "Hyperkinetic Syndromes" OR (Bipolar Disorder*) OR (manic disorder*) OR depressi* OR (personality disorder*) OR (post-traumatic stress disorder*) OR (posttraumatic stress disorder*) OR (post traumatic stress disorder*) OR comorbid* OR schizophrenia OR (Psychotic Disorder*) OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*))) AND (("drug therapy" OR "drug therapies" OR pharmacotherap* OR opioid* OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR levomethadon OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol) OR ((Psychotherapy) OR ((behav* OR systemic OR depth OR cognitive OR psycho*) AND (therap* OR psycho* OR coaching OR intervention* OR counsel*))))	22.09.2022 121
PsycInfo/ PSYNDEX	 (("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*))) AND (("drug therap*" OR pharmacotherap* OR opioid* OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR levomethadon OR Methadone OR	25.08.2022 47

	Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol) OR ((Psychotherapy) OR ((behav* OR systemic OR depth OR cognitive OR psycho*) AND (therap* OR psycho* OR coaching OR intervention* OR counsel*)))) and ("systematic review" or "meta analysis" or metaanalysis)).mp.	

AG Psychische Komorbiditäten | Primärstudien

Notiz: Comparison und Outcome weggelassen

Opioid Related Disorders AND Comorbidities AND (Psychotherapy OR Drug Therapy) AND "Primärstudien" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 1: Führt eine Psychotherapie, Pharmakotherapie oder Kombination beider Therapien bei opioidabhängigen Personen (in qualifiziertem Entzug oder Opioid-Agonisten-Therapie) mit psychischer Komorbidität von Angststörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), Bipolaren Erkrankungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen oder Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) zu einer größeren Verbesserung der Komorbidität oder der Konsummuster im Vergleich zu einem Treatment-as-usual (TAU) oder Placebobedingungen?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	(((("Opioid-Related Disorders"[mh] OR "opioid use disorder*"[tiab] OR OUD[tiab]) OR ((opioid*[tiab]) AND (abuse*[tiab] OR addict*[tiab] OR dependen*[tiab] OR disorder*[tiab]))) AND ("Anxiety Disorders"[mh] OR anxiety disorder*[tiab] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[mh] OR attention deficit hyperactivity disorder*[tiab] OR ADHD[tiab] OR ADDH[tiab] OR Hyperkinetic Syndrome*[tiab] OR "Bipolar Disorder"[mh] OR Bipolar Disorder*[tiab] OR bipolar depression*[tiab] OR Manic Depression*[tiab] OR manic disorder*[tiab] OR "Depression"[mh] OR "Depressive Disorder"[mh] OR depressi*[tiab] OR "Personality Disorders"[mh] OR personality disorder*[tiab] OR "Stress Disorders, Post-Traumatic"[mh] OR posttraumatic stress disorder*[tiab] OR Post-Traumatic Stress Disorder*[tiab] OR "Comorbidity"[mh] OR comorbid*[tiab] OR psychiatric comorbid*[tiab] OR "schizophrenia"[mh] OR schizophrenia[tiab] OR "Psychotic Disorders"[mh] OR psychosis[tiab] OR (mental[tiab] AND (health[tiab] OR disorder*[tiab] OR illness*[tiab]) AND comorbid*[tiab])))) AND (("Drug Therapy"[mh] OR drug therap*[tiab] OR pharmacotherap*[tiab] OR opioid*[tw] OR Buprenorphine[tw] OR Codeine[tw] OR Dihydrocodeine[tw] OR Dihydromorphine[tw] OR Fentanyl[tw] OR Hydrocodone[tw] OR Hydromorphone[tw] OR Levomethadone[tw] OR Methadone[tw] OR Morphine[tw] OR Oxycodone[tw] OR Oxymorphone[tw] OR Tapentadol[tw] OR Tilidine[tw] OR Tramadol[tw]) OR (("Psychotherapy"[mh]) OR ((behav*[tiab] OR systemic[tiab] OR depth[tiab] OR cognitive[tiab] OR psycho*[tiab]) AND (therap*[tiab] OR psycho*[tiab] OR coaching[tiab] OR intervention*[tiab] OR counsel*[tiab])))) AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT	23.01.2023 771

	("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract]))) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	
Web of Science	TS=((((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder*" OR "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "Manic Depression*" OR "manic disorder*" OR "Depressive Disorder*" OR depressi* OR "personality disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "posttraumatic stress disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*" OR schizophrenia OR "Psychotic Disorder*" OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*))) AND (("drug therap*" OR pharmacotherap* OR opioid* OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR levomethadon OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol) OR ((Psychotherapy) OR ((behav* OR systemic OR depth OR cognitive OR psycho*) AND (therap* OR psycho* OR coaching OR intervention* OR counsel*))))) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND PY==("2023" OR "2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	25.01.2023 871
Epistemonikos	(((("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("anxiety disorder" OR "anxiety disorders" OR (attention-deficit hyperactivity disorder*) OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome" OR "Hyperkinetic Syndromes" OR (Bipolar Disorder*) OR (manic disorder*) OR depressi* OR (personality disorder*) OR (post-traumatic stress disorder*) OR (posttraumatic	01.02.2023 548

	stress disorder*) OR (post traumatic stress disorder*) OR comorbid* OR schizophrenia OR (Psychotic Disorder*) OR psychosis OR (mental AND (health OR disorder* OR illness*) AND comorbid*))) AND (("drug therapy" OR "drug therapies" OR pharmacotherap* OR opioid* OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR levomethadon OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol) OR ((Psychotherapy) OR ((behav* OR systemic OR depth OR cognitive OR psycho*) AND (therap* OR psycho* OR coaching OR intervention* OR counsel*))))	
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" or "opioid use disorder*" or OUD or (opioid* and (abuse* or addict* or dependen* or disorder*))) and ("anxiety disorder*" or "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" or "attention-deficit hyperactivity disorder*" or ADHD or ADDH or "Hyperkinetic Syndrome*" or "Bipolar Disorder*" or "bipolar depression*" or "Manic Depression*" or "manic disorder*" or "Depressive Disorder*" or depressi* or "personality disorder*" or "post-traumatic stress disorder*" or "posttraumatic stress disorder*" or comorbid* or "psychiatric comorbid*" or schizophrenia or "Psychotic Disorder*" or psychosis or (mental and (health or disorder* or illness*) and comorbid*)) and ("drug therap*" or pharmacotherap* or opioid* or Buprenorphine or Codeine or Dihydrocodeine or Dihydromorphine or Fentanyl or Hydrocodone or Hydromorphone or levomethadon or Methadone or Morphine or Oxycodone or Oxymorphone or Tapentadol or Tilidine or Tramadol or (Psychotherapy or ((behav* or systemic or depth or cognitive or psycho*) and (therap* or psycho* or coaching or intervention* or counsel*)))) and ("randomized controlled trial" or "controlled clinical trial" or "randomi#ed" or placebo or randomly or "cohort studies" or cohort study or cohort studies)).mp.	27.01.2023 286

Opioid Related Disorders AND Comorbidities (nur ADHS, Persönlichkeits- und bipolare Störungen) AND (Psychotherapy OR Drug Therapy) AND "Primärstudien" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 1 (nur ADHS, Persönlichkeits- und bipolare Störungen): Führt eine Psychotherapie, Pharmakotherapie oder Kombination beider Therapien bei opioidabhängigen Personen (in qualifiziertem Entzug oder Opioid-Agonisten-Therapie) mit psychischer Komorbidität von Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), Bipolaren Erkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen zu einer größeren Verbesserung der Komorbidität oder der Konsummuster im Vergleich zu einem Treatment-as-usual (TAU) oder Placebobedingungen?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl

PubMed	(("Opioid-Related Disorders"[mh] OR "opioid use disorder*"[tiab] OR OUD[tiab]) OR ((opioid*[tiab]) AND (abuse*[tiab] OR addict*[tiab] OR dependen*[tiab] OR disorder*[tiab]))) AND ("Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[mh] OR attention deficit hyperactivity disorder*[tiab] OR ADHD[tiab] OR ADDH[tiab] OR Hyperkinetic Syndrome*[tiab] OR "Bipolar Disorder"[mh] OR Bipolar Disorder*[tiab] OR bipolar depression*[tiab] OR "Personality Disorders"[mh] OR personality disorder*[tiab] OR "Comorbidity"[mh] OR comorbid*[tiab] OR psychiatric comorbid*[tiab]) AND (("Drug Therapy"[mh] OR drug therap*[tiab] OR pharmacotherap*[tiab] OR opioid*[tw] OR Buprenorphine[tw] OR Codeine[tw] OR Dihydrocodeine[tw] OR Dihydromorphine[tw] OR Fentanyl[tw] OR Hydrocodone[tw] OR Hydromorphone[tw] OR Levomethadone[tw] OR Methadone[tw] OR Morphine[tw] OR Oxycodone[tw] OR Oxymorphone[tw] OR Tapentadol[tw] OR Tilidine[tw] OR Tramadol[tw]) OR (("Psychotherapy"[mh]) OR ((behav*[tiab] OR systemic[tiab] OR depth[tiab] OR cognitive[tiab] OR psycho*[tiab]) AND (therap*[tiab] OR psycho*[tiab] OR coaching[tiab] OR intervention*[tiab] OR counsel*[tiab])))) AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract]))) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	23.01.2023 438
Web of Science	TS=((((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" OR "attention-deficit hyperactivity disorder*" OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome*" OR "Bipolar Disorder*" OR "bipolar depression*" OR "personality disorder*" OR comorbid* OR "psychiatric comorbid*")) AND (("drug therap*" OR pharmacotherap* OR opioid* OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR levomethadon OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol) OR ((Psychotherapy) OR ((behav* OR systemic OR depth OR	25.01.2023 452

	cognitive OR psycho*) AND (therap* OR psycho* OR coaching OR intervention* OR counsel*))))) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND PY==("2023" OR "2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	
Epistemonikos	(title:("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR abstract:("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD)) OR (title:(((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) OR abstract:(((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)))) AND (title:(("anxiety disorder" OR "anxiety disorders" OR (attention-deficit hyperactivity disorder*) OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome" OR "Hyperkinetic Syndromes" OR (Bipolar Disorder*) OR (personality disorder*) OR comorbid*)) OR abstract:(("anxiety disorder" OR "anxiety disorders" OR (attention-deficit hyperactivity disorder*) OR ADHD OR ADDH OR "Hyperkinetic Syndrome" OR "Hyperkinetic Syndromes" OR (Bipolar Disorder*) OR (personality disorder*) OR comorbid*))) AND (title:((("drug therapy" OR "drug therapies" OR pharmacotherap* OR opioid* OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR levomethadon OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol) OR ((Psychotherapy) OR ((behav* OR systemic OR depth OR cognitive OR psycho*) AND (therap* OR psycho* OR coaching OR intervention* OR counsel*))))) OR abstract:((("drug therapy" OR "drug therapies" OR pharmacotherap* OR opioid* OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR levomethadon OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol) OR ((Psychotherapy) OR ((behav* OR systemic OR depth OR cognitive OR psycho*) AND (therap* OR psycho* OR coaching OR intervention* OR counsel*))))))	03.02.2023 178
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" or "opioid use disorder*" or OUD or (opioid* and (abuse* or addict* or dependen* or disorder*))) and ("anxiety disorder*" or "Attention-Deficit Disorder* with Hyperactivity" or	30.01.2023 158

	"attention-deficit hyperactivity disorder*" or ADHD or ADDH or "Hyperkinetic Syndrome*" or "Bipolar Disorder*" or "bipolar depression*" or "personality disorder*" or comorbid* or "psychiatric comorbid*") and (("drug therap*" or pharmacotherap* or opioid* or Buprenorphine or Codeine or Dihydrocodeine or Dihydromorphine or Fentanyl or Hydrocodone or Hydromorphone or levomethadon or Methadone or Morphine or Oxycodone or Oxymorphone or Tapentadol or Tilidine or Tramadol or (Psychotherapy or ((behav* or systemic or depth or cognitive or psycho*) and (therap* or psycho* or coaching or intervention* or counsel*)))) and ("randomized controlled trial" or "controlled clinical trial" or "randomi#ed" or placebo or randomly or "cohort studies" or cohort study or cohort studies))).mp.	

AG Besondere Populationen | Aggregierte Evidenz

1. und 2. Opioid Related Disorders AND Pregnancy… AND OST (Methadon) AND "Systematic" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 1: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie mit razemischem Methadon bei schwangeren, gebärenden oder stillenden opioidabhängigen Personen zu geringeren Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen, einer verbesserten körperlichen Gesundheit des Kindes (inkl. Ausprägung des neonatalen Entzugssyndroms) oder einer verbesserten psychischen Gesundheit des Kindes im Vergleich zu einer Opioid-Agonisten-Therapie mit Levomethadon, Buprenorphin, depot Buprenorphin, retardiertem Morphin oder Diamorphin?

Klinische Fragestellung 2: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie bei schwangeren, gebärenden oder stillenden opioidabhängigen Personen zu geringeren Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen, einer besseren körperlichen Gesundheit des Kindes (inkl. Ausprägung des neonatalen Entzugssyndroms) oder einer besseren psychischen Gesundheit des Kindes im Vergleich zu einer abstinenzorientierten Behandlung (Entwöhnungsbehandlung) oder kontrolliertem Konsum?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	(("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Pregnancy"[mh] OR "Pregnant Women"[mh] OR "Pregnancy Complications"[mh] OR "Breast Feeding"[mh] OR parturition*[tiab] OR pregnan*[tiab] OR prenatal*[tiab] OR perinatal*[tiab] OR antenatal*[tiab] OR mother[tiab] OR matern*[tiab] OR birth[tiab] OR childbirth[tiab] OR neonat*[tiab] OR "breast feeding"[tiab] OR breastfeeding[tiab]) AND ("opiate substitution treatment"[MeSH Terms] OR "opioid related disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "opioid maintenance treatment*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution therap*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution treatment*"[Title/Abstract] OR "OST"[Title/Abstract] OR "opioid replacement	19.09.2022 20

	therap*"[Title/Abstract] OR "opioid agonist treatment"[Title/Abstract] OR "opioid agonist therap*"[Title/Abstract] OR "OAT"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("medication assisted treatment*"[Title/Abstract] OR "medication assisted therap*"[Title/Abstract])) OR "Methadone"[Text Word])) AND ((y_5[Filter]) AND ("systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]))	
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (Pregnancy OR "Pregnant Women" OR "Pregnancy Complications" OR "Breast Feeding" OR parturition* OR pregnan* OR prenatal* OR perinatal* OR antenatal* OR mother OR matern* OR birth OR childbirth OR neonat* OR "breast feeding" OR breastfeeding) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Methadone))) AND TS=(systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	24.09.2022 49
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (Pregnancy OR "Pregnant Women" OR "Pregnancy Complications" OR "Breast Feeding" OR parturition* OR pregnan* OR prenatal* OR perinatal* OR antenatal* OR mother OR matern* OR birth OR childbirth OR neonat* OR "breast feeding" OR breast-feeding OR breastfeeding) AND (opiate substitution treatment*) OR (opioid maintenance treatment*) OR (opioid substitution therap*) OR OST OR (opioid replacement therap*) OR (opioid* AND ((medication assisted treatment*) OR (medication assisted therap*))) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol	22.09.2022 43

	OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)	
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (Pregnancy OR "Pregnant Women" OR "Pregnancy Complications" OR "Breast Feeding" OR parturition* OR pregnan* OR prenatal* OR perinatal* OR antenatal* OR mother OR matern* OR birth OR childbirth OR neonat* OR "breast feeding" OR breastfeeding) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Methadone)) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis).mp.	28.09.2022 7

3. Opioid Related Disorders AND OST AND Children's well-being AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 3: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie bei erziehungsberechtigten Personen/Eltern mit opioidbezogenen Störungen zu einer geringeren Gefährdung des Kindes, besseren psychischen oder körperlichen Gesundheit oder besseren Entwicklung des Kindes im Vergleich zu einer abstinenzorientierten Behandlung (Entwöhnungsbehandlung)?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	(("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("opiate substitution treatment"[MeSH Terms] OR "opioid related disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "opioid maintenance treatment*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution therap*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution treatment*"[Title/Abstract] OR "OST"[Title/Abstract] OR "opioid replacement therap*"[Title/Abstract] OR "opioid agonist treatment"[Title/Abstract] OR "opioid agonist therap*"[Title/Abstract] OR "OAT"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("medication assisted treatment*"[Title/Abstract] OR "medication assisted therap*"[Title/Abstract])) OR "Buprenorphine"[Text Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Dihydromorphine"[Text Word] OR "Fentanyl"[Text Word] OR "Hydrocodone"[Text Word] OR "Hydromorphone"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text	19.09.2022 74

	Word] OR "Oxycodone"[Text Word] OR "Oxymorphone"[Text Word] OR "Tapentadol"[Text Word] OR "Tilidine"[Text Word] OR "Tramadol"[Text Word] OR ("opioid agonist"[Title/Abstract] AND ("treatment"[Title/Abstract] OR "therap*"[Title/Abstract])) OR "OAT"[Title/Abstract]) AND ("parenting"[MeSH Terms] OR "parenting"[Title/Abstract] OR "Child Health"[MeSH Terms] OR "Child Health"[Title/Abstract] OR "Infant Health"[MeSH Terms] OR "Infant Health"[Title/Abstract] OR "child wellbeing"[Title/Abstract] OR "child well-being"[Title/Abstract] OR (("mental health"[MeSH Terms] OR "mental health"[Title/Abstract] OR "Psychological Health"[Title/Abstract] OR "Mental illness"[Title/Abstract] OR "physical health"[Title/Abstract]) AND ("infant, newborn"[MeSH Terms] OR "child*"[Title/Abstract] OR "infant*"[Title/Abstract] OR "newborn*"[Title/Abstract]))))) AND (y_5[Filter])	
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (parenting OR "Child Health" OR "Infant Health" OR "child well$being" OR (("mental health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness" OR "physical health") AND (child* OR infant* OR newborn*))))) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	24.09.2022 102
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (parenting OR "Child Health" OR "Infant Health" OR "child wellbeing" OR "child well-being" OR (("mental health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness" OR "physical health") AND (child* OR infant* OR newborn*))) AND (opiate substitution treatment*) OR (opioid maintenance treatment*) OR (opioid substitution therap*) OR OST OR (opioid replacement therap*) OR (opioid*	22.09.2022 19

	AND ((medication assisted treatment*) OR (medication assisted therap*))) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)	
PsycInfo/ PSYNDEX	((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (parenting OR "Child Health" OR "Infant Health" OR "child wellbeing" OR "child well-being" OR (("mental health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness" OR "physical health") AND (child* OR infant* OR newborn*))))).mp.	28.09.2022 50

4. Opioid Related Disorders AND OST AND Adolescents, Young Adults AND "Systematic" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 4: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie bei opioidabhängigen Personen im Alter bis einschließlich 24 Jahren zu einer höheren Abstinenzrate von illegalen Opioiden, einer besseren Beschäftigungssituation, psychischen oder körperlichen Gesundheit, einer höheren Retention oder geringeren Mortalität im Vergleich zu einer abstinenzorientierten Behandlung (Entwöhnungsbehandlung)?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	((("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("opiate substitution treatment"[MeSH Terms] OR "opioid related disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "opioid maintenance treatment*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution therap*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution treatment*"[Title/Abstract] OR "OST"[Title/Abstract] OR "opioid replacement therap*"[Title/Abstract] OR "opioid agonist treatment"[Title/Abstract] OR "opioid agonist therap*"[Title/Abstract] OR "OAT"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("medication assisted treatment*"[Title/Abstract] OR "medication assisted therap*"[Title/Abstract])) OR "Buprenorphine"[Text	19.09.2022 21

	Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Dihydromorphine"[Text Word] OR "Fentanyl"[Text Word] OR "Hydrocodone"[Text Word] OR "Hydromorphone"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text Word] OR "Oxycodone"[Text Word] OR "Oxymorphone"[Text Word] OR "Tapentadol"[Text Word] OR "Tilidine"[Text Word] OR "Tramadol"[Text Word] OR ("opioid agonist"[Title/Abstract] AND ("treatment"[Title/Abstract] OR "therap*"[Title/Abstract])) OR "OAT"[Title/Abstract]) AND ("Adolescent"[MeSH Terms] OR "Young Adult"[MeSH Terms] OR "adolescen*"[Title/Abstract] OR "teen*"[Title/Abstract] OR "young people"[Title/Abstract] OR "young person*"[Title/Abstract] OR "young adult*"[Title/Abstract] OR "youth*"[Title/Abstract] OR "girl*"[Title/Abstract] OR "boy"[Title/Abstract] OR "boys"[Title/Abstract] OR "juvenile*"[Title/Abstract])) AND ((y_5[Filter]) AND ("systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]))	
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (Adolescen* OR "Young Adult" OR teen* OR "young people" OR "young person*" OR "young adult*" OR youth* OR girl* OR boy OR boys OR juvenile*))) AND TS=(systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	24.09.2022 24
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)))	22.09.2022 22

	AND (Adolescen* OR "Young Adult" OR teen* OR "young people" OR "young person*" OR "young adult*" OR youth* OR girl* OR boy OR boys OR juvenile*) AND (opiate substitution treatment*) OR (opioid maintenance treatment*) OR (opioid substitution therap*) OR OST OR (opioid replacement therap*) OR (opioid* AND ((medication assisted treatment*) OR (medication assisted therap*))) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)	
PsycInfo/ PSYNDEX	((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (Adolescen* OR "Young Adult" OR teen* OR "young people" OR "young person*" OR "young adult*" OR youth* OR girl* OR boy OR boys OR juvenile*)) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis)).mp.	28.09.2022 7

5. ~~und 6.~~ Opioid Related Disorders AND “Haft bzw. Therapieauflagen” AND "Systematic" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 5: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie bei opiodabhängigen Personen in Haft oder mit gerichtlicher Therapieauflage zu geringerer Beschaffungskriminalität, geringeren Verurteilungen wegen Delikten nach dem BtMG, einer höheren Abstinenzrate von illegalen Opioiden, einer besseren körperlichen oder psychischen Gesundheit oder geringerem Substanzkonsum im Vergleich zu einer abstinenzorientierten Behandlung?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	(("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract]	19.09.2022 11

	AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract])) AND ("Detention"[Title/Abstract] OR "imprisonment"[Title/Abstract] OR "arrest*"[Title/Abstract] OR "custody"[Title/Abstract] OR "prisoner*"[Title/Abstract] OR "penitentiar*"[Title/Abstract] OR "penal institution*"[Title/Abstract] OR "Prisons"[MeSH Terms] OR "prison*"[Title/Abstract] OR "jail*"[Title/Abstract] OR "court-ordered therapy"[Title/Abstract] OR "court-ordered treatment"[Title/Abstract])) AND ((y_5[Filter]) AND ("systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]))	
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (Detention OR imprisonment OR arrest* OR custody OR prisoner* OR penitentiar* OR "penal institution*" OR Prison* OR jail* OR "court-ordered therap*" OR "court-ordered treatment*"))) AND TS=(systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	24.09.2022 42
Epistemonikos	("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (Detention OR imprisonment OR arrest* OR custody OR prisoner* OR penitentiar* OR "penal institution" OR "penal institutions" OR Prison* OR jail* OR "court-ordered therapy" OR "court-ordered treatment" OR "court-ordered therapies" OR "court-ordered treatments")	22.09.2022 13
PsycInfo/ PSYNDEX	((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (Detention OR imprisonment OR arrest* OR custody OR prisoner* OR penitentiar* OR "penal institution*" OR Prison* OR jail* OR "court-ordered	2.09.2022 7

	therap*" OR "court-ordered treatment*")) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis)).mp.	

6. (Opioid Related Disorders OR OST) AND Migrants AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 6: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie bei geflüchteten opioidabhängigen Personen zu einer Verbesserung der psychischen und körperlichen Gesundheit, Verringerung des Substanzkonsums, Verbesserung der Lebensqualität, Verringerung der Mortalität sowie besseren Haltequoten im Vergleich zu keiner Opioid-Agonisten-Therapie?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract])) OR ("opiate substitution treatment"[MeSH Terms] OR "opioid related disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "opioid maintenance treatment*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution therap*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution treatment*"[Title/Abstract] OR "OST"[Title/Abstract] OR "opioid replacement therap*"[Title/Abstract] OR "opioid agonist treatment"[Title/Abstract] OR "opioid agonist therap*"[Title/Abstract] OR "OAT"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("medication assisted treatment*"[Title/Abstract] OR "medication assisted therap*"[Title/Abstract])) OR "Buprenorphine"[Text Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Dihydromorphine"[Text Word] OR "Fentanyl"[Text Word] OR "Hydrocodone"[Text Word] OR "Hydromorphone"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text Word] OR "Oxycodone"[Text Word] OR "Oxymorphone"[Text Word] OR "Tapentadol"[Text Word] OR "Tilidine"[Text Word] OR "Tramadol"[Text Word] OR ("opioid agonist"[Title/Abstract] AND ("treatment"[Title/Abstract] OR "therap*"[Title/Abstract])) OR "OAT"[Title/Abstract])) AND ("Refugees"[MeSH Terms] OR "Transients and Migrants"[MeSH Terms] OR "Emigrants and Immigrants"[MeSH Terms] OR "refugee*"[Title/Abstract] OR "migrant*"[Title/Abstract] OR "emigrant*"[Title/Abstract] OR "immigrant*"[Title/Abstract]) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date – Publication] **Alternative mit Filter Systematic Review:** ("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract])) OR ("opiate substitution treatment"[MeSH Terms] OR "opioid related disorders/drug	28.06.2022 39 29.06.2023

	therapy"[MeSH Terms] OR "opioid maintenance treatment*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution therap*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution treatment*"[Title/Abstract] OR "OST"[Title/Abstract] OR "opioid replacement therap*"[Title/Abstract] OR "opioid agonist treatment"[Title/Abstract] OR "opioid agonist therap*"[Title/Abstract] OR "OAT"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("medication assisted treatment*"[Title/Abstract] OR "medication assisted therap*"[Title/Abstract])) OR "Buprenorphine"[Text Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Dihydromorphine"[Text Word] OR "Fentanyl"[Text Word] OR "Hydrocodone"[Text Word] OR "Hydromorphone"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text Word] OR "Oxycodone"[Text Word] OR "Oxymorphone"[Text Word] OR "Tapentadol"[Text Word] OR "Tilidine"[Text Word] OR "Tramadol"[Text Word] OR ("opioid agonist"[Title/Abstract] AND ("treatment"[Title/Abstract] OR "therap*"[Title/Abstract])) OR "OAT"[Title/Abstract])) AND ("Refugees"[MeSH Terms] OR "Transients and Migrants"[MeSH Terms] OR "Emigrants and Immigrants"[MeSH Terms] OR "refugee*"[Title/Abstract] OR "migrant*"[Title/Abstract] OR "emigrant*"[Title/Abstract] OR "immigrant*"[Title/Abstract]) AND ("systematic"[Filter] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR "meta-analysis"[Title] OR "metaanalysis"[Title]) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	1
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) OR ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT))) AND TS=(refugee* OR migrant* OR emigrant* OR immigrant*) AND PY==("2023" OR "2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	28.06.2023 67
Epistemonikos	(((("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) OR ((opiate substitution treatment*) OR (opioid maintenance treatment*) OR (opioid substitution therap*) OR OST OR (opioid replacement therap*) OR (opioid* AND ((medication assisted treatment*) OR (medication assisted therap*))) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)) AND	28.06.2023 11

	(((refugee* OR migrant* OR emigrant* OR immigrant*)))	
PsycInfo/ PSYNDEX	((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (consumption OR relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness" OR mortality)) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis)).mp.	28.06.2023 54

AG Besondere Populationen | Primärstudien

1. und 2. Opioid Related Disorders AND Pregnancy… AND OST (Methadon) AND "Primärstudien" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 1: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie mit razemischem Methadon bei schwangeren, gebärenden oder stillenden opioidabhängigen Personen zu geringeren Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen, einer verbesserten körperlichen Gesundheit des Kindes (inkl. Ausprägung des neonatalen Entzugssyndroms) oder einer verbesserten psychischen Gesundheit des Kindes im Vergleich zu einer Opioid-Agonisten-Therapie mit Levomethadon, Buprenorphin, depot Buprenorphin, retardiertem Morphin oder Diamorphin?

Klinische Fragestellung 2: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie bei schwangeren, gebärenden oder stillenden opioidabhängigen Personen zu geringeren Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen, einer besseren körperlichen Gesundheit des Kindes (inkl. Ausprägung des neonatalen Entzugssyndroms) oder einer besseren psychischen Gesundheit des Kindes im Vergleich zu einer abstinenzorientierten Behandlung (Entwöhnungsbehandlung) oder kontrolliertem Konsum?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Pregnancy"[MeSH Terms] OR "Pregnant Women"[MeSH Terms] OR	05.01.2023 169

	"Pregnancy Complications"[MeSH Terms] OR "Breast Feeding"[MeSH Terms] OR "parturition*"[Title/Abstract] OR "pregnan*"[Title/Abstract] OR "prenatal*"[Title/Abstract] OR "perinatal*"[Title/Abstract] OR "antenatal*"[Title/Abstract] OR "mother"[Title/Abstract] OR "matern*"[Title/Abstract] OR "birth"[Title/Abstract] OR "childbirth"[Title/Abstract] OR "neonat*"[Title/Abstract] OR "Breast Feeding"[Title/Abstract] OR "breastfeeding"[Title/Abstract]) AND ("opiate substitution treatment"[MeSH Terms] OR "opioid related disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "opioid maintenance treatment*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution therap*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution treatment*"[Title/Abstract] OR "OST"[Title/Abstract] OR "opioid replacement therap*"[Title/Abstract] OR "opioid agonist treatment"[Title/Abstract] OR "opioid agonist therap*"[Title/Abstract] OR "OAT"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("medication assisted treatment*"[Title/Abstract] OR "medication assisted therap*"[Title/Abstract])) OR "Methadone"[Text Word]) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication] AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract])))	
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (Pregnancy OR "Pregnant Women" OR "Pregnancy Complications" OR "Breast Feeding" OR parturition* OR pregnan* OR prenatal* OR perinatal* OR antenatal* OR mother OR matern* OR birth OR childbirth OR neonat* OR "breast feeding" OR breastfeeding) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Methadone))) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies)))	18.04.2023 152

	AND PY==("2023" OR "2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (Pregnancy OR "Pregnant Women" OR "Pregnancy Complications" OR "Breast Feeding" OR parturition* OR pregnan* OR prenatal* OR perinatal* OR antenatal* OR mother OR matern* OR birth OR childbirth OR neonat* OR "breast feeding" OR breast-feeding OR breastfeeding) AND (opiate substitution treatment*) OR (opioid maintenance treatment*) OR (opioid substitution therap*) OR OST OR (opioid replacement therap*) OR (opioid* AND ((medication assisted treatment*) OR (medication assisted therap*))) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)	18.04.2023 122
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (Pregnancy OR "Pregnant Women" OR "Pregnancy Complications" OR "Breast Feeding" OR parturition* OR pregnan* OR prenatal* OR perinatal* OR antenatal* OR mother OR matern* OR birth OR childbirth OR neonat* OR "breast feeding" OR breastfeeding) AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Methadone)) AND ("randomized controlled trial" or "controlled clinical trial" or "randomi#ed" or "placebo" or "randomly" or "trial" or ("cohort" and ("study" or "studies"))).mp.	18.04.2023 42

4. Opioid Related Disorders AND OST AND Adolescents, Young Adults AND "Primärstudien" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 4: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie bei opioidabhängigen Personen im Alter bis einschließlich 24 Jahren zu einer höheren Abstinenzrate von illegalen Opioiden, einer besseren Beschäftigungssituation, psychischen oder körperlichen Gesundheit, einer höheren Retention oder geringeren Mortalität im Vergleich zu einer abstinenzorientierten Behandlung (Entwöhnungsbehandlung)?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("opiate substitution treatment"[MeSH Terms] OR "opioid related disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "opioid maintenance treatment*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution therap*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution treatment*"[Title/Abstract] OR "OST"[Title/Abstract] OR "opioid replacement therap*"[Title/Abstract] OR "opioid agonist treatment"[Title/Abstract] OR "opioid agonist therap*"[Title/Abstract] OR "OAT"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("medication assisted treatment*"[Title/Abstract] OR "medication assisted therap*"[Title/Abstract])) OR "Buprenorphine"[Text Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Dihydromorphine"[Text Word] OR "Fentanyl"[Text Word] OR "Hydrocodone"[Text Word] OR "Hydromorphone"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text Word] OR "Oxycodone"[Text Word] OR "Oxymorphone"[Text Word] OR "Tapentadol"[Text Word] OR "Tilidine"[Text Word] OR "Tramadol"[Text Word] OR ("opioid agonist"[Title/Abstract] AND ("treatment"[Title/Abstract] OR "therap*"[Title/Abstract])) OR "OAT"[Title/Abstract]) AND ("Adolescent"[MeSH Terms] OR "Young Adult"[MeSH Terms] OR "adolescen*"[Title/Abstract] OR "teen*"[Title/Abstract] OR "young people"[Title/Abstract] OR "young person*"[Title/Abstract] OR "young adult*"[Title/Abstract] OR "youth*"[Title/Abstract] OR "girl*"[Title/Abstract] OR "boy"[Title/Abstract] OR "boys"[Title/Abstract] OR "juvenile*"[Title/Abstract]) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication] AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract])))	05.01.2023 369
Web of Science	TS=((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)))	13.01.2023 82

	AND ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT) AND (Adolescen* OR "Young Adult" OR teen* OR "young people" OR "young person*" OR "young adult*" OR youth* OR girl* OR boy OR boys OR juvenile*))) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND PY==("2023" OR "2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (Adolescen* OR "Young Adult" OR teen* OR "young people" OR "young person*" OR "young adult*" OR youth* OR girl* OR boy OR boys OR juvenile*) AND (opiate substitution treatment*) OR (opioid maintenance treatment*) OR (opioid substitution therap*) OR OST OR (opioid replacement therap*) OR (opioid* AND ((medication assisted treatment*) OR (medication assisted therap*))) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)	30.01.2023 118
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" or "opioid use disorder*" or OUD or (opioid* and (abuse* or addict* or dependen* or disorder*))) and	30.01.2023 82

	("opiate substitution treatment*" or "drug therapy" or "opioid maintenance treatment*" or "opioid substitution therap*" or OST or "opioid replacement therap*" or "opioid agonist treatment" or "opioid agonist therap*" or OAT or (opioid* and ("medication assisted treatment*" or "medication assisted therap*")) or Buprenorphine or Codeine or Dihydrocodeine or Dihydromorphine or Fentanyl or Hydrocodone or Hydromorphone or Levomethadone or Methadone or Morphine or Oxycodone or Oxymorphone or Tapentadol or Tilidine or Tramadol or ("opioid agonist" and (treatment or therap*)) or OAT) and (Adolescen* or "Young Adult" or teen* or "young people" or "young person*" or "young adult*" or youth* or girl* or boy or boys or juvenile*) and ("randomized controlled trial" or "controlled clinical trial" or "randomi#ed" or placebo or randomly or "cohort studies" or cohort study or cohort studies)).mp.	

5. Opioid Related Disorders AND “Haft bzw. Therapieauflagen” AND "Primärstudien" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 5: Führt eine Opioid-Agonisten-Therapie bei opiodabhängigen Personen in Haft oder mit gerichtlicher Therapieauflage zu geringerer Beschaffungskriminalität, geringeren Verurteilungen wegen Delikten nach dem BtMG, einer höheren Abstinenzrate von illegalen Opioiden, einer besseren körperlichen oder psychischen Gesundheit oder geringerem Substanzkonsum im Vergleich zu einer abstinenzorientierten Behandlung?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Detention"[Title/Abstract] OR "imprisonment"[Title/Abstract] OR "arrest*"[Title/Abstract] OR "custody"[Title/Abstract] OR "prisoner*"[Title/Abstract] OR "penitentiar*"[Title/Abstract] OR "penal institution*"[Title/Abstract] OR "Prisons"[MeSH Terms] OR "prison*"[Title/Abstract] OR "jail*"[Title/Abstract] OR "court-ordered therapy"[Title/Abstract] OR "court-ordered treatment"[Title/Abstract]) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication] AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT	05.01.2023 110

	("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract])))	
Web of Science	TS=(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("Detention" OR "imprisonment" OR "arrest*" OR "custody" OR "prisoner*" OR "penitentiar*" OR "penal institution*" OR "prison*" OR "jail*" OR "court-ordered therapy" OR "court-ordered treatment")) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND PY==("2023" OR "2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	18.04.2023 137
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)) AND ("Detention" OR "imprisonment" OR "arrest*" OR "custody" OR "prisoner*" OR "penitentiar*" OR "penal institution*" OR "prison*" OR "jail*" OR "court-ordered therapy" OR "court-ordered treatment")	18.04.2023 72
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" or "opioid use disorder*" or OUD or (opioid* and (abuse* or addict* or dependen* or disorder*))) and ("Detention" OR "imprisonment" OR "arrest*" OR "custody" OR "prisoner*" OR "penitentiar*" OR "penal institution*" OR "prison*" OR "jail*" OR "court-ordered therapy" OR "court-ordered treatment") and ("randomized controlled trial" or "controlled clinical trial" or "randomi#ed" or placebo or randomly or "cohort studies" or cohort study or cohort studies)).mp.	18.04.2023 71

AG Schadensminimierung | Aggregierte Evidenz

1. Opioid Related Disorders AND Spritzentauschprogramme AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 1: Führen bedarfsgerechte Konsumutensilienvergabe und/oder Spritzentauschprogramme für intravenös konsumierende opioidabhängige Personen zu einer verbesserten körperlichen Gesundheit im Vergleich zu keiner bedarfsgerechten Konsumutensilienvergabe und/oder keinen Spritzentauschprogrammen?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	((((("Opioid-Related Disorders"[mh] OR "opioid use disorder*"[tiab] OR OUD[tiab]) OR ((opioid*[tiab]) AND (abuse*[tiab] OR addict*[tiab] OR dependen*[tiab] OR disorder*[tiab]))) AND ("Needle-Exchange Programs"[mh] OR "syringe service*"[tiab] OR "needle exchange*"[tiab] OR "syringe exchange*"[tiab] OR "injection facilit*"[tiab] OR "injection service*"[tiab])) AND (2017:2023[dp]))	19.09.2022 224
Web of Science	TS=(((((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("Needle-Exchange Programs" OR "syringe service*" OR "needle exchange*" OR "syringe exchange*" OR "injection facilit*" OR "injection service*")))) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	24.09.2022 177
Epistemonikos	("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("Needle-Exchange Programs" OR (needle OR syringe) AND (service* OR exchange*) OR (injection AND (service* OR facilit*))	22.09.2022 10
PsycInfo/ PSYNDEX	(((((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("Needle-Exchange Programs" OR "syringe service*" OR "needle exchange*"	28.09.2022 133

	OR "syringe exchange*" OR "injection facilit*" OR "injection service*"))))).mp.	

2. Opioid Related Disorders AND Drogenkonsumräume AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 2: Führt die Nutzung von Drogenkonsumräumen durch opioidabhängige Personen zu einer höheren Reduktion von lebensbedrohlichen Überdosierungen, höheren Inanspruchnahme von suchttherapeutischen Interventionen oder Behandlungen oder verbesserten körperlichen Gesundheit im Vergleich zu keiner Nutzung von Drogenkonsumräumen?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	((("Opioid-Related Disorders"[mh] OR "opioid use disorder*"[tiab] OR OUD[tiab]) OR ((opioid*[tiab]) AND (abuse*[tiab] OR addict*[tiab] OR dependen*[tiab] OR disorder*[tiab]))) AND ("drop-in centre"[tiab] OR "drop-in center"[tiab] OR "drug help facilit*"[tiab] OR "drug consumption room*"[tiab] OR "supervised injection facilit*"[tiab] OR "supervised injection site*"[tiab] OR "drug consumption room*"[tiab] OR "safe consumption site*"[tiab] OR "safe consumption facilit*"[tiab] OR "drug consumption facilit*"[tiab] OR "injection facilit*"[tiab] OR "syringe service*"[tiab] OR "needle exchange*"[tiab] OR "syringe exchange*"[tiab] OR "injection facilit*"[tiab]) AND (2017:2023[dp])	19.09.2022 201
Web of Science	TS=((((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("drop-in centre" OR "drop-in center" OR "drug help facilit*" OR "drug consumption room*" OR "supervised injection facilit*" OR "supervised injection site*" OR "drug consumption room*" OR "safe consumption site*" OR "safe consumption facilit*" OR "drug consumption facilit*" OR "injection facilit*" OR "syringe service*" OR "needle exchange*" OR "syringe exchange*" OR "injection facilit*"))) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	03.09.2022 193
Epistemonikos	("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND	22.09.2022 10

	("drop-in centre" OR "drop-in center" OR "drug help facility" OR "drug help facilities" OR "drug consumption room" OR "drug consumption rooms" OR "supervised injection facility" OR "supervised injection facilities" OR "supervised injection site" OR "supervised injection sites" OR "drug consumption room" OR "drug consumption rooms" OR "safe consumption site" OR "safe consumption sites" OR "safe consumption facility" OR "safe consumption facilities" OR "drug consumption facility" OR "drug consumption facilities" OR (needle OR syringe) AND (service* OR exchange*) OR (injection AND (service* OR facilit*))	
PsycInfo/ PSYNDEX	((((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("drop-in centre" OR "drop-in center" OR "drug help facilit*" OR "drug consumption room*" OR "supervised injection facilit*" OR "supervised injection site*" OR "drug consumption room*" OR "safe consumption site*" OR "safe consumption facilit*" OR "drug consumption facilit*" OR "injection facilit*" OR "syringe service*" OR "needle exchange*" OR "syringe exchange*" OR "injection facilit*"))).mp.	28.09.2022 140

3. Opioid Related Disorders AND Take-home Naloxone AND "Systematic" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 3: Führen Take-Home Naloxon-Programme bei opioidabhängigen Personen zu geringeren drogenbedingten Todesfällen im Vergleich zu keinen Take-Home Naloxon-Programmen?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	((((("Opioid-Related Disorders"[mh] OR "opioid use disorder*"[tiab] OR OUD[tiab]) OR ((opioid*[tiab]) AND (abuse*[tiab] OR addict*[tiab] OR dependen*[tiab] OR disorder*[tiab]))) AND (Take-home naloxone[tiab] OR "naloxone-kit"[tiab] OR "naloxone-kits"[tiab] OR (naloxone[mh] AND take-home[tiab]))) AND ("systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]) AND ((2017:2023[dp]))	19.09.2022 8
Web of Science	TS=(((((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("Take-home naloxone" OR naloxone-kit OR naloxone-kits OR (naloxone AND take-home)))))	24.09.2022 140

	AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	
Epistemonikos	("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (("Take-home naloxone" OR naloxone-kit OR naloxone-kits OR (naloxone AND take-home))	22.09.2022 4
PsycInfo/ PSYNDEX	(((((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("Take-home naloxone" OR naloxone-kit OR naloxone-kits OR (naloxone AND take-home))))).mp.	28.09.2022 82

4. Opioid Related Disorders AND Streetwork AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 4: Führt Straßen-Sozialarbeit für opioidabhängige Personen zu einer höheren Vermittlungsquote an Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen der Suchthilfe im Vergleich zu keiner Straßen-Sozialarbeit?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Outreach work"[tiab] OR streetwork[tiab] OR "street service"[tiab] OR "outreach service"[tiab]) AND (2017:2023[dp])	19.09.2022 4
Web of Science	TS=(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("Outreach work" OR streetwork OR "street service" OR "outreach service"))	24.09.2022 2

	AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	
Epistemonikos	("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("Outreach work" OR streetwork OR "street service" OR "outreach service")	22.09.2022 keine Treffer
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("Outreach work" OR streetwork OR "street service" OR "outreach service")).mp.	28.09.2022 2

5. Opioid Related Disorders AND "Niedrigschwellige Angebote (Intervention)" AND "Systematic" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 5: Führen niedrigschwellige Versorgungs- und Beratungsangebote (Kontaktläden) für opioidabhängige Personen zu einer höheren Anbindung in das weitere Suchthilfesystem im Vergleich zu keinen niedrigschwelligen Versorgungs- und Beratungsangeboten (Kontaktläden)?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	((("Opioid-Related Disorders"[mh] OR "opioid use disorder*"[tiab] OR OUD[tiab]) OR ((opioid*[tiab]) AND (abuse*[tiab] OR addict*[tiab] OR dependen*[tiab] OR disorder*[tiab]))) AND (((((("Needle-Exchange Programs"[mh] OR "syringe service*"[tiab] OR "needle exchange*"[tiab] OR "syringe exchange*"[tiab] OR "injection facilit*"[tiab] OR "injection service*"[tiab]) OR ("drop-in centre"[tiab] OR "drop-in center"[tiab] OR "drug help facilit*"[tiab] OR "drug consumption room*"[tiab] OR "supervised injection facilit*"[tiab] OR "supervised injection site*"[tiab] OR "drug consumption room*"[tiab] OR "safe consumption site*"[tiab] OR "safe consumption facilit*"[tiab] OR "drug consumption facilit*"[tiab] OR "injection facilit*"[tiab] OR "syringe service*"[tiab] OR "needle exchange*"[tiab] OR "syringe exchange*"[tiab] OR "injection facilit*"[tiab])) OR (Take-home naloxone[tiab] OR "naloxone-kit"[tiab] OR "naloxone-kits"[tiab] OR (naloxone[mh] AND take-home[tiab]))) OR ("Outreach work"[tiab] OR streetwork[tiab] OR "street service"[tiab] OR "outreach service"[tiab])) OR ("homeless shelter"[tiab] OR "low-threshold"[tiab] OR "social service*"[tiab] OR outreach[tiab])))	19.09.2022 16

	AND ("systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti] AND (2017:2023[dp]))	
Web of Science	TS=((((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (((((("Needle-Exchange Programs" OR "syringe service*" OR "needle exchange*" OR "syringe exchange*" OR "injection facilit*" OR "injection service*") OR ("drop-in centre" OR "drop-in center" OR "drug help facilit*" OR "drug consumption room*" OR "supervised injection facilit*" OR "supervised injection site*" OR "drug consumption room*" OR "safe consumption site*" OR "safe consumption facilit*" OR "drug consumption facilit*" OR "injection facilit*" OR "syringe service*" OR "needle exchange*" OR "syringe exchange*" OR "injection facilit*")) OR ("Take-home naloxone" OR naloxone-kit OR naloxone-kits OR (naloxone AND take-home))) OR ("Outreach work" OR streetwork OR "street service" OR "outreach service")) OR ("homeless shelter" OR low-threshold OR "social service*" OR outreach)))) AND TS=(systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	24.09.2022 24
Epistemonikos	("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*))) AND ("drop-in centre" OR "drop-in center" OR "drug help facility" OR "drug help facilities" OR "drug consumption room" OR "drug consumption rooms" OR "supervised injection facility" OR "supervised injection facilities" OR "supervised injection site" OR "supervised injection sites" OR "drug consumption room" OR "drug consumption rooms" OR "safe consumption site" OR "safe consumption sites" OR "safe consumption facility" OR "safe consumption facilities" OR "drug consumption facility" OR "drug consumption facilities" OR ((needle OR syringe) AND (service* OR exchange*)) OR (injection AND (service* OR facilit*)) AND (("Take-home naloxone" OR naloxone-kit OR naloxone-kits OR (naloxone AND take-home)) OR ("Outreach work" OR streetwork OR "street service" OR "outreach service")) OR ("homeless shelter" OR low-threshold OR "social service" OR "social services" OR outreach)	22.09.2022 66
PsycInfo/ PSYNDEX	((((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)))	28.09.2022 5

	AND (((((("Needle-Exchange Programs" OR "syringe service*" OR "needle exchange*" OR "syringe exchange*" OR "injection facilit*" OR "injection service*") OR ("drop-in centre" OR "drop-in center" OR "drug help facilit*" OR "drug consumption room*" OR "supervised injection facilit*" OR "supervised injection site*" OR "drug consumption room*" OR "safe consumption site*" OR "safe consumption facilit*" OR "drug consumption facilit*" OR "injection facilit*" OR "syringe service*" OR "needle exchange*" OR "syringe exchange*" OR "injection facilit*")) OR ("Take-home naloxone" OR naloxone-kit OR naloxone-kits OR (naloxone AND take-home))) OR ("Outreach work" OR streetwork OR "street service" OR "outreach service")) OR ("homeless shelter" OR low-threshold OR "social service*" OR outreach))) AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis)).mp.	

Alternativsuche zu 5: "Anbindung in das Suchthilfesystem (Outcome)"

Opioid Related Disorders AND "Anbindung in das Suchthilfesystem" AND PY 2017-2023

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("use of"[Title/Abstract] AND ("mental health services"[Title/Abstract] OR "social services"[Title/Abstract] OR "psychotherapy"[Title/Abstract] OR "self help groups"[Title/Abstract] OR "drug rehab*"[Title/Abstract] OR "addiction recovery"[Title/Abstract] OR "health service"[Title/Abstract] OR "addiction care"[Title/Abstract] OR "addiction aid"[Title/Abstract] OR "mental health service*"[Title/Abstract] OR "health service utilization"[Title/Abstract] OR "social service utilization"[Title/Abstract])) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	19.09.2022 99
Web of Science	TS=(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("use of" AND ("mental health services" OR "social services" OR psychotherapy OR "self help groups" OR "drug rehab*" OR "addiction recovery" OR "health service" OR "addiction care" OR "addiction aid" OR "mental health service*" OR "health service utilization" OR "social service utilization")))	24.09.2022 92

	AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	
Epistemonikos	("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*))) AND (("use of" AND ("mental health services" OR "social services" OR psychotherapy OR "self help groups" OR "drug rehabilitation" OR "addiction recovery" OR "health service" OR "addiction care" OR "addiction aid" OR "mental health service*" OR "mental health services" OR "health service utilization" OR "social	22.09.2022 keine Treffer
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("use of" AND ("mental health services" OR "social services" OR psychotherapy OR "self help groups" OR "drug rehab*" OR "addiction recovery" OR "health service" OR "addiction care" OR "addiction aid" OR "mental health service*" OR "health service utilization" OR "social service utilization"))).mp.	28.09.2022 335

AG Schadensminimierung | Primärstudien

1. und 2. (Opioid Related Disorders OR OST) AND (Spritzentauschprogramme OR Drogenkonsumräume) AND Primärstudien AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 1: Führen bedarfsgerechte Konsumutensilienvergabe und/oder Spritzentauschprogramme für intravenös konsumierende opioidabhängige Personen zu einer verbesserten körperlichen Gesundheit im Vergleich zu keiner bedarfsgerechten Konsumutensilienvergabe und/oder keinen Spritzentauschprogrammen?

Klinische Fragestellung 2: Führt die Nutzung von Drogenkonsumräumen durch opioidabhängige Personen zu einer höheren Reduktion von lebensbedrohlichen Überdosierungen, höheren Inanspruchnahme von suchttherapeutischen Interventionen oder Behandlungen oder verbesserten körperlichen Gesundheit im Vergleich zu keiner Nutzung von Drogenkonsumräumen?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract])) OR ("opiate substitution treatment"[MeSH Terms] OR "opioid related disorders/drug therapy"[MeSH Terms] OR "opioid maintenance treatment*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution therap*"[Title/Abstract] OR "opioid substitution treatment*"[Title/Abstract] OR "OST"[Title/Abstract] OR "opioid replacement therap*"[Title/Abstract] OR "opioid agonist treatment"[Title/Abstract] OR "opioid	10.08.2023 66

	agonist therap*"[Title/Abstract] OR "OAT"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("medication assisted treatment*"[Title/Abstract] OR "medication assisted therap*"[Title/Abstract])) OR "Buprenorphine"[Text Word] OR "Codeine"[Text Word] OR "Dihydrocodeine"[Text Word] OR "Dihydromorphine"[Text Word] OR "Fentanyl"[Text Word] OR "Hydrocodone"[Text Word] OR "Hydromorphone"[Text Word] OR "Levomethadone"[Text Word] OR "Methadone"[Text Word] OR "Morphine"[Text Word] OR "Oxycodone"[Text Word] OR "Oxymorphone"[Text Word] OR "Tapentadol"[Text Word] OR "Tilidine"[Text Word] OR "Tramadol"[Text Word] OR ("opioid agonist"[Title/Abstract] AND ("treatment"[Title/Abstract] OR "therap*"[Title/Abstract])) OR "OAT"[Title/Abstract])) AND ("Needle-Exchange Programs"[MeSH Terms] OR "syringe service*"[Title/Abstract] OR "needle exchange*"[Title/Abstract] OR "syringe exchange*"[Title/Abstract] OR "injection facilit*"[Title/Abstract] OR "injection service*"[Title/Abstract] OR "drop-in centre"[tiab] OR "drop-in center"[tiab] OR "drug help facilit*"[tiab] OR "drug consumption room*"[tiab] OR "supervised injection facilit*"[tiab] OR "supervised injection site*"[tiab] OR "drug consumption room*"[tiab] OR "safe consumption site*"[tiab] OR "safe consumption facilit*"[tiab] OR "drug consumption facilit*"[tiab] OR "injection facilit*"[tiab]) AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract]))) AND (2017:2023[dp]))	
Web of Science	((TS=(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)))) OR (TS=(("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)))) AND TS=("Needle-Exchange Programs" OR "syringe service*" OR "needle exchange*" OR "syringe exchange*" OR "injection facilit*" OR "injection service*" OR "drop-in centre" OR "drop-in center" OR "drug help facilit*" OR "drug consumption room*" OR "supervised injection facilit*" OR "supervised injection site*" OR "safe consumption site*" OR "safe consumption facilit*" OR	10.08.2023 59

	"drug consumption facilit*" OR "injection facilit*") AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND PY==("2023" OR "2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*) OR ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT))) AND ("Needle-Exchange Programs" OR "syringe service*" OR "needle exchange*" OR "syringe exchange*" OR "injection facilit*" OR "injection service*" OR "drop-in centre" OR "drop-in center" OR "drug help facilit*" OR "drug consumption room*" OR "supervised injection facilit*" OR "supervised injection site*" OR "safe consumption site*" OR "safe consumption facilit*" OR "drug consumption facilit*" OR "injection facilit*")	10.08.2023 88
PsycInfo/ PSYNDEX	(((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*) OR ("opiate substitution treatment*" OR "drug therapy" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR "opioid agonist treatment" OR "opioid agonist therap*" OR OAT OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT))) AND ("Needle-Exchange Programs" OR "syringe service*" OR "needle exchange*" OR "syringe exchange*" OR "injection facilit*" OR "injection service*" OR "drop-in centre" OR "drop-in center" OR "drug help facilit*" OR "drug consumption room*" OR "supervised injection facilit*" OR "supervised injection site*" OR "safe consumption site*" OR "safe consumption facilit*" OR "drug consumption	10.082023 30

	facilit*" OR "injection facilit*") AND ("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "randomi#ed" OR placebo OR randomly OR "cohort studies" OR cohort study OR cohort studies)).mp.	

3. Opioid Related Disorders AND Take-home Naloxone AND "Primärstudien" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 3: Führen Take-Home Naloxon-Programme bei opioidabhängigen Personen zu geringeren drogenbedingten Todesfällen im Vergleich zu keinen Take-Home Naloxon-Programmen?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	((((("Opioid-Related Disorders"[mh] OR "opioid use disorder*"[tiab] OR OUD[tiab]) OR ((opioid*[tiab]) AND (abuse*[tiab] OR addict*[tiab] OR dependen*[tiab] OR disorder*[tiab]))) AND (Take-home naloxone[tiab] OR "naloxone-kit"[tiab] OR "naloxone-kits"[tiab] OR (naloxone[mh] AND take-home[tiab]))) AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract]))) AND ((2017:2023[dp]))	05.02.2023 43
Web of Science	TS=(((((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("Take-home naloxone" OR naloxone-kit OR naloxone-kits OR (naloxone AND take-home))))) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR	17.02.2023 37

	(AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND PY==("2023" OR "2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	
Epistemonikos	("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (("Take-home naloxone" OR naloxone-kit OR naloxone-kits OR (naloxone AND take-home))	09.02.2023 3
PsycInfo/ PSYNDEX	(((((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("Take-home naloxone" OR naloxone-kit OR naloxone-kits OR (naloxone AND take-home))))) AND ("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "randomi#ed" OR placebo OR randomly OR "cohort studies" OR cohort study OR cohort studies).mp.	17.02.2023 20

4. Opioid Related Disorders AND Streetwork AND "Primärstudien" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 4: Führt Straßen-Sozialarbeit für opioidabhängige Personen zu einer höheren Vermittlungsquote an Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen der Suchthilfe im Vergleich zu keiner Straßen-Sozialarbeit?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Outreach work"[tiab] OR streetwork[tiab] OR "street service"[tiab] OR "outreach service"[tiab])	05.02.2023 1

	AND (((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract]))) AND (2017:2023[dp]) **Mit erweitertem String für "Streetwork":** ("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("Outreach work"[tiab] OR streetwork[tiab] OR "street service"[tiab] OR "outreach service"[tiab] OR "Social Support"[MeSH] OR "Social Support"[tiab] OR Social Work[MeSH] OR "Social Work"[tiab]) AND (((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract]))) AND (2017:2023[dp])	05.02.2023 34
Web of Science	TS=(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("Outreach work" OR streetwork OR "street service" OR "outreach service")) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies)))	09.02.2023 1

	AND PY==("2023" OR "2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017") **Mit erweitertem String für "Streetwork":** TS=(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("Outreach work" OR streetwork OR "street service" OR "outreach service" OR "Social Support" OR "Social Work")) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND PY==("2023" OR "2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	17.02.2023 32
Epistemonikos	("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)) AND ("Outreach work" OR streetwork OR "street service" OR "outreach service") **Mit erweitertem String für "Streetwork":** ("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)) AND ("Outreach work" OR streetwork OR "street service" OR "outreach service" OR "Social Support" OR "Social Work")	09.02.2023 1 08.02.2023 30
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("Outreach work" OR streetwork OR "street service" OR "outreach service")) AND ("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "randomi#ed" OR placebo OR randomly OR "cohort studies" OR cohort study OR cohort studies).mp. **Mit erweitertem String für "Streetwork":** (("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid*	09.02.2023 keine Treffer 17.02.2023 13

	AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("Outreach work" OR streetwork OR "street service" OR "outreach service" OR "Social Support" OR Social Work)) AND ("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "randomi#ed" OR placebo OR randomly OR "cohort studies" OR cohort study OR cohort studies).mp.	

5. Opioid Related Disorders AND "Niedrigschwellige Angebote (Intervention)" AND "Primärstudien" AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 5: Führen niedrigschwellige Versorgungs- und Beratungsangebote (Kontaktläden) für opioidabhängige Personen zu einer höheren Anbindung in das weitere Suchthilfesystem im Vergleich zu keinen niedrigschwelligen Versorgungs- und Beratungsangeboten (Kontaktläden)?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	(((("Opioid-Related Disorders"[mh] OR "opioid use disorder*"[tiab] OR OUD[tiab]) OR ((opioid*[tiab]) AND (abuse*[tiab] OR addict*[tiab] OR dependen*[tiab] OR disorder*[tiab]))) AND (((((("Needle-Exchange Programs"[mh] OR "syringe service*"[tiab] OR "needle exchange*"[tiab] OR "syringe exchange*"[tiab] OR "injection facilit*"[tiab] OR "injection service*"[tiab]) OR ("drop-in centre"[tiab] OR "drop-in center"[tiab] OR "drug help facilit*"[tiab] OR "drug consumption room*"[tiab] OR "supervised injection facilit*"[tiab] OR "supervised injection site*"[tiab] OR "drug consumption room*"[tiab] OR "safe consumption site*"[tiab] OR "safe consumption facilit*"[tiab] OR "drug consumption facilit*"[tiab] OR "injection facilit*"[tiab] OR "syringe service*"[tiab] OR "needle exchange*"[tiab] OR "syringe exchange*"[tiab] OR "injection facilit*"[tiab])) OR (Take-home naloxone[tiab] OR "naloxone-kit"[tiab] OR "naloxone-kits"[tiab] OR (naloxone[mh] AND take-home[tiab]))) OR ("Outreach work"[tiab] OR streetwork[tiab] OR "street service"[tiab] OR "outreach service"[tiab])) OR ("homeless shelter"[tiab] OR "low-threshold"[tiab] OR "social service*"[tiab] OR outreach[tiab]))) AND ((("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "randomised"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) OR ("cohort studies"[MeSH Terms:noexp] OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "study"[Title/Abstract]) OR ("cohort"[Title/Abstract] AND "studies"[Title/Abstract])))	05.02.2023 133

	AND (2017:2023[dp]))	
Web of Science	TS=((((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (((((("Needle-Exchange Programs" OR "syringe service*" OR "needle exchange*" OR "syringe exchange*" OR "injection facilit*" OR "injection service*") OR ("drop-in centre" OR "drop-in center" OR "drug help facilit*" OR "drug consumption room*" OR "supervised injection facilit*" OR "supervised injection site*" OR "drug consumption room*" OR "safe consumption site*" OR "safe consumption facilit*" OR "drug consumption facilit*" OR "injection facilit*" OR "syringe service*" OR "needle exchange*" OR "syringe exchange*" OR "injection facilit*")) OR ("Take-home naloxone" OR naloxone-kit OR naloxone-kits OR (naloxone AND take-home))) OR ("Outreach work" OR streetwork OR "street service" OR "outreach service")) OR ("homeless shelter" OR low-threshold OR "social service*" OR outreach)))) AND (TS=("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR (TI=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly" OR "trial")) OR (AB=("randomi?ed" OR "placebo" OR "randomly")) OR (TS=("cohort studies")) OR (TI=(cohort AND study)) OR (TI=(cohort AND studies)) OR (AB=(cohort AND study)) OR (AB=(cohort AND studies))) AND PY==("2023" OR "2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	17.02.2023 119
Epistemonikos	("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*))) AND (("use of" AND ("mental health services" OR "social services" OR psychotherapy OR "self help groups" OR "drug rehabilitation" OR "addiction recovery" OR "health service" OR "addiction care" OR "addiction aid" OR "mental health service*" OR "mental health services" OR "health service utilization" OR "social service utilization"))	09.02.2023 67
PsycInfo/ PSYNDEX	((((("Opioid-Related Disorder*" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (((((("Needle-Exchange Programs" OR "syringe service*" OR "needle exchange*" OR "syringe exchange*" OR "injection facilit*" OR "injection service*") OR ("drop-in centre" OR "drop-in center" OR "drug help facilit*" OR "drug consumption room*" OR "supervised injection facilit*" OR "supervised injection site*" OR "drug consumption room*" OR "safe consumption site*" OR	09.02.2023 56

	"safe consumption facilit*" OR "drug consumption facilit*" OR "injection facilit*" OR "syringe service*" OR "needle exchange*" OR "syringe exchange*" OR "injection facilit*")) OR ("Take-home naloxone" OR naloxone-kit OR naloxone-kits OR (naloxone AND take-home))) OR ("Outreach work" OR streetwork OR "street service" OR "outreach service")) OR ("homeless shelter" OR low-threshold OR "social service*" OR outreach))) AND ("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "randomi#ed" OR placebo OR randomly OR "cohort studies" OR cohort study OR cohort studies)).mp.	

AG Selbsthilfe | Aggregierte Evidenz

Opioid Related Disorders AND Opioid Substitution Treatment AND Selbsthilfe AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 1: Führt die Teilnahme an einer Form der Selbsthilfe bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in einer Opioid-Agonisten-Therapie zu einer verbesserten psychischen Gesundheit, einem geringeren Substanzkonsum, einer höheren Retention, einer verbesserten familiären Situation, Arbeitssituation sowie zu geringerer krimineller Aktivität im Vergleich zu keiner Teilnahme an einer Form der Selbsthilfe?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[mh] OR "opioid use disorder*"[tiab] OR OUD[tiab]) OR ((opioid*[tiab]) AND (abuse*[tiab] OR addict*[tiab] OR dependen*[tiab] OR disorder*[tiab])) AND ("opiate substitution treatment"[mh] OR "Opioid-Related Disorders/drug therapy"[mh] OR opioid maintenance treatment*[tiab] OR opioid substitution therap*[tiab] OR opioid substitution treatment*[tiab] OR OST[tiab] OR opioid replacement therap*[tiab] OR (opioid*[tiab] AND (medication assisted treatment*[tiab] OR medication assisted therap*[tiab])) OR Buprenorphine[tw] OR Codeine[tw] OR Dihydrocodeine[tw] OR Dihydromorphine[tw] OR Fentanyl[tw] OR Hydrocodone[tw] OR Hydromorphone[tw] OR Levomethadone[tw] OR Methadone[tw] OR Morphine[tw] OR Oxycodone[tw] OR Oxymorphone[tw] OR Tapentadol[tw] OR Tilidine[tw] OR Tramadol[tw] OR (Opioid agonist[tiab] AND (treatment[tiab] OR therap*[tiab])) OR OAT[tiab]) AND ("Self-Help Groups"[mh] OR "Self-help Group*"[tiab] OR "Encounter group*"[tiab] OR "Support group*"[tiab] OR "Therapeutic Social Club*"[tiab]) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	19.09.2022 27 Aktualisierung für Primärstudien 24.01.2023 keine Treffer

Web of Science	TS=((((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)) AND ("opiate substitution treatment*" OR "opioid maintenance treatment*" OR "opioid substitution therap*" OR "opioid substitution treatment*" OR OST OR "opioid replacement therap*" OR (opioid* AND ("medication assisted treatment*" OR "medication assisted therap*")) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)) AND (("Self-Help Group*" OR "Encounter group*" OR "Support group*" OR "Therapeutic Social Club*")))) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	24.09.2022 37 Aktualisierung für Primärstudien (in google xls tabelle) 24.01.2023 2
Epistemonikos	((("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ((opiate substitution treatment*) OR (opioid maintenance treatment*) OR (opioid substitution therap*) OR OST OR (opioid replacement therap*) OR (opioid* AND ((medication assisted treatment*) OR (medication assisted therap*))) OR Buprenorphine OR Codeine OR Dihydrocodeine OR Dihydromorphine OR Fentanyl OR Hydrocodone OR Hydromorphone OR Levomethadone OR Methadone OR Morphine OR Oxycodone OR Oxymorphone OR Tapentadol OR Tilidine OR Tramadol OR ("Opioid agonist" AND (treatment OR therap*)) OR OAT)) AND (((Self-Help Group*) OR (Encounter group*) OR (Support group*) OR (Therapeutic Social Club*)))	22.09.2022 35 Aktualisierung für Primärstudien (nichts übernommen) 24.01.2023 13
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorders" or "opioid use disorder*" or OUD or (opioid* and (abuse* or addict* or dependen* or disorder*))) and ("opiate substitution treatment*" or "opioid maintenance treatment*" or "opioid substitution therap*" or "opioid substitution treatment*" or OST or "opioid replacement therap*" or (opioid* and ("medication assisted treatment*" or "medication assisted therap*")) or Buprenorphine or Codeine or Dihydrocodeine or Dihydromorphine or Fentanyl or Hydrocodone or Hydromorphone or Levomethadone or Methadone or Morphine or Oxycodone or Oxymorphone or Tapentadol or Tilidine or Tramadol or ("Opioid agonist" and (treatment or	28.09.2022 12 Aktualisierung für Primärstudien 24.01.2023 keine Treffer

	therap*)) or OAT) and ("Self-Help Group*" or "Encounter group*" or "Support group*" or "Therapeutic Social Club*")).mp.	

AG Versorgungsfragen | Aggregierte Evidenz

1. Opioid Related Disorders AND Systemic/Family Therapy AND Outcome1 AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 1: Führen Familientherapie und/oder systemische Therapie bei erziehungsberechtigten Personen mit opioidbezogenen Störungen zu einer höheren Retention, verbesserten Teilhabe, Lebensqualität oder geringeren Rückfällen in den Gebrauch illegaler Opioide im Vergleich zu keiner Familientherapie oder systemischen Therapie?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND (("Family Therapy"[MeSH Terms] OR "Family"[MeSH Terms] OR ("systemic"[Title/Abstract] OR "Family"[Title/Abstract])) AND ("therap*"[Title/Abstract] OR "psychotherap*"[Title/Abstract] OR "coaching"[Title/Abstract] OR "intervention*"[Title/Abstract] OR "counsel*"[Title/Abstract])) AND ("relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[Title/Abstract] OR "Quality of Life"[MeSH Terms] OR "Social participation"[tiab] OR "Social integration"[tiab] OR "social isolation"[tiab] OR "social disintegration"[tiab] OR "social inclusion"[tiab]) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	07.11.2022 65 Primärstudien 17.03.2023 22
Web of Science	TS=(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ((systemic OR Family) AND (therap* OR psychotherap* OR coaching OR intervention* OR counsel*))	17.03.2023 109

	AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR "Social participation" OR "Social integration" OR "social isolation" OR "social disintegration" OR "social inclusion")) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)))) AND ((systemic OR Family) AND (therap* OR psychotherap* OR coaching OR intervention* OR counsel*)) AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out* OR dropout* OR "Quality of Life" OR "Social participation" OR "Social integration" OR "social isolation" OR "social disintegration" OR "social inclusion")	07.11.2022 11 Primärstudien 17.03.2023 30
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ((systemic OR Family) AND (therap* OR psychotherap* OR coaching OR intervention* OR counsel*)) AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Quality of Life" OR "Social participation" OR "Social integration" OR "social isolation" OR "social disintegration" OR "social inclusion")).mp.	07.11.2022 42 Primärstudien 17.03.2023 45

2. Opioid Related Disorders AND Case Management AND Outcome2 AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 2: Führt eine zentrale, unabhängige Fallkoordination/ein zentrales, unabhängiges Casemanagement bei opioidabhängigen Personen zu einer höheren Retention, verbesserten Teilhabe oder geringeren Rückfällen in den Gebrauch illegaler Opioide im Vergleich zu keiner Fallkoordination/keinem Casemanagement?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl

PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("core-shell-model"[Title/Abstract] OR "Case Management"[mh] OR "case management"[tiab]) AND ("relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Social participation"[tiab] OR "Social integration"[tiab] OR "social isolation"[tiab] OR "social disintegration"[tiab] OR "social inclusion"[tiab]) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	07.11.2022 13 Primärstudien 17.03.2023 3
Web of Science	TS=(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (core-shell-model OR "case management") AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Social participation" OR "Social integration" OR "social isolation" OR "social disintegration" OR "social inclusion")) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	07.11.2022 16 Primärstudien 17.03.2023 15
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)))) AND (core-shell-model OR "case management") AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out* OR dropout* OR "Social participation" OR "Social integration" OR "social isolation" OR "social disintegration" OR "social inclusion")	07.11.2022 5 Primärstudien 17.03.2023 5
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND	07.11.2022 8 Primärstudien 17.03.2023 7

	(core-shell-model OR "case management") AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Social participation" OR "Social integration" OR "social isolation" OR "social disintegration" OR "social inclusion")).mp.	

3. Opioid Related Disorders AND Integrierte Versorgung AND Outcome3 AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 3: Führt eine Integrierte Versorgung bei opioidabhängigen Personen zu einer höheren Retention, verbesserten psychischen oder körperlichen Gesundheit, Lebensqualität, Teilhabe oder geringeren Rückfällen in den Gebrauch illegaler Opioide im Vergleich zu keiner Integrierten Versorgung?

Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	("Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "opioid use disorder*"[Title/Abstract] OR "OUD"[Title/Abstract] OR ("opioid*"[Title/Abstract] AND ("abuse*"[Title/Abstract] OR "addict*"[Title/Abstract] OR "dependen*"[Title/Abstract] OR "disorder*"[Title/Abstract]))) AND ("integrated therap*"[tiab] OR "integrated treatment*"[tiab]) AND ("relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Social participation"[tiab] OR "Social integration"[tiab] OR "social isolation"[tiab] OR "social disintegration"[tiab] OR "social inclusion"[tiab] OR "Quality of Life"[tiab] OR Quality of Life[mh] OR domestic[tiab] OR family[tiab] OR "Mental Health"[tiab] OR "Physical Health"[tiab] OR "Psychological Health"[tiab] OR "Mental illness"[tiab]) AND 2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication]	07.11.2022 16 Primärstudien 17.03.2023 6
Web of Science	TS=(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("integrated therap*" OR "integrated treatment*") AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Social participation" OR "Social integration" OR "social isolation" OR "social disintegration" OR "social inclusion" OR "Quality of Life" OR domestic OR family OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR	07.11.2022 28 Primärstudien 17.03.2023 24

	"Psychological Health" OR "Mental illness")) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	
Epistemonikos	(("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)))) AND ("integrated therapy" OR "integrated treatment" OR "integrated therapies" OR "integrated treatments") AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out* OR dropout* OR "Social participation" OR "Social integration" OR "social isolation" OR "social disintegration" OR "social inclusion" OR "Quality of Life" OR domestic OR family OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness")	07.11.2022 7 Primärstudien 17.03.2023 7
PsycInfo/ PSYNDEX	(("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND ("integrated therap*" OR "integrated treatment*") AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Social participation" OR "Social integration" OR "social isolation" OR "social disintegration" OR "social inclusion" OR "Quality of Life" OR domestic OR family OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness")).mp.	07.11.2022 13 Primärstudien 17.03.2023 15

4. Opioid Related Disorders AND Altersspezifische Angebote AND Outcome4 AND Systematic AND PY 2017-2023

Klinische Fragestellung 4: Führen altersspezifische Angebote bei opioidabhängigen Personen im Alter bis einschließlich 24 Jahren oder ab einem Alter von 40 Jahren zu einer höheren Retention, besseren körperlichen oder psychischen Gesundheit, besseren Teilhabe, stärkeren Reduktion des illegalen Opioidkonsums oder einer höheren Aufnahmequote einer Suchtbehandlung oder Opioid-Agonisten-Therapie im Vergleich zu altersunspezifischen Angeboten?		
Datenbank	Search String	Ergebniszahl
PubMed	(((((("Opioid-Related Disorders"[mh] OR "opioid use disorder*"[tiab] OR OUD[tiab]) OR ((opioid*[tiab]) AND (abuse*[tiab] OR addict*[tiab] OR	07.11.2022 17 Primärstudien

	dependen*[tiab] OR disorder*[tiab]))) AND ("Age-specific"[tiab] OR "Age Factors"[mh] OR "Young Adult"[Mesh] OR "Adolescent"[Mesh] OR "Middle Aged"[Mesh] OR "Aged"[Mesh])) AND ("relapse*"[Title/Abstract] OR "recurrence*"[Title/Abstract] OR "Recrudescence"[Title/Abstract] OR "Retention"[Title/Abstract] OR "Retention in Care"[MeSH Terms] OR "patient dropouts"[MeSH Terms] OR "drop-out"[Title/Abstract] OR "Social participation"[tiab] OR "Social integration"[tiab] OR "social isolation"[tiab] OR "social disintegration"[tiab] OR "social inclusion"[tiab] OR "Mental Health"[tiab] OR "Physical Health"[tiab] OR "Psychological Health"[tiab] OR "Mental illness"[tiab])) AND (("systematic"[sb] OR meta-analysis[pt] OR meta-analysis[ti] OR metaanalysis[ti]))) AND (2017/01/01:2023/12/31[Date - Publication])	17.03.2023 3
Web of Science	TS=((((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (Age-specific OR "Age Factor*" OR "Young Adult*" OR Adolescent* OR "Middle Aged" OR Aged)) AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Social participation" OR "Social integration" OR "social isolation" OR "social disintegration" OR "social inclusion" OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness")) AND TS=(systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis) AND PY==("2022" OR "2021" OR "2020" OR "2019" OR "2018" OR "2017")	07.11.2022 67 Primärstudien 17.03.2023 68
Epistemonikos	((("Opioid-Related Disorder" OR "Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder" OR "opioid use disorders" OR OUD OR (opioid* AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*)))) AND	07.11.2022 12 Primärstudien 17.03.2023 146

	(Age-specific OR "Age Factor*" OR "Young Adult*" OR Adolescent* OR "Middle Aged" OR Aged)) AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out* OR dropout* OR "Social participation" OR "Social integration" OR "social isolation" OR "social disintegration" OR "social inclusion" OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness")	
PsycInfo/ PSYNDEX	((((("Opioid-Related Disorders" OR "opioid use disorder*" OR OUD) OR ((opioid*) AND (abuse* OR addict* OR dependen* OR disorder*))) AND (Age-specific OR "Age Factor*" OR "Young Adult*" OR Adolescent* OR "Middle Aged" OR Aged)) AND (relapse* OR recurrence* OR Recrudescence OR Retention OR "Retention in Care" OR "patient dropouts" OR drop-out OR "Social participation" OR "Social integration" OR "social isolation" OR "social disintegration" OR "social inclusion" OR "Mental Health" OR "Physical Health" OR "Psychological Health" OR "Mental illness")).mp. AND (systematic review OR meta-analysis OR metaanalysis).mp.	07.11.2022 8 Primärstudien 17.03.2023 9

S3-Leitlinie
Opioidbezogene Störungen

Anlage 3 | PRISMA-Flussdiagramm* der Aggregierten Evidenz und Primärdaten

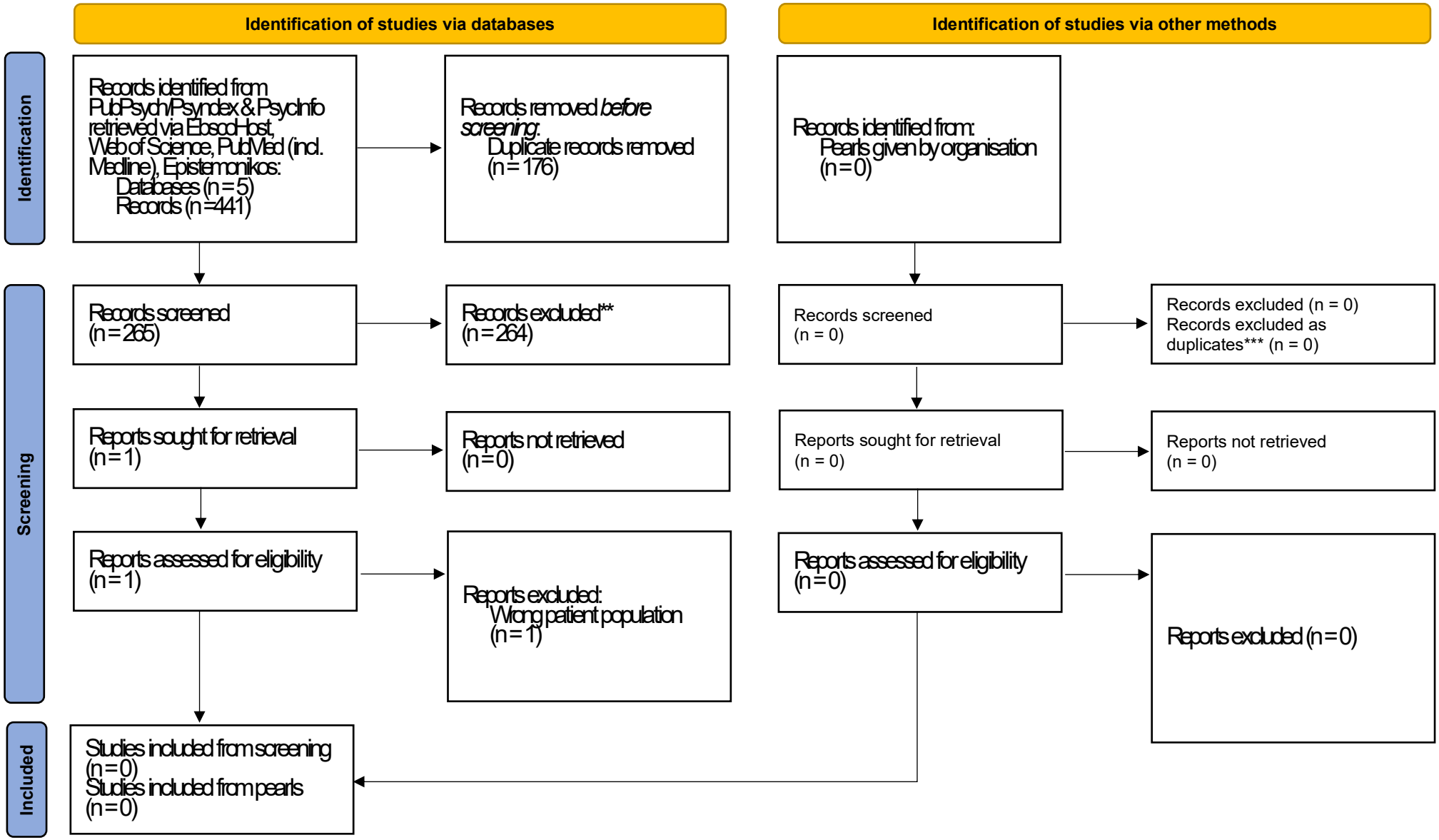
AWMF-Register Nr. 076/012
Verfügbar unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-012
Version: 1.0

Federführung
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht)
Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (DGS)

Koordination
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg

Das dieser Veröffentlichung zugrundliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21015 gefördert.

*Quelle: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n7



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

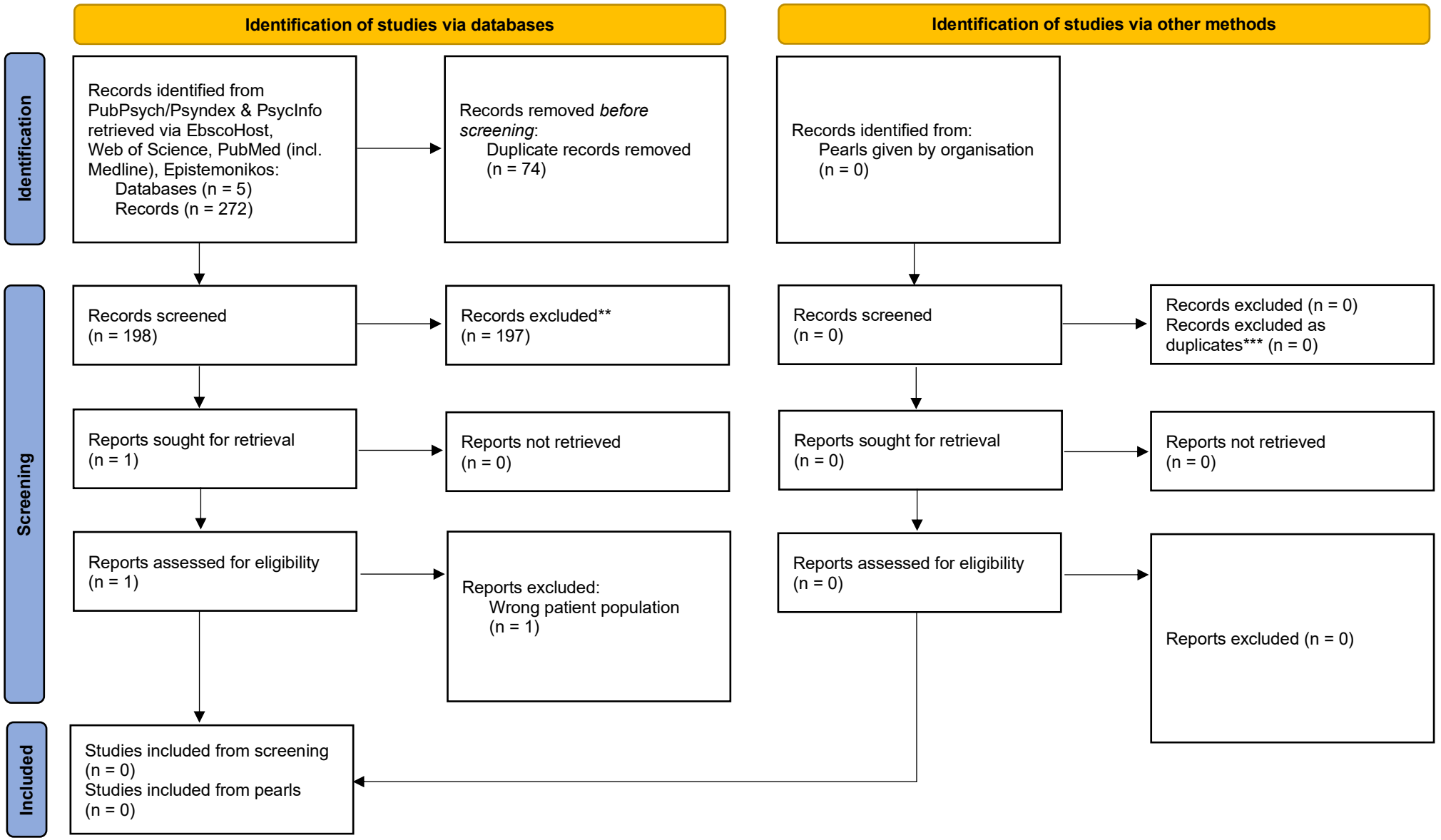
Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Aggregierte Evidenz | AG *Diagnostik* | PICO 1

***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Patnode, Carrie D.; Perdue, Leslie A.; Rushkin, Megan; O'Connor, Elizabeth A. Screening for Unhealthy Drug Use in Primary Care in Adolescents and Adults, Including Pregnant Persons: Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force	Wrong patient population

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

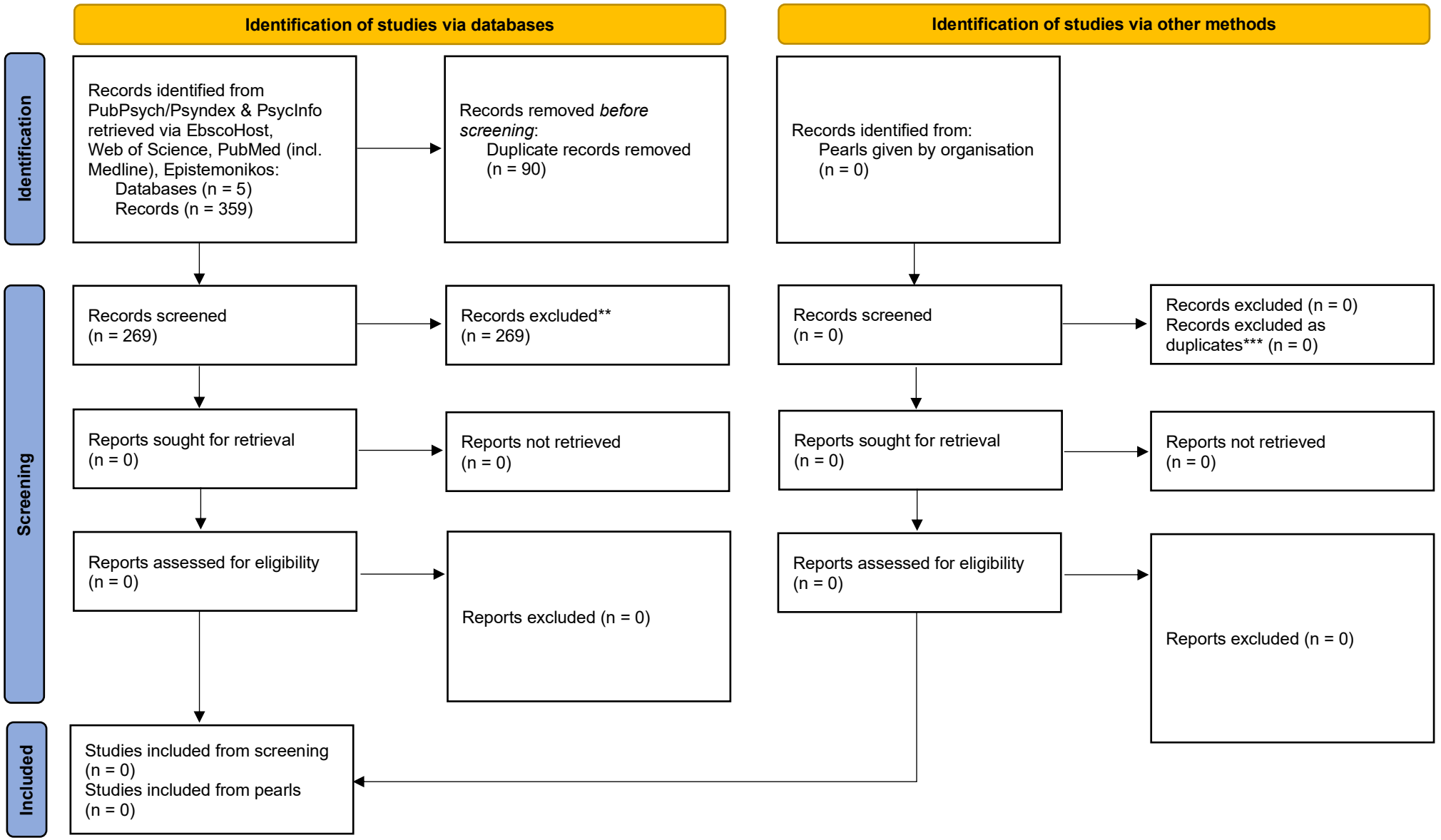
Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Aggregierte Evidenz | AG *Diagnostik* | PICO 2

List of excluded studies

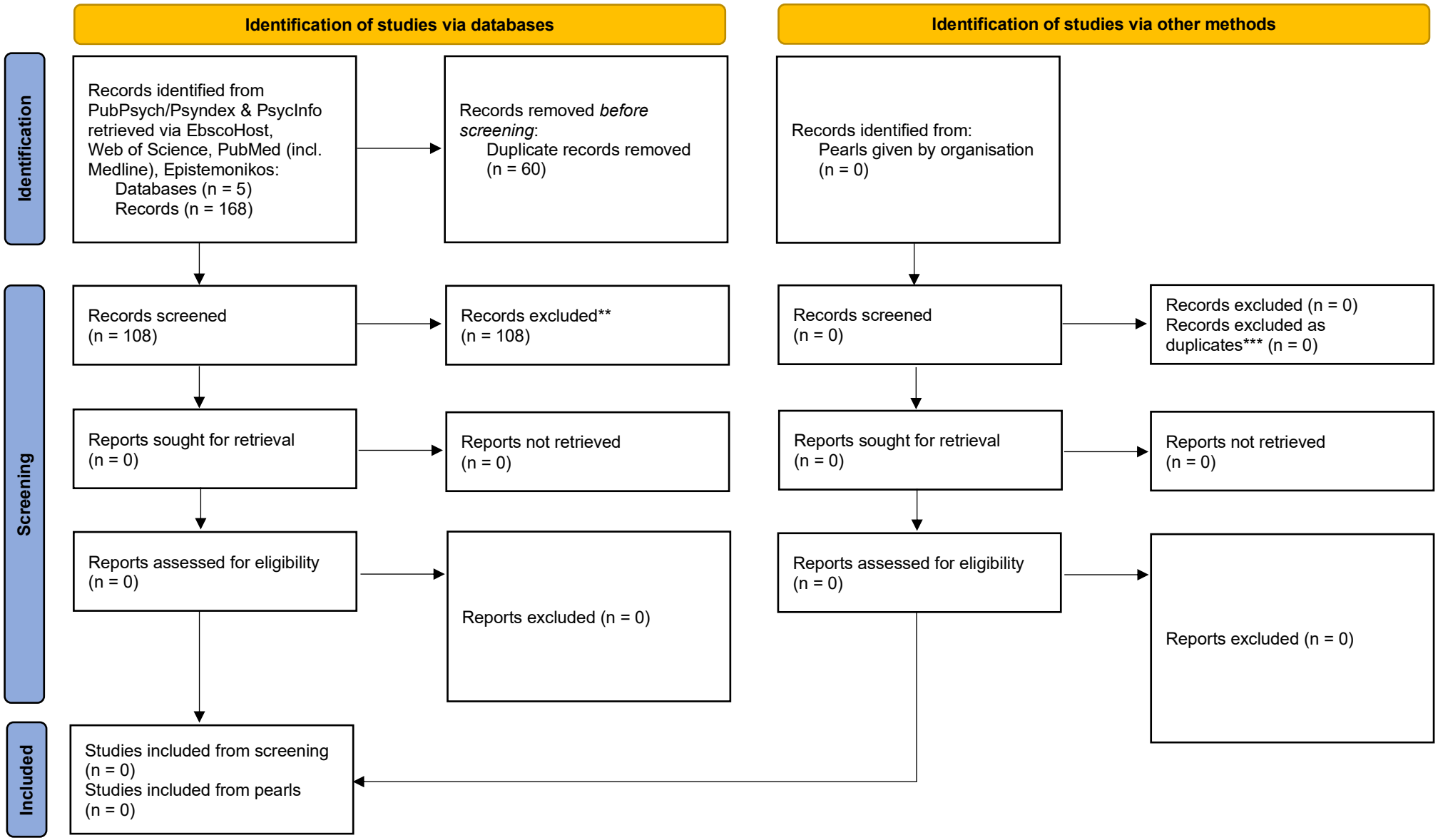
Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Patnode, Carrie D; Perdue, Leslie A; Rushkin, Megan; Dana, Tracy; Blazina, Ian; Bougatsos, Christina; Grusing, Sara; O'Connor, Elizabeth A; Fu, Rongwei; Chou, Roger. Screening for unhealthy drug use: Updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force.	Wrong patient population

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

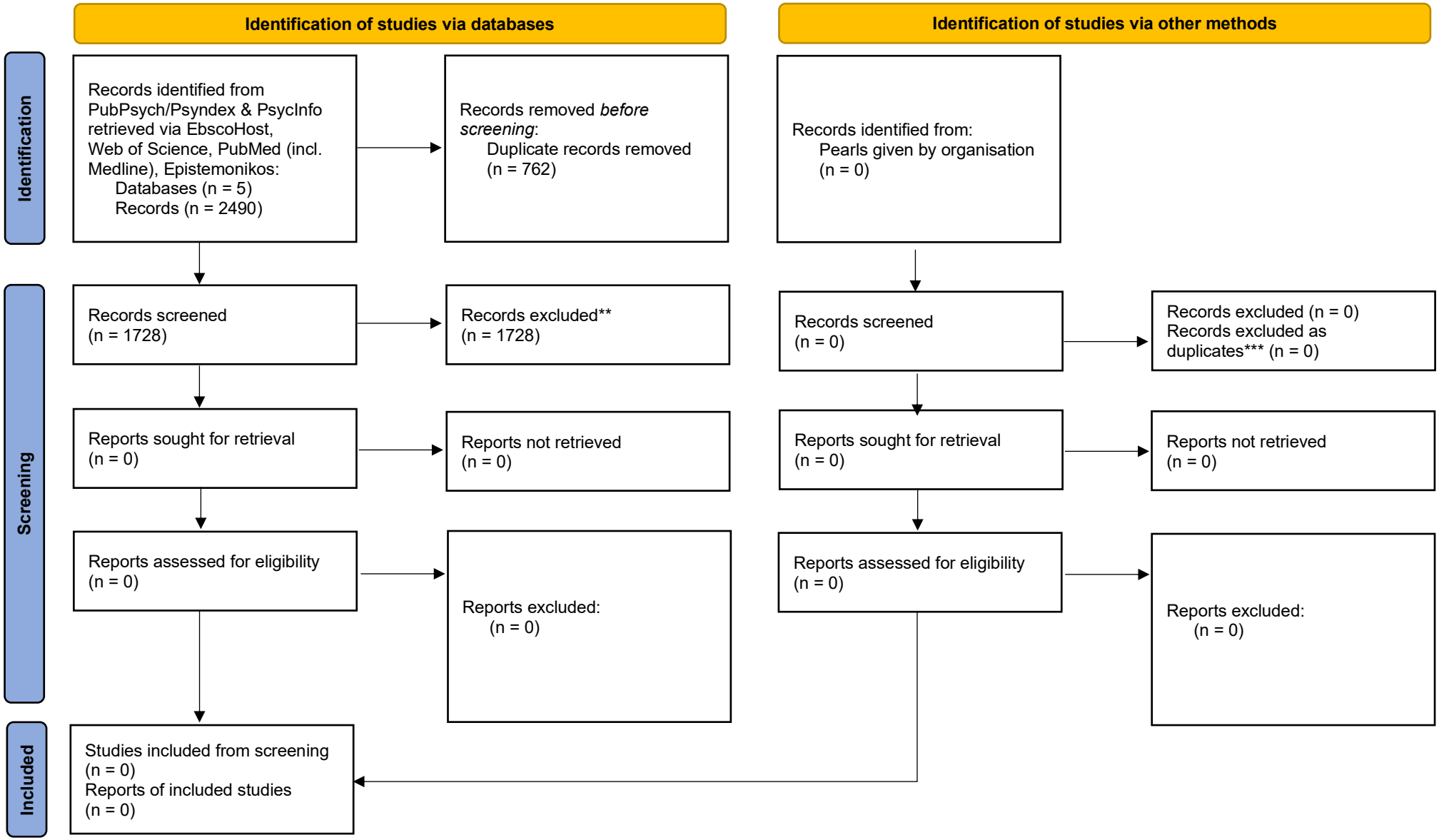
Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Aggregierte Evidenz | AG *Diagnostik* | PICO 3



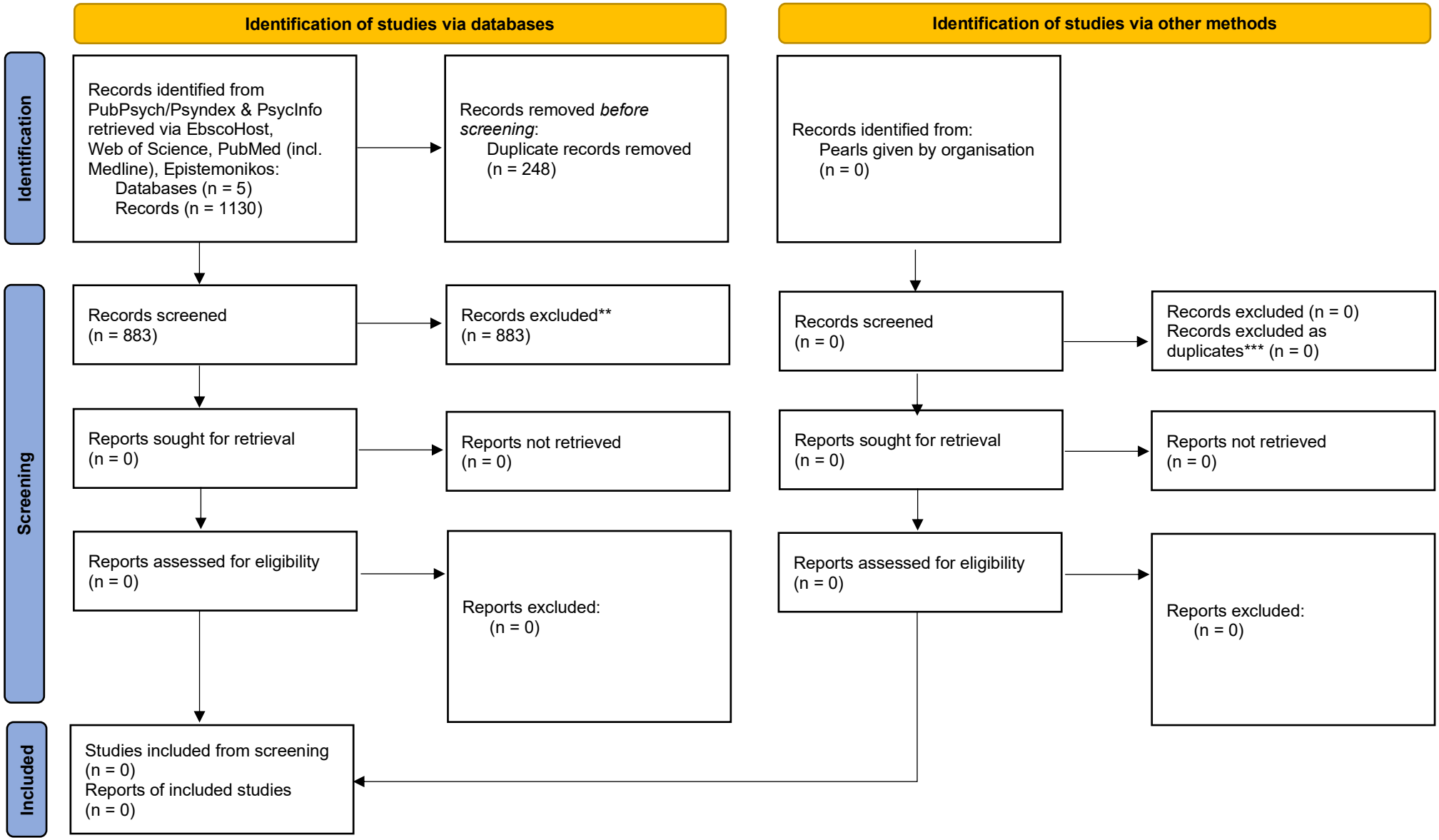
*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.



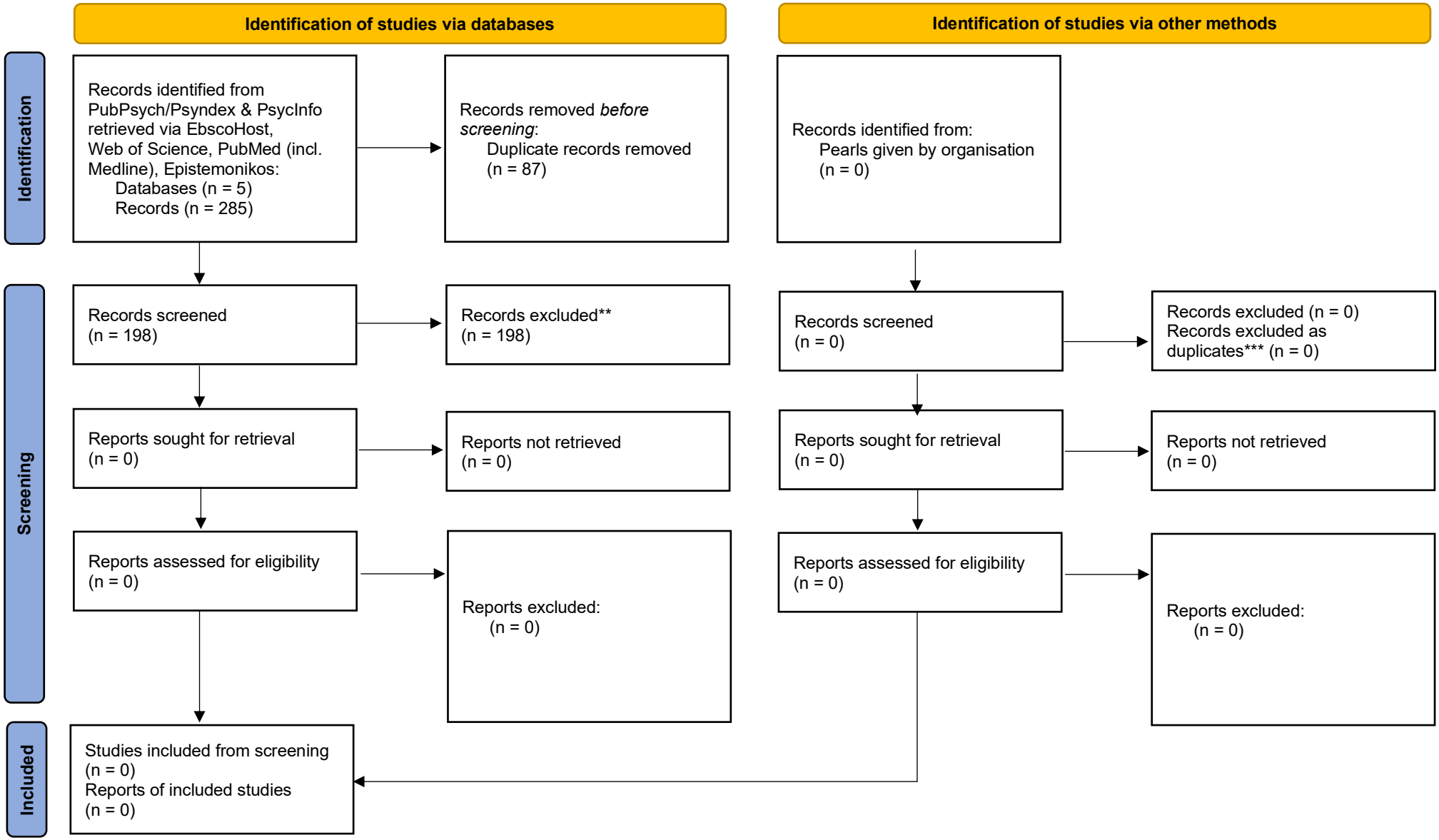
*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.



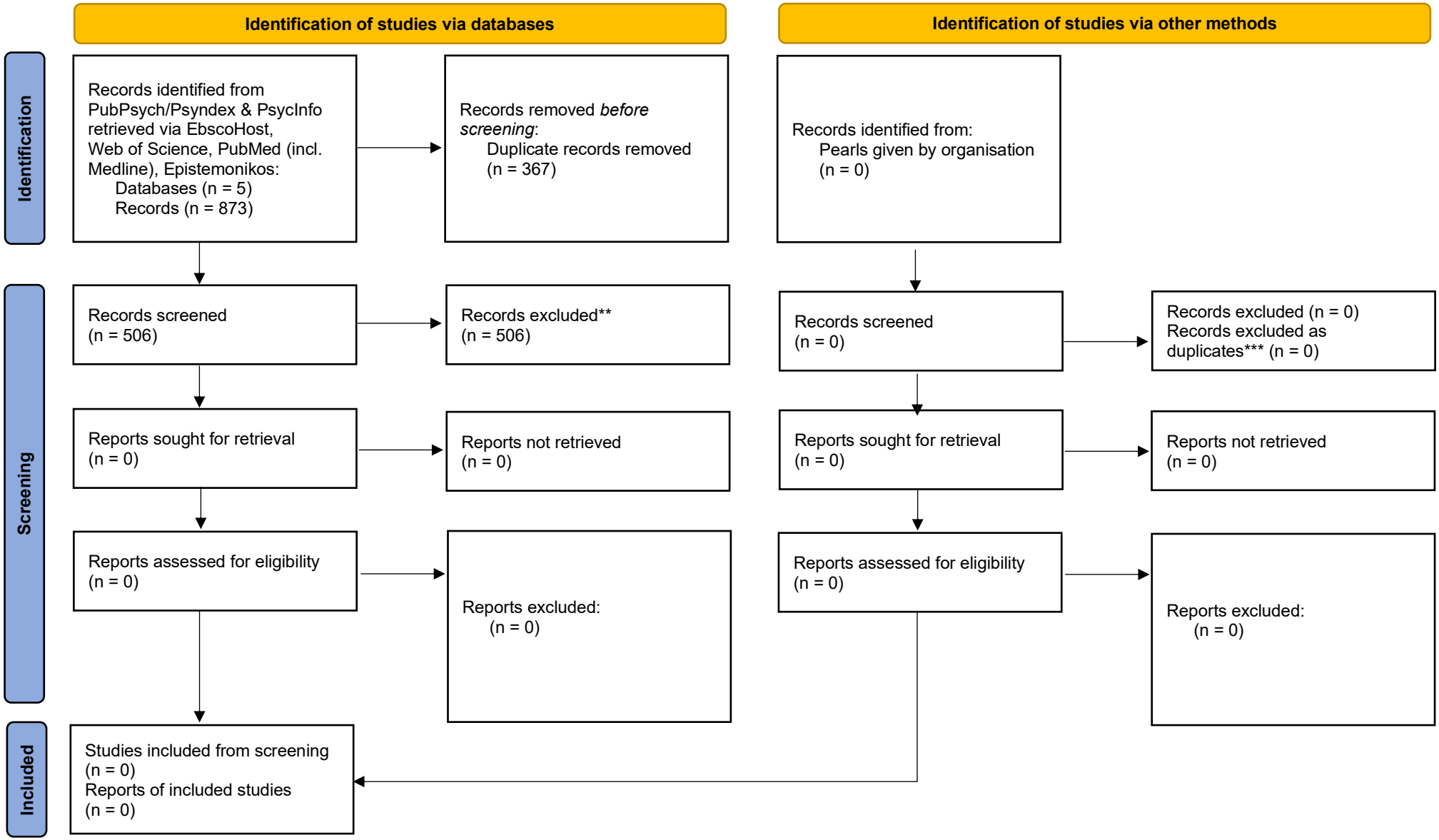
*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

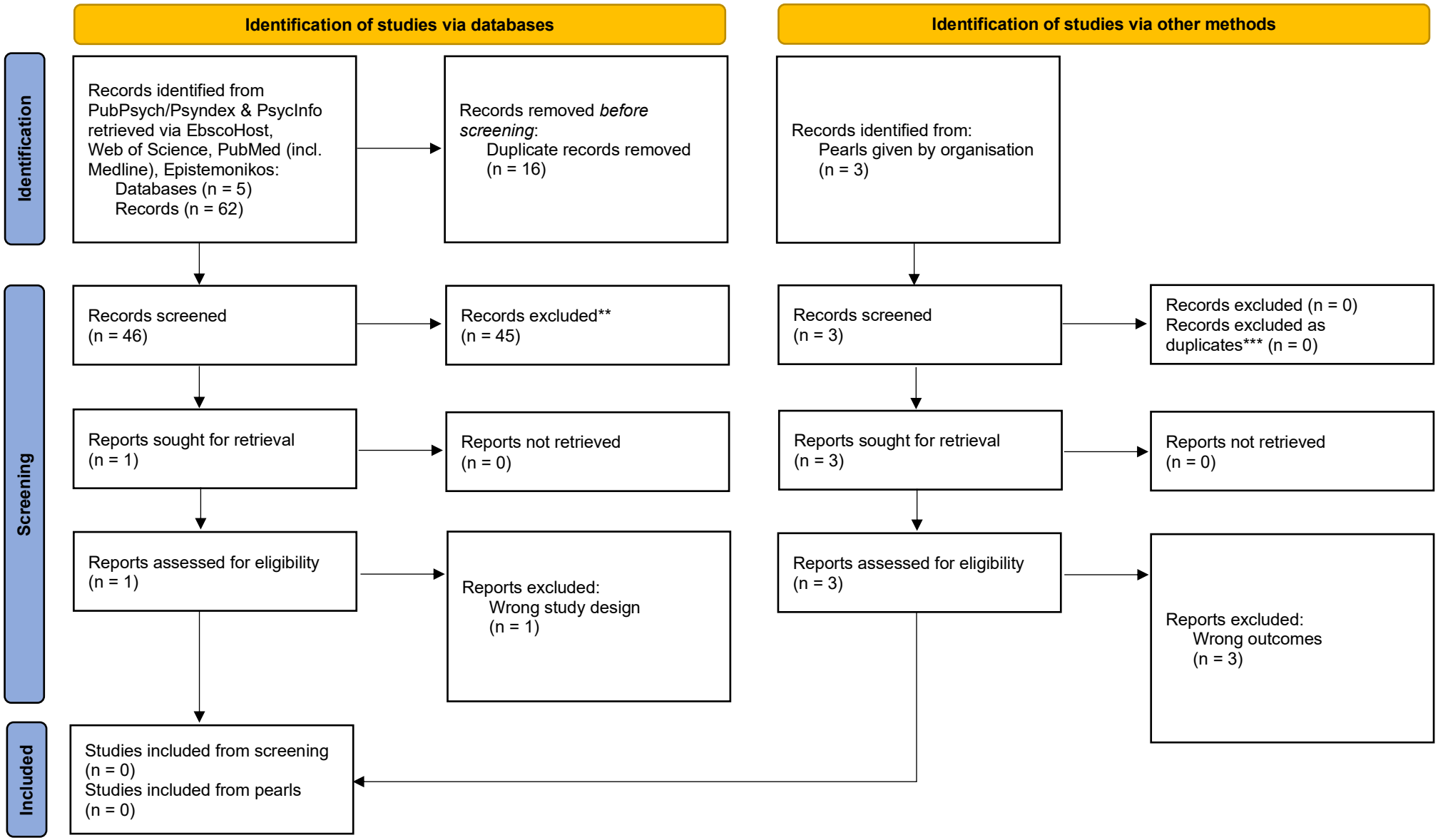


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Aggregierte Evidenz | AG *Therapieplanung* | PICO 1



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

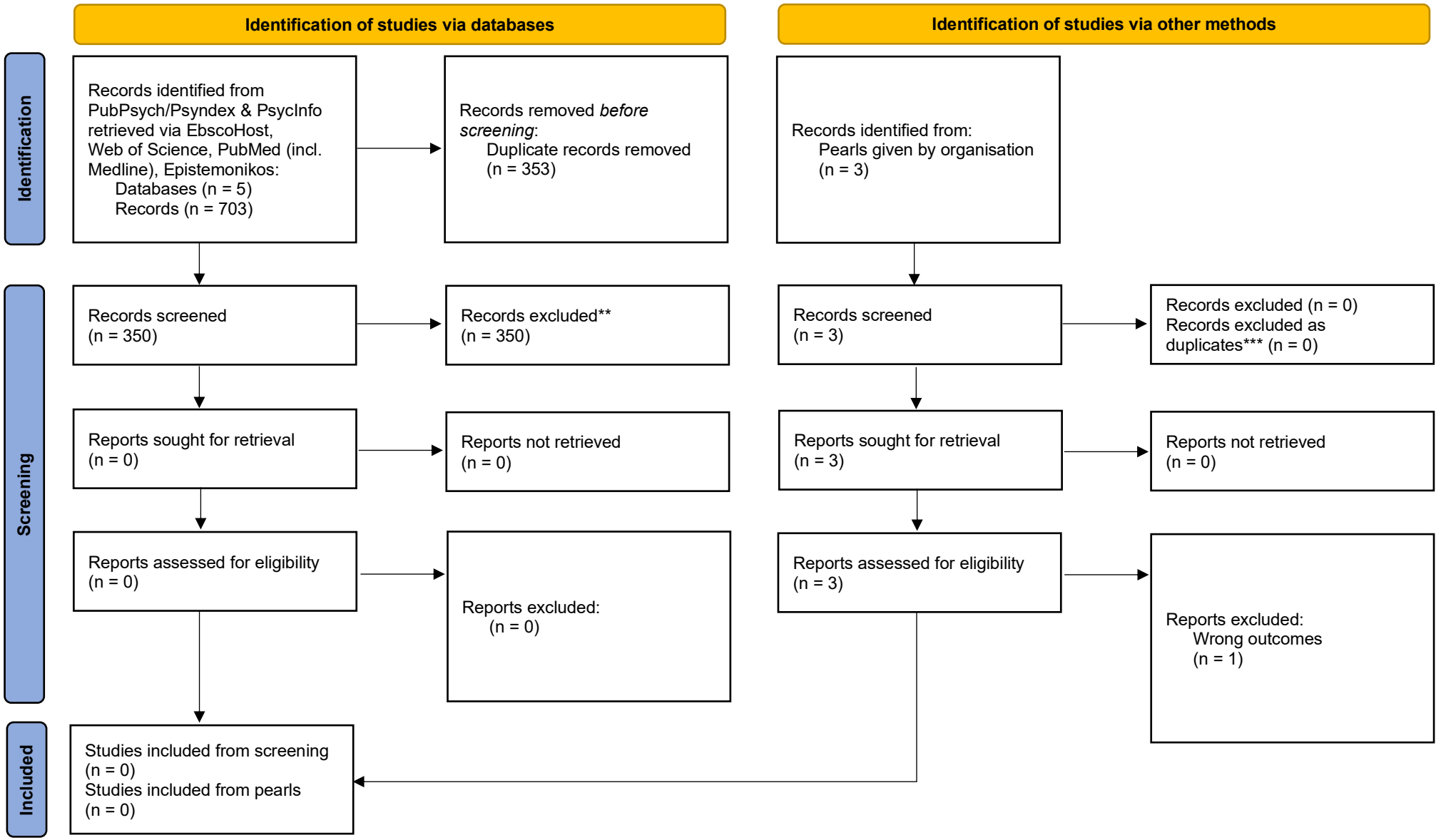
Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Aggregierte Evidenz | AG *Therapieplanung* | PICO 1

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Ameral, V; Hocking, E; Leviyah, X; Newberger, NG; Timko, C; Livingston, N. Innovating for real-world care: A systematic review of interventions to improve post-detoxification outcomes for opioid use disorder	Wrong study design (not relevant for PICO)

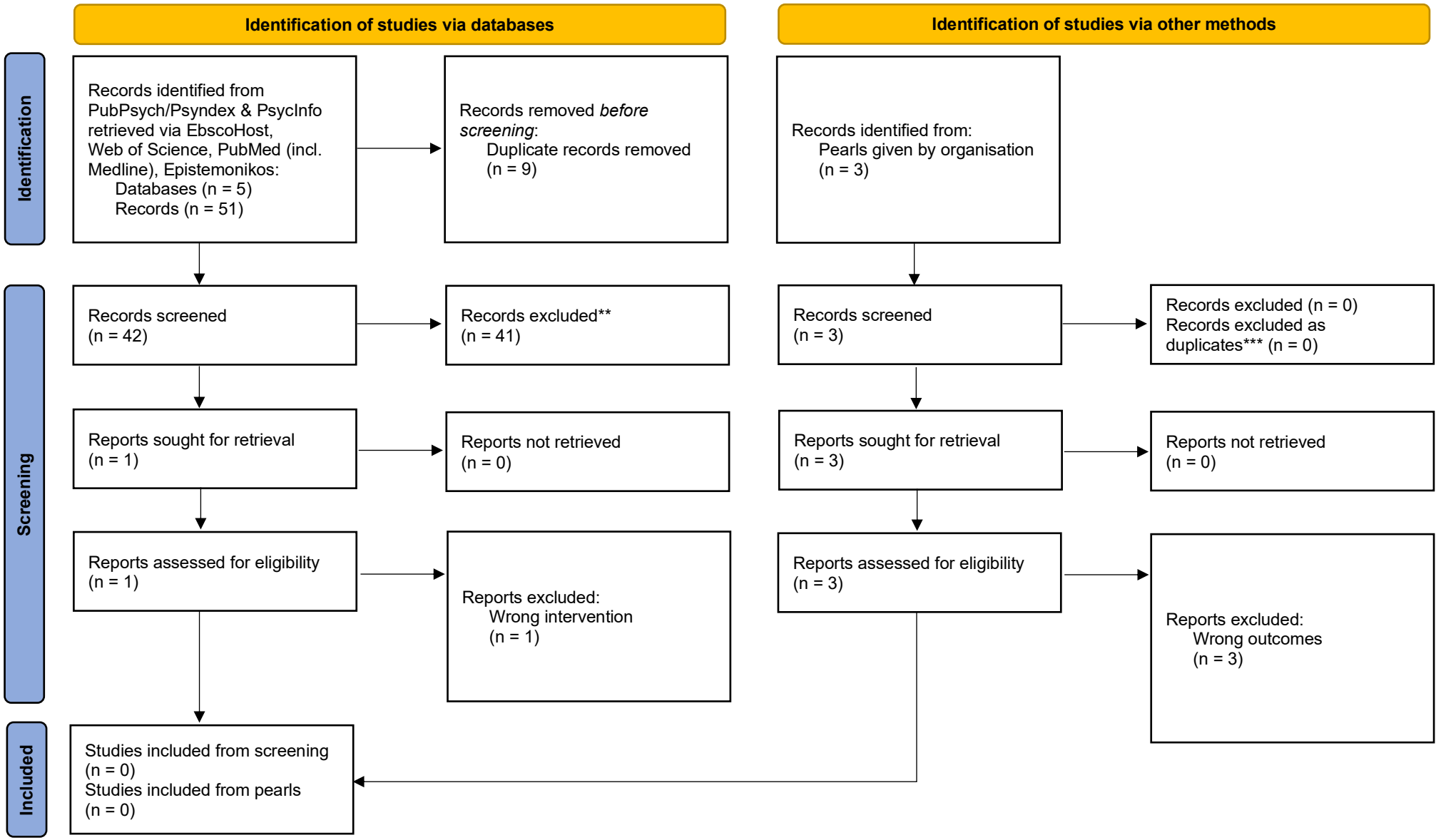
Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Aggregierte Evidenz | AG *Therapieplanung* | PICO 3



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Aggregierte Evidenz | AG *Therapieplanung* | PICO 4



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

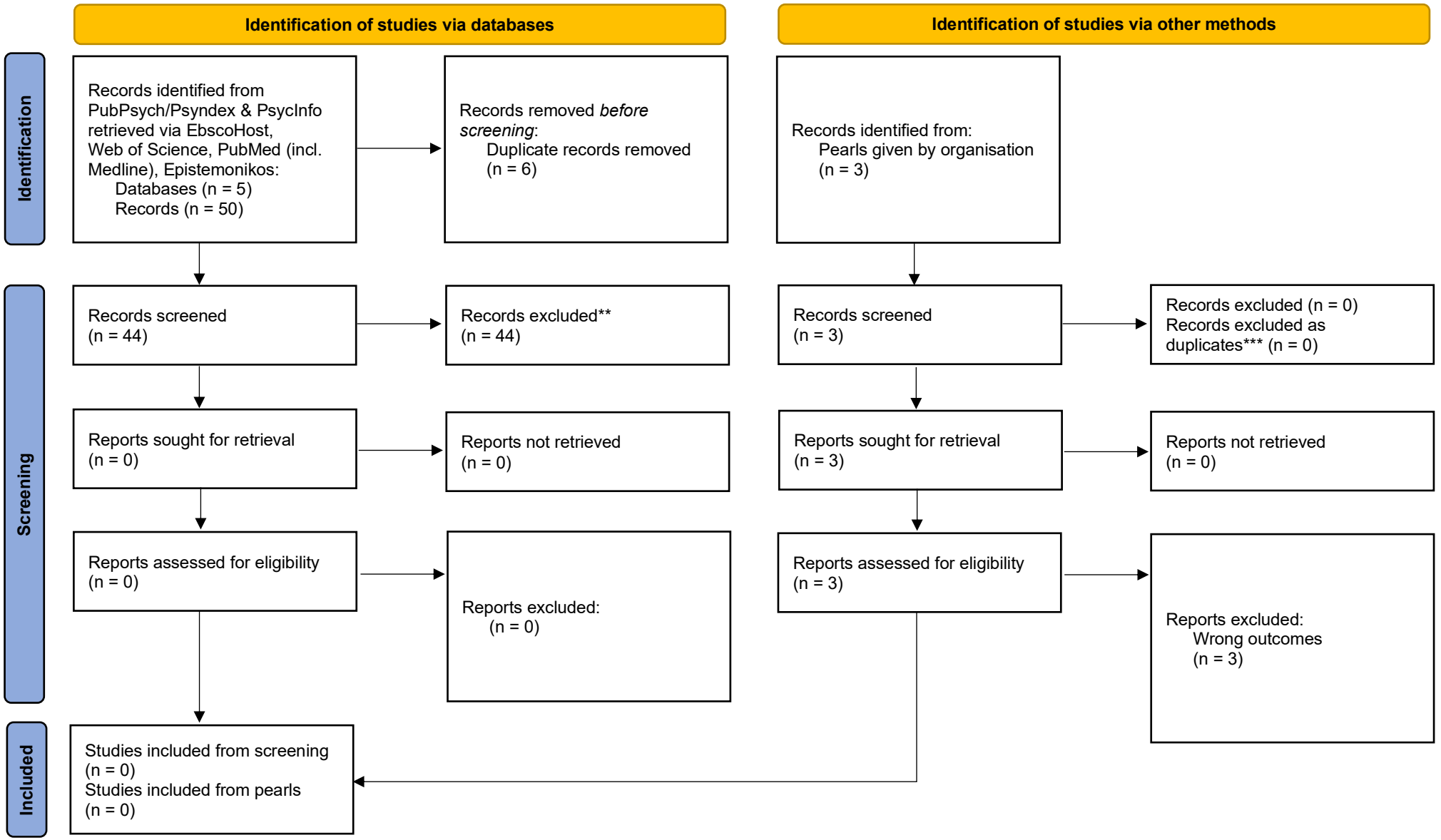
Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Aggregierte Evidenz | AG *Therapieplanung* | PICO 4

List of excluded studies

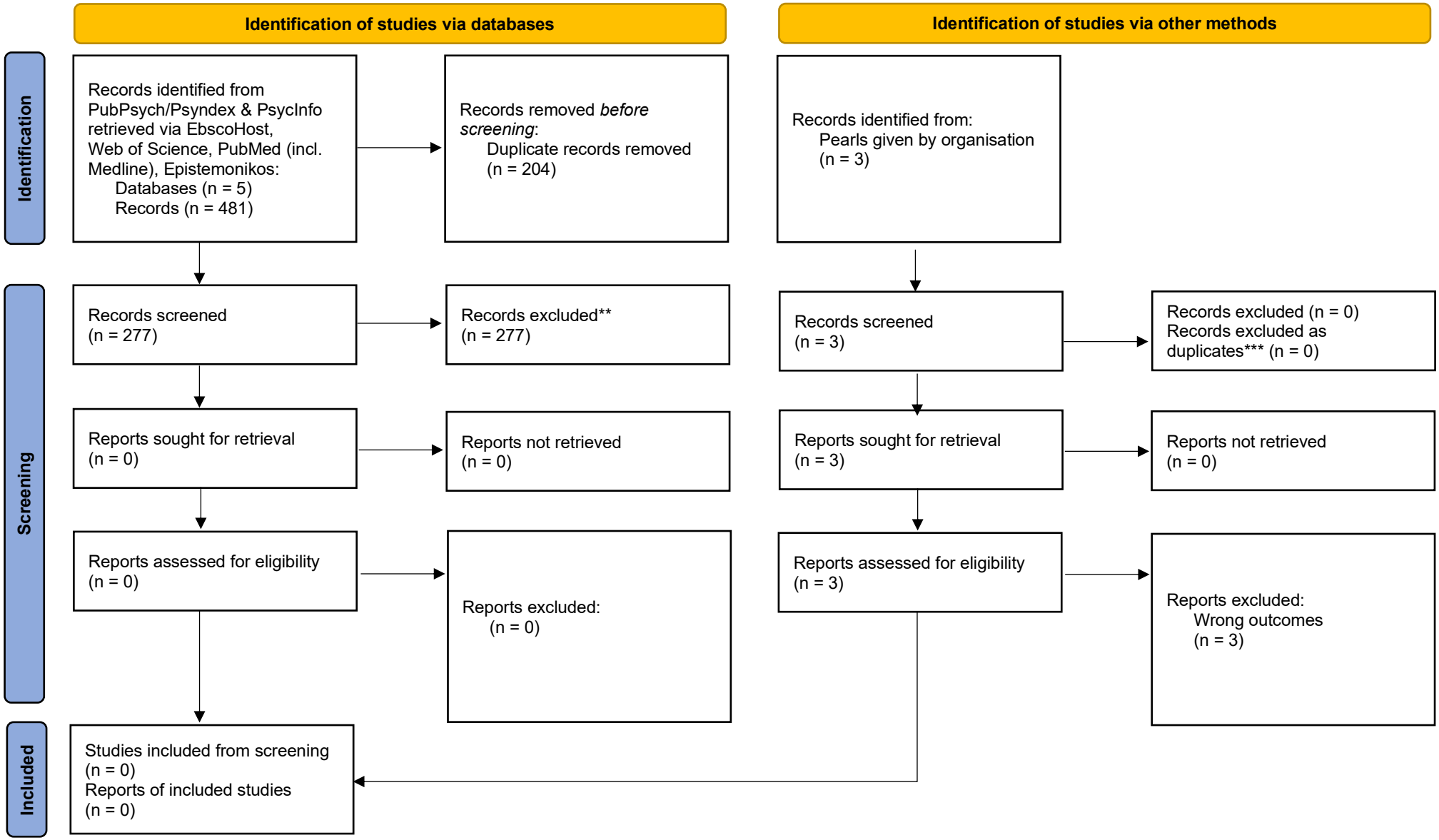
Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Ameral, V; Hocking, E; Leviyah, X; Newberger, NG; Timko, C; Livingston, N. Innovating for real-world care: A systematic review of interventions to improve post-detoxification outcomes for opioid use disorder	Wrong intervention

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

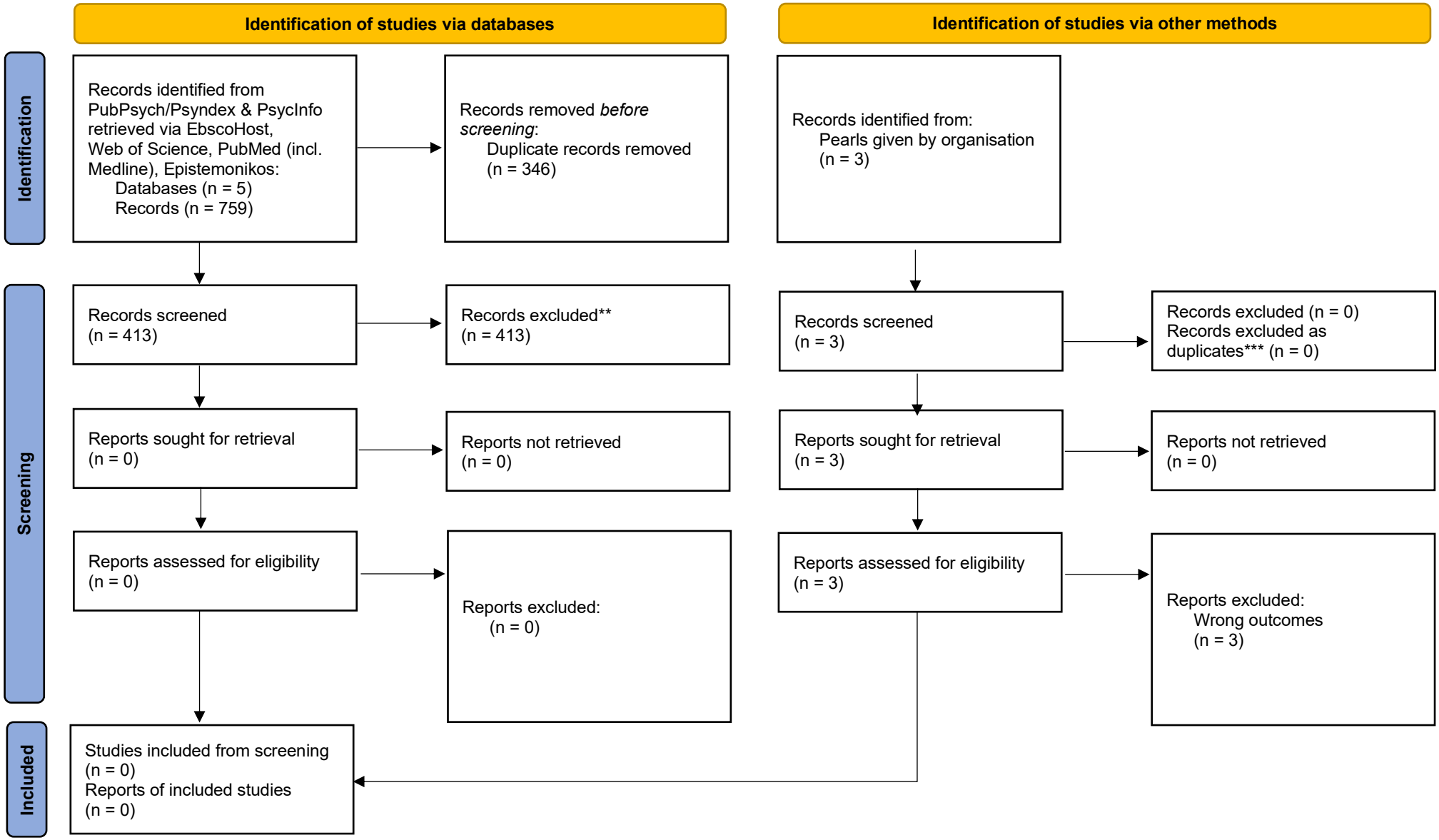
Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Aggregierte Evidenz | AG *Therapieplanung* | PICO 5



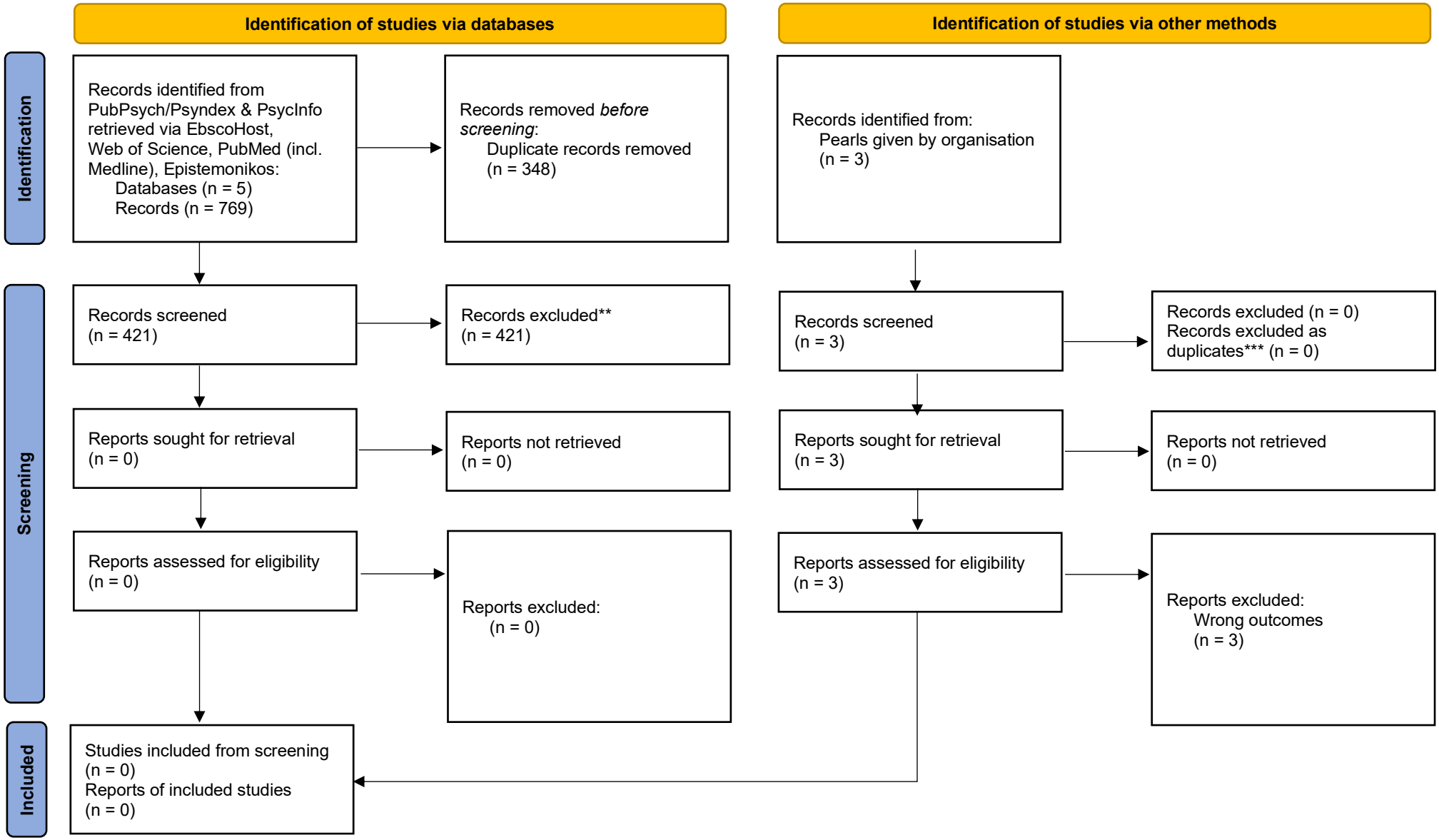
*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.



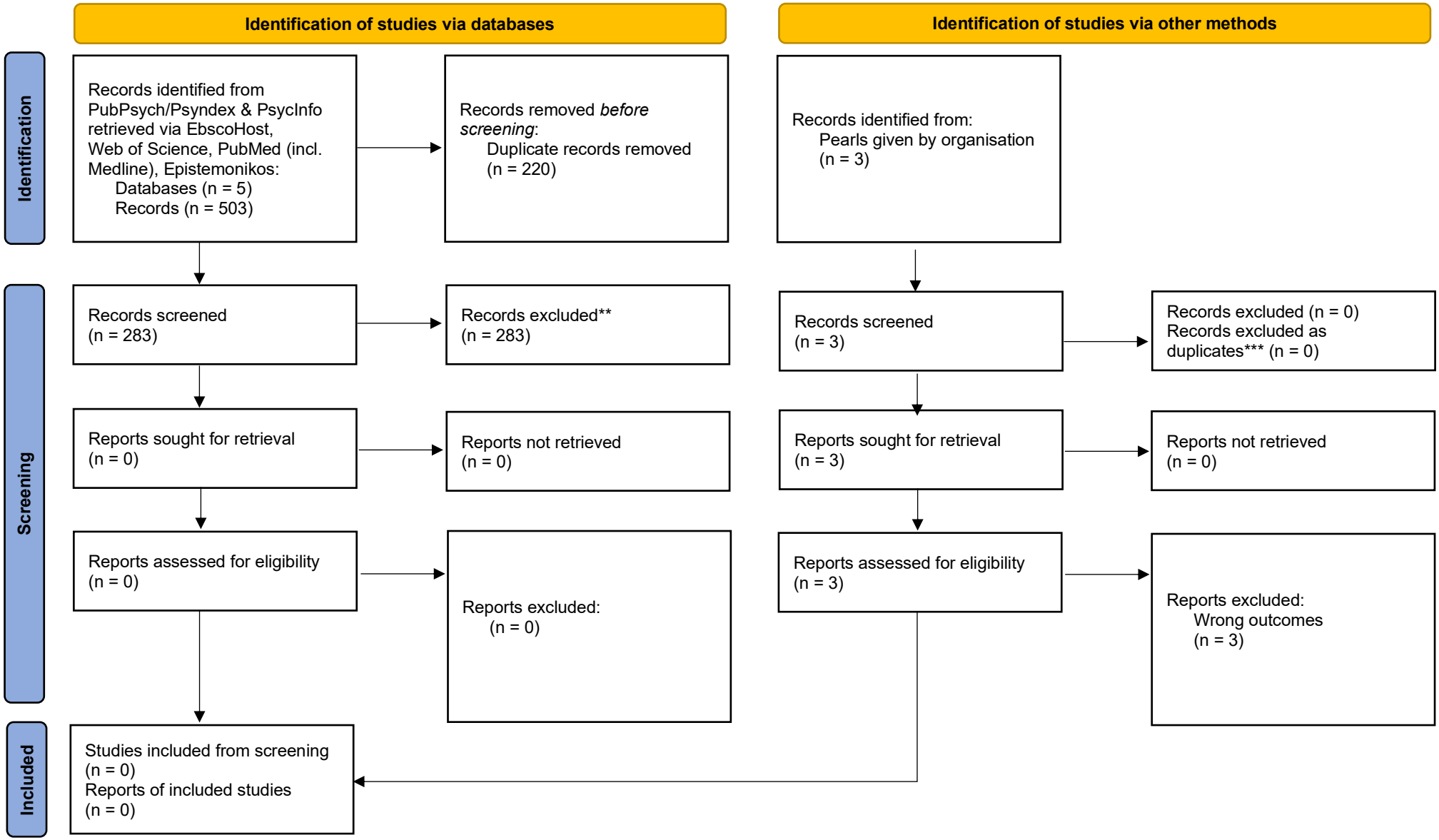
*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.



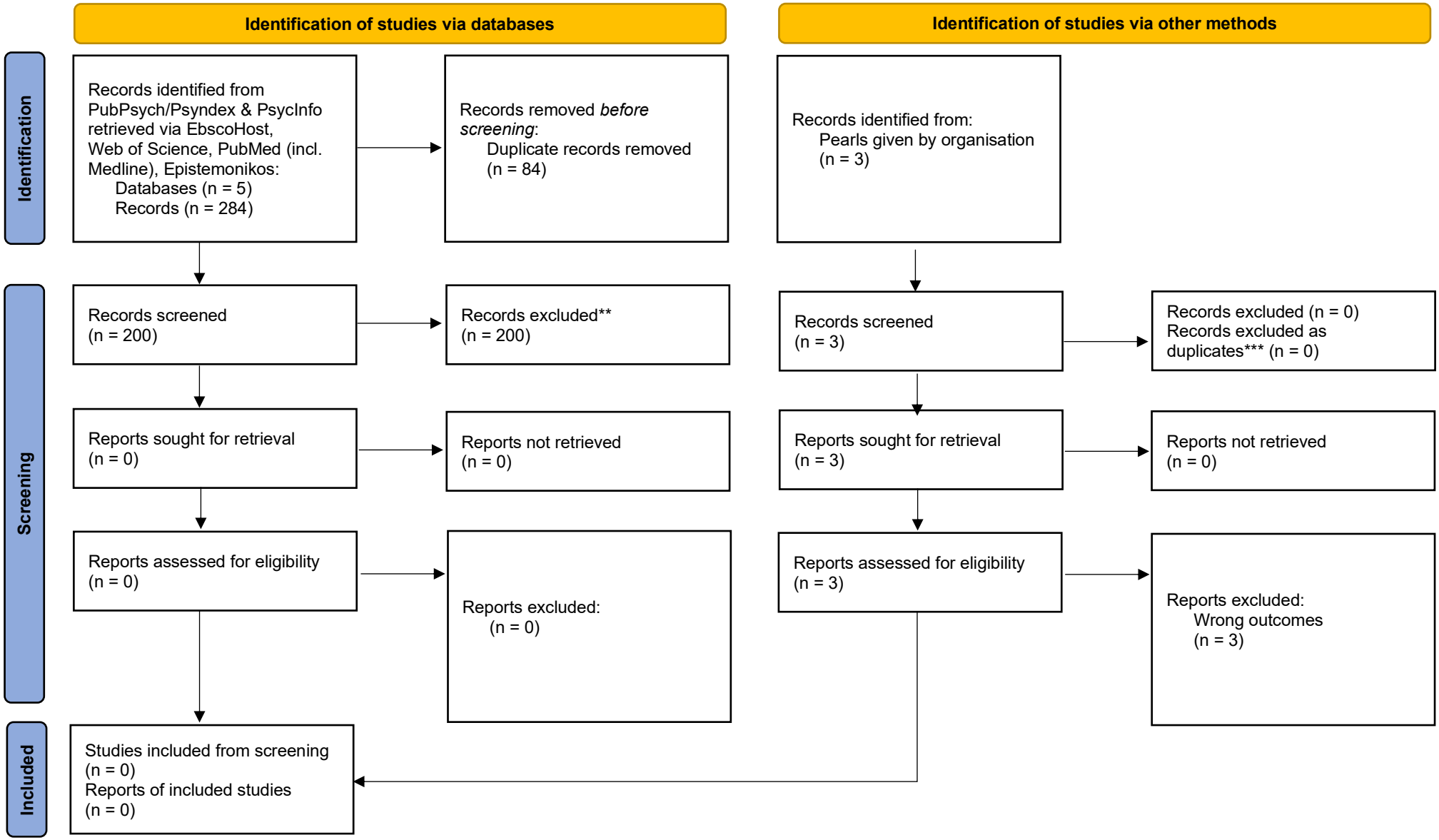
*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

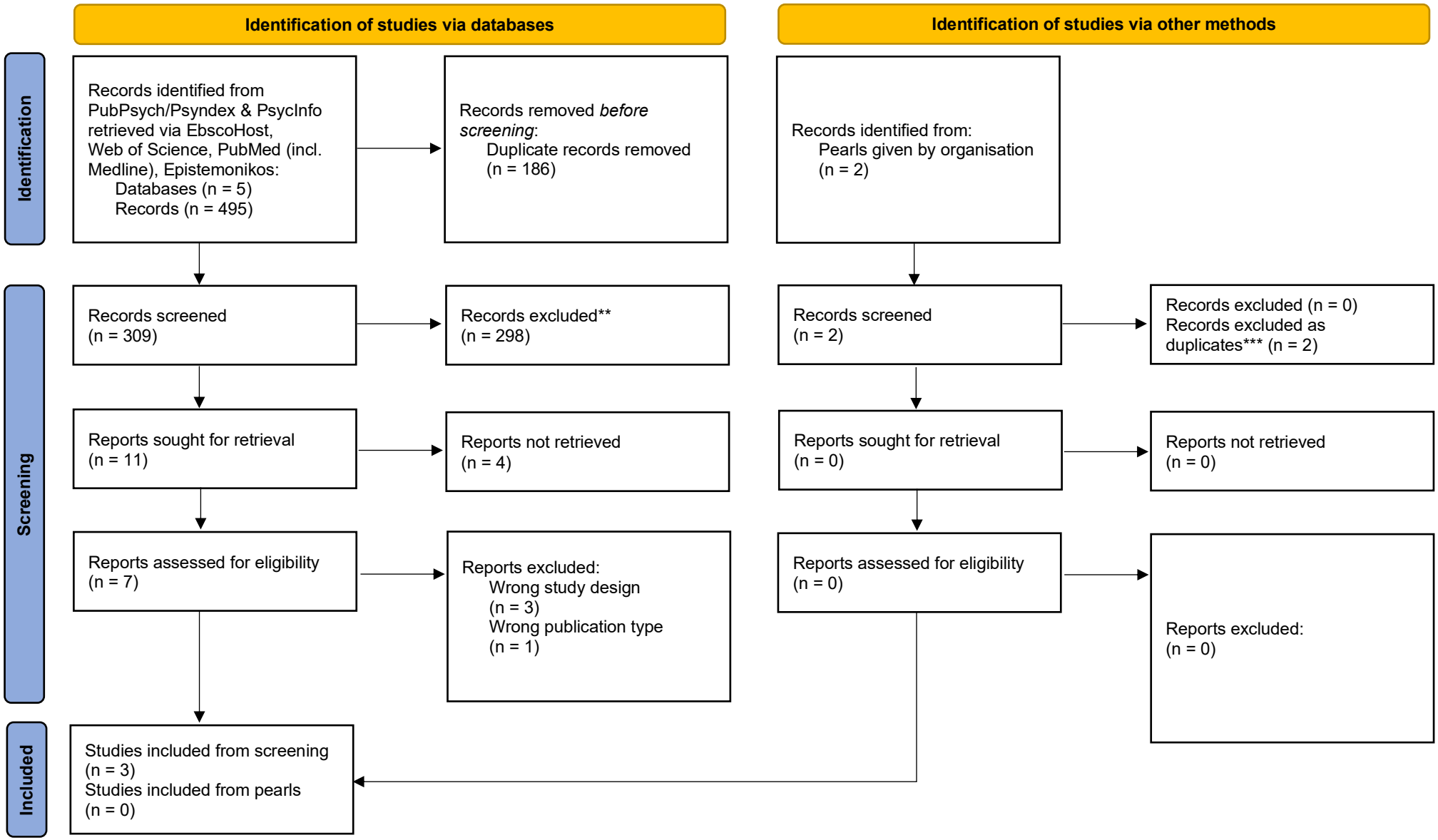


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Aggregierte Evidenz | AG *Substitution* | PICO 1



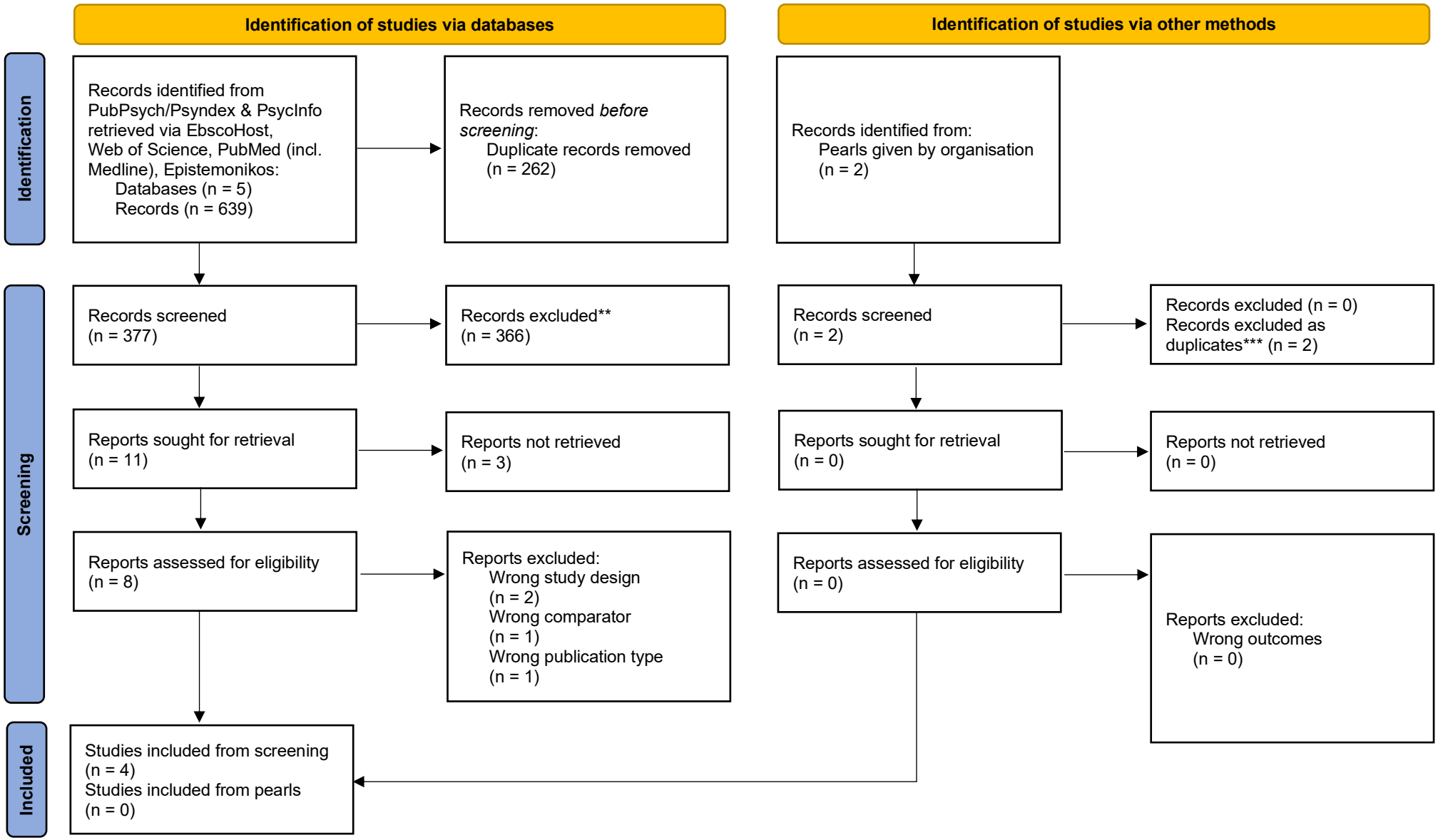
*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Aggregierte Evidenz | AG *Substitution* | PICO 1
List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Chou, Roger; Dana, Tracy; Blazina, Ian; Grusing, Sara; Fu, Rongwei; Bougatsos, Christina. Interventions for Unhealthy Drug Use—Supplemental Report: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force	Wrong publication type
Ma, Jun; Bao, Yan-Ping; Wang, Ru-Jia; Su, Meng-Fan; Liu, Mo-Xuan; Li, Jin-Qiao; Degenhardt, Louisa; Farrell, Michael; Blow, Frederic C.; Ilgen, Mark; Shi, Jie; Lu, Lin. Effects of medication-assisted treatment on mortality among opioids users: a systematic review and meta-analysis	Wrong study design (Outcomes, Population not applicable)
Bahji, A.; Cheng, B.; Gray, S.; Stuart, H. Reduction in mortality risk with opioid agonist therapy: a systematic review and meta-analysis	Wrong study design (Outcomes and Comparison not applicable)
Golan, Olivia K.; Totaram, Rachel; Perry, Elizabeth; Fortson, Kennicia; Rivera-Atilano, Raul; Entress, Rebecca; Golan, Matthew; Andraka-Christou, Barbara; Whitaker, Daniel; Pigott, Therese. Systematic review and meta-analysis of changes in quality of life following initiation of buprenorphine for opioid use disorder	Wrong study design (RCTs, non-RCTs are pooled)

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Aggregierte Evidenz | AG *Substitution* | PICO 2



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

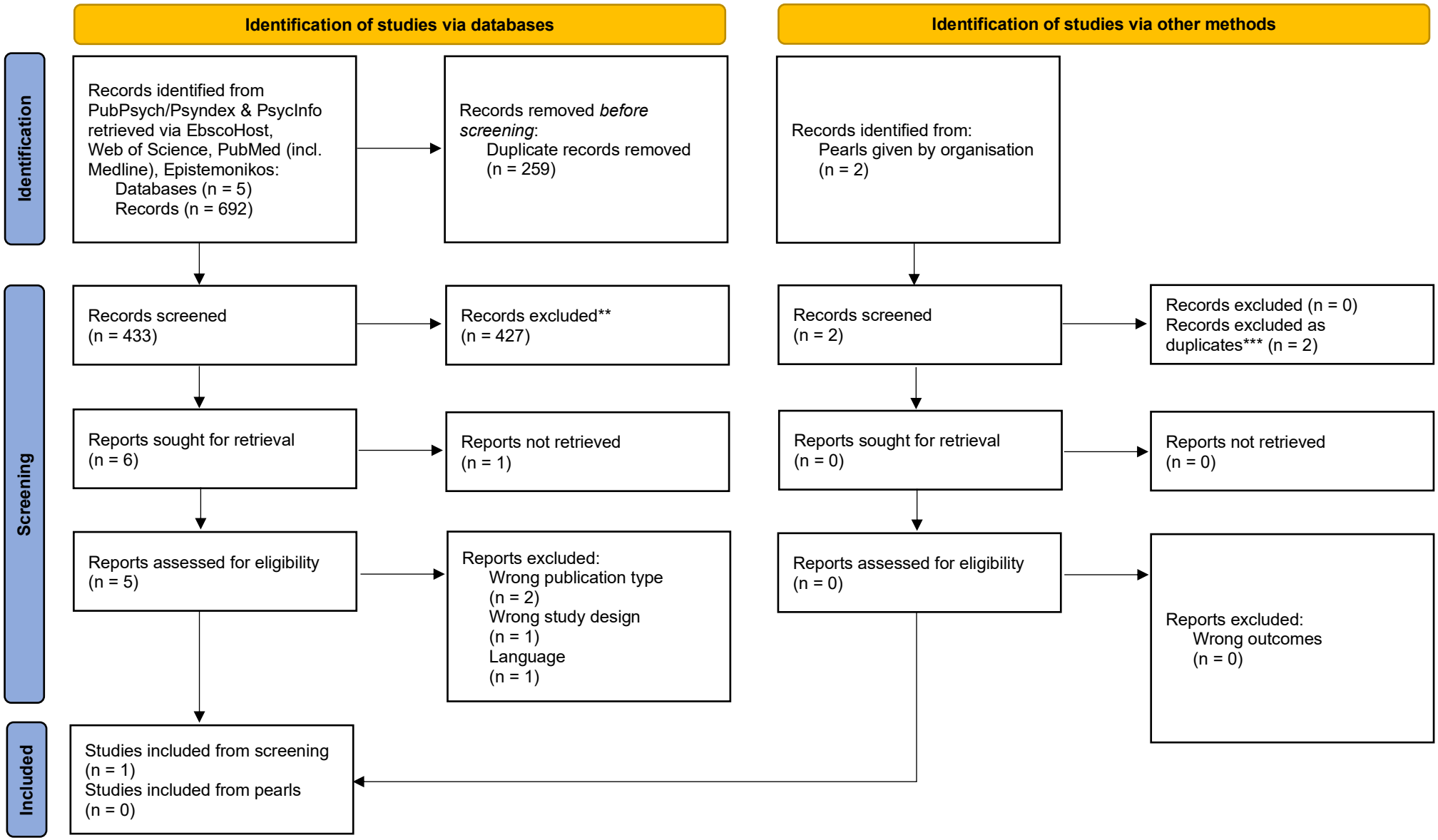
Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Aggregierte Evidenz | AG *Substitution* | PICO 2

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Buresh, M; Stern, R; Rastegar, D. Treatment of opioid use disorder in primary care	Wrong study design (not relevant for PICO)
Santo, Thomas Jr.; Clark, Brodie; Hickman, Matt; Grebely, Jason; Campbell, Gabrielle; Sordo, Luis; Chen, Aileen; Tran, Lucy Thi; Bharat, Chrianna; Padmanathan, Prianka; Cousins, Grainne; Dupouy, Julie; Kelty, Erin; Muga, Roberto; Nosyk, Bohdan; Min, Jeong; Pavarin, Raimondo; Farrell, Michael; Degenhardt, Louisa. Association of opioid agonist treatment with all-cause mortality and specific causes of death among people with opioid dependence: A systematic review and meta-analysis: Correction.	Wrong study design (Outcomes and Comparison not applicable)
Sordo, L; Barrio, G; Bravo, MJ; Indave, BI; Degenhardt, L; Wiessing, L; Ferri, M; Pastor-Barriuso, R. Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies	Wrong comparator
Chou, Roger; Dana, Tracy; Blazina, Ian; Grusing, Sara; Fu, Rongwei; Bougatsos, Christina. Interventions for Unhealthy Drug Use—Supplemental Report: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force	Wrong publication type

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Aggregierte Evidenz | AG *Substitution* | PICO 3



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Aggregierte Evidenz | AG *Substitution* | PICO 3

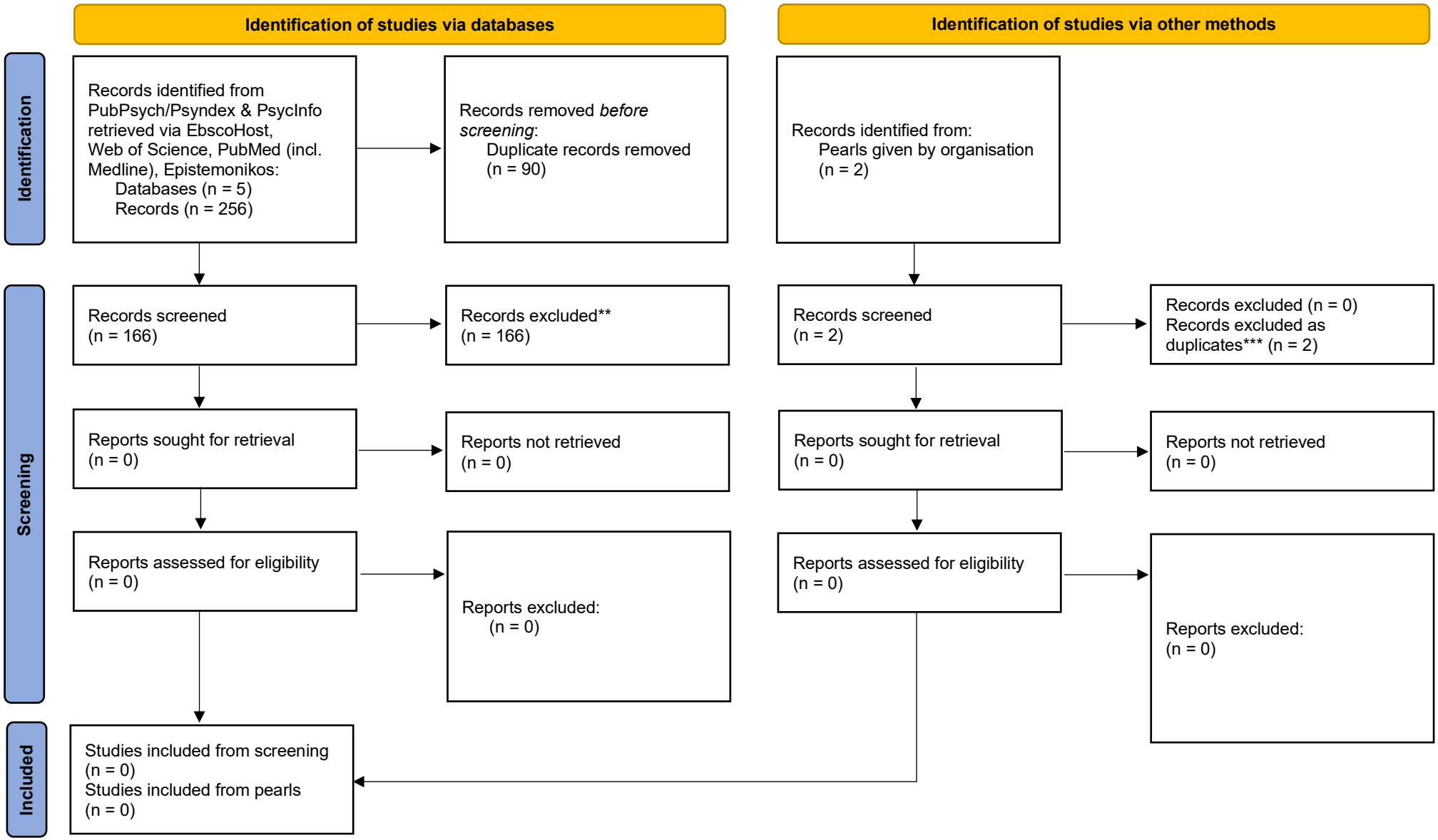
From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. For more information, visit: http://www.prisma-statement.org/

List of excluded studies

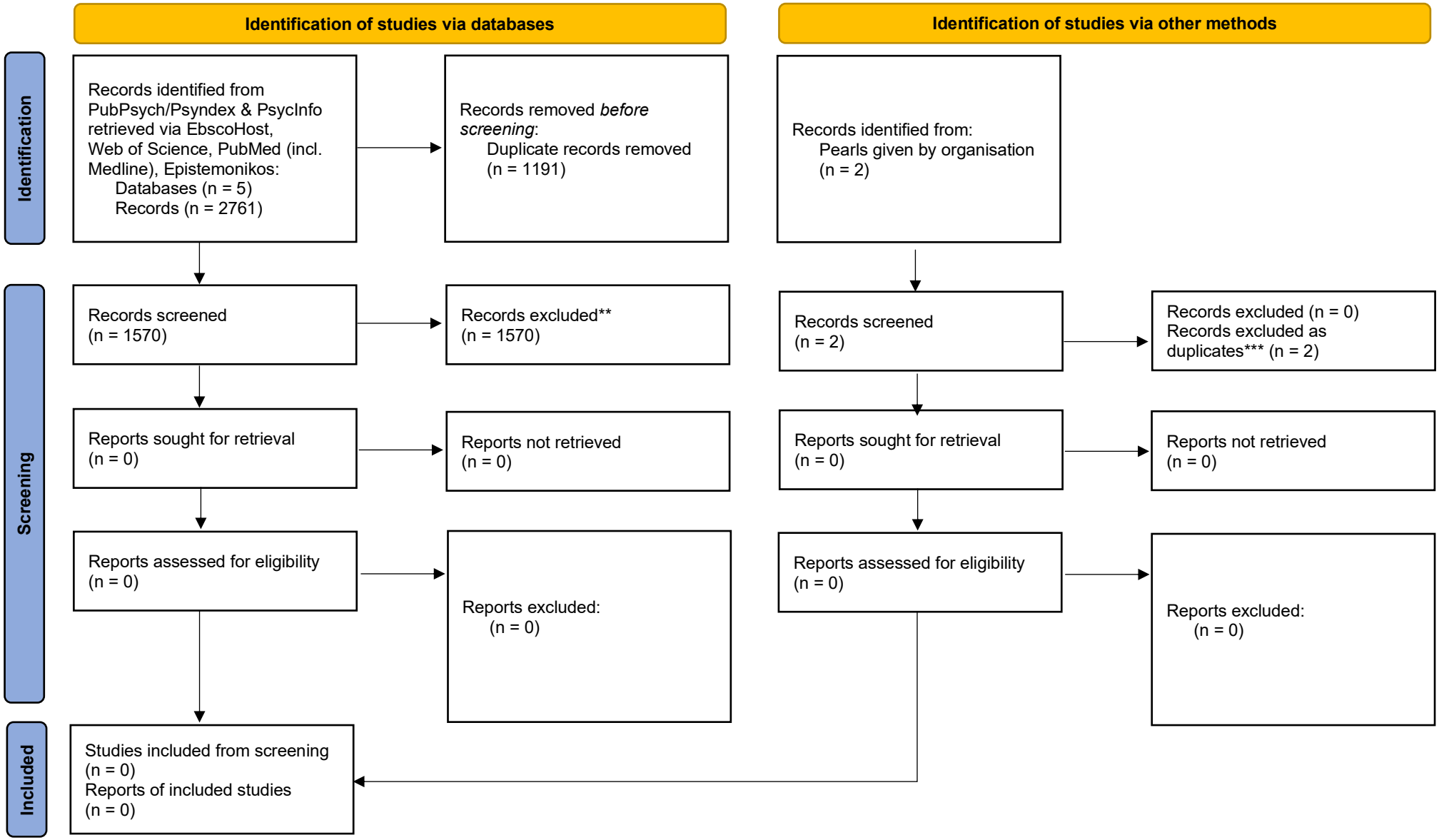
Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Chappuy, Mathieu; Trojak, Benoit; Nubukpo, Philippe; Bachellier, Jérôme; Bendimerad, Patrick; Brousse, Georges; Rolland, Benjamin. Prolonged-release buprenorphine formulations: Perspectives for clinical practice	Wrong publication type
Barnwal, P; Das, S; Mondal, S; Ramasamy, A; Maiti, T; Saha, A. Probuphine (R) (buprenorphine implant): a promising candidate in opioid dependence	Wrong publication type
Soyka, M. Treatment of opioid dependence with buprenorphine: current update	Wrong study design (methodology not applicable)
Husar, S; Sykorova, M; Rumlova, K; Chomanicova, K; Vladovicova, B; Bednarova, A. Formulation of Abuse-Resistant Opiates Drug Dosage Forms	Language

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

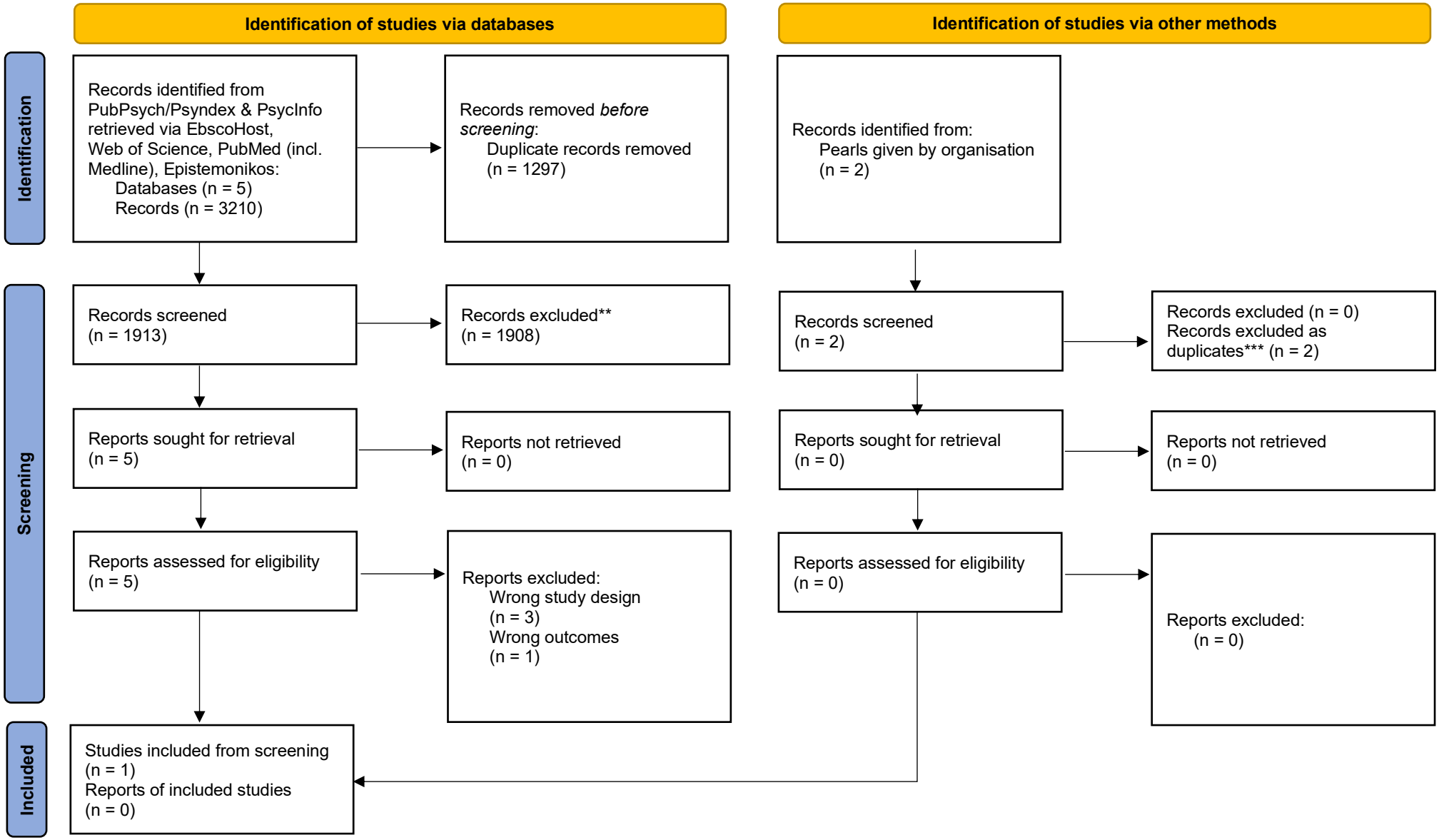
Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Aggregierte Evidenz | AG *Substitution* | PICO 4



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

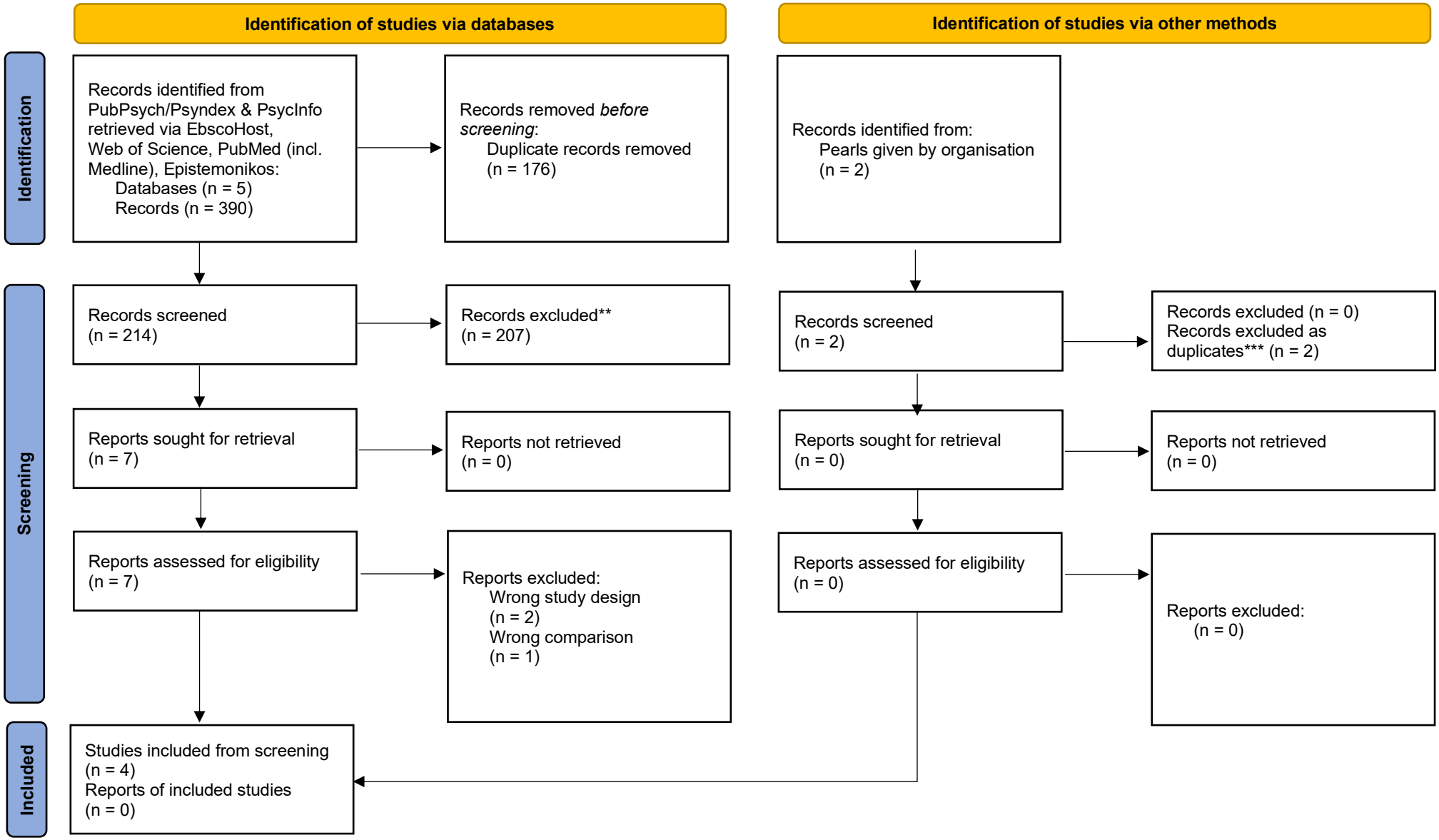


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Scheibe, A; Shelly, S; Gerardy, T; von Homeyer, Z; Schneider, A; Padayachee, K; Naidoo, SB; Mtshweni, K; Matau, A; Hausler, H; Marks, M. Six-month retention and changes in quality of life and substance use from a low-threshold methadone maintenance therapy programme in Durban, South Africa	Wrong study design (pilot study with interim results)
Gomes, Tara; McCormack, Daniel; Bozinoff, Nikki; Tadrous, Mina; Antoniou, Tony; Munro, Charlotte; Campbell, Tonya; Paterson, J. Michael; Mamdani, Muhammad; Sproule, Beth. Duration of use and outcomes among people with opioid use disorder initiating methadone and buprenorphine in Ontario: A population-based propensity-score matched cohort study.	Wrong outcomes
Wang, XuYi; Jiang, Haifeng; Zhao, Min; Li, Jing; Gray, Frank; Sheng, Lixia; Li, Yi; Li, Xiaodong; Ling, Walter; Li, Wei; Hao, Wei. Treatment of opioid dependence with buprenorphine/naloxone sublingual tablets: A phase 3 randomized, double-blind, placebo-controlled trial.	Wrong study design (not applicable to PICO)
Lehmann K; Kuhn S; Baschirotto C; Jacobsen B; Walcher S; Görne H; Backmund M; Scherbaum N; Reimer J; Verthein U. Substitution treatment for opioid dependence with slow-release oral morphine: Retention rate, health status, and substance use after switching to morphine.	Wrong study design (naturalistic, not intervention type study)

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

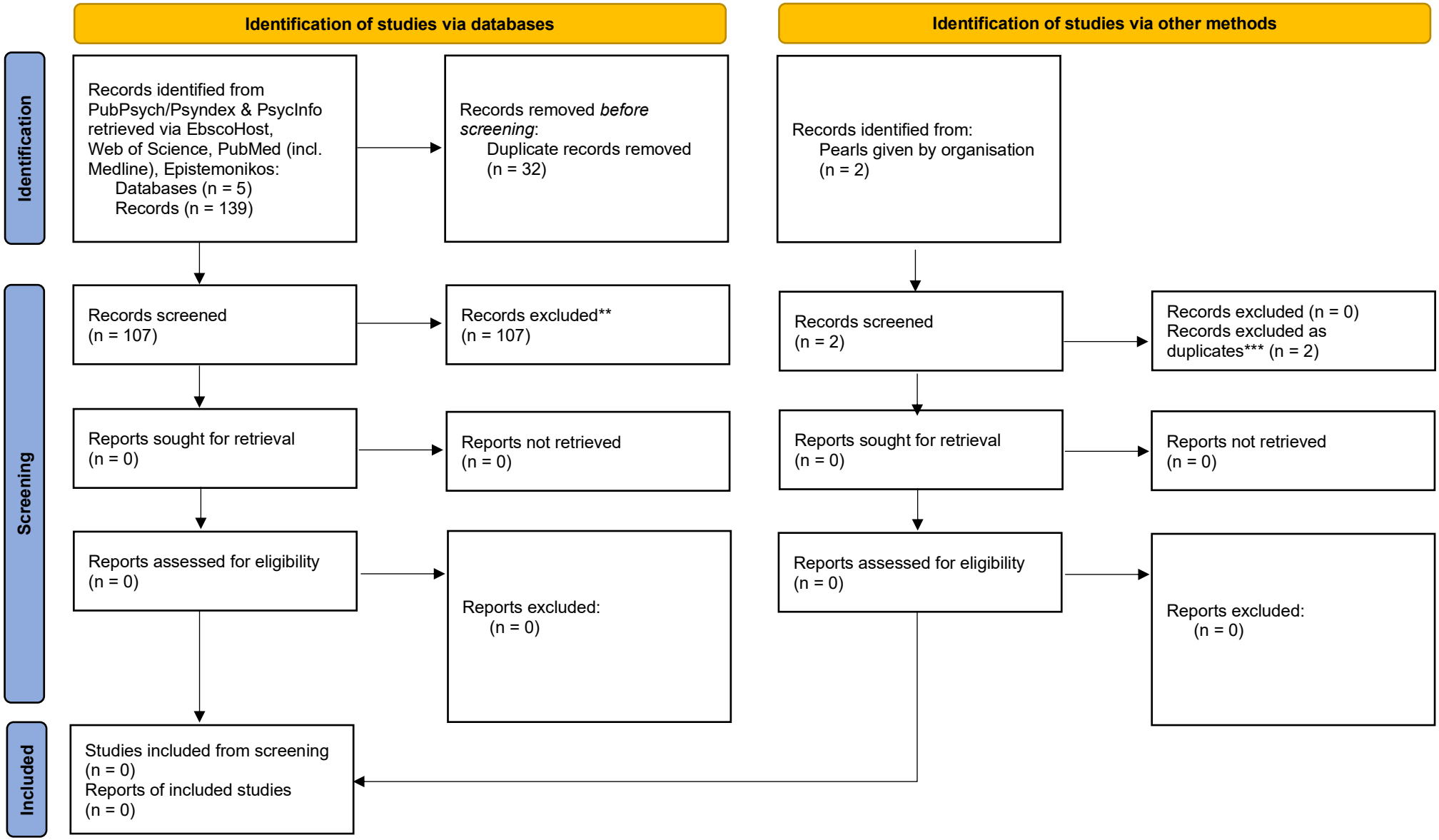


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

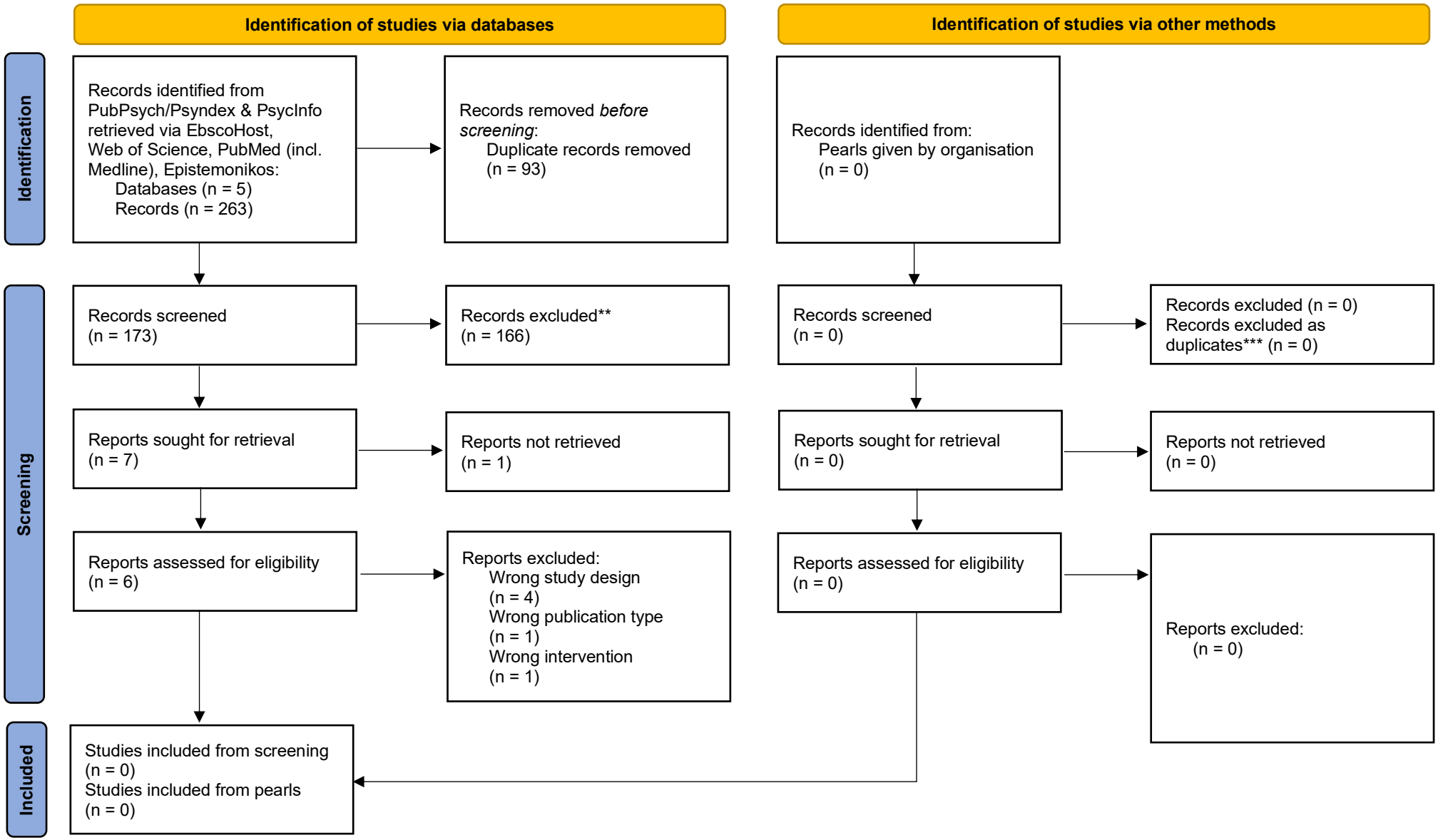
Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Wang, XuYi; Jiang, Haifeng; Zhao, Min; Li, Jing; Gray, Frank; Sheng, Lixia; Li, Yi; Li, Xiaodong; Ling, Walter; Li, Wei; Hao, Wei. Treatment of opioid dependence with buprenorphine/naloxone sublingual tablets: A phase 3 randomized, double-blind, placebo-controlled trial.	Wrong study design (not applicable to PICO)
Andorn, Anne C.; Haight, Barbara R.; Shinde, Sunita; Fudala, Paul J.; Zhao, Yue; Heidbreder, Christian; Learned, Susan M.; Fox, Norma Lynn; Nadipelli, Vijay R.; Hassman, David; Rutrick, Daniel. Treating Opioid Use Disorder With a Monthly Subcutaneous Buprenorphine Depot Injection: 12-Month Safety, Tolerability, and Efficacy Analysis.	Wrong study design (RCT and cohort study mix, wrong intervention/comparison)
Haight, Barbara R.; Learned, Susan M.; Laffont, Celine M.; Fudala, Paul J.; Zhao, Yue; Garofalo, Amanda S.; Greenwald, Mark K.; Nadipelli, Vijay R.; Ling, Walter; Heidbreder, Christian. Efficacy and safety of a monthly buprenorphine depot injection for opioid use disorder: a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial.	Wrong comparison

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Aggregierte Evidenz | AG *Entzug* | PICO 1-5

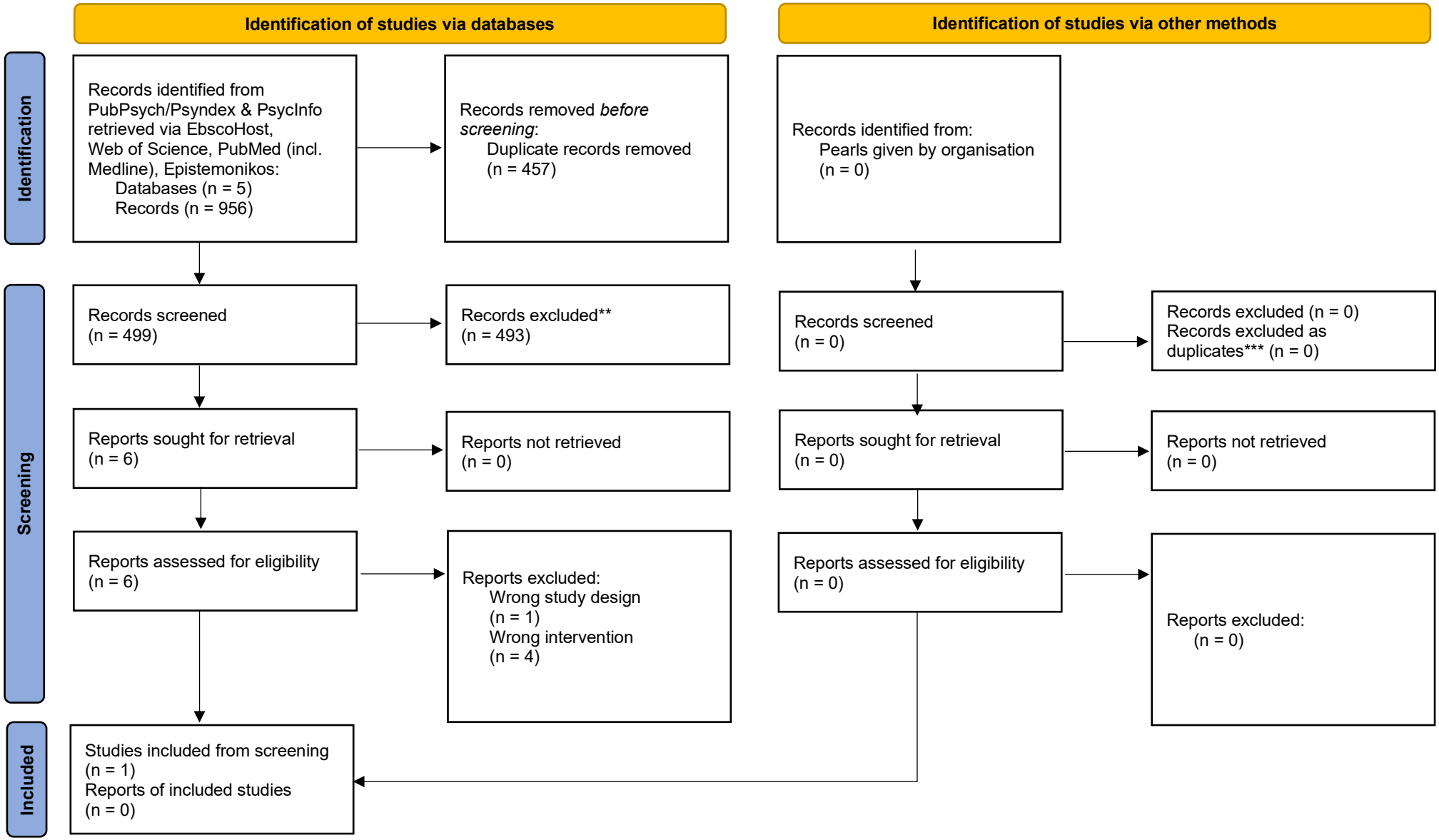


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Gowing, Linda; Ali, Robert; White, Jason M. Opioid antagonists with minimal sedation for opioid withdrawal.	Wrong study design (not applicable to PICO)
Davis, Mellar P.; Digwood, Glen; Mehta, Zankhana; McPherson, Mary Lynn. Tapering opioids: a comprehensive qualitative review.	Wrong publication type
Adams, K. K.; Machnicz, M.; Sobieraj, D. M. Initiating buprenorphine to treat opioid use disorder without prerequisite withdrawal: a systematic review	Wrong study design (not applicable to PICO)
Moss, Chailee; Bossano, Carla; Patel, Silka; Powell, Anna; Seay, Rachel Chan; Borahay, Mostafa A. Weaning From Long-term Opioid Therapy	Wrong study design (not applicable to PICO)
Kuszmaul, Amanda K.; Palmer, Emma C.; Frederick, Emily K. Lofexidine versus clonidine for mitigation of opioid withdrawal symptoms: A systematic review	Wrong intervention
Buresh M; Stern R; Rastegar D. Treatment of opioid use disorder in primary care.	Wrong study design (not applicable to PICO)

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

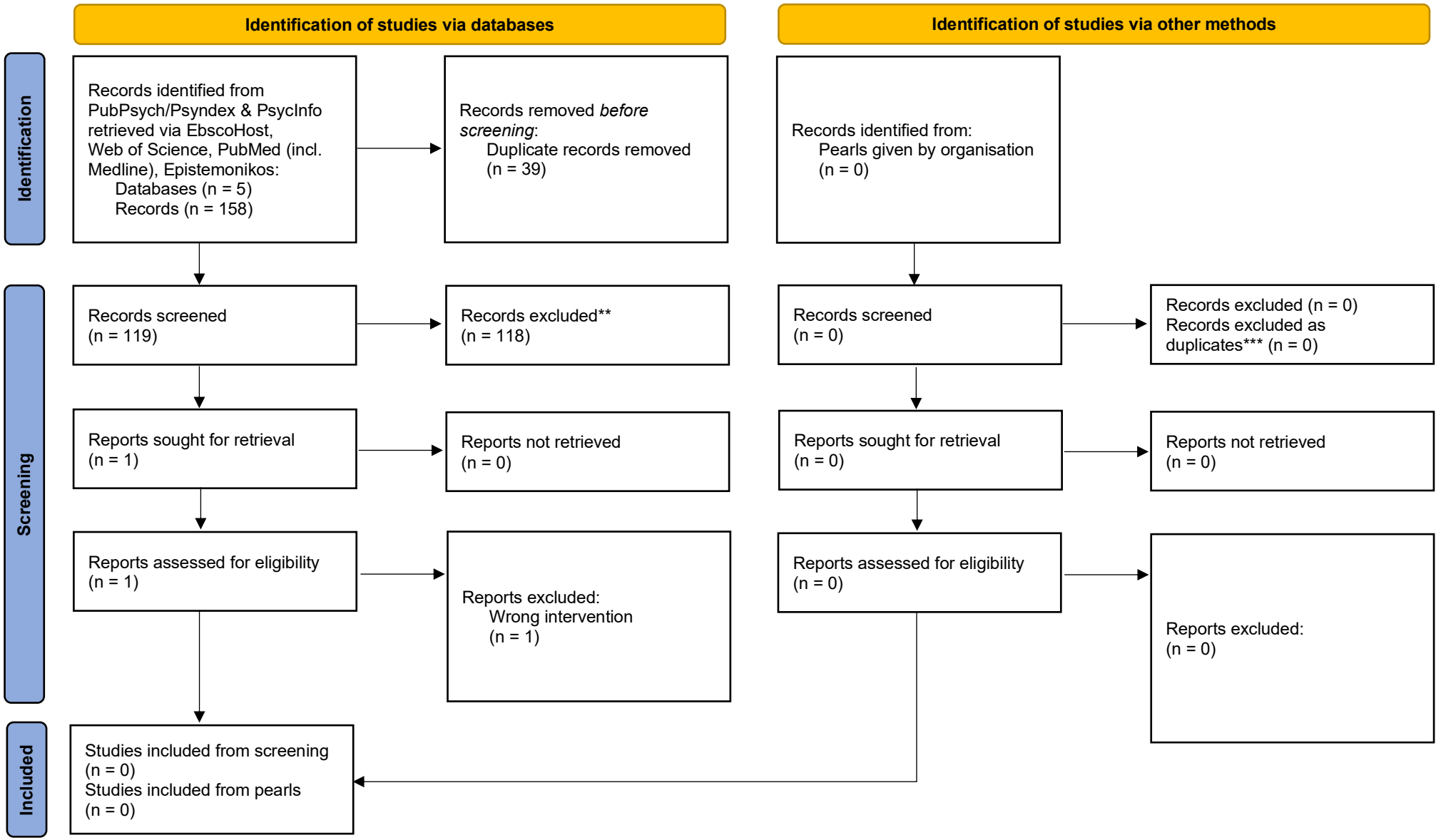


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Toce, MS; Chai, PR; Burns, MM; Boyer, EW. Pharmacologic Treatment of Opioid Use Disorder: a Review of Pharmacotherapy, Adjuncts, and Toxicity	Wrong study design (not applicable to PICO)
Ghaderi-Bafti F; Zarghami M; Ahmadi A; Moosazadeh M; Hadinezhad P; Hendouei N. Effectiveness and Safety of Haloperidol Add-on Methadone in Acute Opium Withdrawal Symptoms of Opioid-dependent Patients: A Double-blind Randomized Placebo-controlled Clinical Trial.	Wrong intervention
Li KJ; Smedberg DL; DeLisi LE. A Retrospective 4-year Outcome Study of Veterans Admitted to an Acute Inpatient Detoxification Unit for Opioid Use Disorder.	Wrong intervention
Weisshaar, Stefan; Brandt, Laura; Litschauer, Brigitte; Sheik-Rezaei, Safoura; Moser, Laura; Nirnberger, Günther; Kühberger, Elisabeth; Bauer, Ulrike; Firbas, Christa; Gouya, Ghazaleh; Wolzt, Michael; Fischer, Gabriele. Dose-dependent naloxone-induced morphine withdrawal symptoms in opioid-dependent males-a double-blinded, randomized study.	Wrong intervention
Jain, N; Chavan, BS; Sidana, A; Das, S. Efficacy of buprenorphine and clonidine in opioid detoxification: A hospital-based study	Wrong intervention

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



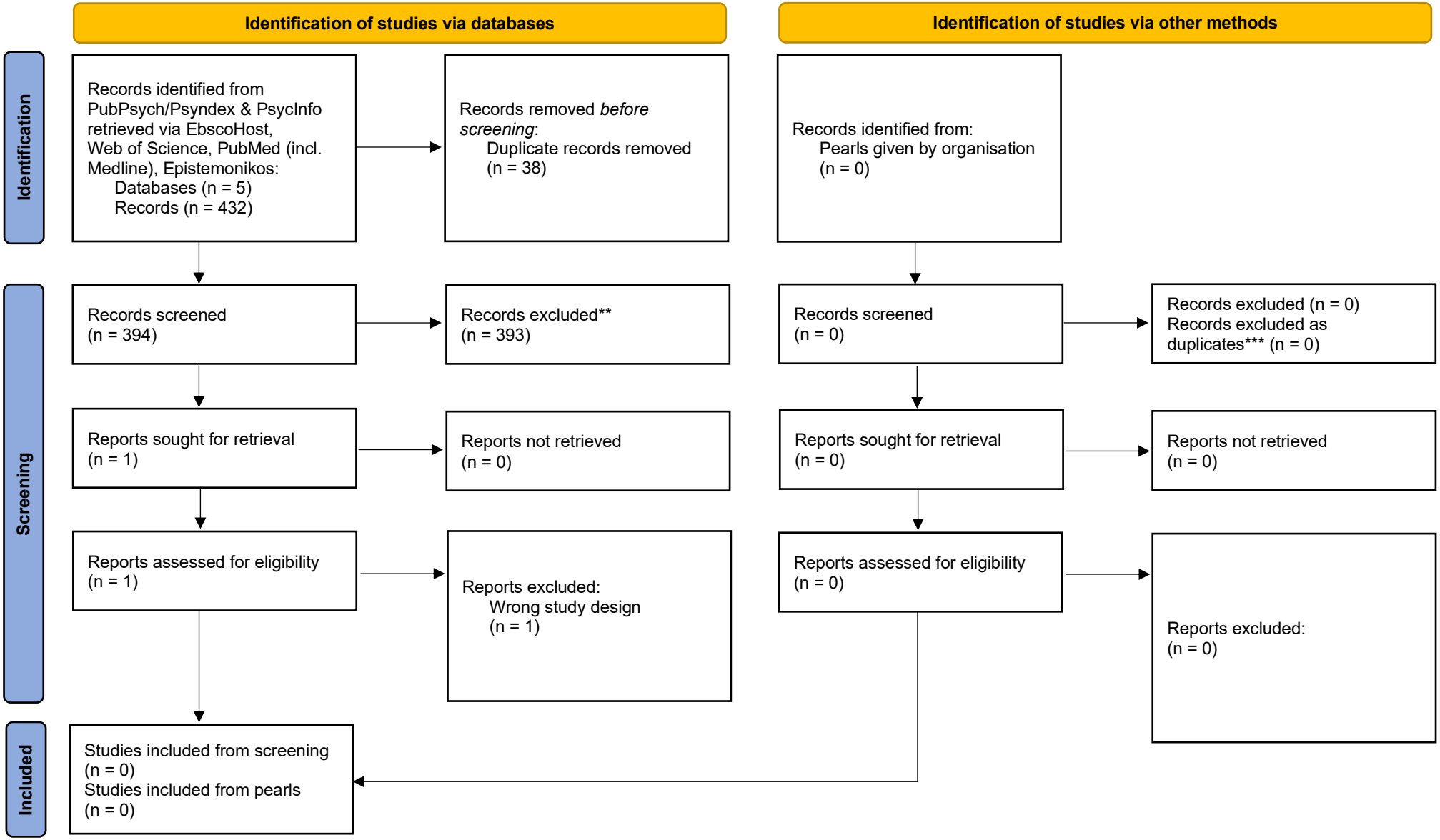
*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Ameral, V; Hocking, E; Leviyah, X; Newberger, NG; Timko, C; Livingston, N. Innovating for real-world care: A systematic review of interventions to improve post-detoxification outcomes for opioid use disorder	Wrong intervention

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Aggregierte Evidenz | AG *Rückfallprophylaxe* | PICO 2

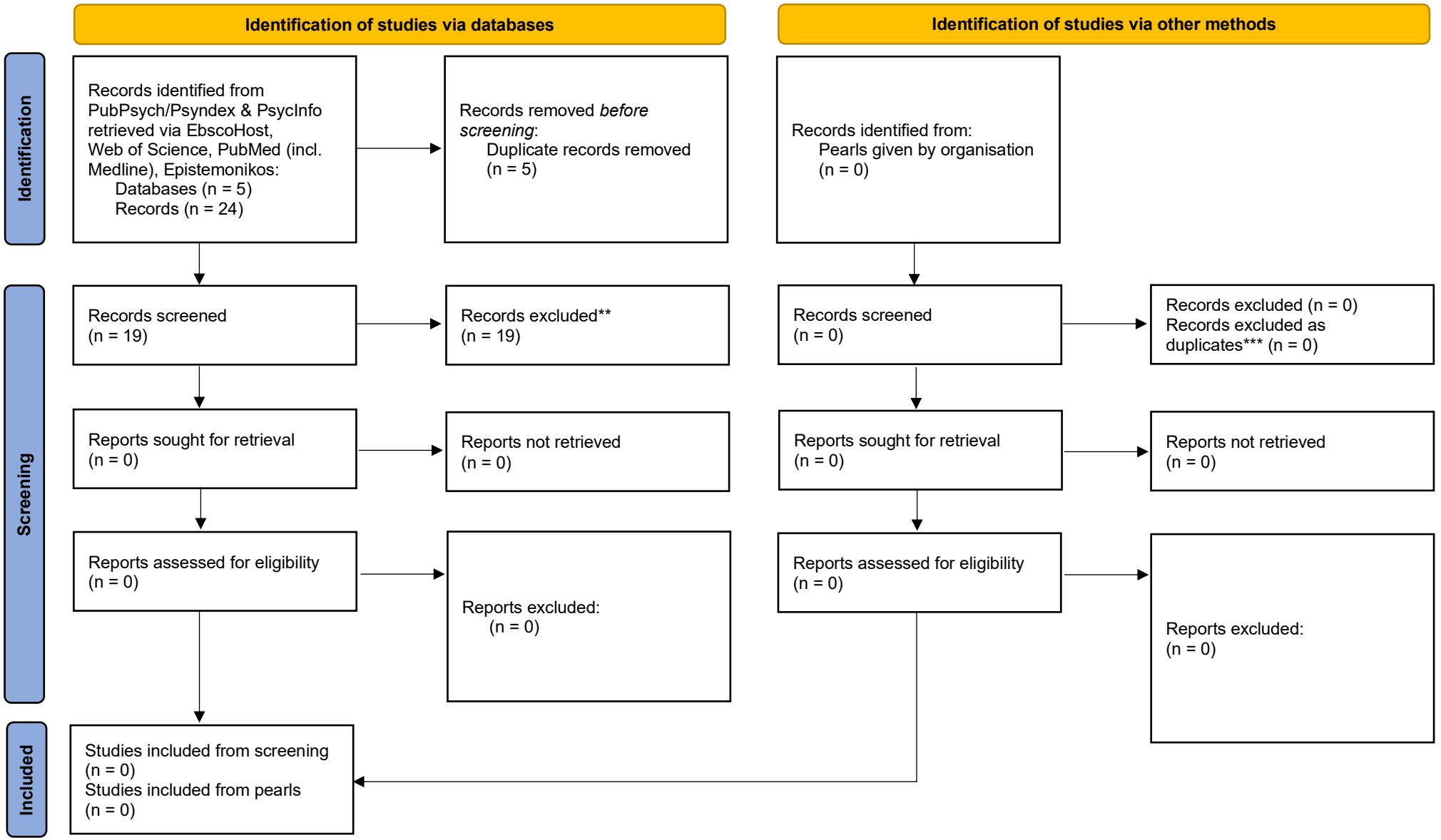


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

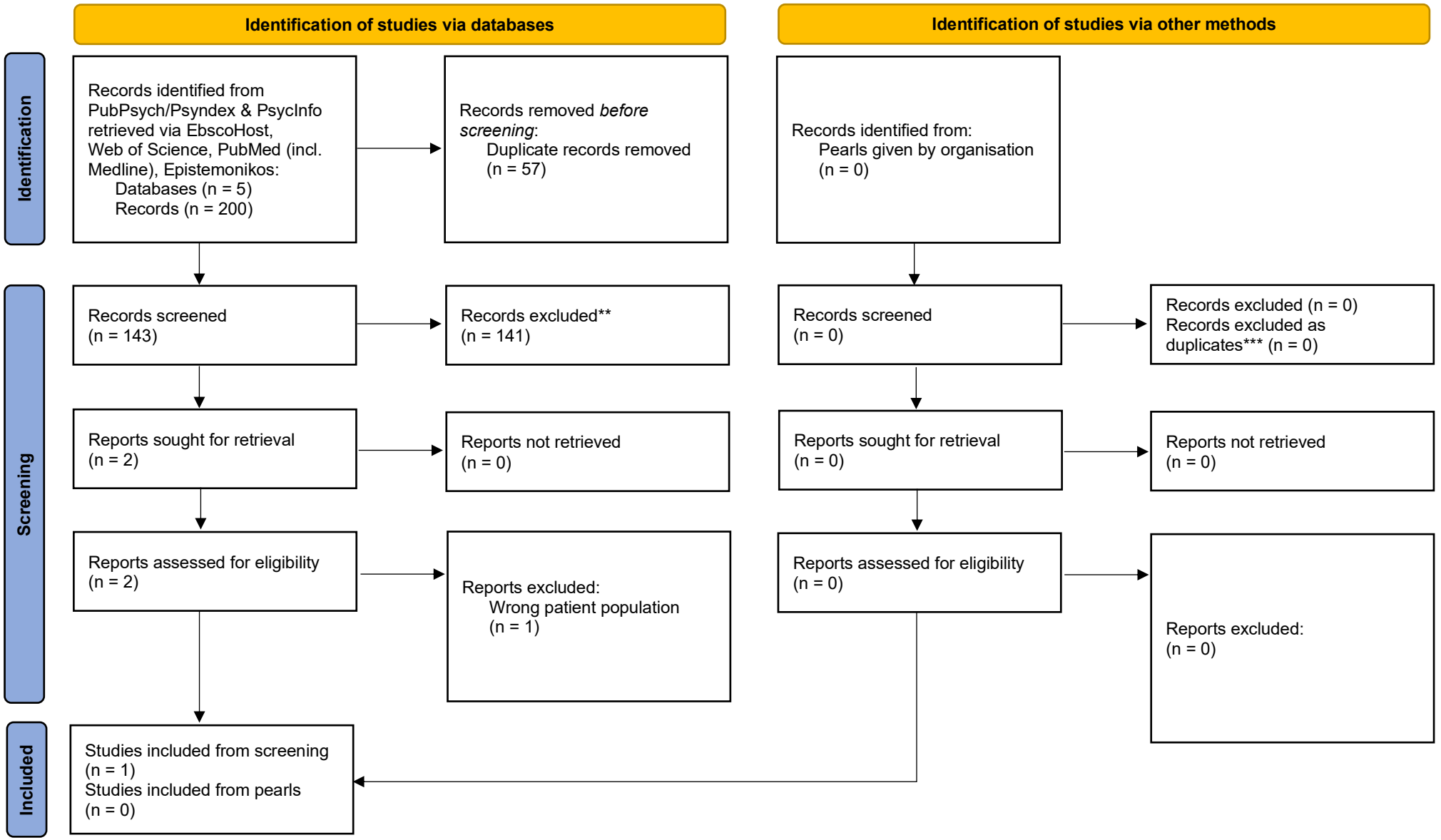
List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Bolívar HA; Klemperer EM; Coleman SRM; DeSarno M; Skelly JM; Higgins ST. Contingency Management for Patients Receiving Medication for Opioid Use Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis.	Wrong study design (not applicable to PICO)

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

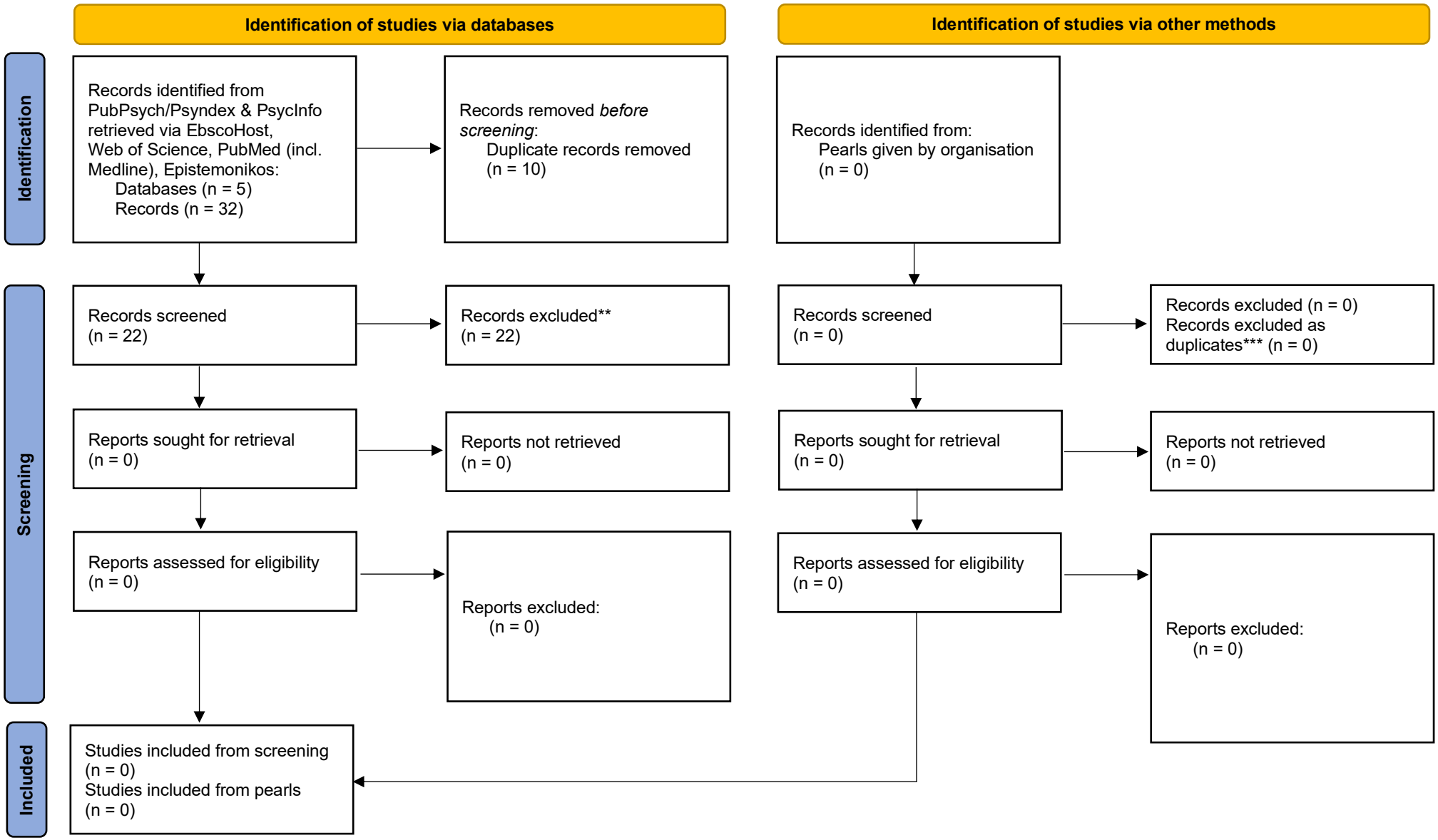


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

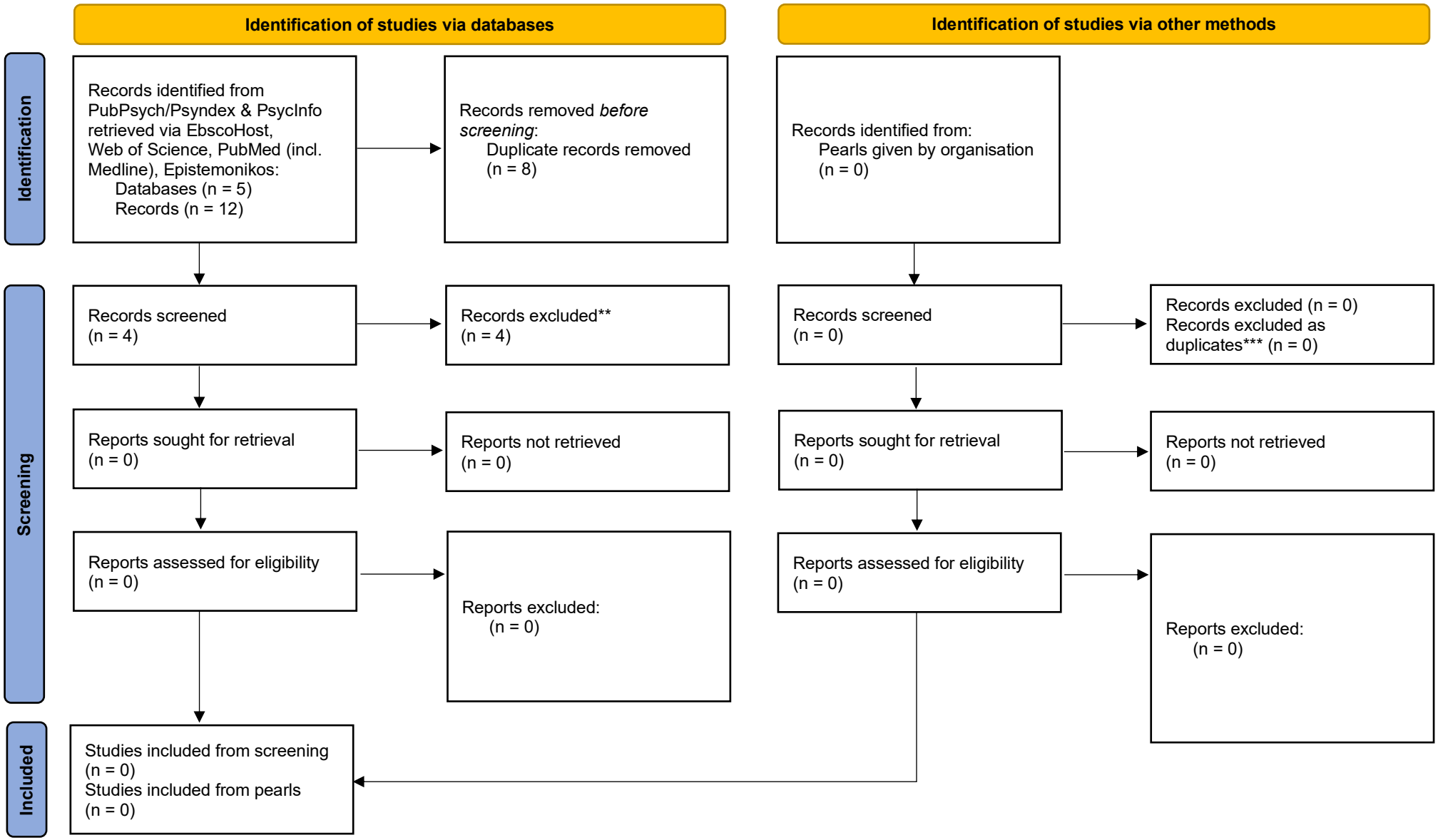
List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Chan, Brian; Freeman, Michele; Ayers, Chelsea; Korthuis, P. Todd; Paynter, Robin; Kondo, Karli; Kansagara, Devan. A systematic review and meta-analysis of medications for stimulant use disorders in patients with co-occurring opioid use disorders.	Wrong patient population

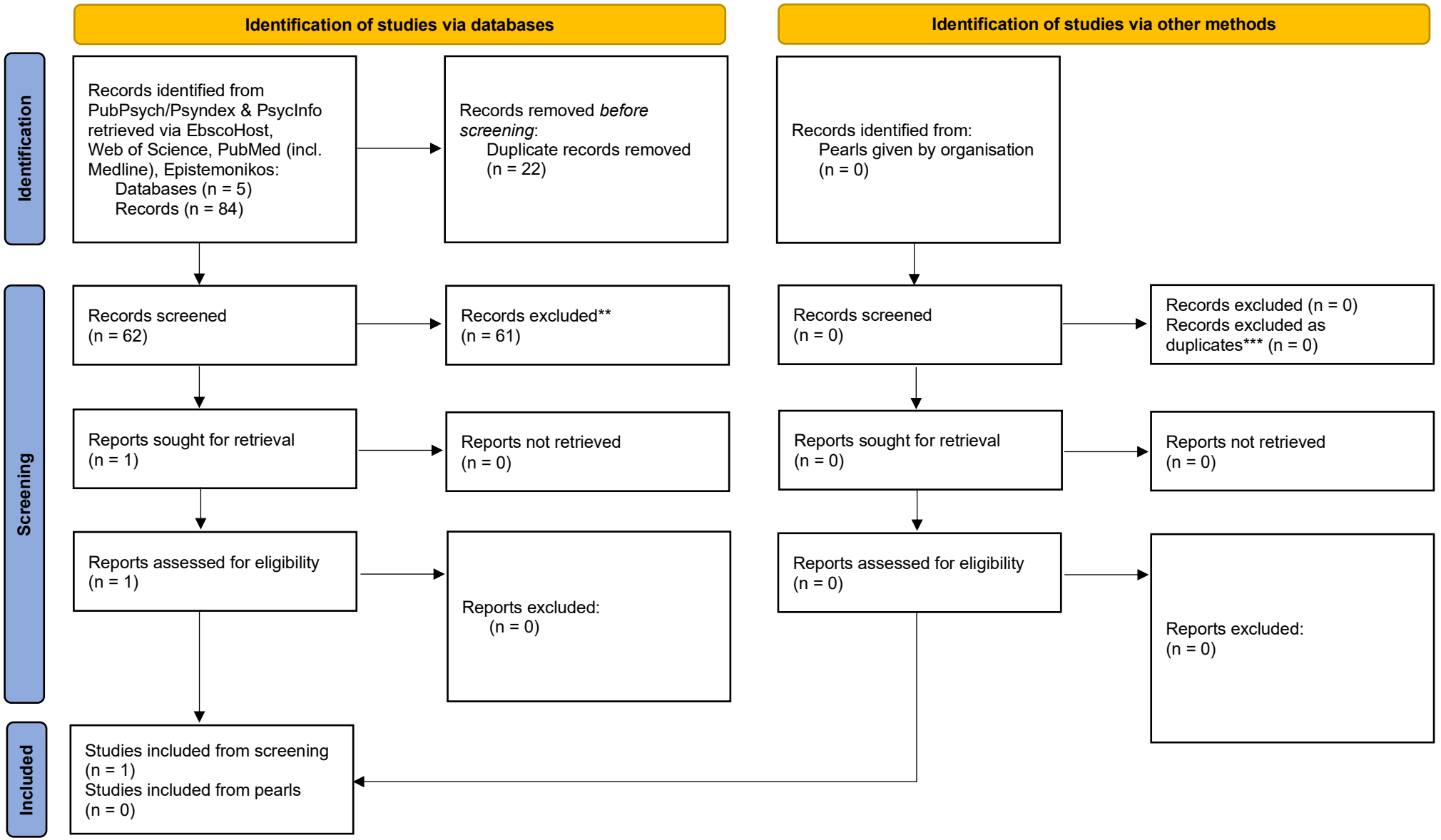
Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



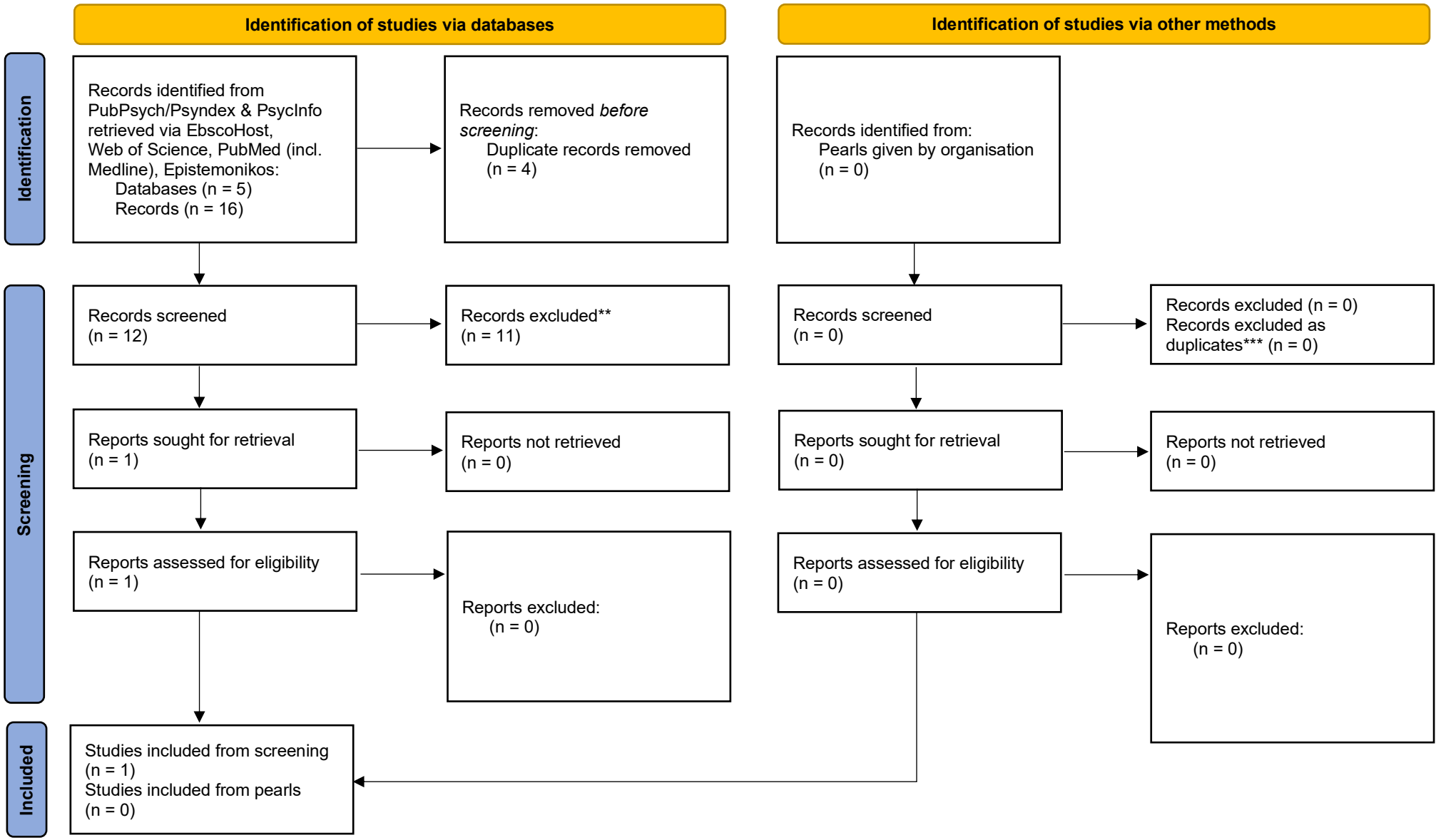
*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.



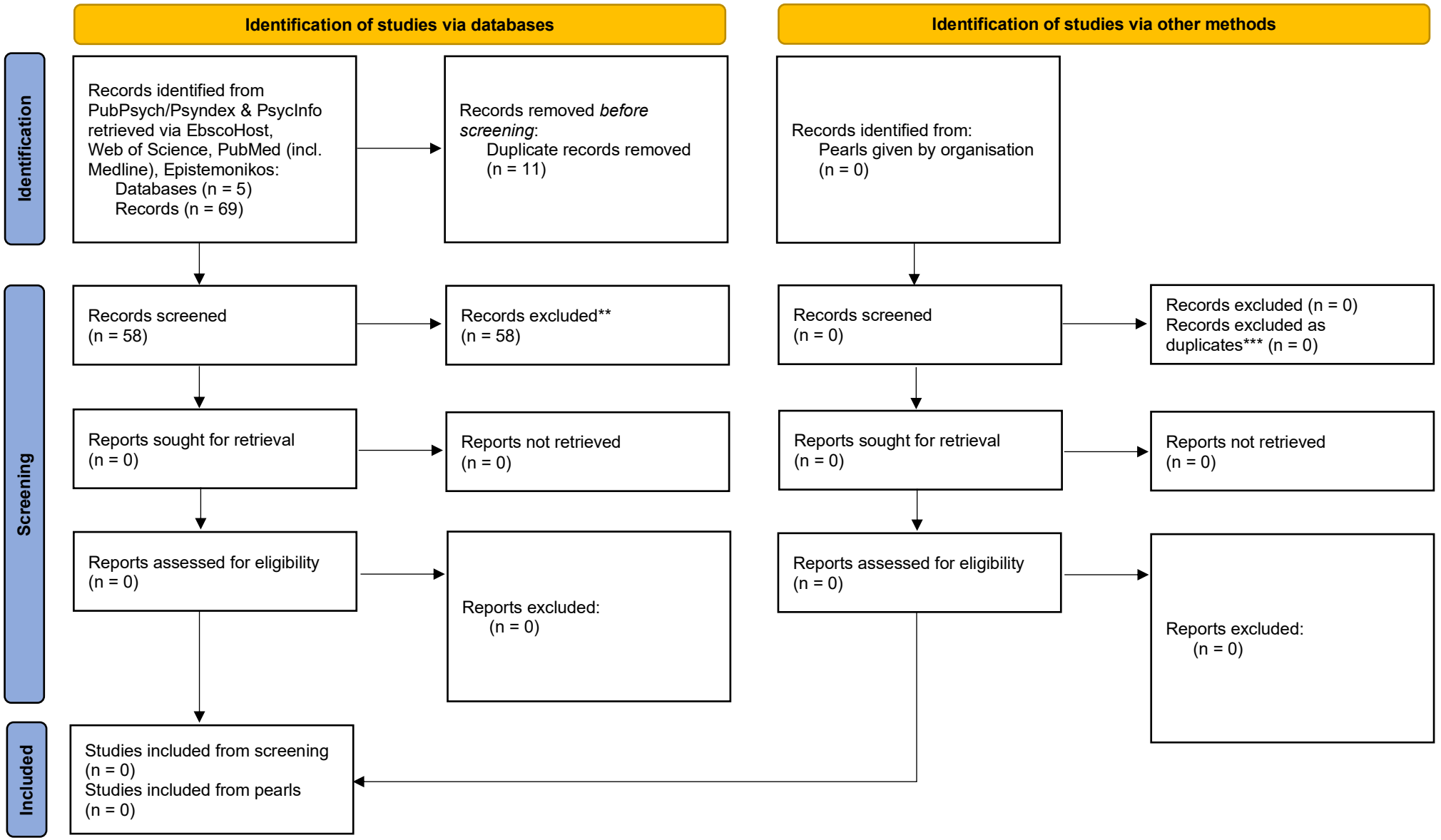
*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.



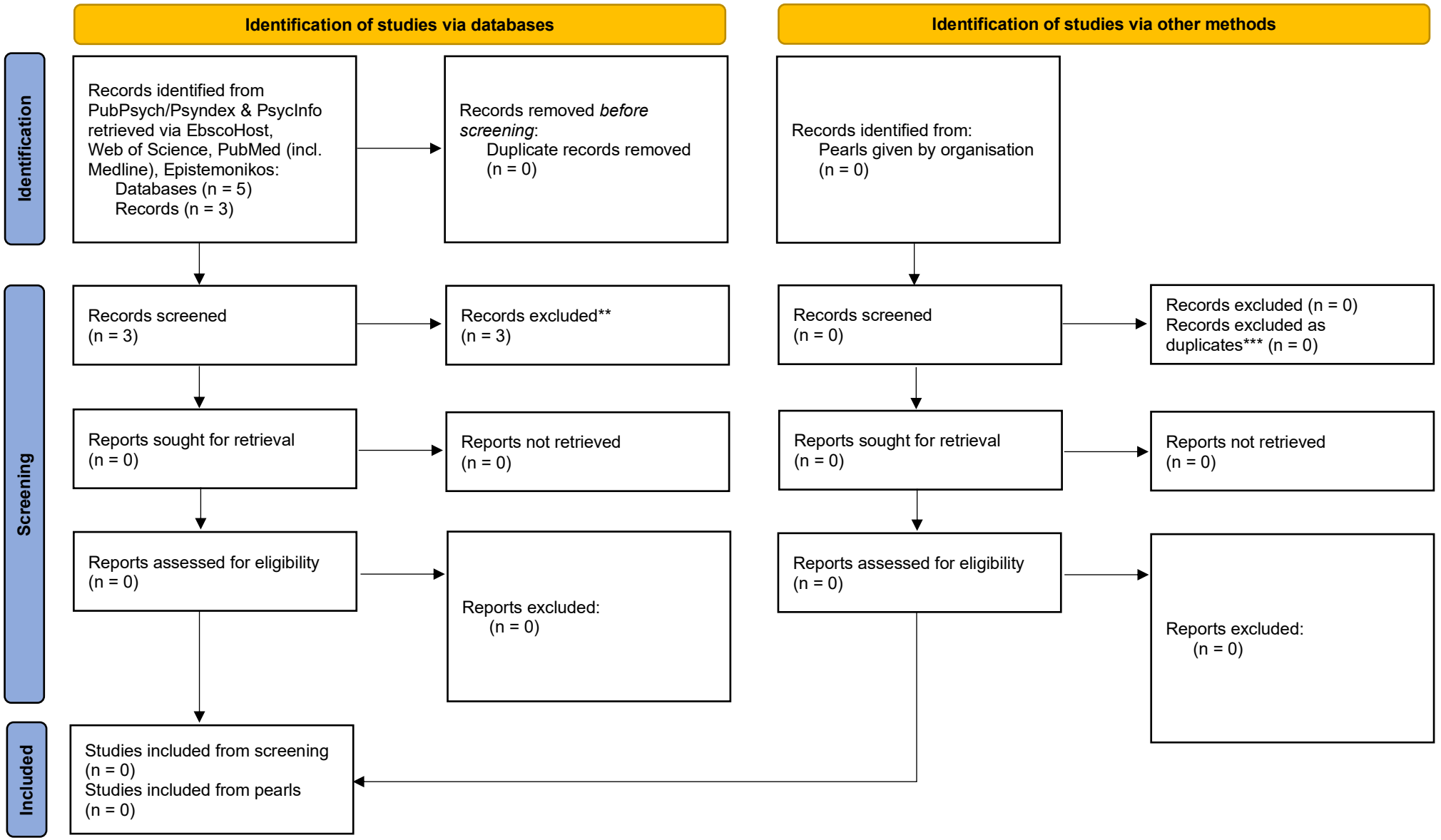
*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.



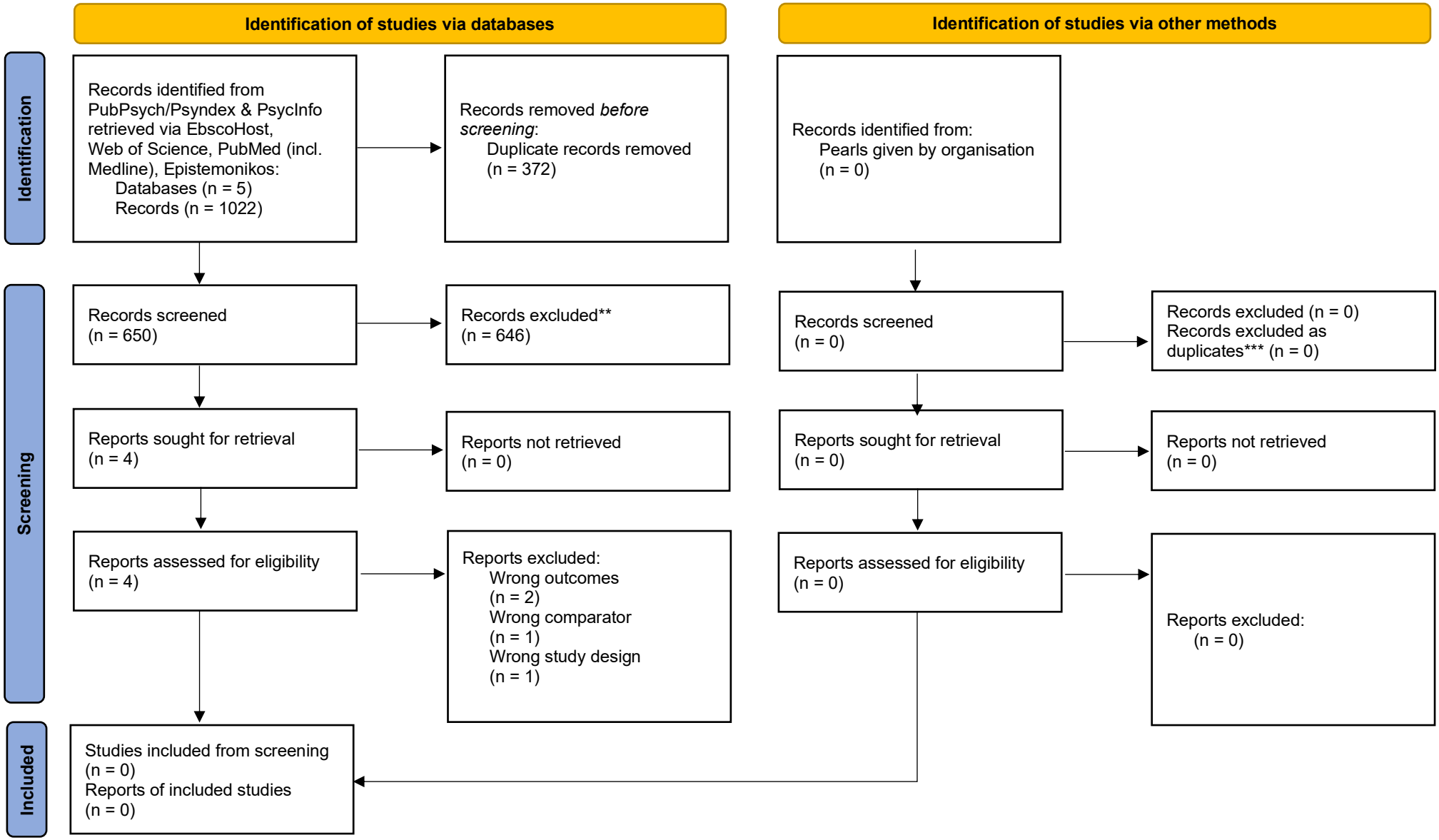
*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.



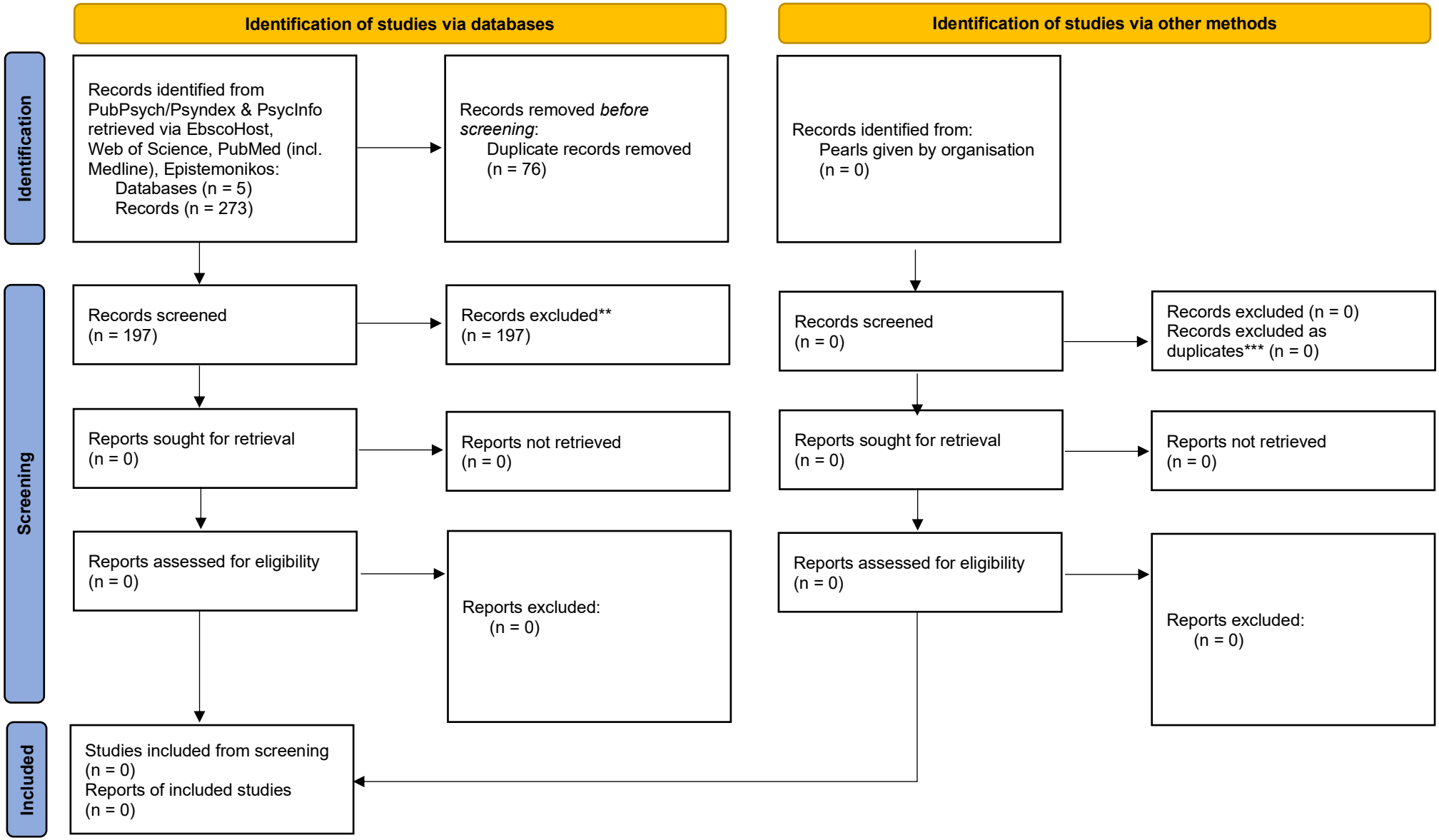
*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Primärdaten | AG *Rückfallprophylaxe* | PICO 1

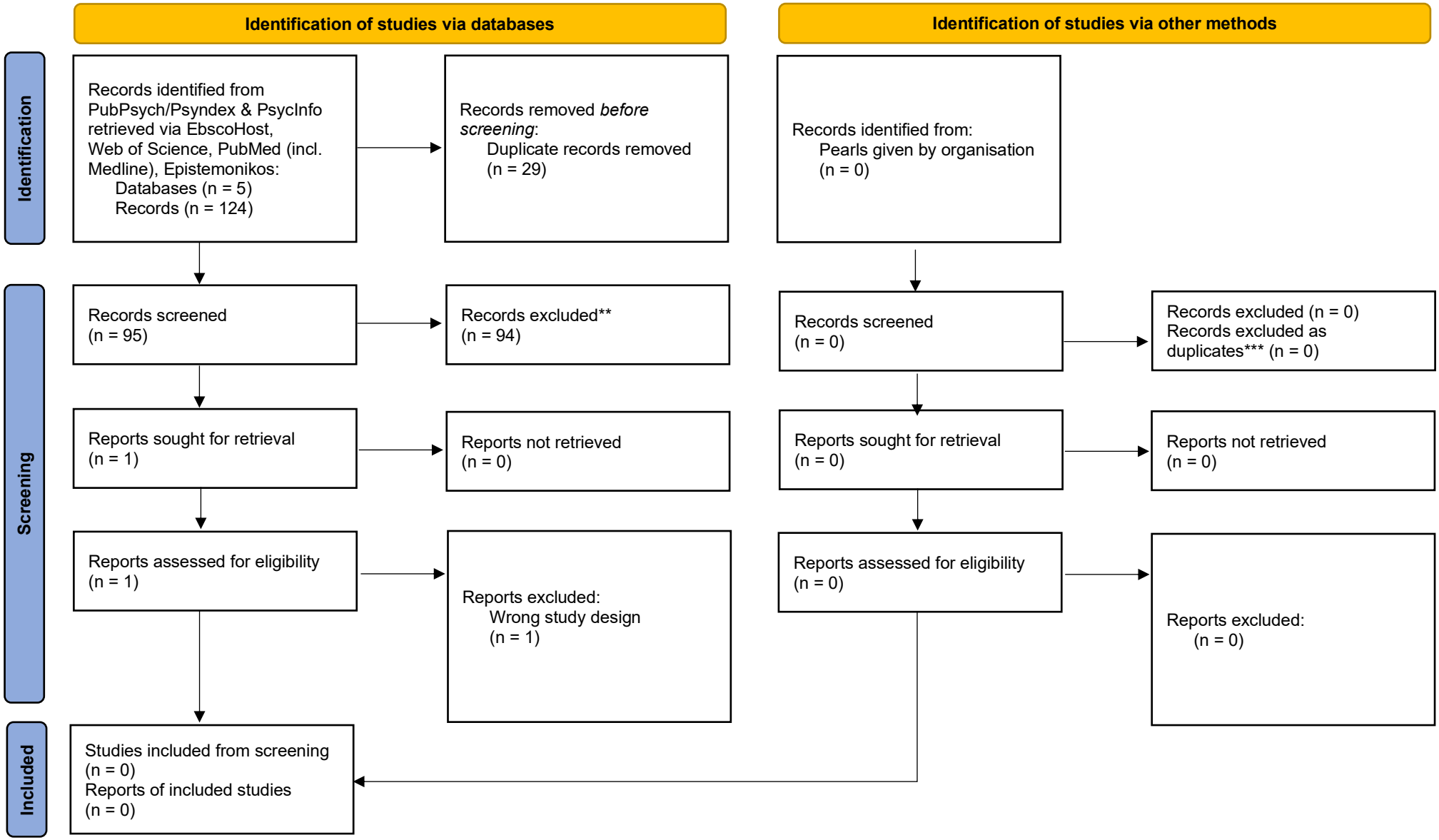
List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Rezaie, Z; Afshari, B; Balagabri, Z. Effects of Dialectical Behavior Therapy on Emotion Regulation, Distress Tolerance, Craving, and Depression in Patients with Opioid Dependence Disorder	Wrong outcomes
Marsden, John; Stillwell, Garry; James, Kirsty; Shearer, James; Byford, Sarah; Hellier, Jennifer; Kelleher, Michael; Kelly, Joanna; Murphy, Caroline; Mitcheson, Luke. Efficacy and cost-effectiveness of an adjunctive personalised psychosocial intervention in treatment-resistant maintenance opioid agonist therapy: A pragmatic, open-label, randomised controlled trial.	Wrong comparator
Abed, M; Shahidi, MA. Mindfulness-based relapse prevention to reduce lapse and craving	Wrong outcomes
Chen, Jia-Yan; Yu, Jin-Cong; Cao, Jie-Pin; Xiao, Yang; Gu, Hong; Zhong, Rui-Lin; Ding, Fang; Wang, Zeng-Zhen. Abstinence Following a Motivation-Skill-Desensitization-Mental Energy Intervention for Heroin Dependence: A Three-year Follow-up Result of a Randomized Controlled Trial.	Wrong study design (not applicable to PICO)

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.



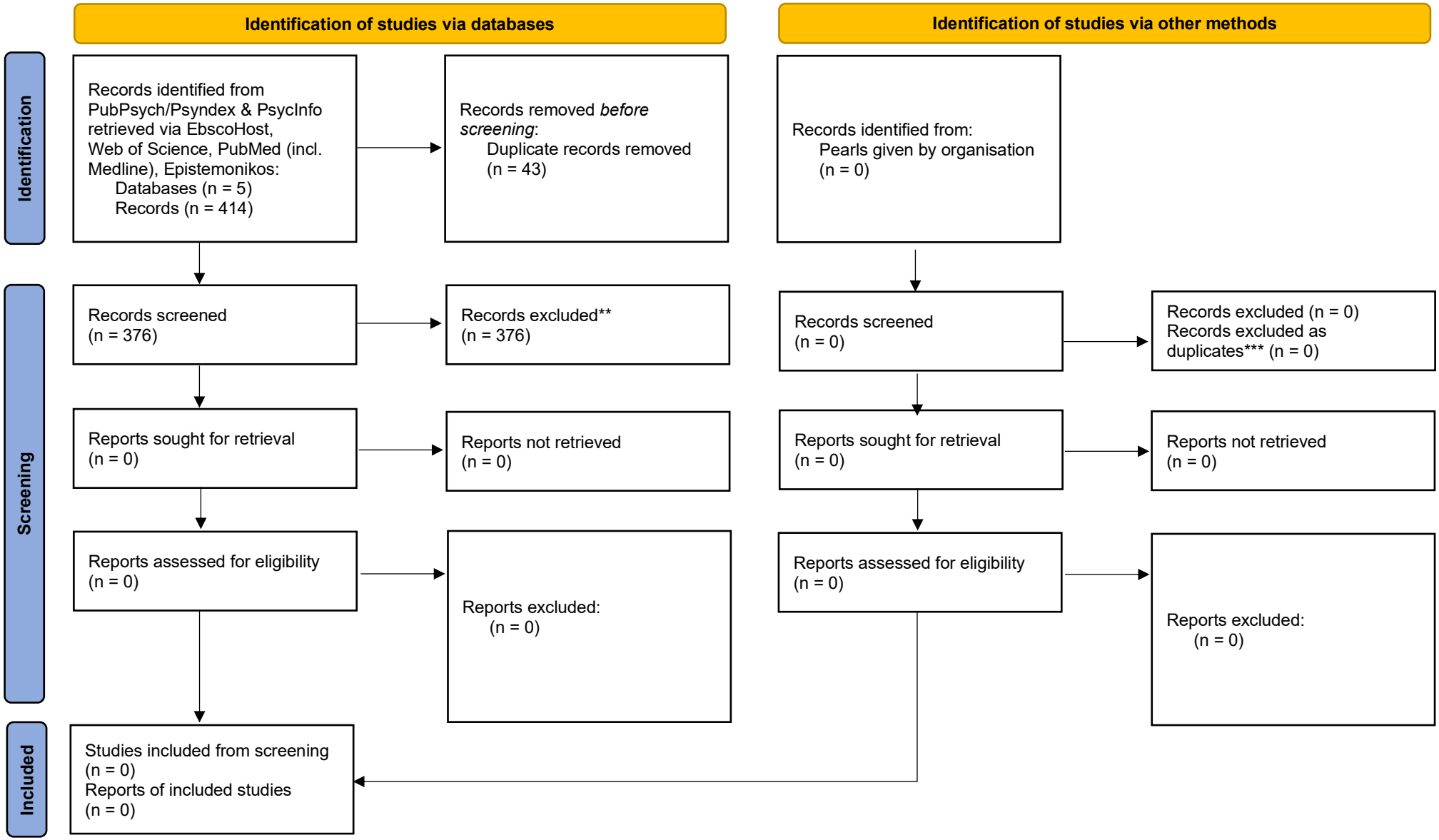
*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Primärdaten | AG *Rückfallprophylaxe* | PICO 3.1

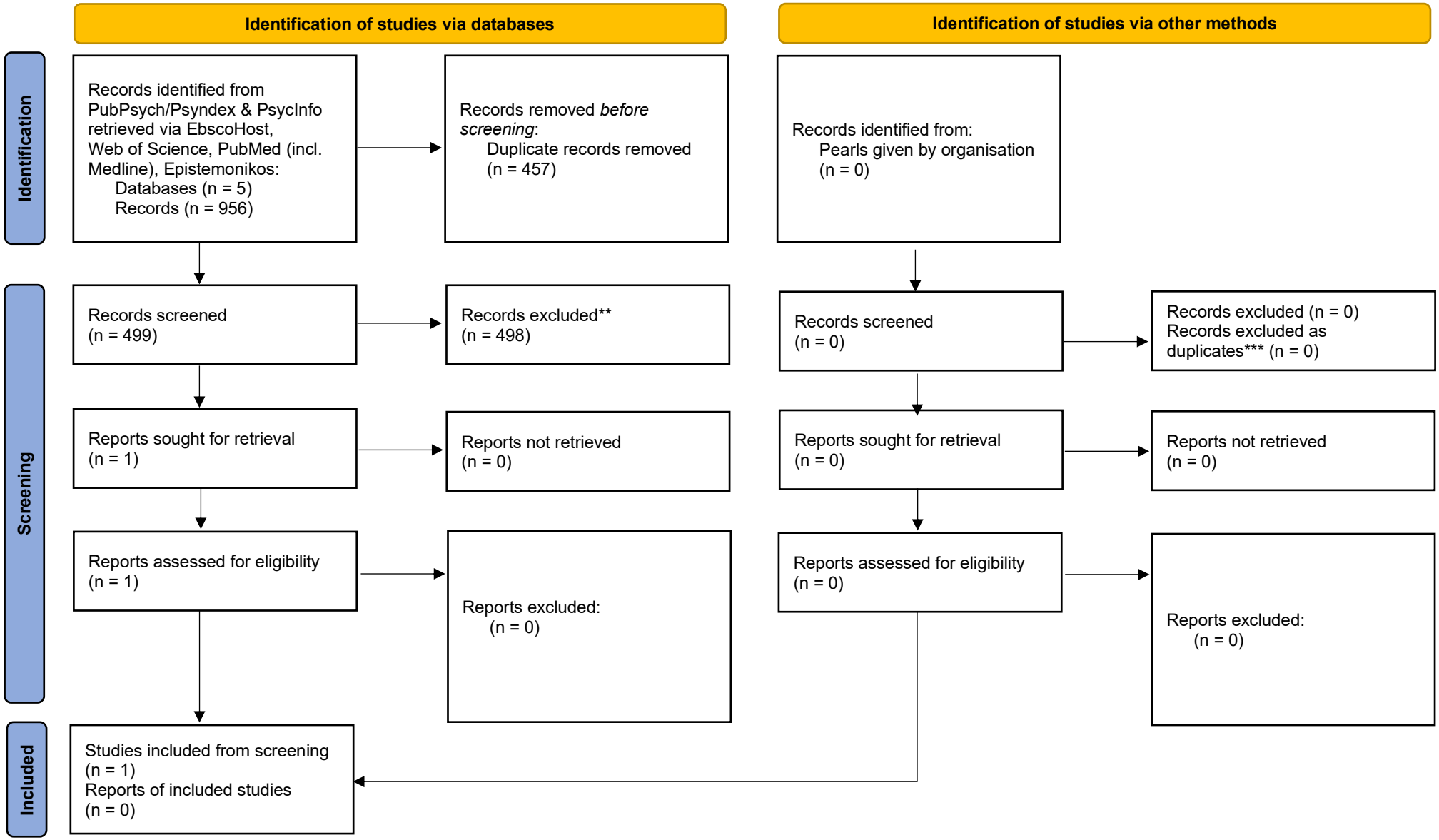
List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Glanz, JM; Binswanger, IA; Shetterly, SM; Narwaney, KJ; Xu, S. Association Between Opioid Dose Variability and Opioid Overdose Among Adults Prescribed Long-term Opioid Therapy	Wrong study design (not applicable to PICO)

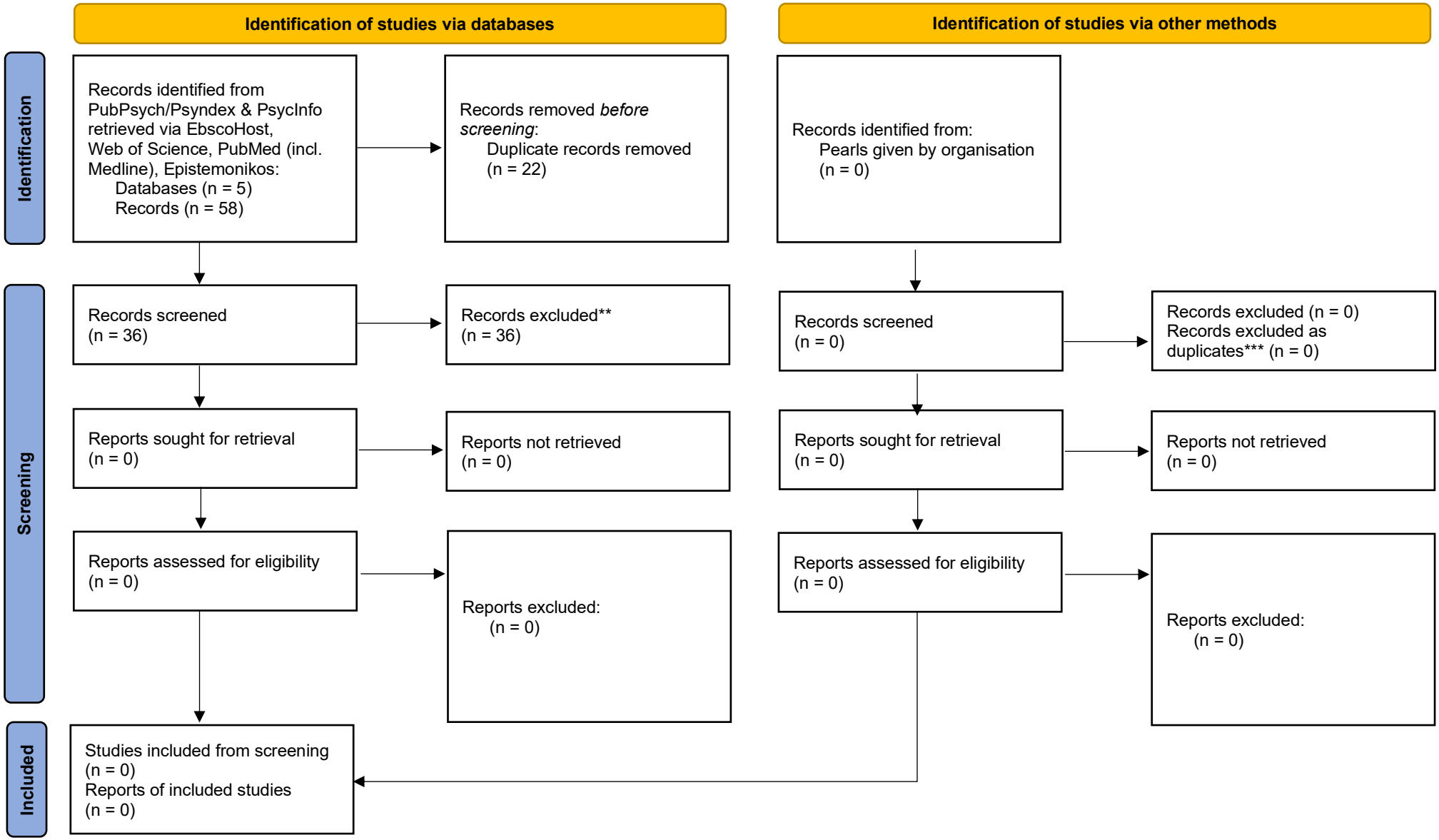
Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



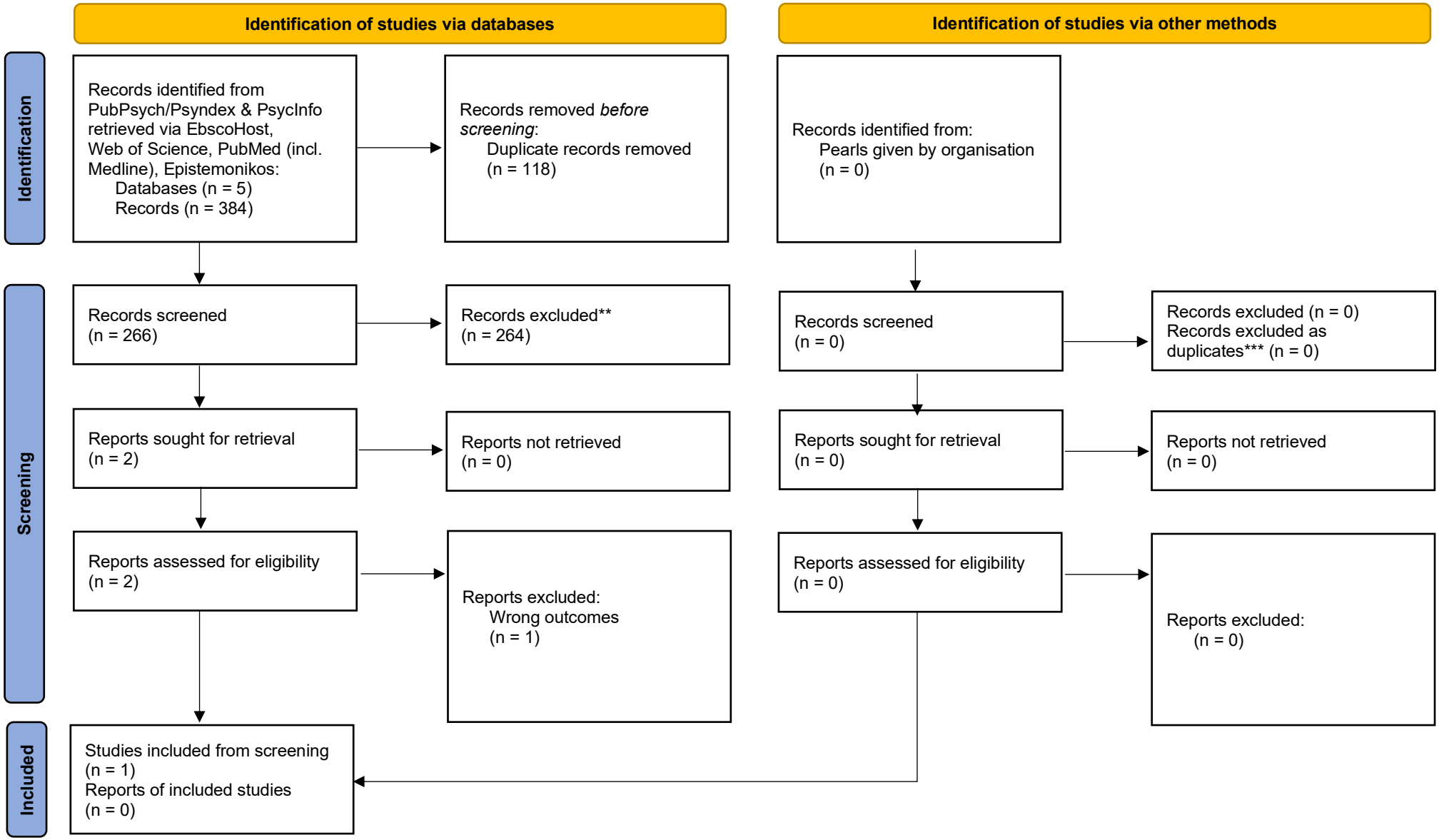
*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

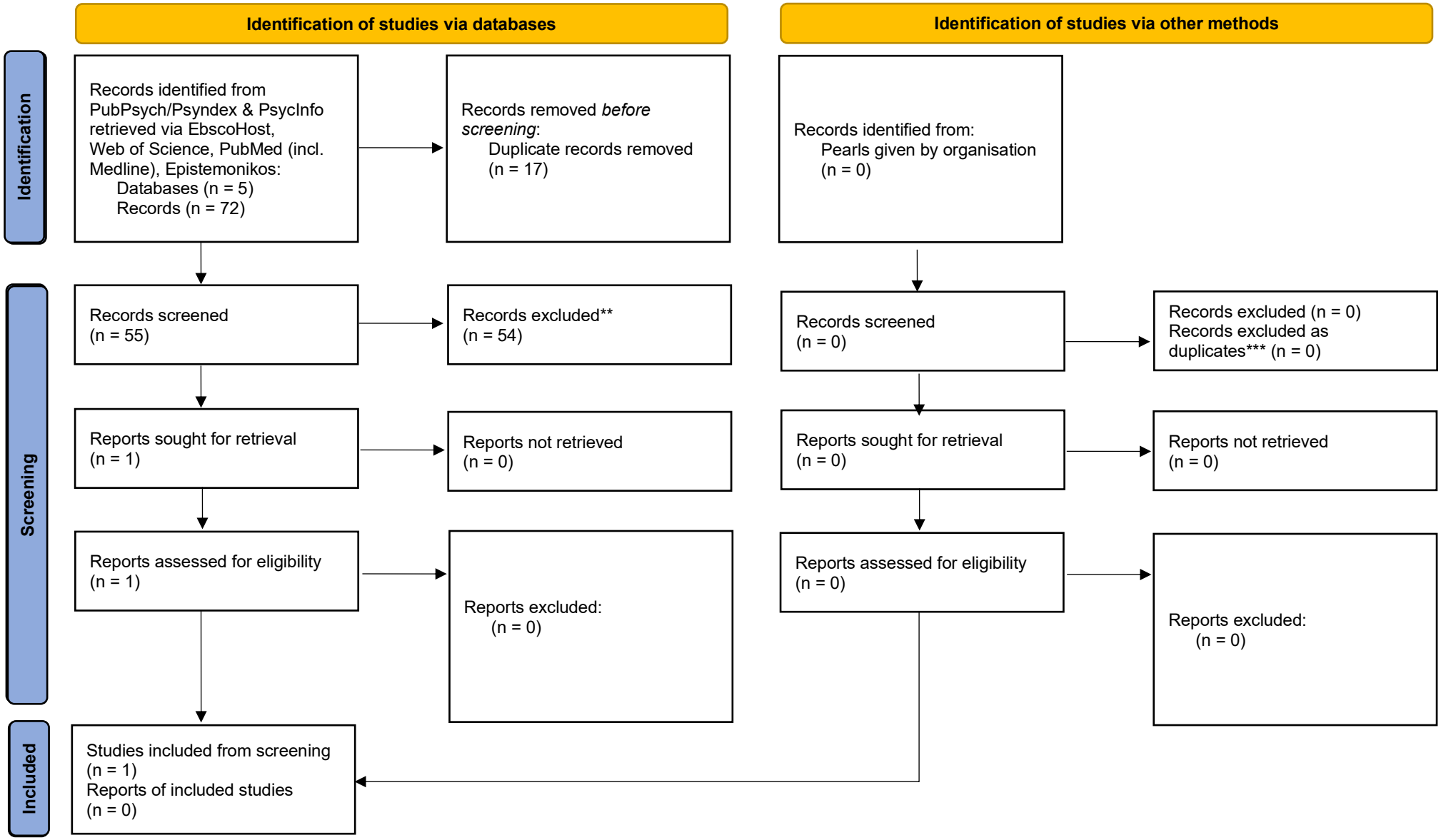


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

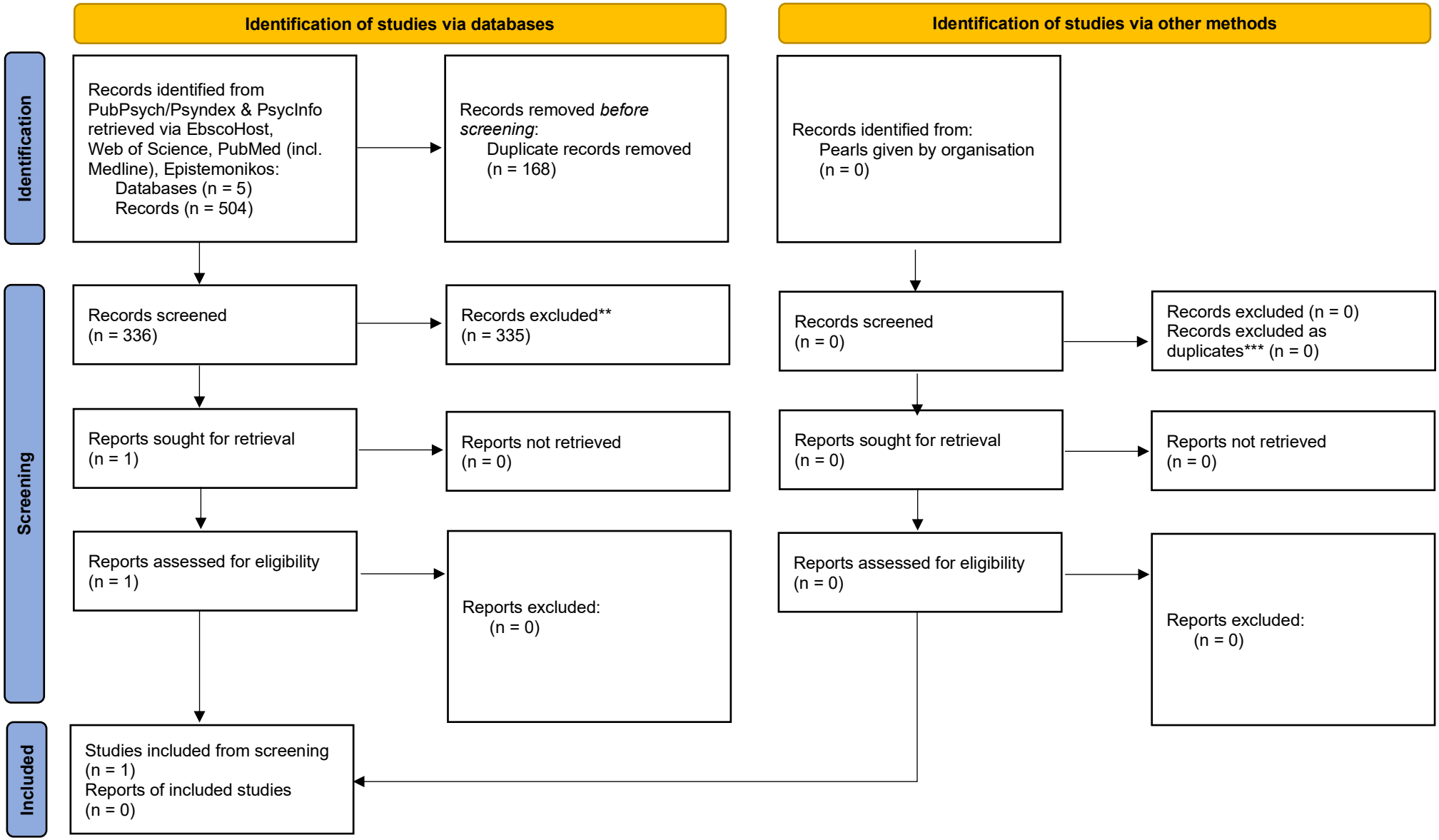
List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Rezaie, Z; Afshari, B; Balagabri, Z. Effects of Dialectical Behavior Therapy on Emotion Regulation, Distress Tolerance, Craving, and Depression in Patients with Opioid Dependence Disorder	Wrong outcomes

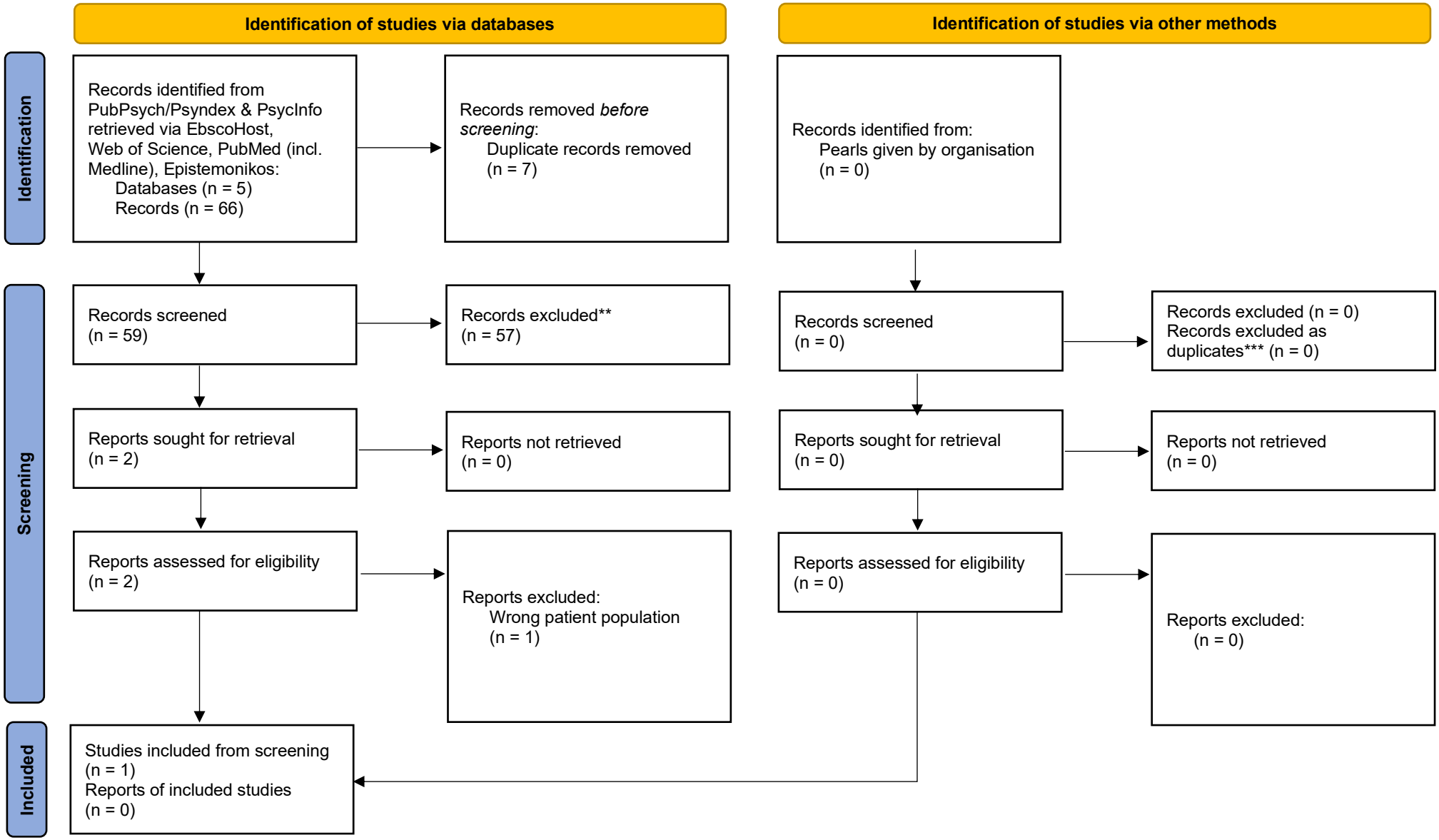
Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

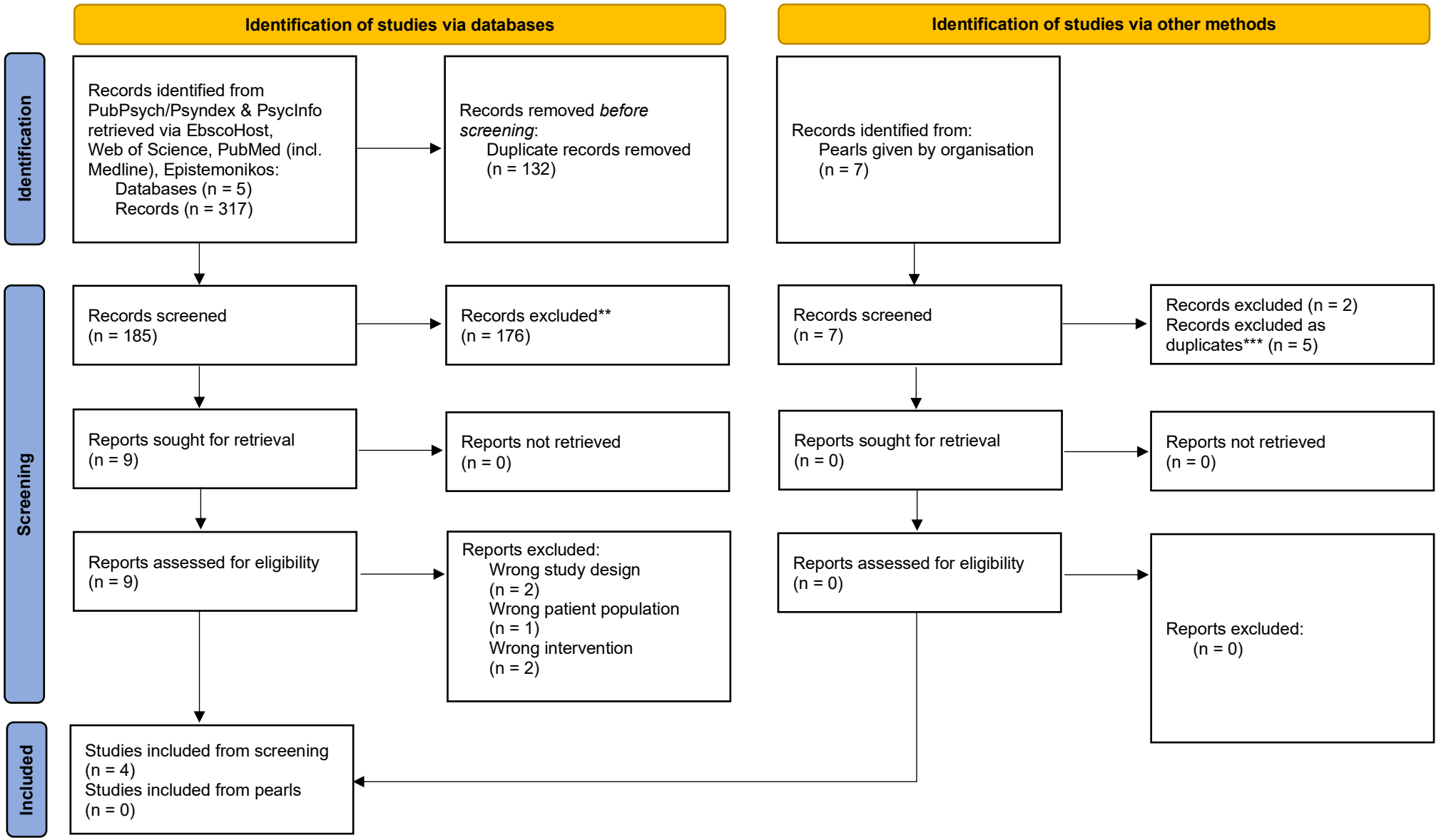


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Papp, J; Vallabhaneni, M; Morales, A; Schrock, JW. Take- home naloxone rescue kits following heroin overdose in the emergency department to prevent opioid overdose related repeat emergency department visits, hospitalization and death- a pilot study	Wrong patient population

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

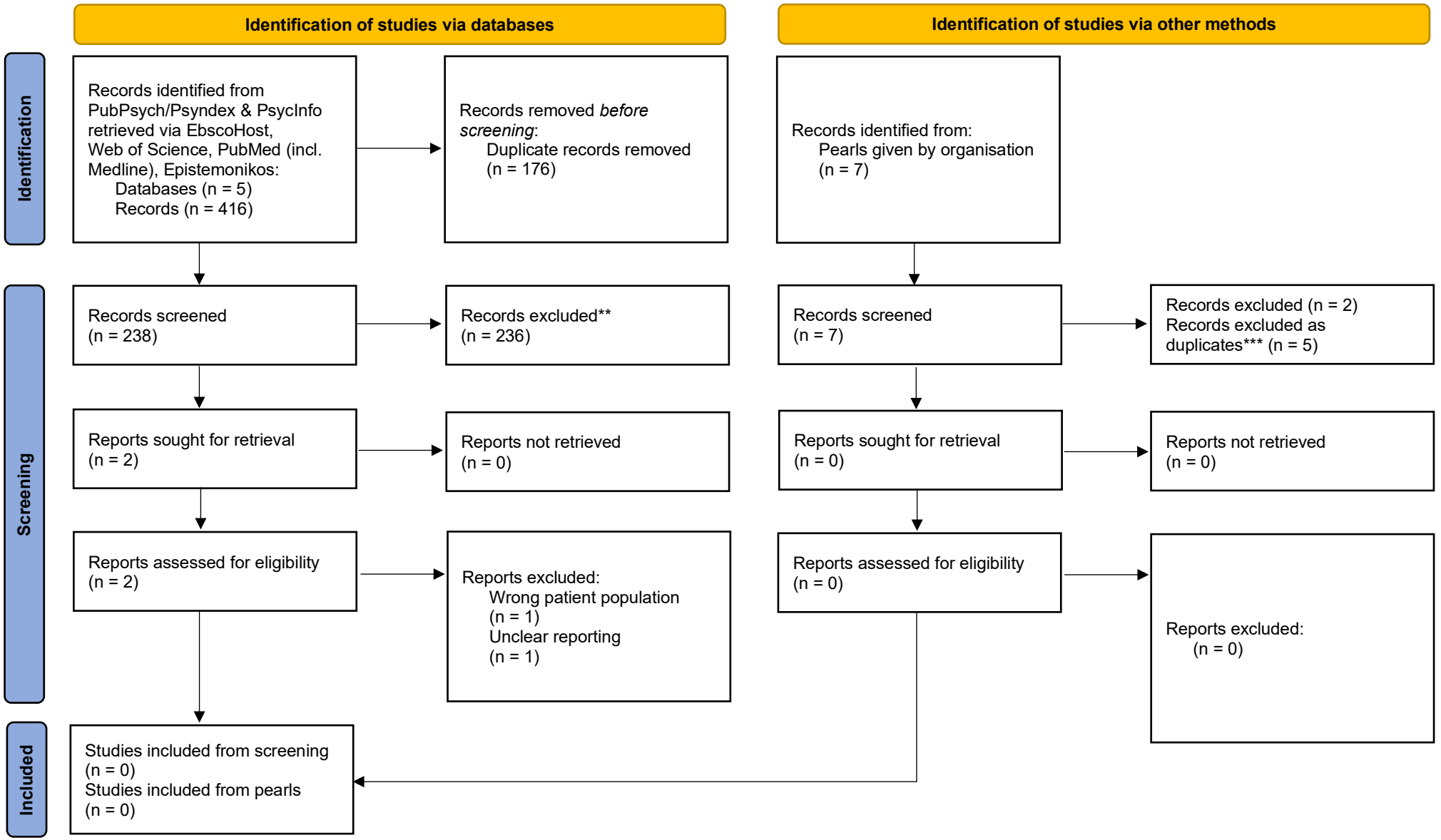


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Aggregierte Evidenz | AG *Psychotherapie* | PICO 1
List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Ray, Lara A.; Meredith, Lindsay R.; Kiluk, Brian D.; Walthers, Justin; Carroll, Kathleen M.; Magill, Molly. Combined Pharmacotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Alcohol or Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis	Wrong study design (not applicable to PICO)
Chou, Roger; Dana, Tracy; Blazina, Ian; Grusing, Sara; Fu, Rongwei; Bougatsos, Christina. Interventions for Unhealthy Drug Use—Supplemental Report: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force	Wrong patient population
Bolivar, HA; Klemperer, EM; Coleman, SRM; DeSarno, M; Skelly, JM; Higgins, ST. Contingency Management for Patients Receiving Medication for Opioid Use Disorder A Systematic Review and Meta-analysis	Wrong intervention
Forster, SE; DePhilippis, D; Forman, SD. "I's" on the prize: A systematic review of individual differences in Contingency Management treatment response	Wrong study design (not applicable to PICO)
Ameral, Victoria; Hocking, Elise; Leviyah, Xenia; Newberger, Noam G.; Timko, Christine; Livingston, Nicholas. Innovating for real-world care: A systematic review of interventions to improve post-detoxification outcomes for opioid use disorder	Wrong intervention

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

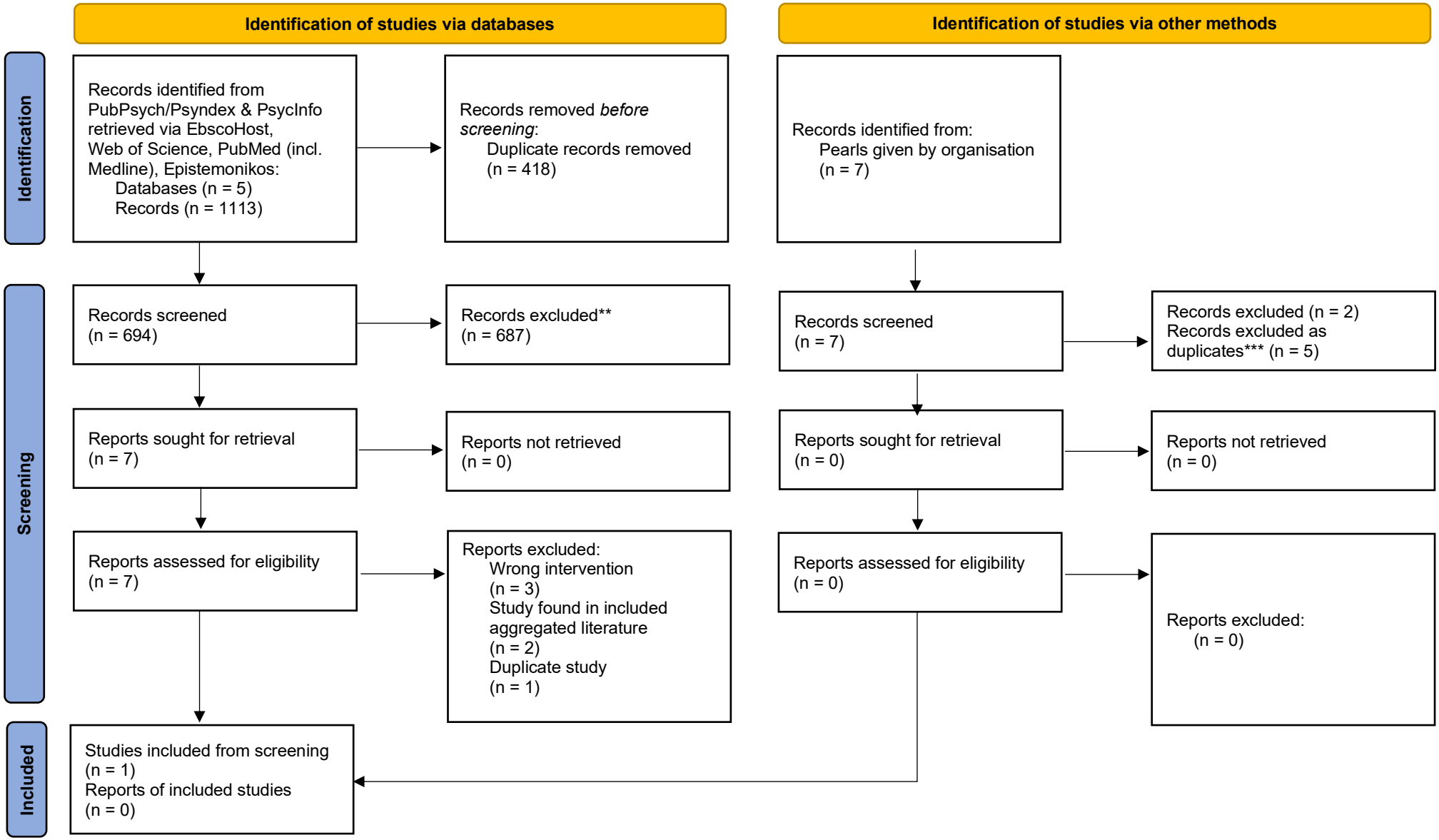


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Ginley, Meredith K.; Pfund, Rory A.; Rash, Carla J.; Zajac, Kristyn. Long-term efficacy of contingency management treatment based on objective indicators of abstinence from illicit substance use up to 1 year following treatment: A meta-analysis	Wrong patient population
Welsh, Justine W.; Mataczynski, Maggie J.; Nguyen, Minh D.; McHugh, R. Kathryn. A Review of Behavioral Therapies in Adolescents with Opioid Use Disorder	Unclear reporting

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

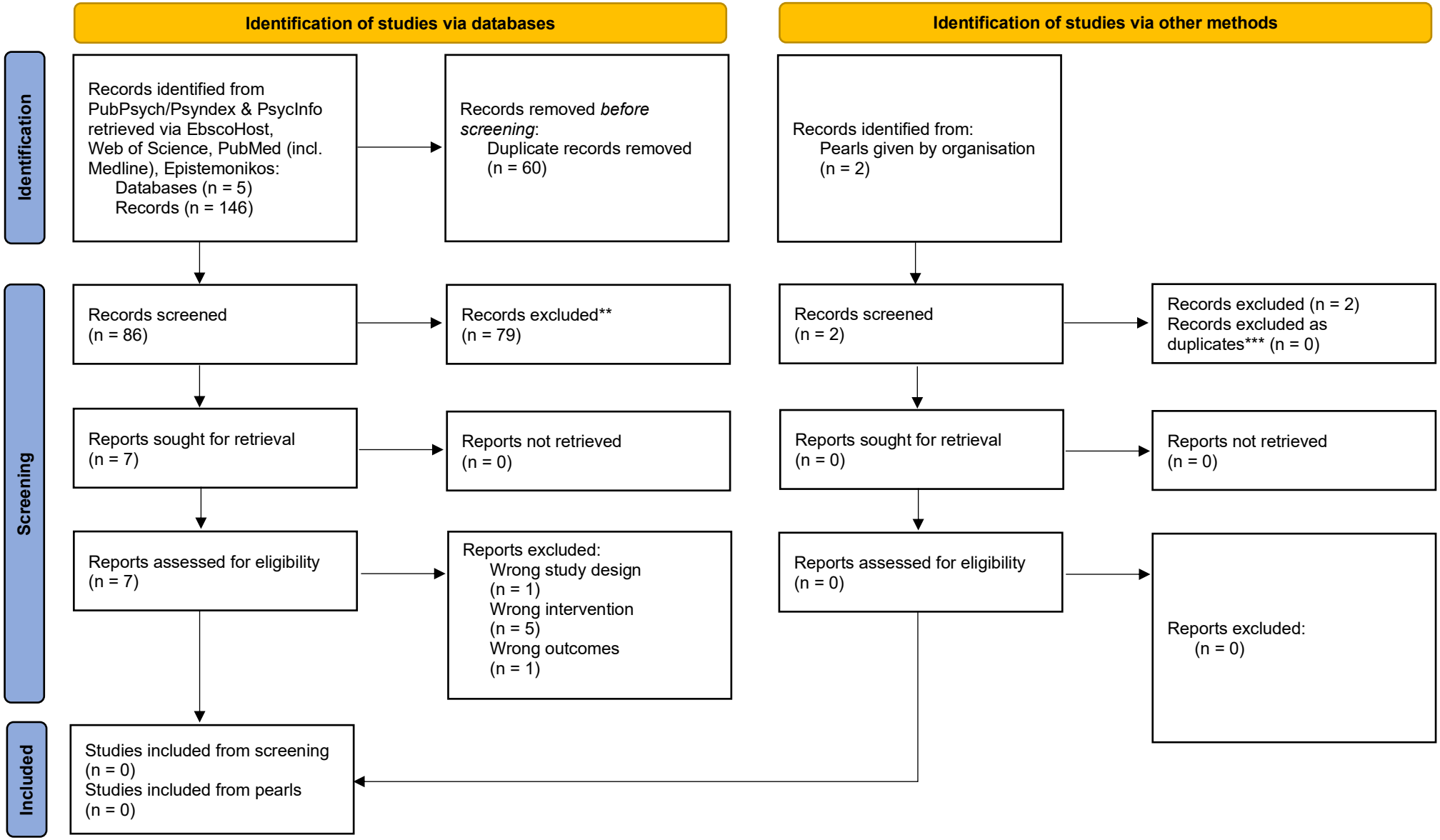


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Harvey, Laura M.; Fan, Weihua; Cano, Miguel Ángel; Vaughan, Ellen L.; Arbona, Consuelo; Essa, Saman; Sanchez, Helen; de Dios, Marcel A. Psychosocial intervention utilization and substance abuse treatment outcomes in a multisite sample of individuals who use opioids.	Wrong intervention
Schottenfeld, Richard S.; Chawarski, Marek C.; Mazlan, Mahmud. Behavioral counseling and abstinence-contingent take-home buprenorphine in general practitioners' offices in Malaysia: a randomized, open-label clinical trial.	Wrong intervention
Hoffman, LA; Vilsaint, C; Kelly, JF. Recovery From Opioid Problems in the US Population: Prevalence, Pathways, and Psychological Well-Being	Wrong intervention
Yaghubi, Mehdi; Zargar, Fatemeh; Akbari, Hossein. Comparing Effectiveness of Mindfulness-Based Relapse Prevention with Treatment as Usual on Impulsivity and Relapse for Methadone-Treated Patients: A Randomized Clinical Trial.	Study found in included aggregated literature
Liu, Pulin; Song, Ranran; Zhang, Yao; Liu, Cheng; Cai, Bingxi; Liu, Xuebing; Li, Jiaoyuan; Chen, Xueqin; Ke, Juntao; Lou, Jiao; Chen, Wei; Zhu, Beibei; Zou, Li; Yang, Yang; Zhu, Ying; Gong, Yajie; Zhong, Rong; Miao, Xiaoping. Educational and behavioral counseling in a methadone maintenance treatment program in China: A randomized controlled trial.	Study found in included aggregated literature
Hefner, Kathryn; Choo, Tse-Hwei; Shmueli-Blumberg, Dikla; Pavlicova, Martina; King, Jacquie; Fishman, Marc; Shulman, Matisyahu; Campbell, Aimee; Greiner, Miranda; Scodes, Jennifer; Meyers-Ohki, Sarah; Novo, Patricia; Nunes, Edward; Rotrosen, John. Time-lagged association between counseling and/or 12-Step attendance with subsequent opioid use in a secondary analysis from a randomized, clinical trial of medications for opioid use disorder.	Duplicate study

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

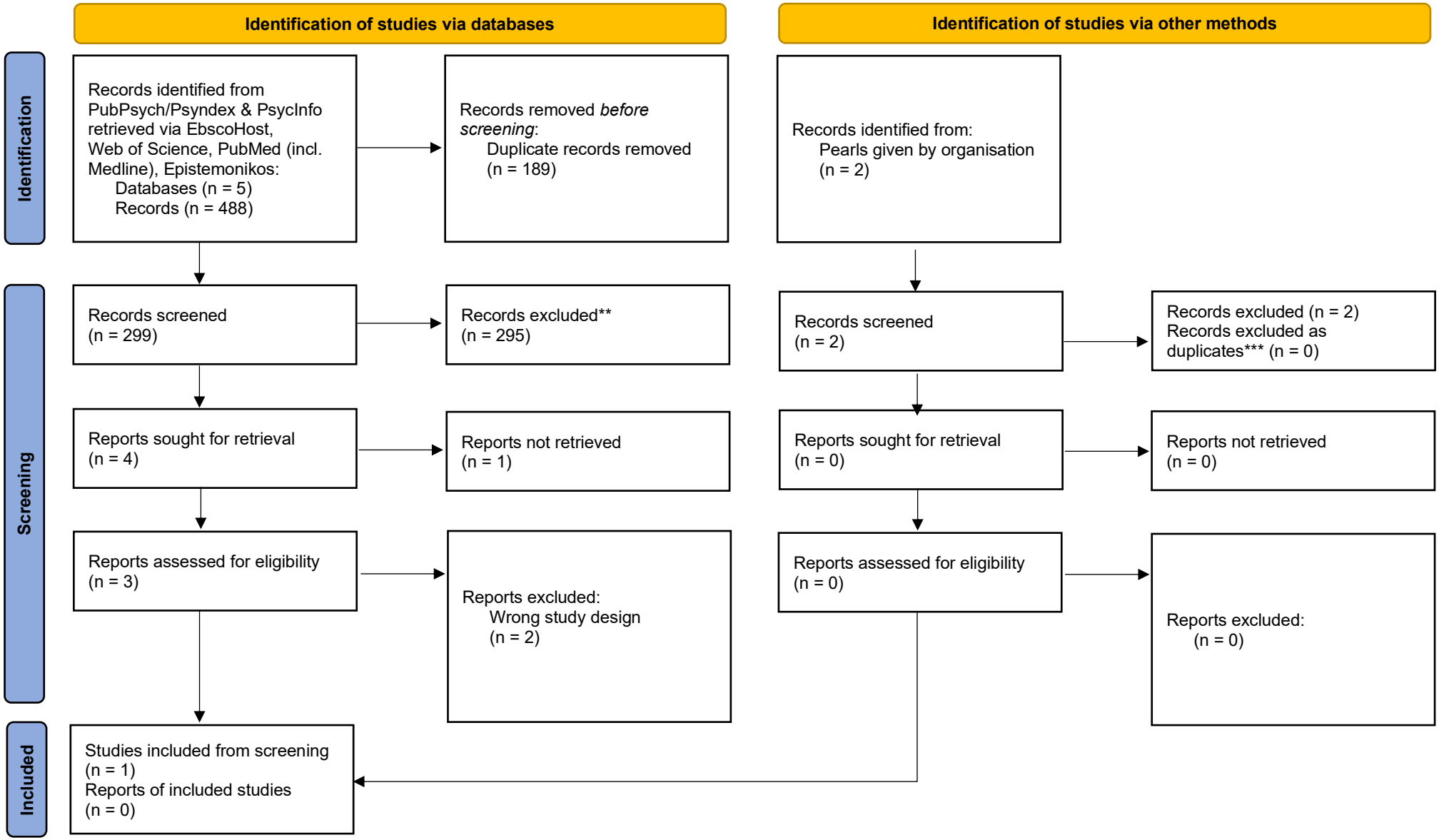


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Chan B; Gean E; Arkhipova-Jenkins I; Gilbert J; Hilgart J; Fiordalisi C; Hubbard K; Brandt I; Stoeger E; Paynter R; Korthuis PT; Guise JM. Retention Strategies for Medications for Addiction Treatment in Adults With Opioid Use Disorder: A Rapid Evidence Review	Wrong intervention
Wyse, Jessica J.; Morasco, Benjamin J.; Dougherty, Jacob; Edwards, Beau; Kansagara, Devan; Gordon, Adam J.; Korthuis, P. Todd; Tuepker, Anaïs; Lindner, Stephan; Mackey, Katherine; Williams, Beth; Herreid-O'Neill, Anders; Paynter, Robin; Lovejoy, Travis I. Adjunct interventions to standard medical management of buprenorphine in outpatient settings: A systematic review of the evidence	Wrong study design (not applicable to PICO)
Rice, Danielle; Corace, Kimberly; Wolfe, Dianna; Esmaeilisaraji, Leila; Michaud, Alan; Grima, Alicia; Austin, Bradley; Douma, Reuben; Barbeau, Pauline; Butler, Claire; Willows, Melanie; Poulin, Patricia A.; Sproule, Beth A.; Porath, Amy; Garber, Gary; Taha, Sheena; Garner, Gord; Skidmore, Becky; Moher, David; Thavorn, Kednapa; Hutton, Brian. Evaluating comparative effectiveness of psychosocial interventions adjunctive to opioid agonist therapy for opioid use disorder: A systematic review with network meta-analyses	Wrong intervention
Brown, Aaron R. A Systematic Review of Psychosocial Interventions in Treatment of Opioid Addiction.	Wrong intervention
Kumar, N; Oles, W; Howell, BA; Janmohamed, K; Lee, ST; Funaro, MC; O'Connor, PG; Alexander, M. The role of social network support in treatment outcomes for medication for opioid use disorder: A systematic review	Wrong intervention
Korownyk, C; Perry, D; Ton, J; Kolber, MR; Garrison, S; Thomas, B; Allan, GM; Dugre, N; Finley, CR; Ting, R; Yang, P; Vandermeer, B; Lindblad, AJ. Opioid use disorder in primary care PEER umbrella systematic review of systematic reviews	Wrong intervention
Zerden, LD; Guan, T; Lombardi, BM; Sharma, A; Garcia-Rico, Y. Psychosocial Interventions in Office-Based Opioid Treatment: A Systematic Review	Wrong outcomes

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

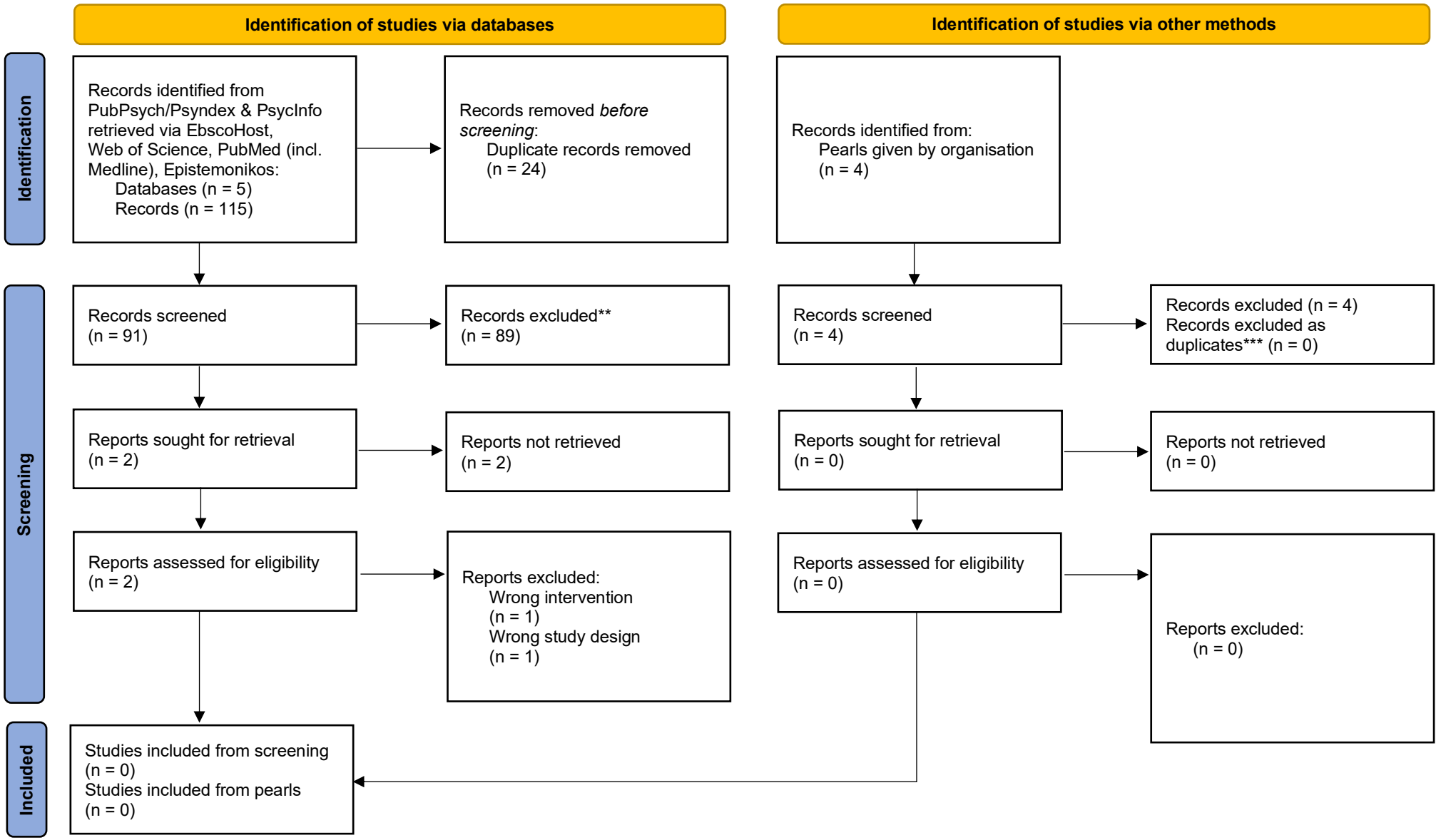


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Harvey, LM; Fan, WH; Cano, MA; Vaughan, EL; Arbona, C; Essa, S; Sanchez, H; de Dios, MA. Psychosocial intervention utilization and substance abuse treatment outcomes in a multisite sample of individuals who use opioids	Wrong study design (not applicable to PICO)
Parkes, Tessa; Matheson, Catriona; Carver, Hannah; Foster, Rebecca; Budd, John; Liddell, Dave; Wallace, Jason; Pauly, Bernie; Fotopoulou, Maria; Burley, Adam; Anderson, Isobel; Price, Tracey; Schofield, Joe; MacLennan, Graeme. Assessing the feasibility, acceptability and accessibility of a peer-delivered intervention to reduce harm and improve the well-being of people who experience homelessness with problem substance use: The SHARPS study.	Wrong study design (not applicable to PICO)

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

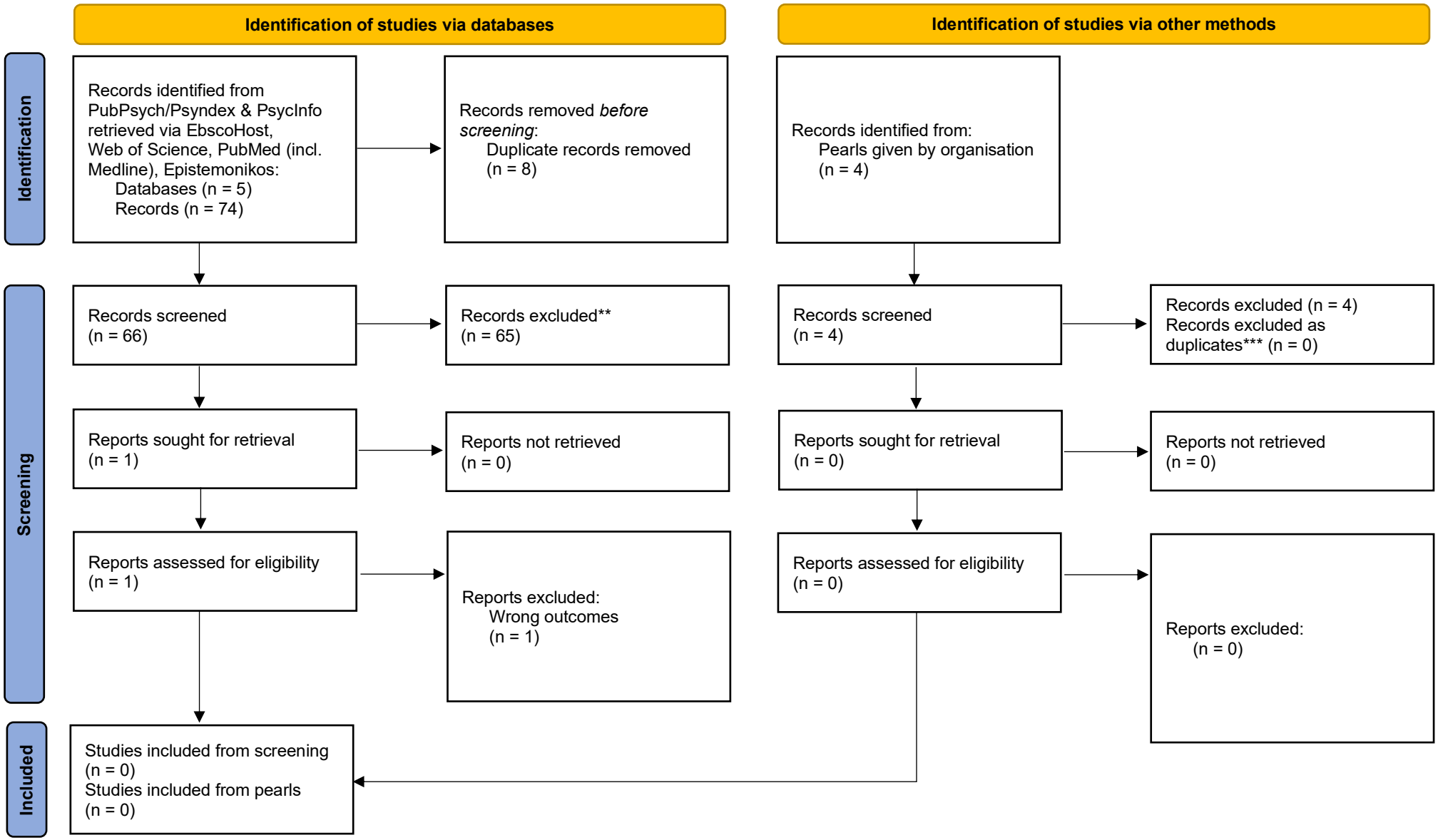


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Kennedy, AJ; Wessel, CB; Levine, R; Downer, K; Raymond, M; Osakue, D; Hassan, I; Merlin, JS; Liebschutz, JM. Factors Associated with Long-Term Retention in Buprenorphine-Based Addiction Treatment Programs: a Systematic Review	Wrong intervention
Ginley, Meredith K.; Pfund, Rory A.; Rash, Carla J.; Zajac, Kristyn. Long-term efficacy of contingency management treatment based on objective indicators of abstinence from illicit substance use up to 1 year following treatment: A meta-analysis	Wrong study design (not applicable to PICO)

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

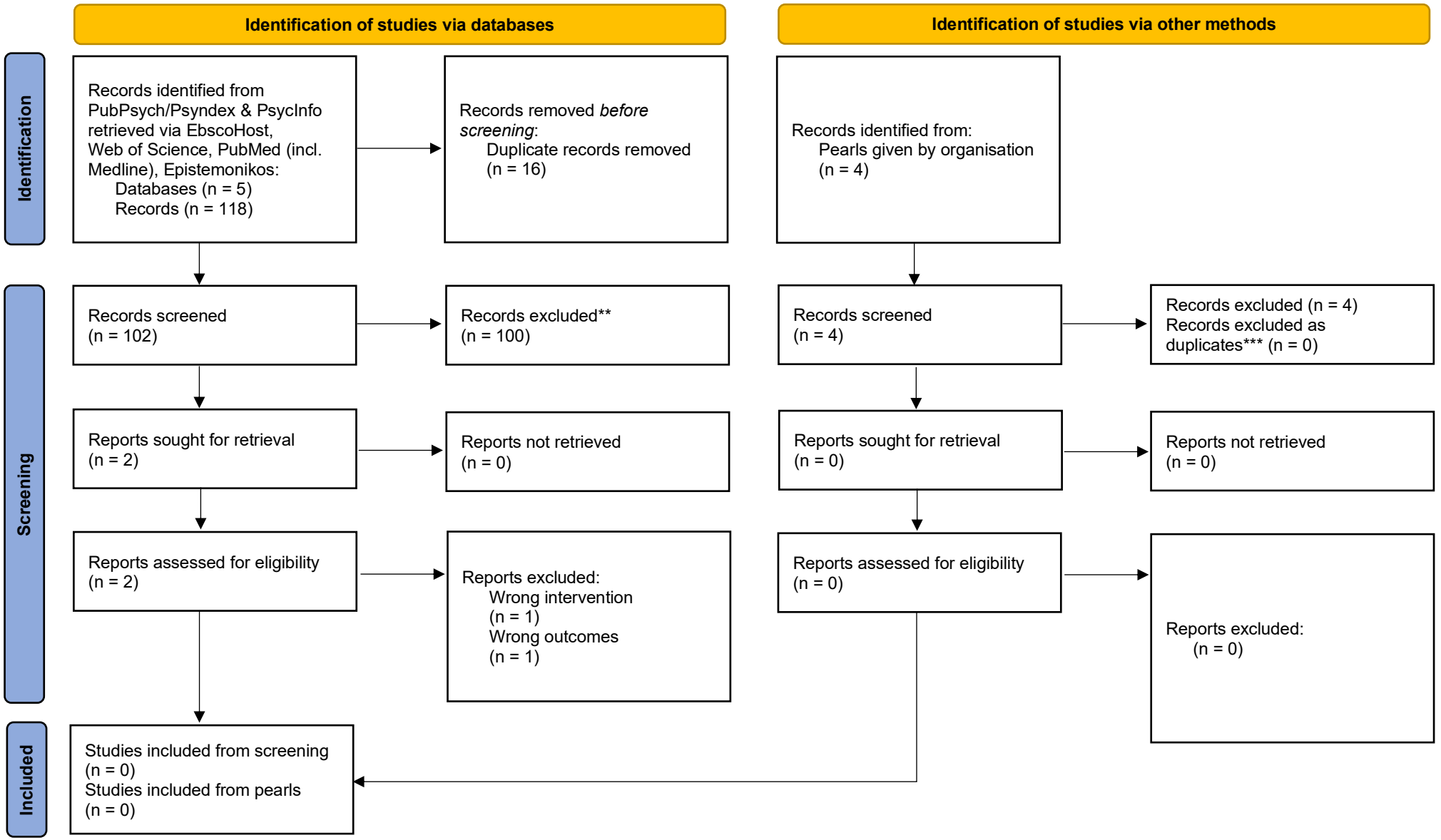


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Dalton, Kathryn; Bishop, Lisa; Darcy, Stephen. Investigating interventions that lead to the highest treatment retention for emerging adults with substance use disorder: A systematic review	Wrong outcome

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

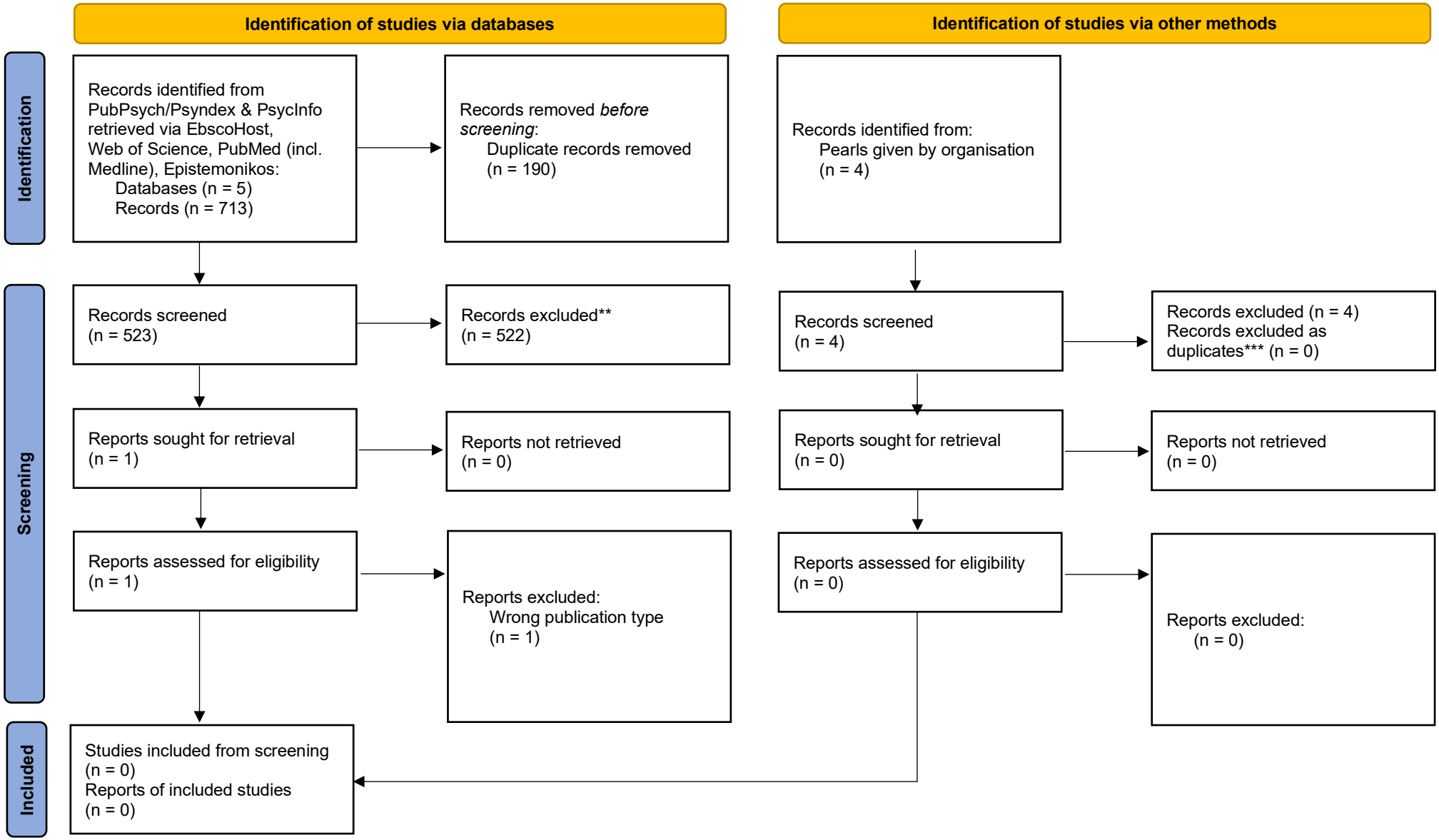


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Kennedy, AJ; Wessel, CB; Levine, R; Downer, K; Raymond, M; Osakue, D; Hassan, I; Merlin, JS; Liebschutz, JM. Factors Associated with Long-Term Retention in Buprenorphine-Based Addiction Treatment Programs: a Systematic Review	Wrong intervention
Rice, Danielle; Corace, Kimberly; Wolfe, Dianna; Esmaeilisaraji, Leila; Michaud, Alan; Grima, Alicia; Austin, Bradley; Douma, Reuben; Barbeau, Pauline; Butler, Claire; Willows, Melanie; Poulin, Patricia A.; Sproule, Beth A.; Porath, Amy; Garber, Gary; Taha, Sheena; Garner, Gord; Skidmore, Becky; Moher, David; Thavorn, Kednapa; Hutton, Brian. Evaluating comparative effectiveness of psychosocial interventions adjunctive to opioid agonist therapy for opioid use disorder: A systematic review with network meta-analyses	Wrong outcome

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

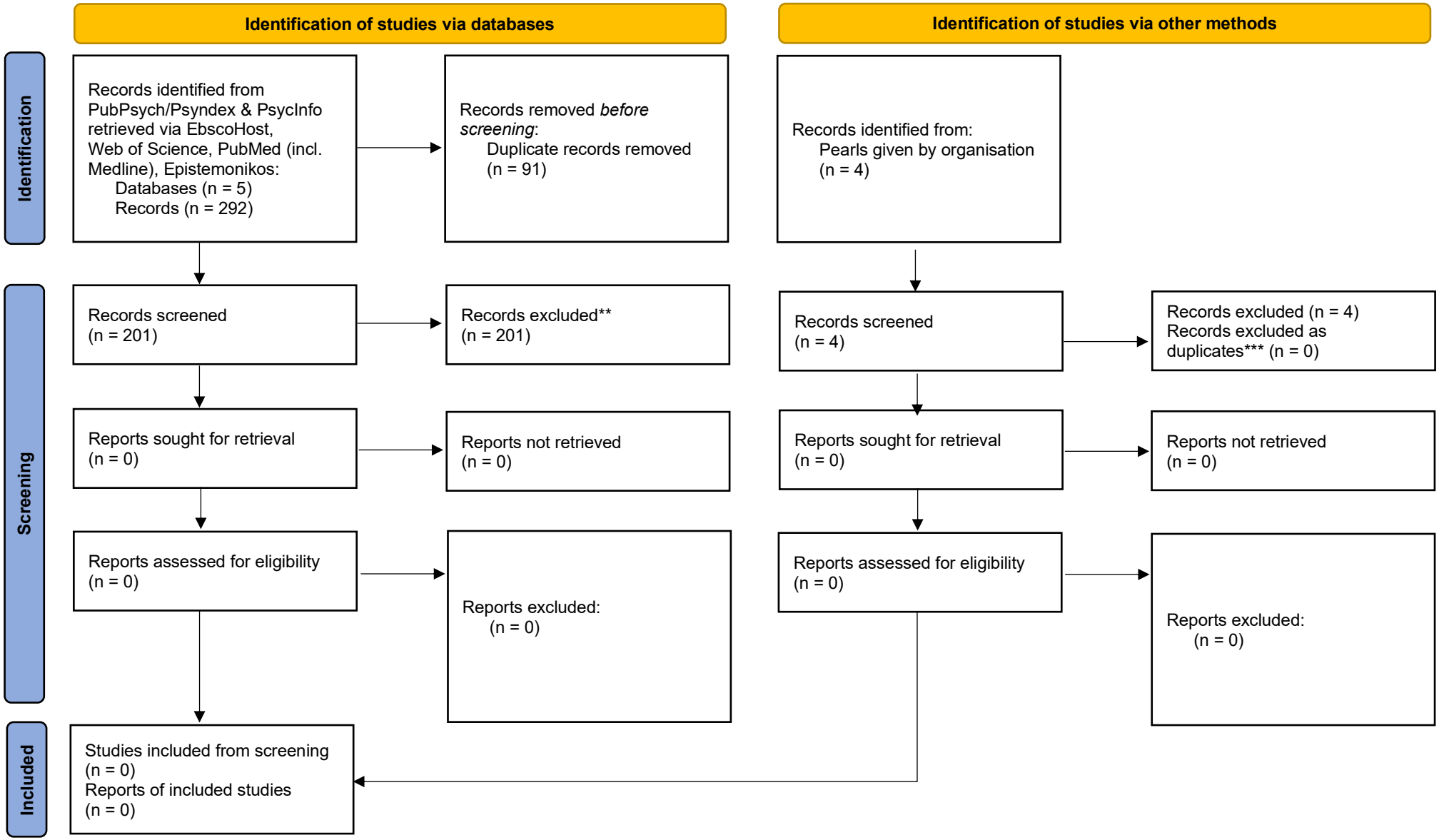


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

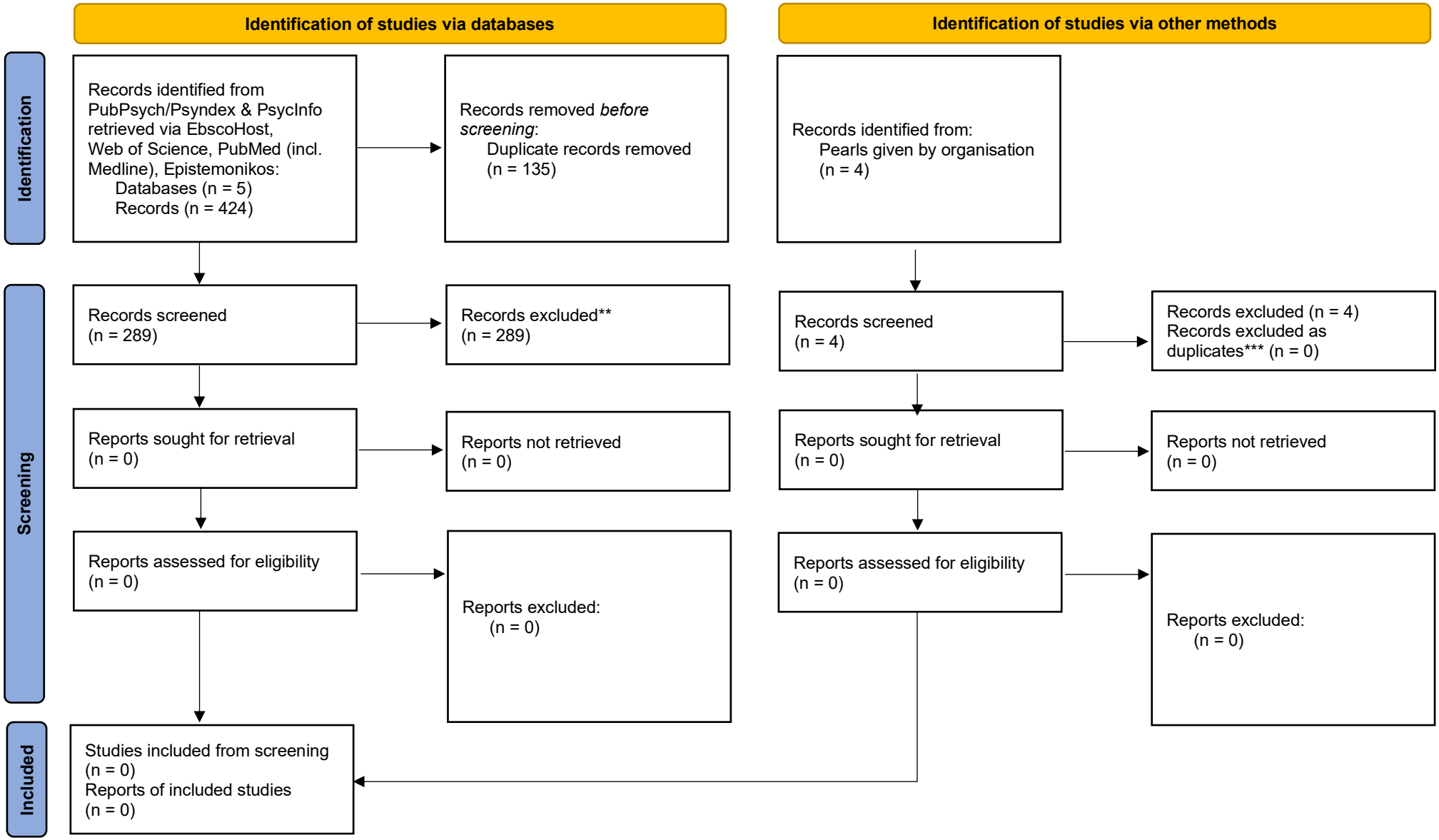
List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Laureate Institute for Brain Research, Inc. Neurocognitive Empowerment for Addiction Treatment (NEAT) in Opioid Use Disorder and Amphetamine Use Disorder: A Randomized Clinical Trial	Wrong publication type

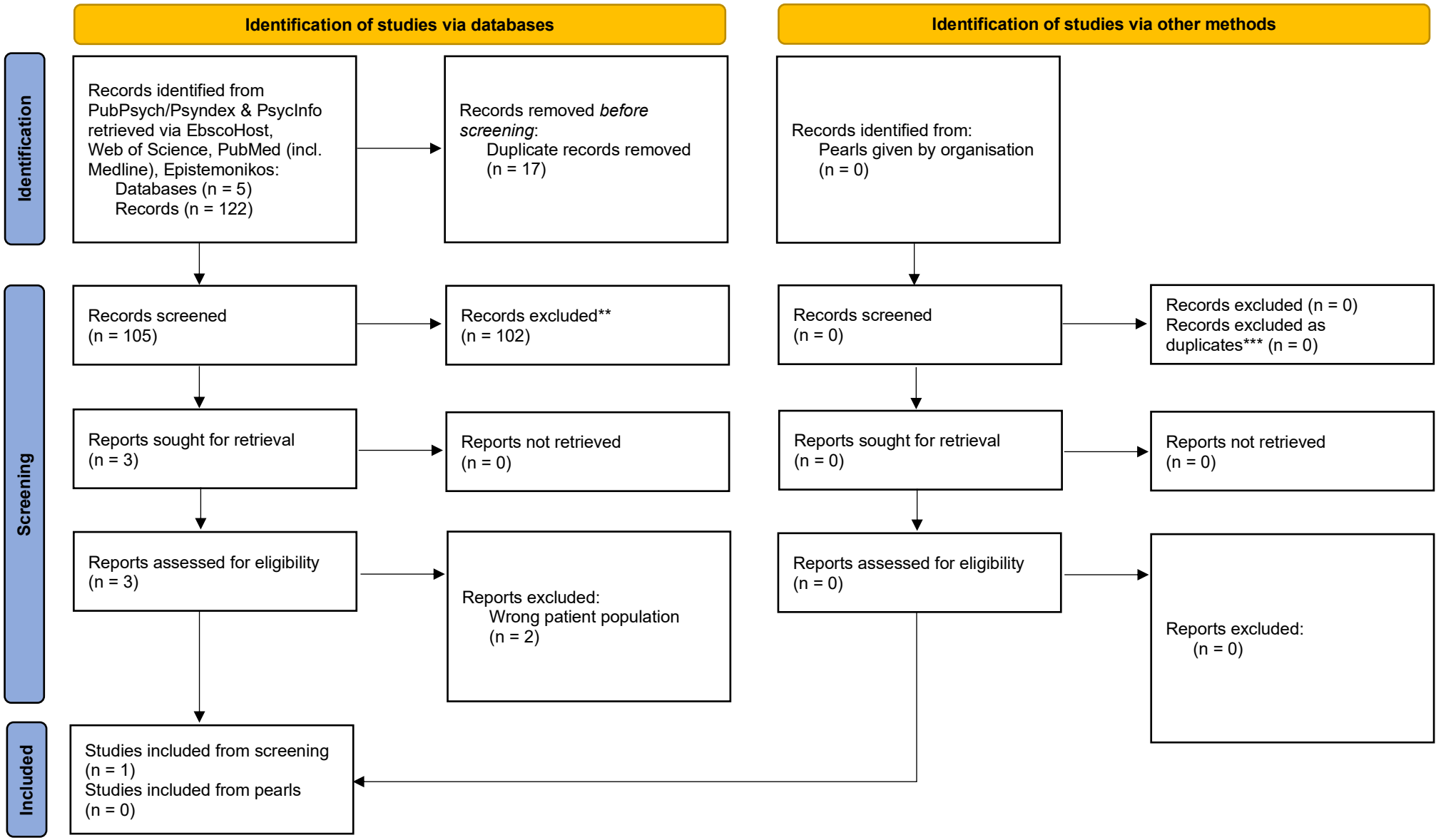
Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

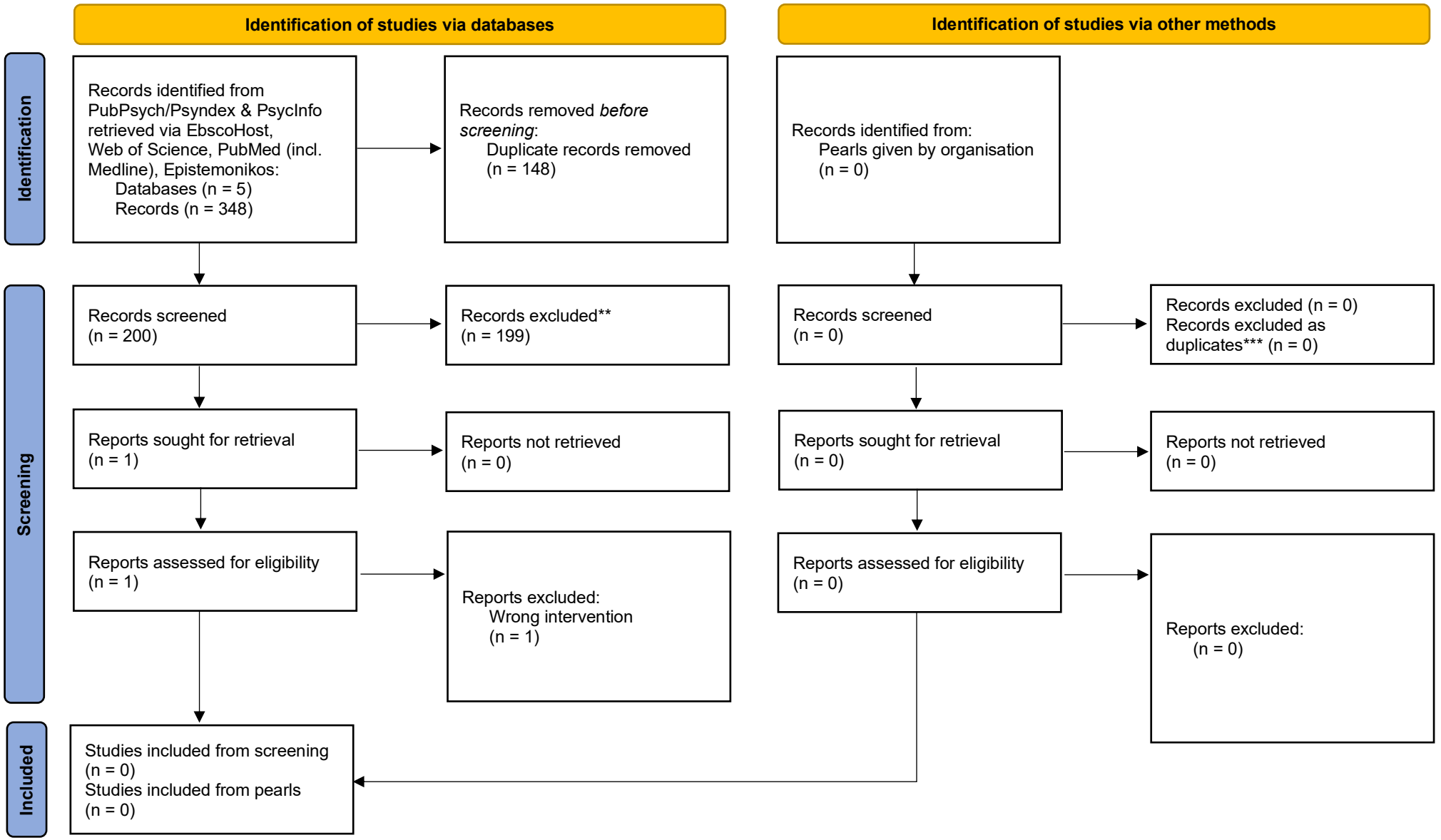


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Ferraro, CF; Stewart, DE; Grebely, J; Tran, LT; Zhou, S; Puca, C; Hajarizadeh, B; Larney, S; Santo, T; Higgins, JPT; Vickerman, P; Degenhardt, L; Hickman, M; French, CE. Association between opioid agonist therapy use and HIV testing uptake among people who have recently injected drugs: a systematic review and meta-analysis	Wrong patient population
Grebely, J; Tran, L; Degenhardt, L; Dowell-Day, A; Santo, T; Larney, S; Hickman, M; Vickerman, P; French, C; Butler, K; Gibbs, D; Valerio, H; Read, P; Dore, GJ; Hajarizadeh, B. Association Between Opioid Agonist Therapy and Testing, Treatment Uptake, and Treatment Outcomes for Hepatitis C Infection Among People Who Inject Drugs: A Systematic Review and Meta-analysis	Wrong patient population

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

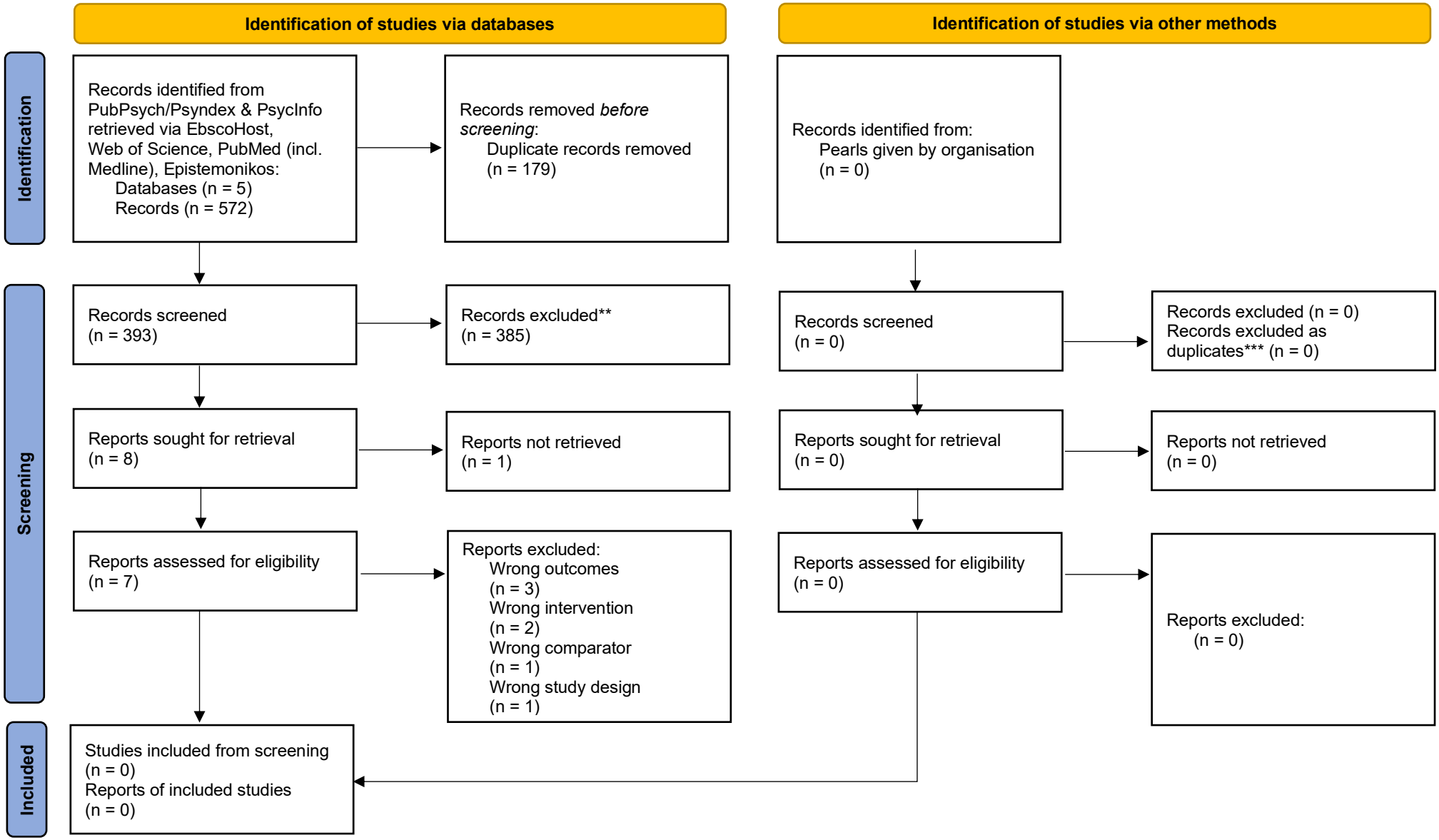


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
De Aquino, Joao P; Flores, Jose M; Avila-Quintero, Victor J; Compton, Peggy; Sofuoglu, Mehmet. Pharmacological treatment of pain among persons with opioid addiction: A systematic review and meta-analysis with implications for drug development.	Wrong intervention

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

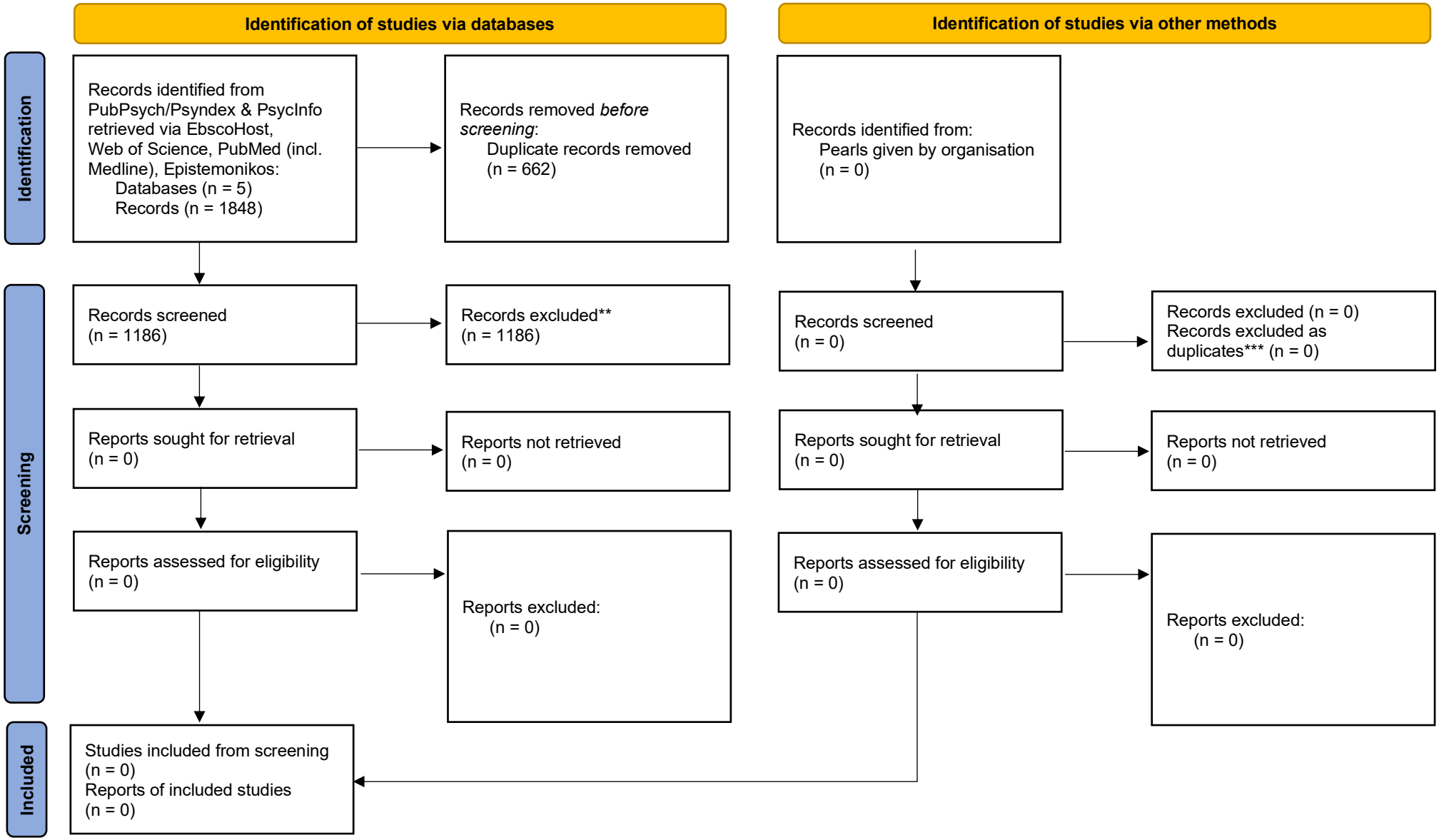


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

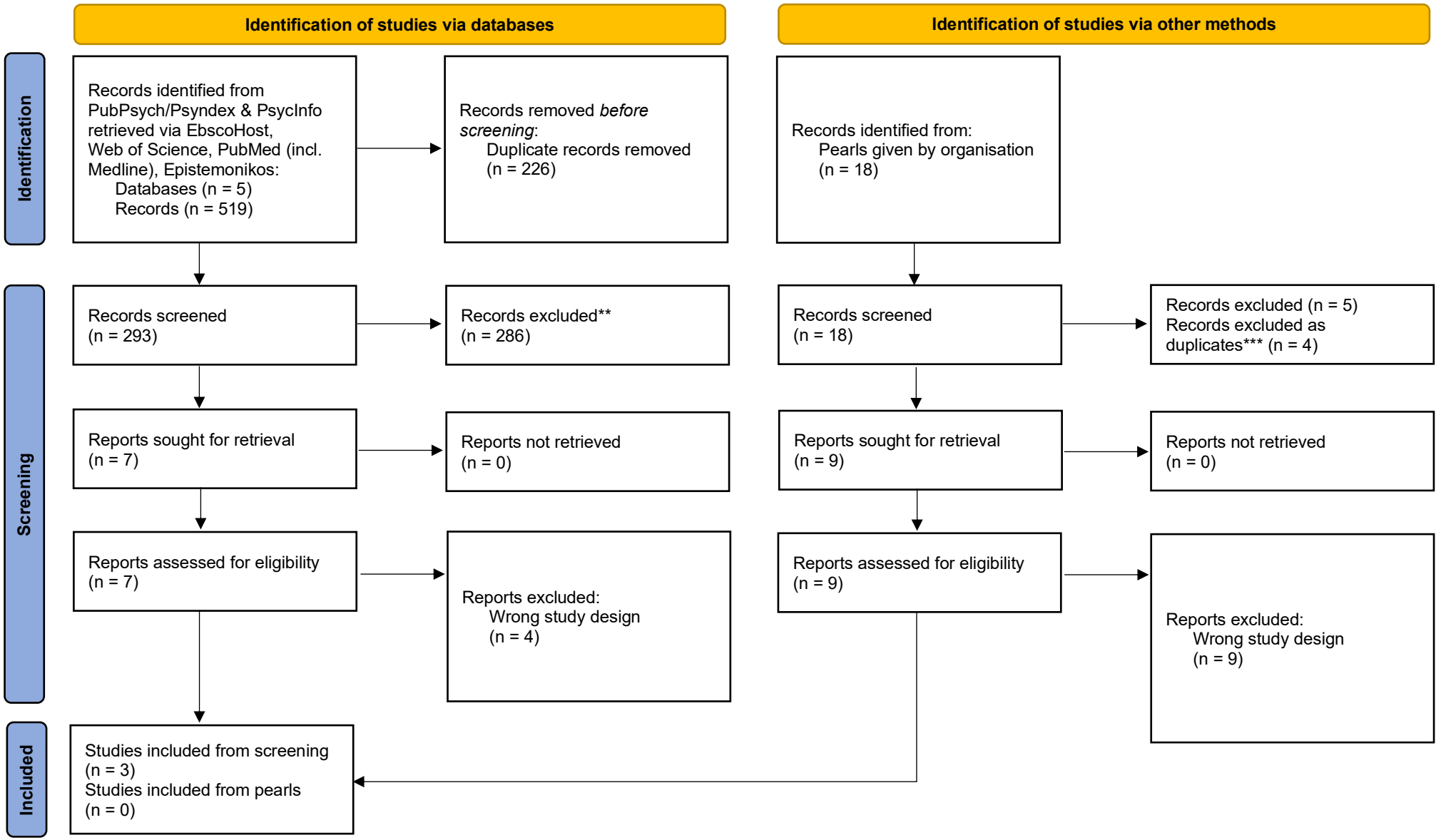
List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Kim, Jongyeon; Lesko, Catherine R.; Fojo, Anthony T.; Keruly, Jeanne C.; Moore, Richard D.; Chander, Geetanjali; Lau, Bryan. The Effect of Buprenorphine on Human Immunodeficiency Virus Viral Suppression.	Wrong outcomes
Ngo, BV; James, JR; Blalock, KL; Jackson, SL; Chew, LD; Tsui, JI. Hepatitis C treatment outcomes among patients treated in co-located primary care and addiction treatment settings	Wrong intervention
Tilbrook, D; Jacob, J; Parsons, P; Edwards, C; Loewen, K; Kelly, L. Opioid use disorder and type 2 diabetes mellitus Effect of participation in buprenorphine-naloxone substitution programs on glycemic control	Wrong comparator
Zhao, Yan; Zhang, Mingjie; Shi, Cynthia X; Huang, Jie; Zhang, Fujie; Rou, Keming; Wu, Zunyou. Mortality and virological failure among HIV-infected people who inject drugs on antiretroviral treatment in China: An observational cohort study.	Wrong outcomes
Mazhnaya A; Marcus R; Bojko MJ; Zelenev A; Makarenko I; Pykalo I; Filippovych S; Dvoriak S; Altice FL. Opioid Agonist Treatment and Improved Outcomes at Each Stage of the HIV Treatment Cascade in People Who Inject Drugs in Ukraine.	Wrong outcomes
Juwono, S; Milloy, MJ; Choi, J; Fairbairn, N; Nolan, S; Socias, ME. Opioid agonist treatment improves progression through the HIV cascade of care among people living with HIV who use unregulated opioids	Wrong study design (no other PICO-content not already studied in systematic evidence)
Lancaster, KE; Mollan, KR; Hanscom, BS; Shook-Sa, BE; Ha, TV; Dumchev, K; Djoerban, Z; Rose, SM; Latkin, CA; Metzger, DS; Go, VF; Dvoriak, S; Reifeis, SA; Piwowar-Manning, EM; Richardson, P; Hudgens, MG; Hamilton, EL; Eshleman, SH; Susami, H; Chu, VA; Djauzi, S; Kiriazova, T; Nhan, D; Burns, DN; Miller, WC; Hoffman, IF. Engaging People Who Inject Drugs Living With HIV in Antiretroviral Treatment and Medication for Opioid Use Disorder: Extended Follow-up of HIV Prevention Trials Network (HPTN) 074	Wrong intervention

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

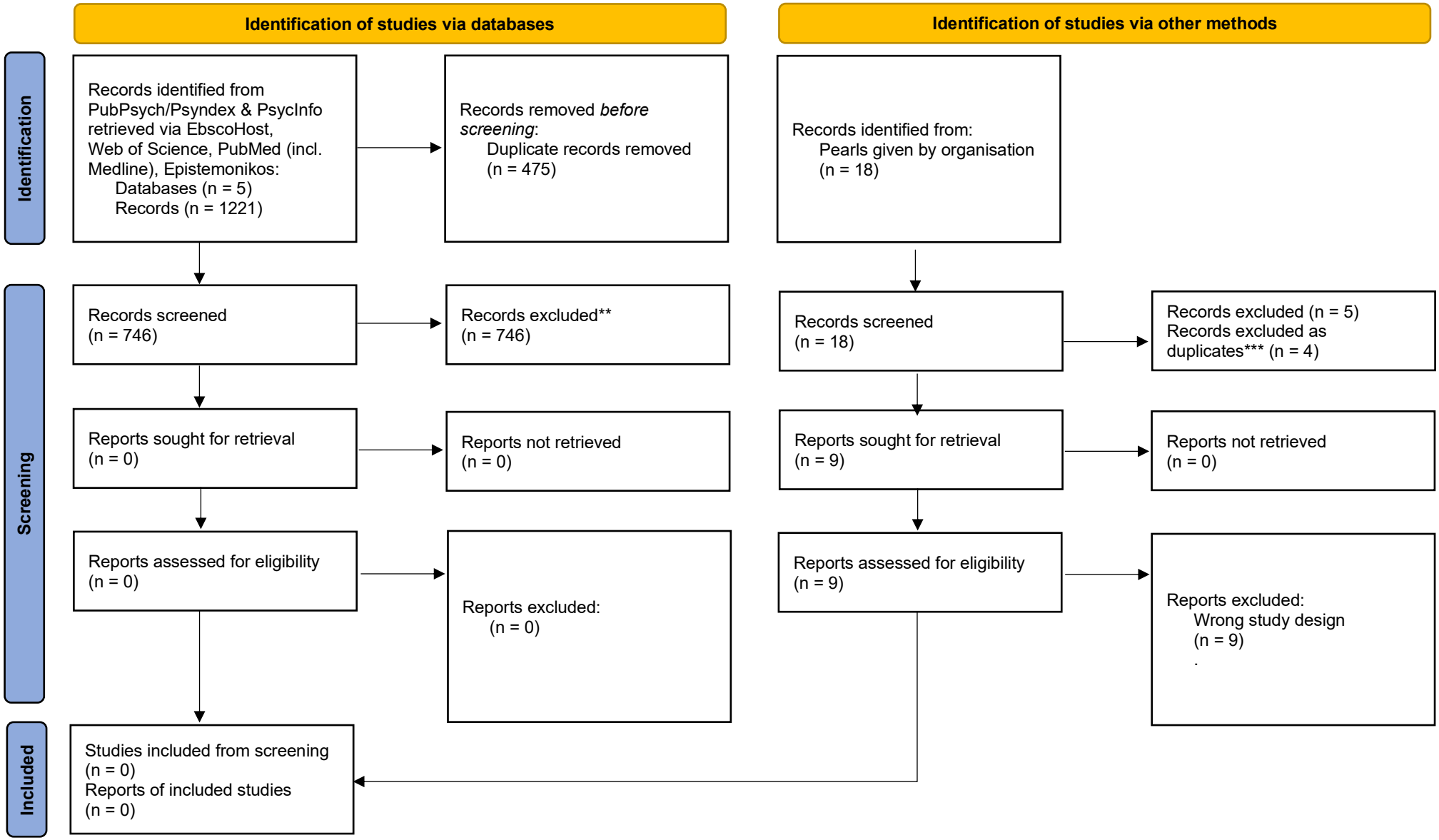


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

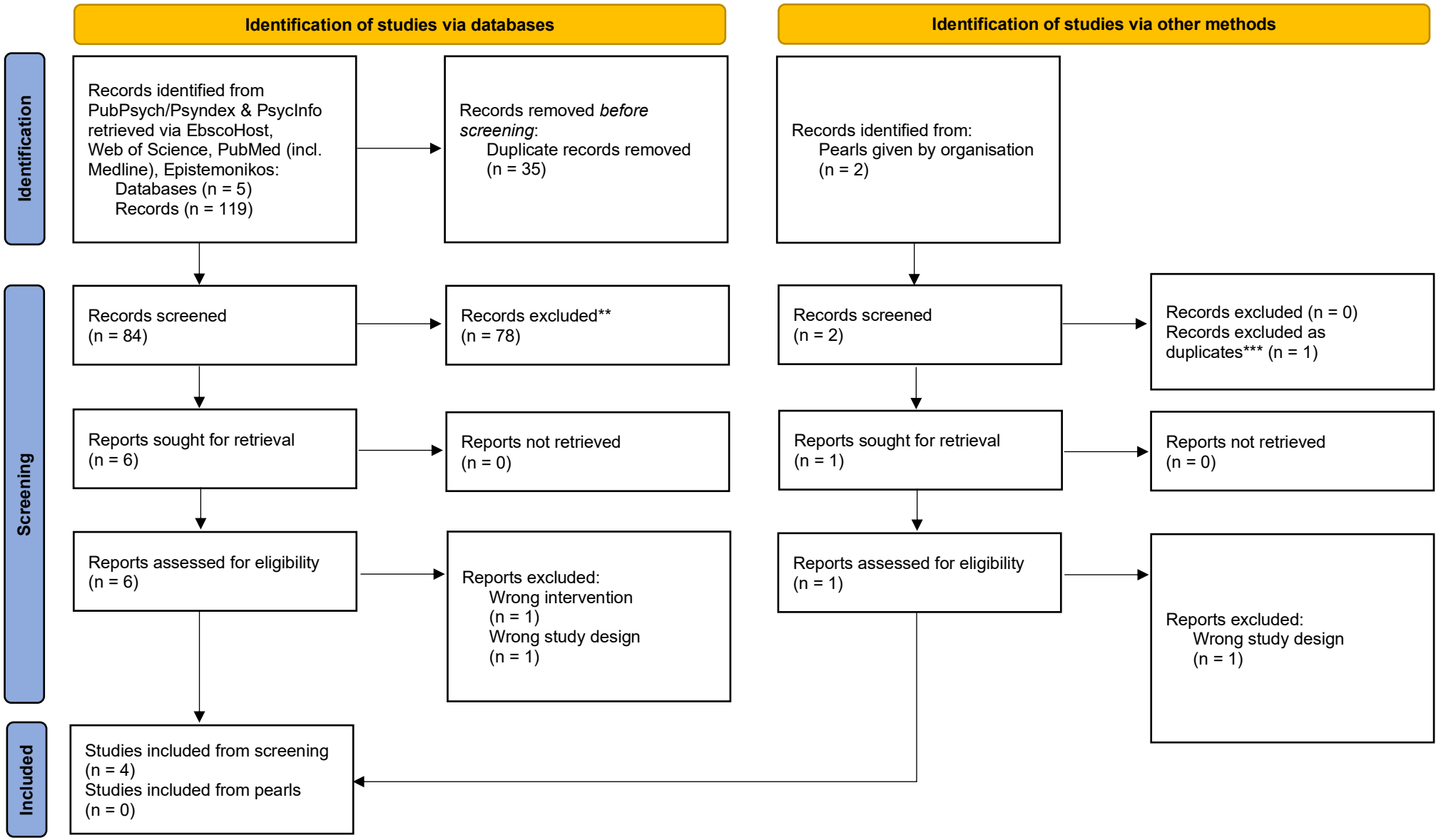
List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Ameral, Victoria; Hocking, Elise; Leviyah, Xenia; Newberger, Noam G.; Timko, Christine; Livingston, Nicholas. Innovating for real-world care: A systematic review of interventions to improve post-detoxification outcomes for opioid use disorder	Wrong study design (not applicable to PICO)
McKee, Kyle A.; Hmidan, Amira; Crocker, Candice E.; Lam, Raymond W.; Meyer, Jeffrey H.; Crockford, David; Trépanier, Annie; Aitchison, Katherine J.; Tibbo, Philip G. Potential therapeutic benefits of cannabinoid products in adult psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials	Wrong study design (not applicable to PICO)
Clark AE; Goodwin SR; Marks RM; Belcher AM; Heinlein E; Bennett ME; Roche DJO. A Narrative Literature Review of the Epidemiology, Etiology, and Treatment of Co-Occurring Panic Disorder and Opioid Use Disorder.	Wrong study design (not applicable to PICO)
Verbeeck, Wim; Bekkering, Geertruida E.; Van den Noortgate, Wim; Kramers, Cornelis. Bupropion for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults	Wrong study design (only one study)

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

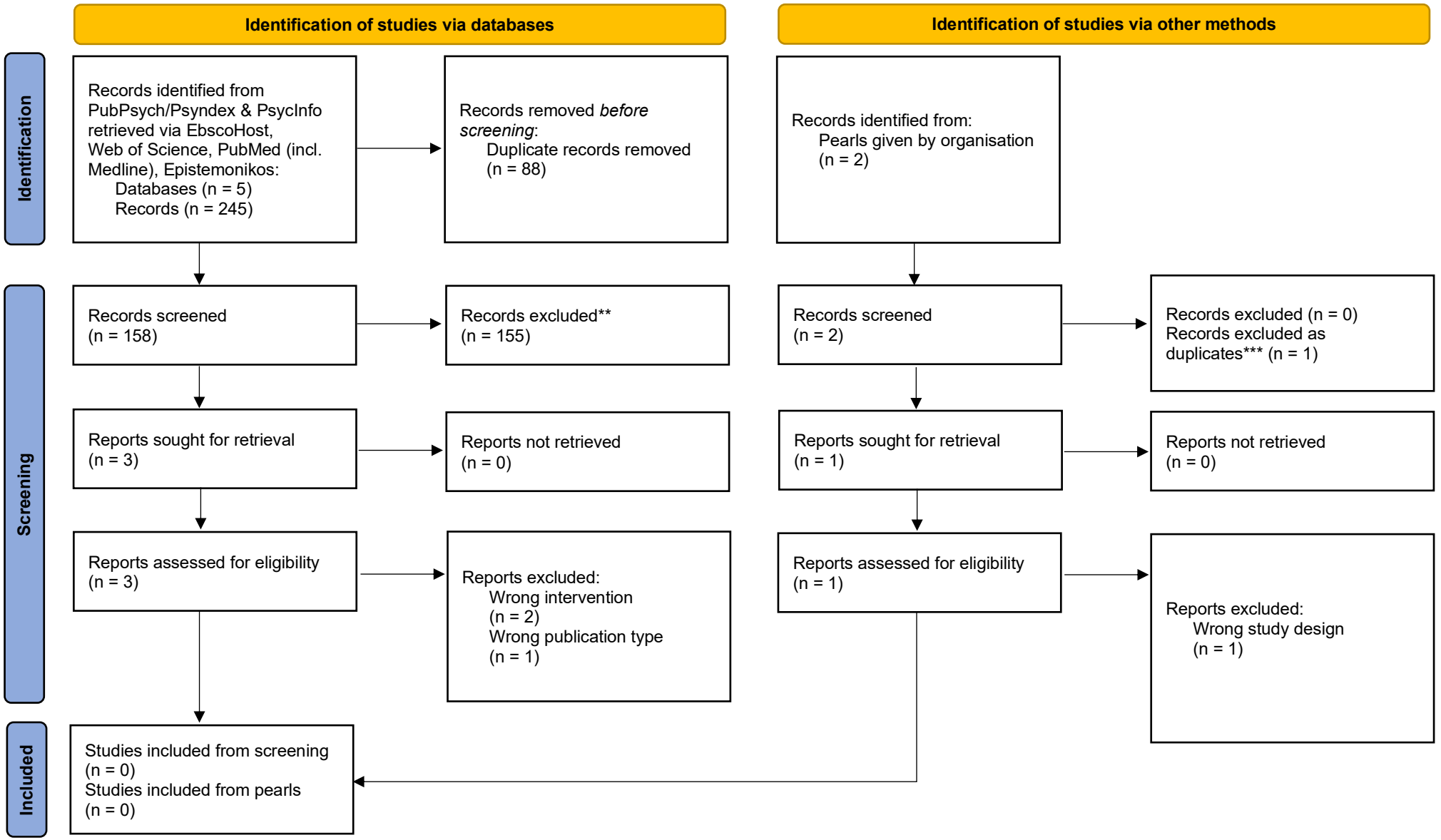


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Link, Heather M.; Jones, Hendree; Miller, Lauren; Kaltenbach, Karol; Seligman, Neil. Buprenorphine-naloxone use in pregnancy: a systematic review and metaanalysis	Wrong intervention
Rausgaard, NLK; Ibsen, IO; Jorgensen, JS; Lamont, RF; Ravn, P. Management and monitoring of opioid use in pregnancy	Wrong study design (narrative)

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
Soyka & Steinböck. Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigen im Maßregelvollzug	Wrong study design (not applicable to PICO)
-	-

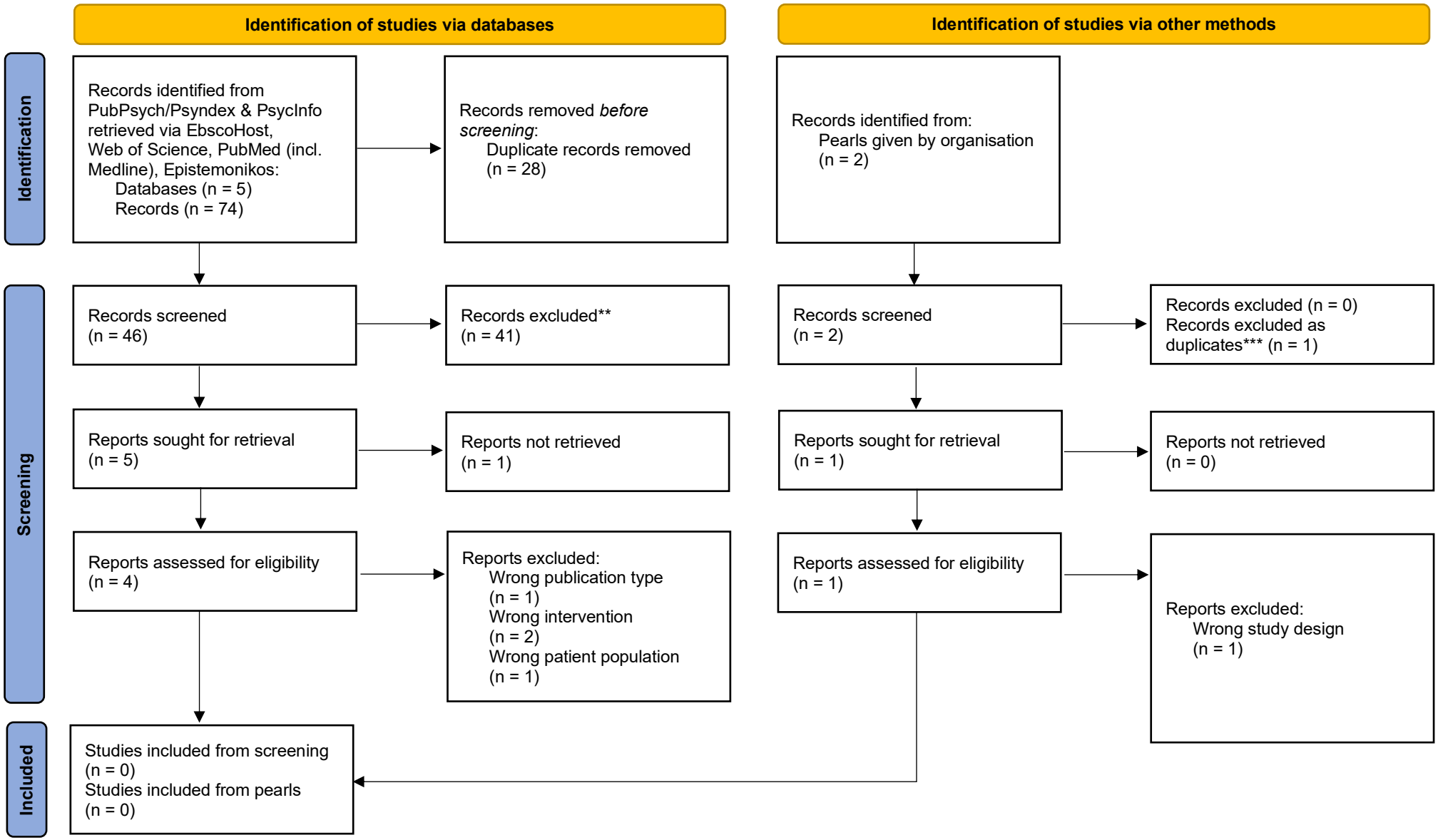


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Peisch, V; Sullivan, AD; Breslend, NL; Benoit, R; Sigmon, SC; Forehand, GL; Strolin-Goltzman, J; Forehand, R. Parental Opioid Abuse: A Review of Child Outcomes, Parenting, and Parenting Interventions	Wrong intervention
Rivera, R; Engstrom, M; Rees, J; Saldana, L; Beidas, R; Marcus, S; Rzewinski, J; Lushin, V. Child health consequences of parental opioid use: a scoping review	Wrong intervention
Hand, Dennis J.; Fischer, Alice C.; Gannon, Meghan L.; McLaughlin, Kimberly A.; Short, Vanessa L.; Abatemarco, Diane J. Comprehensive and compassionate responses for opioid use disorder among pregnant and parenting women	Wrong publication type

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
Soyka & Steinböck. Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigen im Maßregelvollzug-	Wrong study design (not applicable to PICO)
-	-
-	-

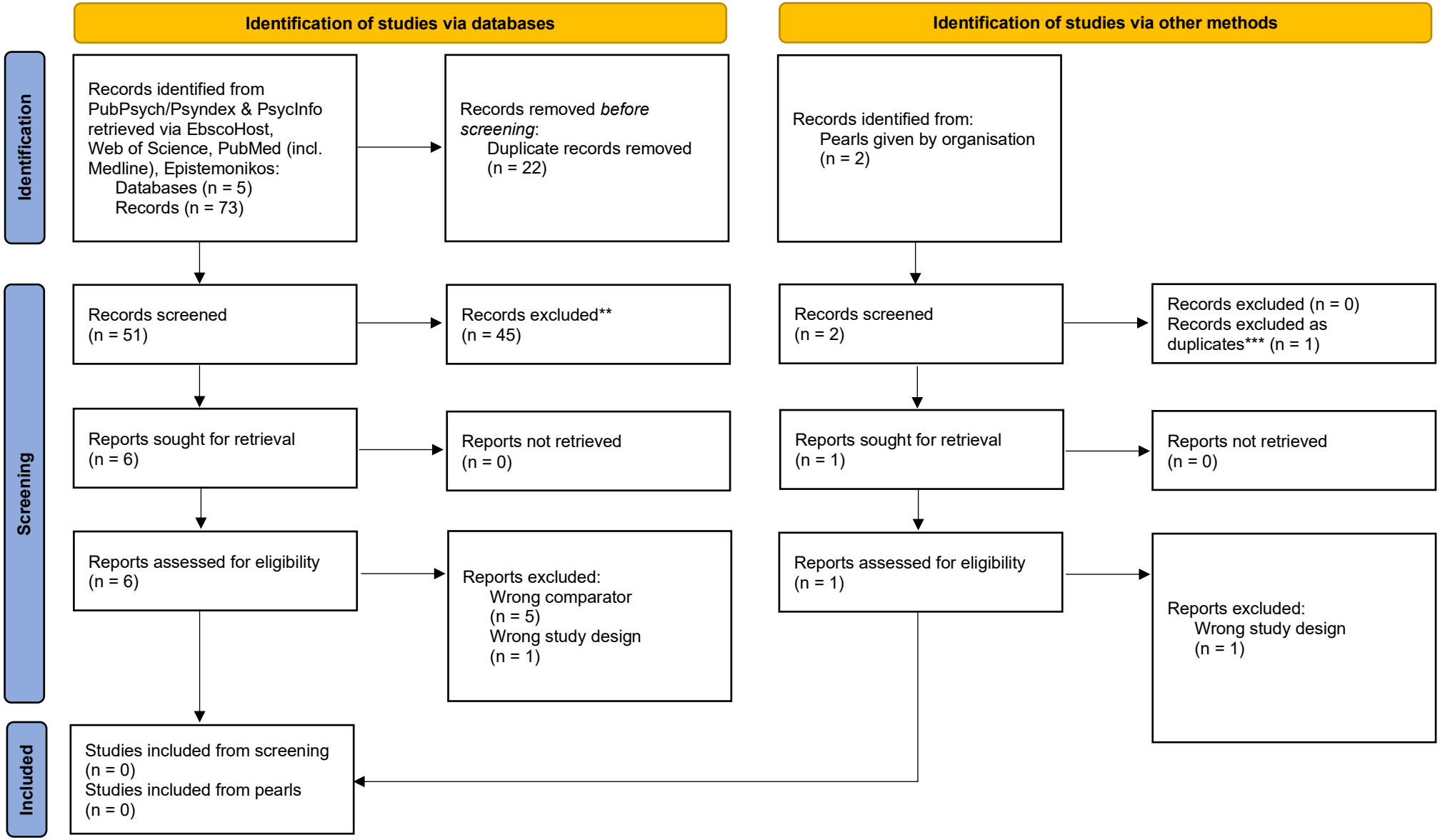


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Nairn SA; Audet M; Stewart SH; Hawke LD; Isaacs JY; Henderson J; Saah R; Knight R; Fast D; Khan F; Lam A; Conrod P. Interventions to Reduce Opioid Use in Youth At-Risk and in Treatment for Substance Use Disorders: A Scoping Review.	Wrong publication type
Viera, Adam; Bromberg, Daniel J.; Whittaker, Shannon; Refsland, Bryan M.; Stanojlović, Milena; Nyhan, Kate; Altice, Frederick L. Adherence to and Retention in Medications for Opioid Use Disorder Among Adolescents and Young Adults	Wrong intervention
Becker, Sara J.; Scott, Kelli; Helseth, Sarah A.; Danko, Kristin J.; Balk, Ethan M.; Saldanha, Ian J.; Adam, Gaelen P.; Steele, Dale W. Effectiveness of medication for opioid use disorders in transition-age youth: A systematic review	Wrong intervention
Dalton, Kathryn; Bishop, Lisa; Darcy, Stephen. Investigating interventions that lead to the highest treatment retention for emerging adults with substance use disorder: A systematic review	Wrong patient population

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
Soyka & Steinböck. Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigen im Maßregelvollzug-	Wrong study design (not applicable to PICO)
-	-
-	-
-	-

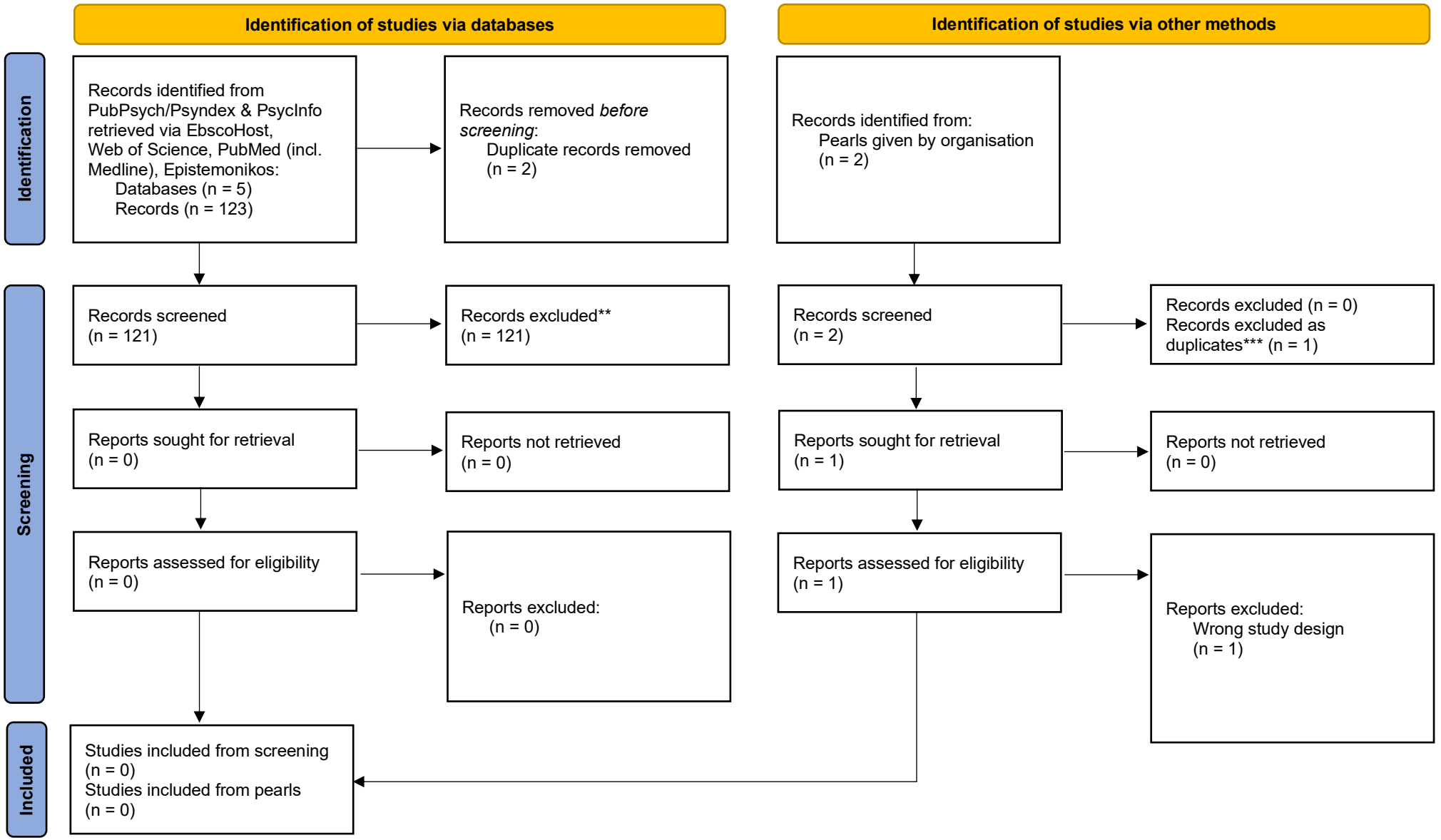


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Boksan, K; Dechant, M; Weiss, M; Hellwig, A; Stemmler, M. A meta-analysis on the effects of incarceration-based opioid substitution treatment	Wrong comparator
de Andrade, Dominique; Ritchie, Jessica; Rowlands, Michael; Mann, Emily; Hides, Leanne. Substance Use and Recidivism Outcomes for Prison-Based Drug and Alcohol Interventions	Wrong comparator
Malta, Monica; Varatharajan, Thepikaa; Russell, Cayley; Pang, Michelle; Bonato, Sarah; Fischer, Benedikt. Opioid-related treatment, interventions, and outcomes among incarcerated persons: A systematic review	Wrong comparator
Crowley, D; Van Hout, MC. Effectiveness of pharmacotherapies in increasing treatment retention and reducing opioid overdose death in individuals recently released from prison: a systematic review	Wrong comparator
Moore, Kelly E.; Roberts, Walter; Reid, Holly H.; Smith, Kathryn M. Z.; Oberleitner, Lindsay M. S.; McKee, Sherry A. Effectiveness of medication assisted treatment for opioid use in prison and jail settings: A meta-analysis and systematic review	Wrong comparator
Sugarman, Olivia K.; Bachhuber, Marcus A.; Wennerstrom, Ashley; Bruno, Todd; Springgate, Benjamin F. Interventions for incarcerated adults with opioid use disorder in the United States: A systematic review with a focus on social determinants of health	Wrong study design (not applicable to PICO)

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
Soyka & Steinböck. Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigen im Maßregelvollzug-	Wrong study design (not applicable to PICO)
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-



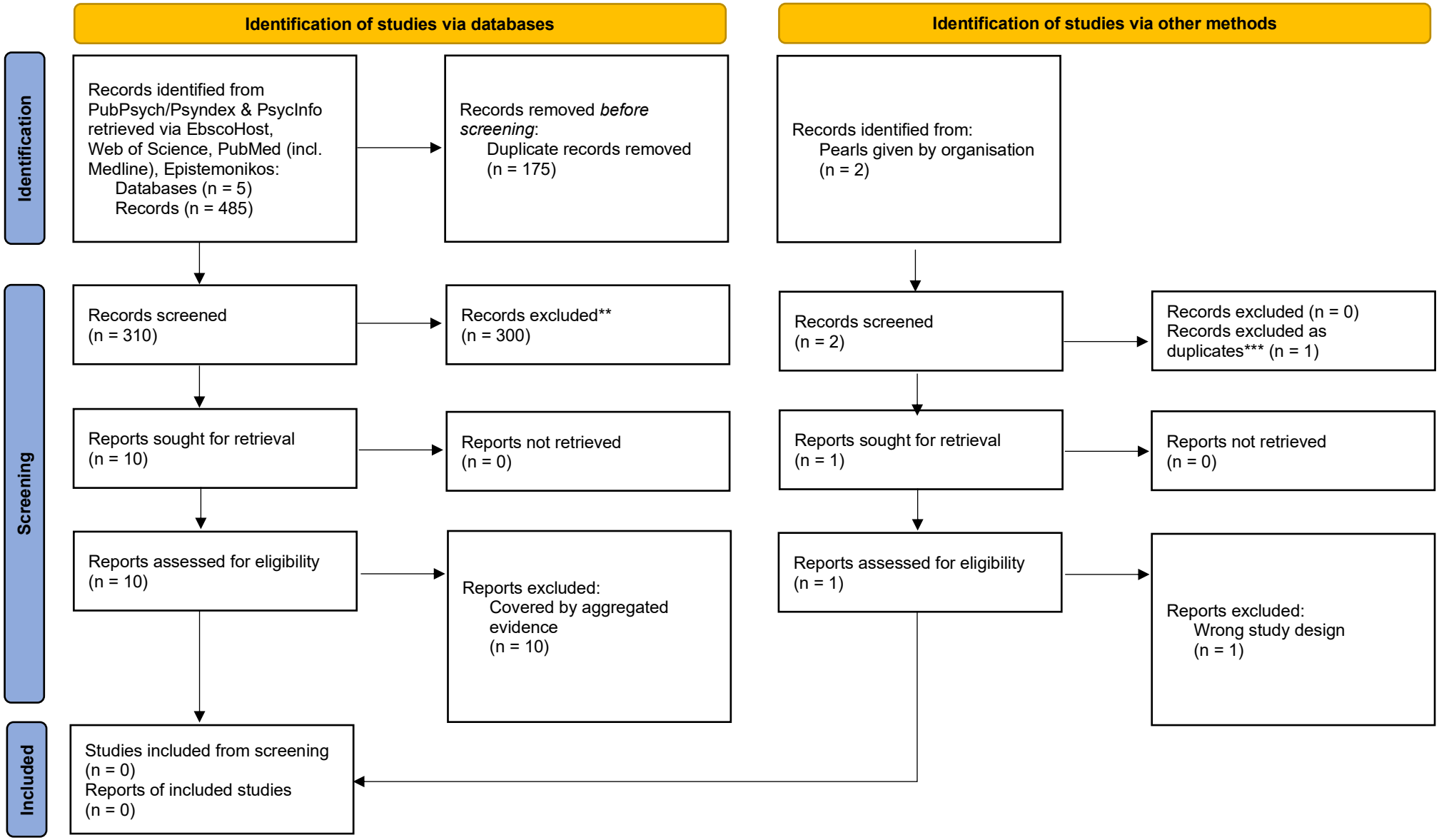
*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Aggregierte Evidenz + Primärdaten | AG *Besondere Populationen* | PICO 6

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
-	-

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
Soyka & Steinböck. Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigen im Maßregelvollzug-	Wrong study design (not applicable to PICO)



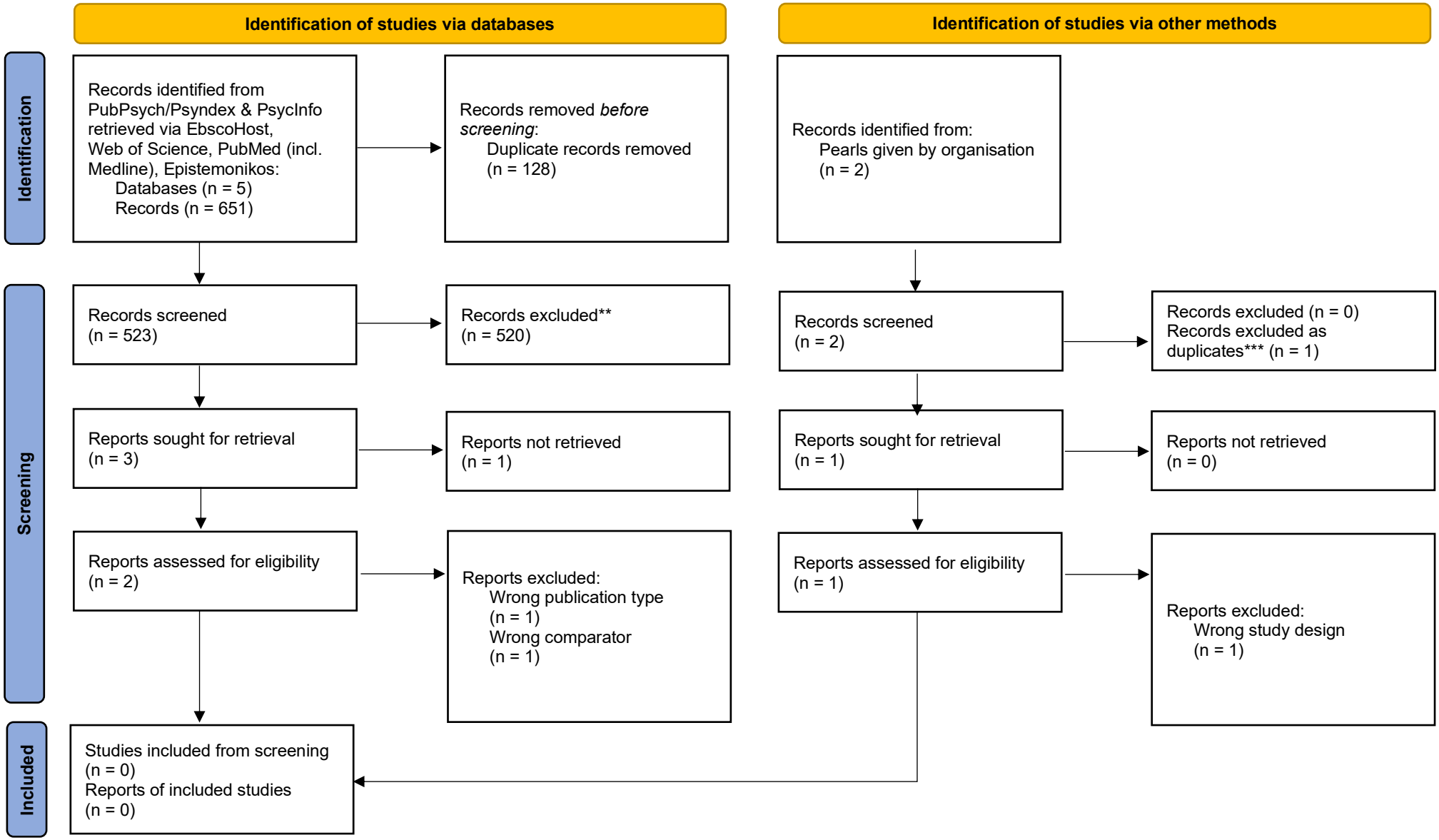
*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Brogly, Susan B.; Saia, Kelley E.; Werler, Martha M.; Regan, Emily; Hernández-Díaz, Sonia. Prenatal Treatment and Outcomes of Women With Opioid Use Disorder.	Covered by aggregated literature
Nechanská, Blanka; Mravčík, Viktor; Skurtveit, Svetlana; Lund, Ingunn Olea; Gabrhelík, Roman; Engeland, Anders; Handal, Marte. Neonatal outcomes after fetal exposure to methadone and buprenorphine: national registry studies from the Czech Republic and Norway.	Covered by aggregated literature
Kelty, Erin; Hulse, Gary. A retrospective cohort study of the health of children prenatally exposed to methadone, buprenorphine or naltrexone compared with non-exposed control children.	Covered by aggregated literature
Kelty, Erin; Hulse, Gary. A Retrospective Cohort Study of Birth Outcomes in Neonates Exposed to Naltrexone in Utero: A Comparison with Methadone-, Buprenorphine- and Non-opioid-Exposed Neonates.	Covered by aggregated literature
Tolia, V. N.; Murthy, K.; Bennett, M. M.; Miller, E. S.; Benjamin, D. K.; Smith, P. B.; Clark, R. H. Antenatal methadone vs buprenorphine exposure and length of hospital stay in infants admitted to the intensive care unit with neonatal abstinence syndrome.	Covered by aggregated literature
Lemon, Lara S.; Caritis, Steve N.; Venkataramanan, Raman; Platt, Robert W.; Bodnar, Lisa M. Methadone Versus Buprenorphine for Opioid Use Dependence and Risk of Neonatal Abstinence Syndrome.	Covered by aggregated literature
Staszewski, Cara L.; Garretto, Diana; Garry, Evan T.; Ly, Victoria; Davis, Jay A.; Herrera, Kimberly M. Comparison of buprenorphine and methadone in the management of maternal opioid use disorder in full term pregnancies.	Covered by aggregated literature
Lappen, Justin R.; Stark, Sydney; Bailit, Jennifer L.; Gibson, Kelly S. Delivery dose of methadone, but not buprenorphine, is associated with the risk and severity of neonatal opiate withdrawal syndrome.	Covered by aggregated literature
Suarez, Elizabeth A.; Huybrechts, Krista F.; Straub, Loreen; Hernández-Díaz, Sonia; Jones, Hendrée E.; Connery, Hilary S.; Davis, Jonathan M.; Gray, Kathryn J.; Lester, Barry; Terplan, Mishka; Mogun, Helen; Bateman, Brian T. Buprenorphine versus Methadone for Opioid Use Disorder in Pregnancy.	Covered by aggregated literature
Petrich, Michelle; Battin, Megan; Walker, Erin; Brown, Morgan; Abdelwahab, Mahmoud; Ma'ayeh, Marwan; Rood, Kara M. Comparison of neonatal outcomes in pregnant women undergoing	Covered by aggregated literature

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
Soyka & Steinböck. Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigen im Maßregelvollzug-	Wrong study design (not applicable to PICO)
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

medication-assisted treatment of opioid use disorder with methadone or buprenorphine/naloxone.			

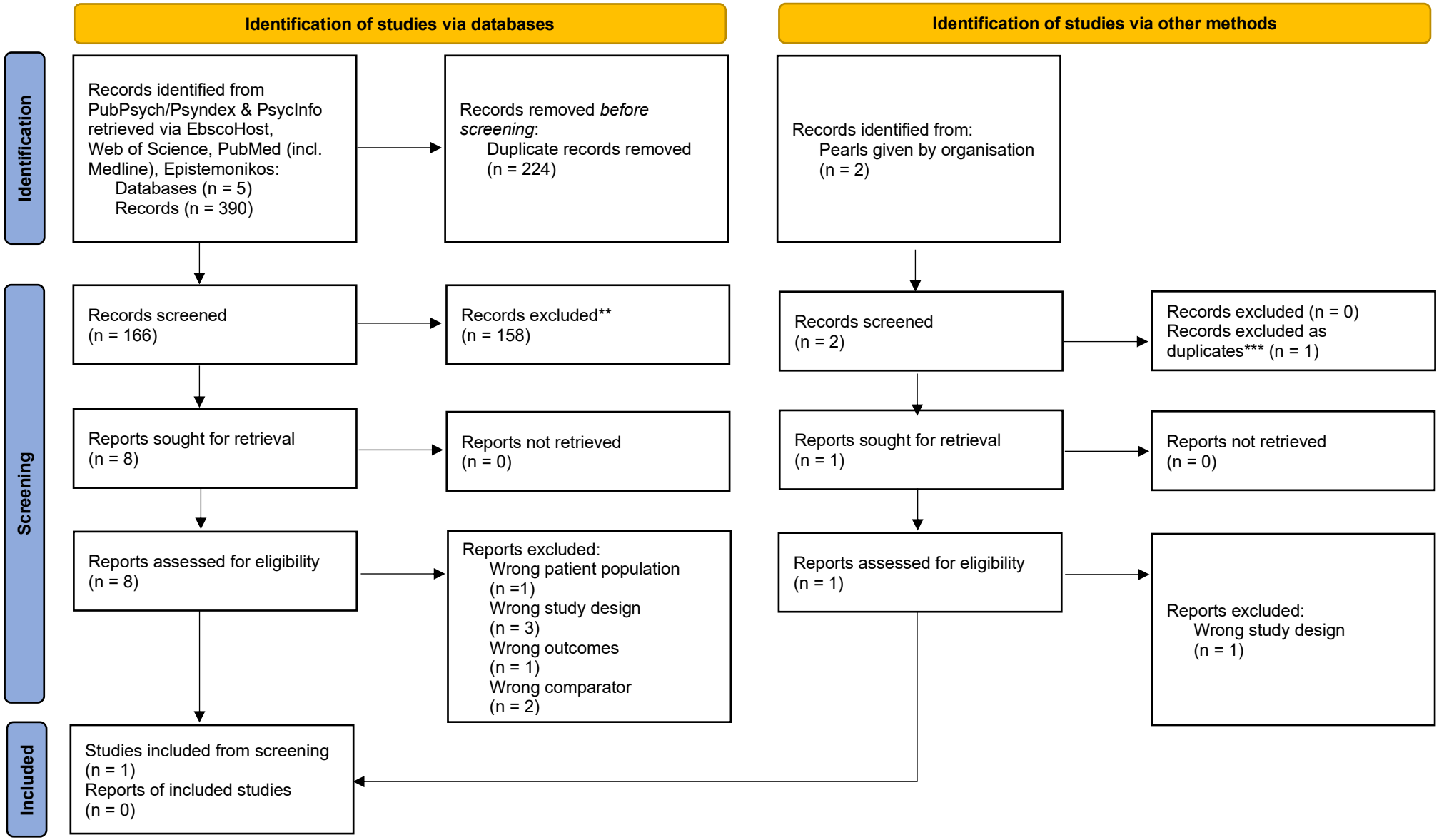


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Mitchell, Shannon Gwin; Monico, Laura B.; Gryczynski, Jan; Fishman, Marc J.; O'Grady, Kevin E.; Schwartz, Robert P. Extended-release naltrexone for youth with opioid use disorder.	Wrong publication type
Dayal, P; Balhara, YPS. A naturalistic study of predictors of retention in treatment among emerging adults entering first buprenorphine maintenance treatment for opioid use disorders	Wrong comparator

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
Soyka & Steinböck. Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigen im Maßregelvollzug-	Wrong study design (not applicable to PICO)
-	-

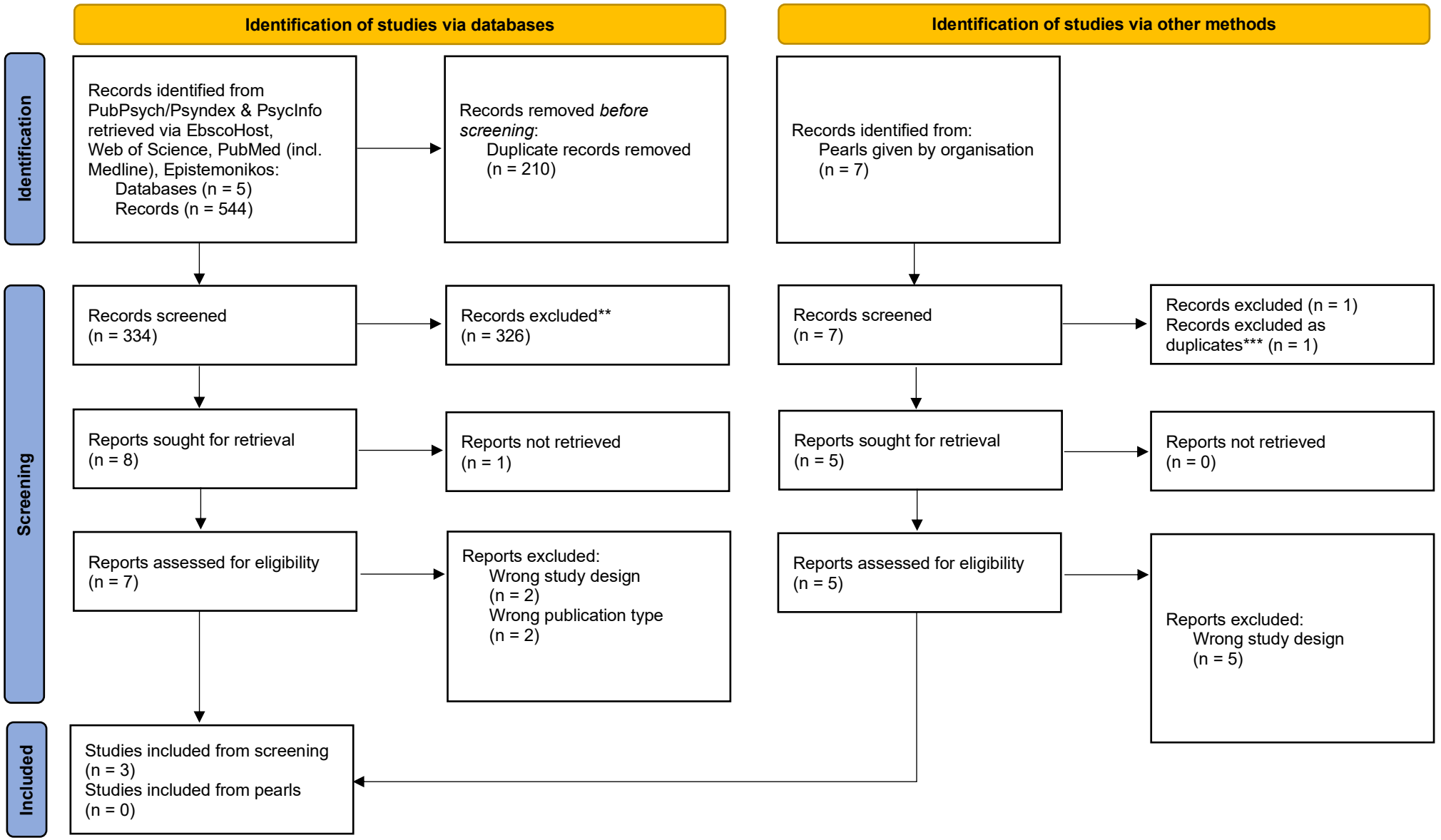


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Schwartz, Robert P.; Kelly, Sharon M.; Mitchell, Shannon G.; O'Grady, Kevin E.; Duren, Tiffany; Sharma, Anjalee; Gryczynski, Jan; Jaffe, Jerome H. Randomized trial of methadone treatment of arrestees: 24-month post-release outcomes.	Wrong patient population
Marsden, John; Stillwell, Garry; Jones, Hayley; Cooper, Alisha; Eastwood, Brian; Farrell, Michael; Lowden, Tim; Maddalena, Nino; Metcalfe, Chris; Shaw, Jenny; Hickman, Matthew. Does exposure to opioid substitution treatment in prison reduce the risk of death after release? A national prospective observational study in England.	Wrong study design (wrong outcomes, intervention unclear)
Lim, Sungwoo; Cherian, Teena; Katyal, Monica; Goldfeld, Keith S.; McDonald, Ryan; Wiewel, Ellen; Khan, Maria; Krawczyk, Noa; Braunstein, Sarah; Murphy, Sean M.; Jalali, Ali; Jeng, Philip J.; MacDonald, Ross; Lee, Joshua D. Association between jail-based methadone or buprenorphine treatment for opioid use disorder and overdose mortality after release from New York City jails 2011-17.	Wrong outcomes
Schwartz, R. P.; Kelly, S. M.; Mitchell, S. G.; O'Grady, K. E.; Sharma, A.; Jaffe, J. H. Methadone treatment of arrestees: A randomized clinical trial.	Wrong comparator
Kelly, Sharon M.; Schwartz, Robert P.; O'Grady, Kevin E.; Mitchell, Shannon G.; Duren, Tiffany; Sharma, Anjalee; Jaffe, Jerome H. Impact of methadone treatment initiated in jail on subsequent arrest.	Wrong study design (not applicable to PICO)
Surratt, Hilary L; Staton, Michele; Leukefeld, Carl G; Oser, Carrie B; Webster, J. Matthew. Patterns of buprenorphine use and risk for re-arrest among highly vulnerable opioid-involved women released from jails in rural Appalachia.	Wrong study design (not applicable to PICO)
Woody, George E.; Poole, Sabrina; Yu, Elmer; Carroll, John; Lynch, Kevin G. Extended release injectable naltrexone before vs. after release: A randomized trial of opioid addicted persons who are in prison.	Wrong comparator

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
Soyka & Steinböck. Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigen im Maßregelvollzug-	Wrong study design (not applicable to PICO)

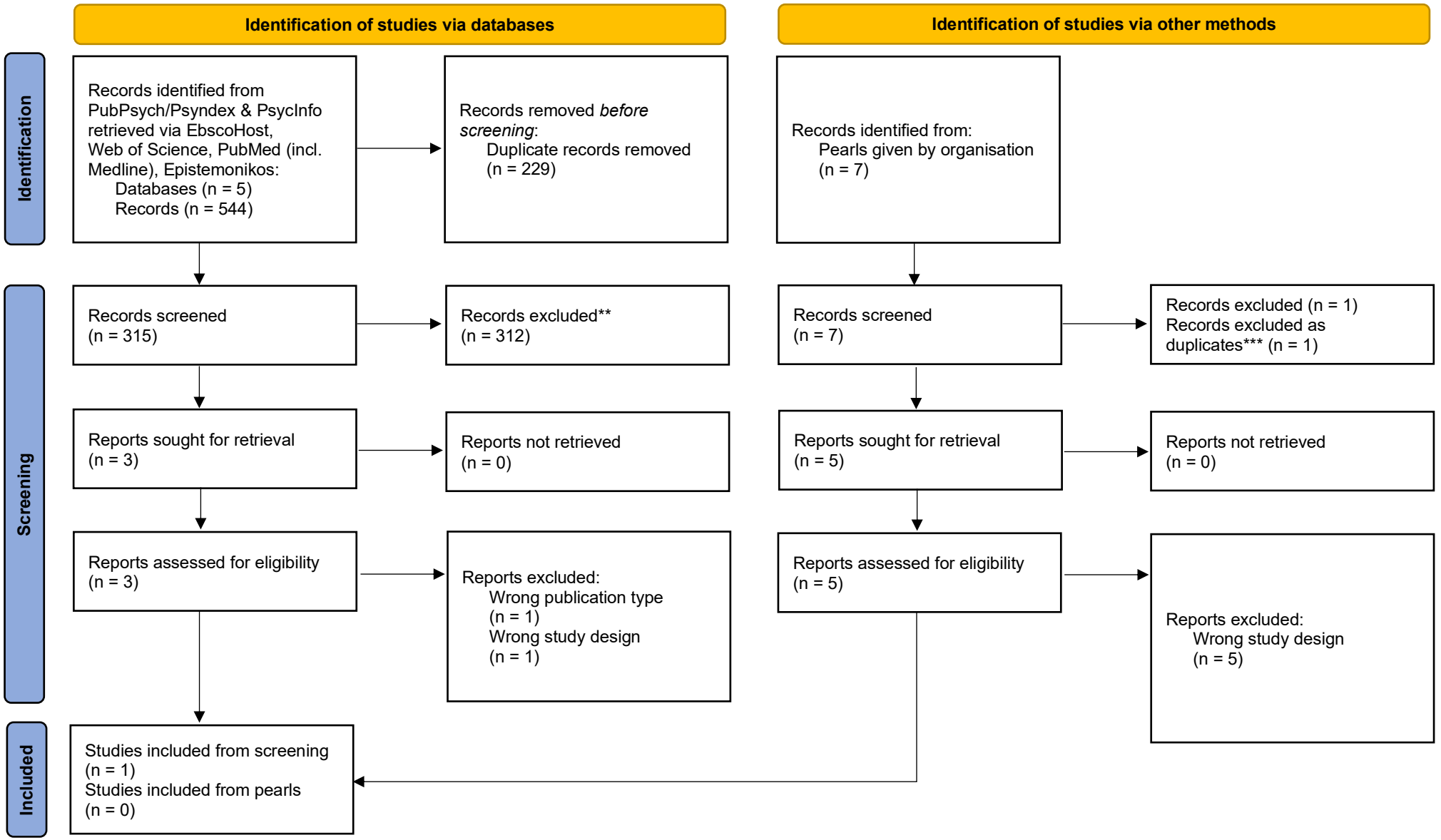


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Bouzanis, Katrina; Joshi, Siddharth; Lokker, Cynthia; Pavalagantharajah, Sureka; Qiu, Yun; Sidhu, Hargun; Mbuagbaw, Lawrence; Qutob, Majdi; Henedi, Alia; Levine, Mitchell A. H.; Lennox, Robin; Tarride, Jean-Eric; Kalina, Dale; Alvarez, Elizabeth. Health programmes and services addressing the prevention and management of infectious diseases in people who inject drugs in Canada: a systematic integrative review	Wrong study design (not applicable to PICO)
Kimmel, SD; Gaeta, JM; Hadland, SE; Hallett, E; Marshall, BDL. Principles of Harm Reduction for Young People Who Use Drugs	Wrong publication type
Macias-Konstantopoulos, Wendy; Heins, Alan; Sachs, Carolyn J.; Whiteman, Paula J.; Wingkun, Neil-Jeremy G.; Riviello, Ralph J. Between Emergency Department Visits: The Role of Harm Reduction Programs in Mitigating the Harms Associated With Injection Drug Use	Wrong publication type
Reddon, Hudson; Marshall, Brandon D. L.; Milloy, M.-J. Elimination of HIV transmission through novel and established prevention strategies among people who inject drugs	Wrong study design (not applicable to PICO)
-	-

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Drogenkonsumräume: Überblick über das Angebot und Evidenzdaten	Wrong study design (not applicable to PICO)
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Harm reduction: evidence, impacts and challenges	Wrong study design (not applicable to PICO)
Urban Health Research Initiative of the British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS. Findings from the Evaluation of Vancouver's Pilot Medically Supervised Safer Injection Facility – Insite	Wrong study design (not applicable to PICO)
Urban Health Research Initiative. Insight into Insite	Wrong study design (not applicable to PICO)
May et al. The impact of medically supervised injection centres on drug-related harms: A meta-analysis	Wrong study design (not applicable to PICO)

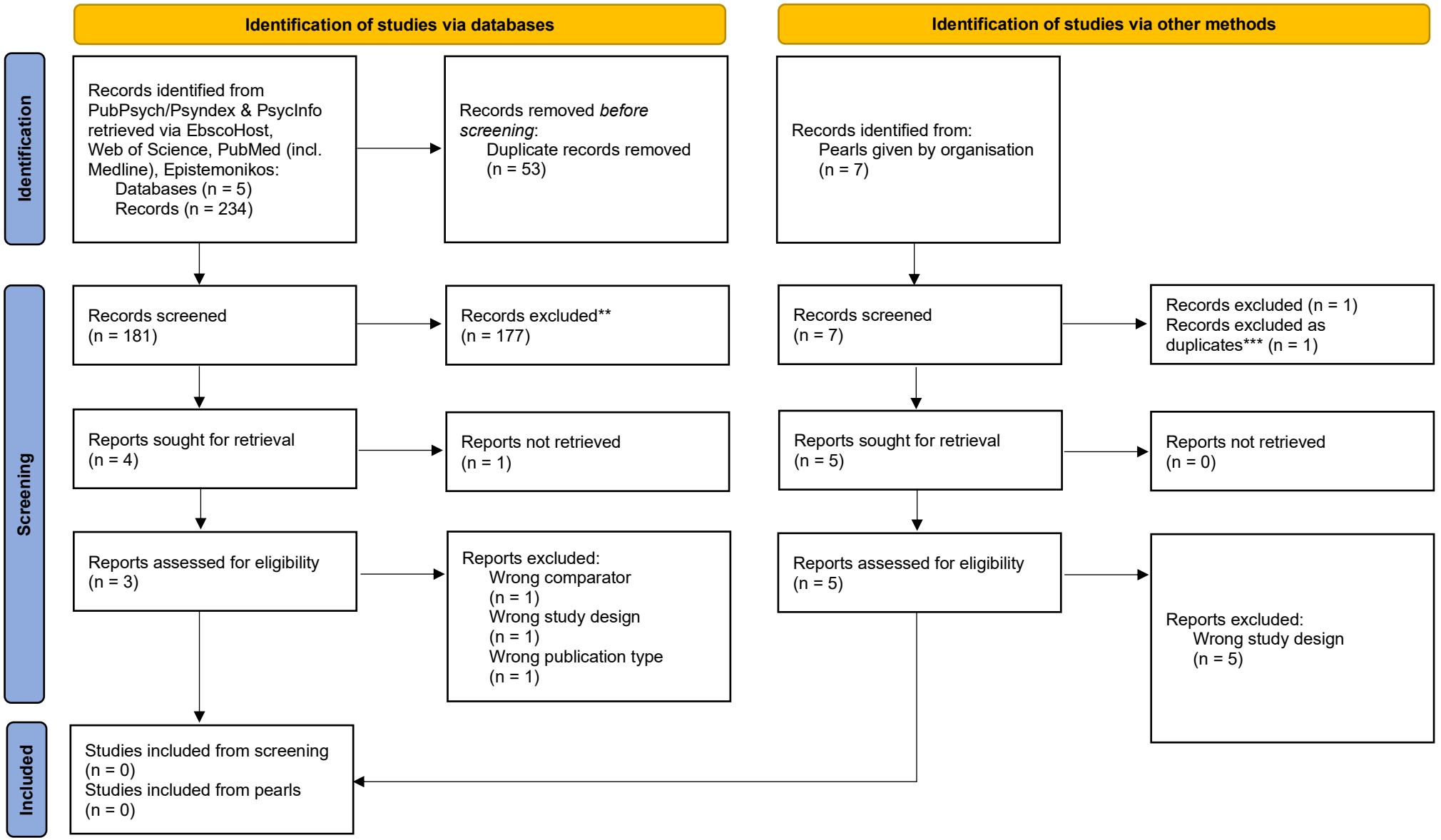


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Wakeman, Sarah E. Another Senseless Death - The Case for Supervised Injection Facilities	Wrong publication type
Behrends, Czarina N.; Paone, Denise; Nolan, Michelle L.; Tuazon, Ellenie; Murphy, Sean M.; Kapadia, Shashi N.; Jeng, Philip J.; Bayoumi, Ahmed M.; Kunins, Hillary V.; Schackman, Bruce R. Estimated impact of supervised injection facilities on overdose fatalities and healthcare costs in New York City	Wrong study design (not applicable to PICO)
-	-
-	-
-	-

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Drogenkonsumräume: Überblick über das Angebot und Evidenzdaten	Wrong study design (not applicable to PICO)
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Harm reduction: evidence, impacts and challenges	Wrong study design (not applicable to PICO)
Urban Health Research Initiative of the British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS. Findings from the Evaluation of Vancouver's Pilot Medically Supervised Safer Injection Facility – Insite	Wrong study design (not applicable to PICO)
Urban Health Research Initiative. Insight into Insite	Wrong study design (not applicable to PICO)
May et al. The impact of medically supervised injection centres on drug-related harms: A meta-analysis	Wrong study design (not applicable to PICO)

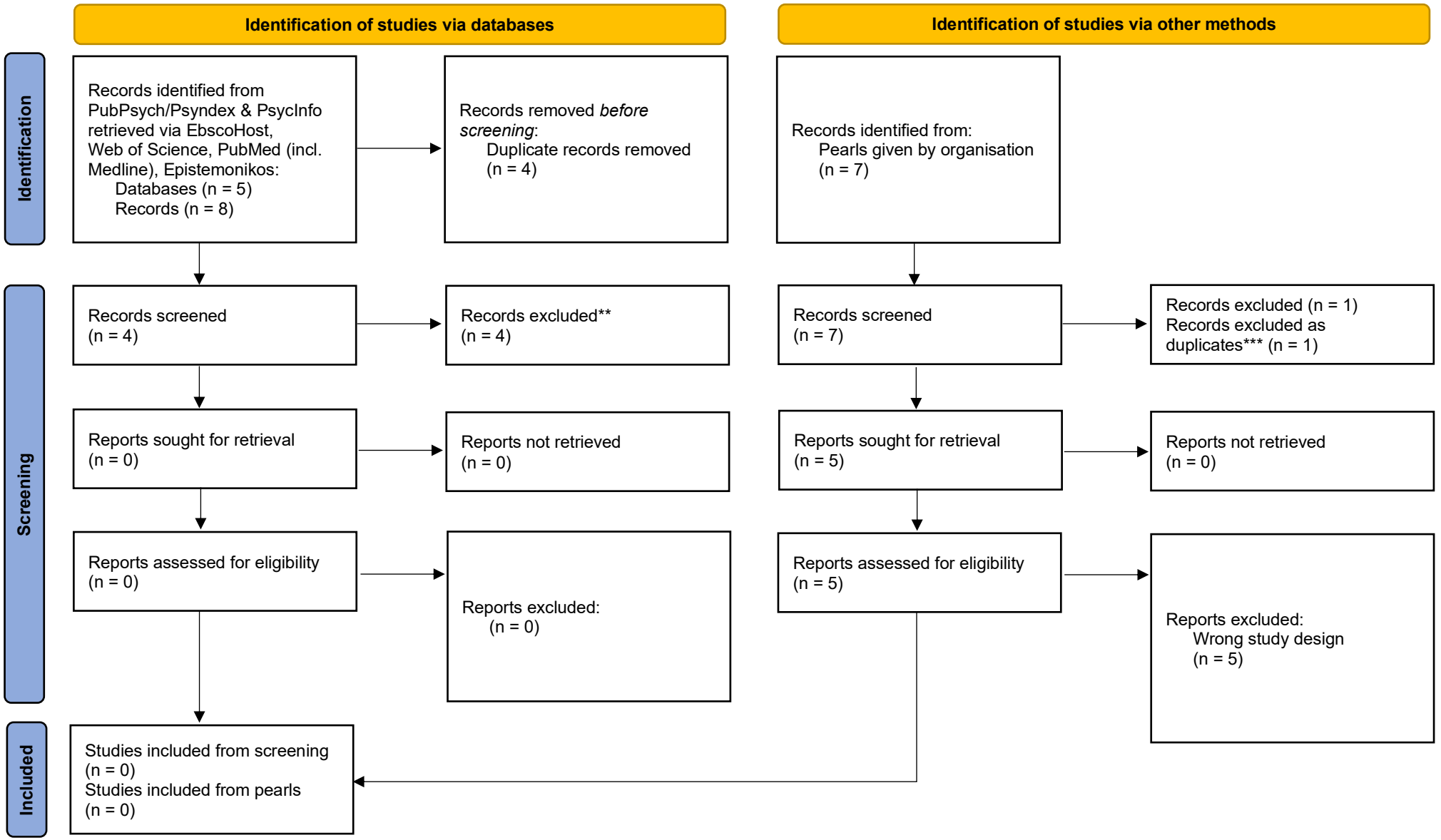


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Chimbar, Lisa; Moleta, Yvette. Naloxone effectiveness: A systematic review.	Wrong comparator
Lewis, CR; Vo, HT; Fishman, M. Intranasal naloxone and related strategies for opioid overdose intervention by nonmedical personnel: a review	Wrong study design (not applicable to PICO)
Kim, HK; Connors, NJ; Mazer-Amirshahi, ME. The role of take-home naloxone in the epidemic of opioid overdose involving illicitly manufactured fentanyl and its analogs	Wrong publication type
-	-
-	-

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Drogenkonsumräume: Überblick über das Angebot und Evidenzdaten	Wrong study design (not applicable to PICO)
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Harm reduction: evidence, impacts and challenges	Wrong study design (not applicable to PICO)
Urban Health Research Initiative of the British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS. Findings from the Evaluation of Vancouver's Pilot Medically Supervised Safer Injection Facility – Insite	Wrong study design (not applicable to PICO)
Urban Health Research Initiative. Insight into Insite	Wrong study design (not applicable to PICO)
May et al. The impact of medically supervised injection centres on drug-related harms: A meta-analysis	Wrong study design (not applicable to PICO)

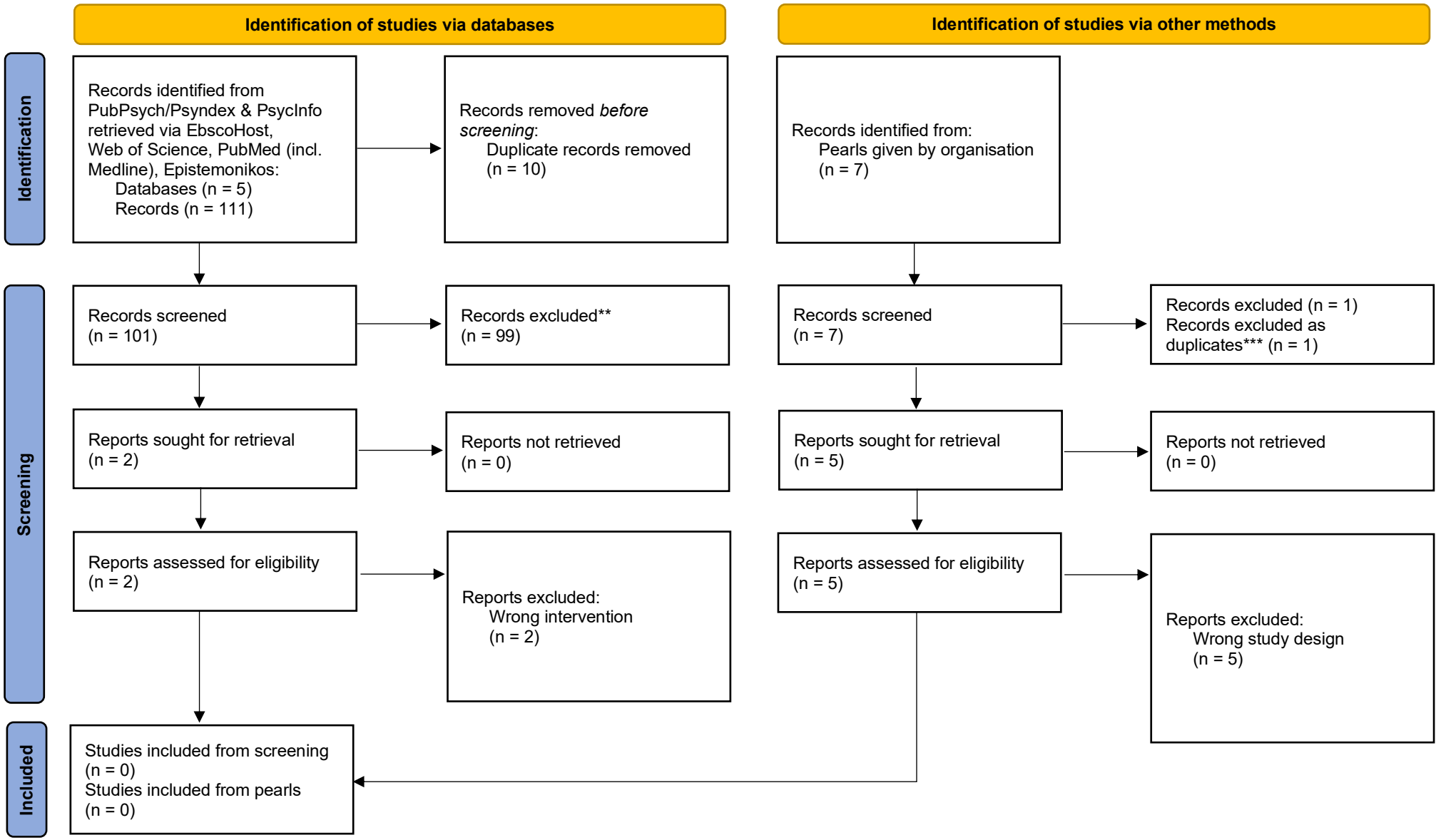


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Drogenkonsumräume: Überblick über das Angebot und Evidenzdaten	Wrong study design (not applicable to PICO)
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Harm reduction: evidence, impacts and challenges	Wrong study design (not applicable to PICO)
Urban Health Research Initiative of the British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS. Findings from the Evaluation of Vancouver's Pilot Medically Supervised Safer Injection Facility – Insite	Wrong study design (not applicable to PICO)
Urban Health Research Initiative. Insight into Insite	Wrong study design (not applicable to PICO)
May et al. The impact of medically supervised injection centres on drug-related harms: A meta-analysis	Wrong study design (not applicable to PICO)

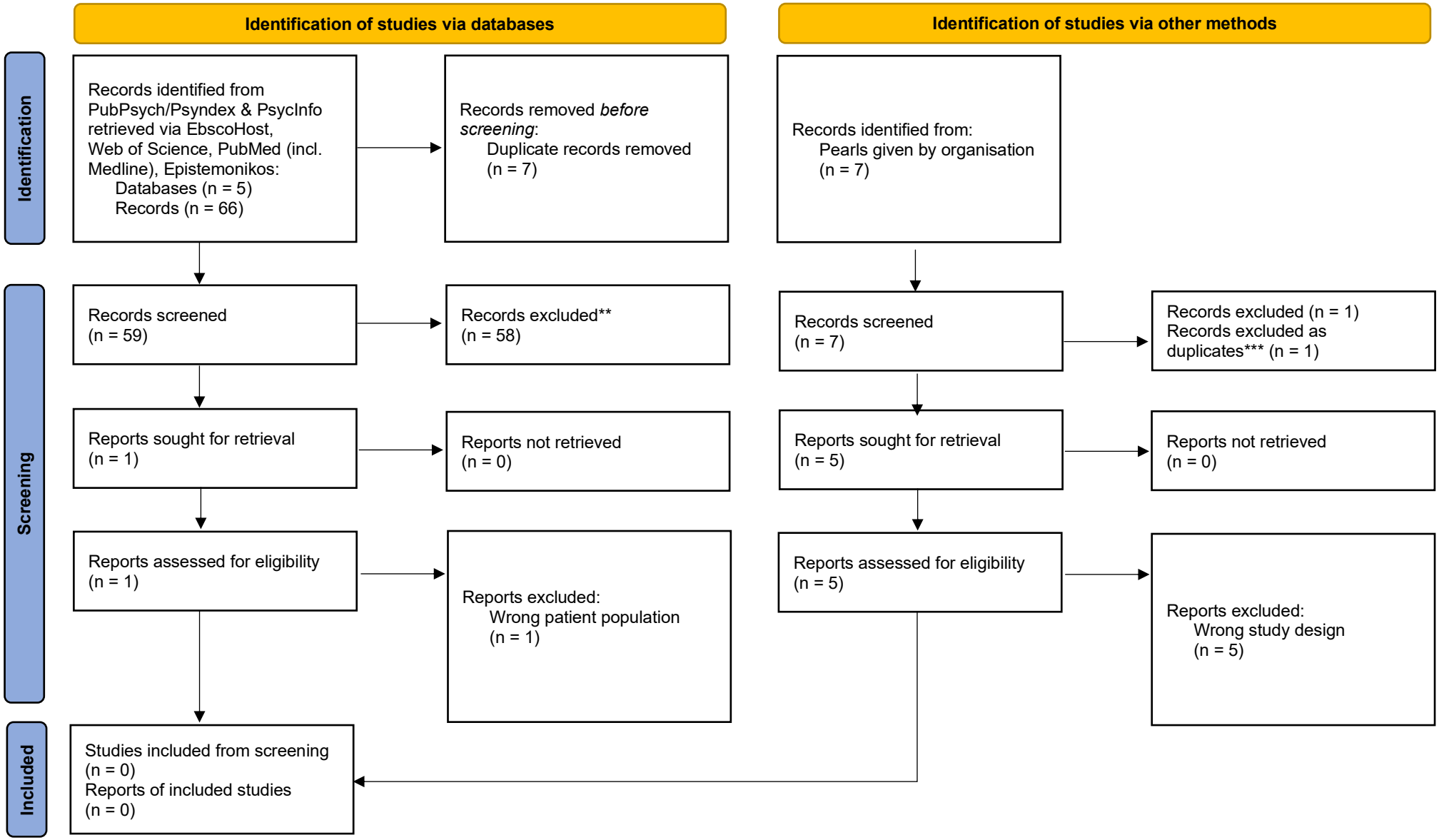


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Champagne-Langabeer, Tiffany; Swank, Michael W.; Langabeer, James R. Routes of non-traditional entry into buprenorphine treatment programs	Wrong intervention
Magwood, O; Salvalaggio, G; Beder, M; Kendall, C; Kpade, V; Daghmach, W; Habonimana, G; Marshall, Z; Snyder, E; O'Shea, T; Lennox, R; Hsu, H; Tugwell, P; Pottie, K. The effectiveness of substance use interventions for homeless and vulnerably housed persons: A systematic review of systematic reviews on supervised consumption facilities, managed alcohol programs, and pharmacological agents for opioid use disorder	Wrong intervention
-	-
-	-
-	-

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Drogenkonsumräume: Überblick über das Angebot und Evidenzdaten	Wrong study design (not applicable to PICO)
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Harm reduction: evidence, impacts and challenges	Wrong study design (not applicable to PICO)
Urban Health Research Initiative of the British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS. Findings from the Evaluation of Vancouver's Pilot Medically Supervised Safer Injection Facility – Insite	Wrong study design (not applicable to PICO)
Urban Health Research Initiative. Insight into Insite	Wrong study design (not applicable to PICO)
May et al. The impact of medically supervised injection centres on drug-related harms: A meta-analysis	Wrong study design (not applicable to PICO)



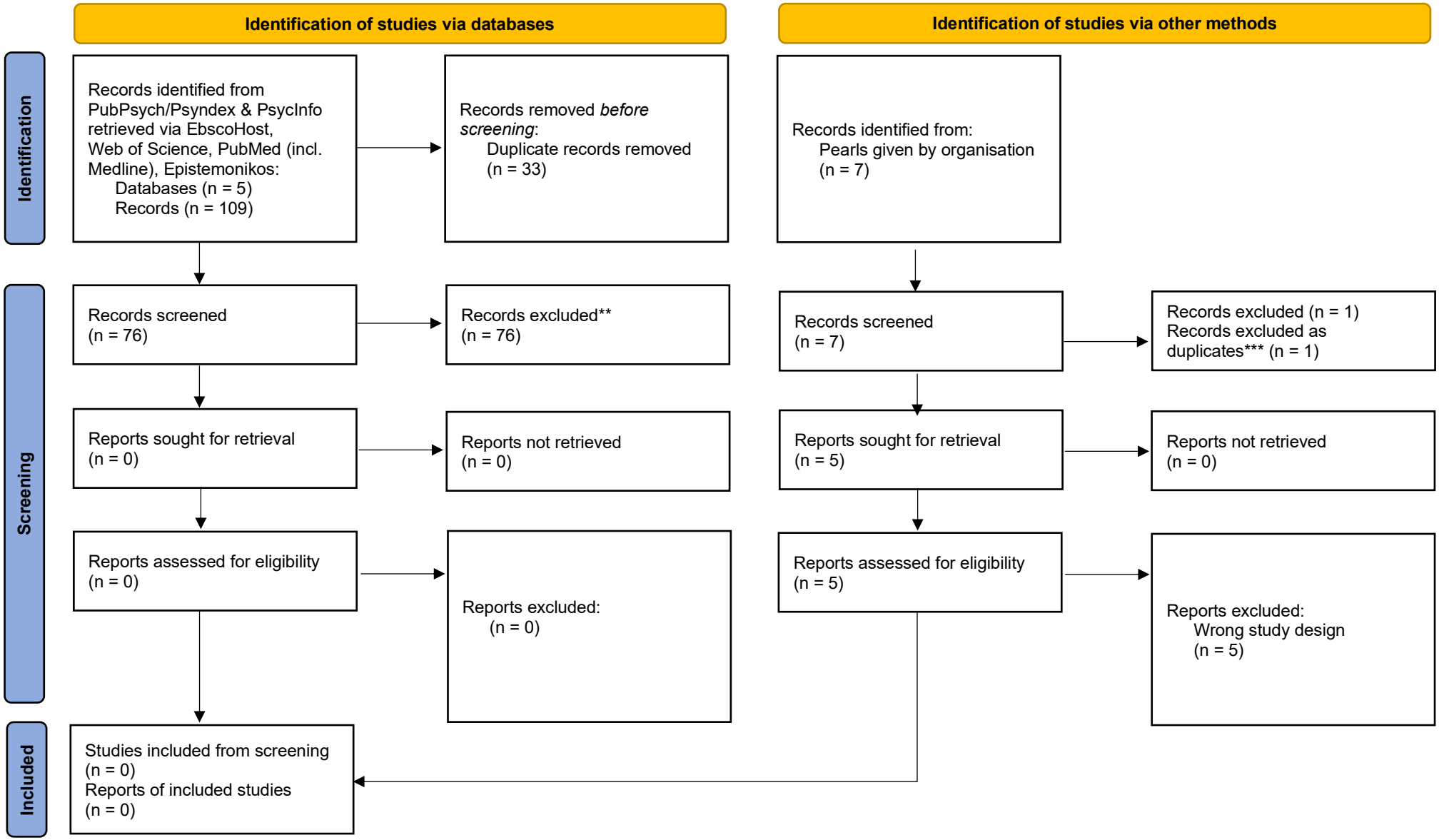
*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Primärdaten | AG *Schadensminimierung* | PICO 3

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Papp, J; Vallabhaneni, M; Morales, A; Schrock, JW. Take- home naloxone rescue kits following heroin overdose in the emergency department to prevent opioid overdose related repeat emergency department visits, hospitalization and death- a pilot study	Wrong patient population
-	-
-	-
-	-
-	-

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Drogenkonsumräume: Überblick über das Angebot und Evidenzdaten	Wrong study design (not applicable to PICO)
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Harm reduction: evidence, impacts and challenges	Wrong study design (not applicable to PICO)
Urban Health Research Initiative of the British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS. Findings from the Evaluation of Vancouver's Pilot Medically Supervised Safer Injection Facility – Insite	Wrong study design (not applicable to PICO)
Urban Health Research Initiative. Insight into Insite	Wrong study design (not applicable to PICO)
May et al. The impact of medically supervised injection centres on drug-related harms: A meta-analysis	Wrong study design (not applicable to PICO)

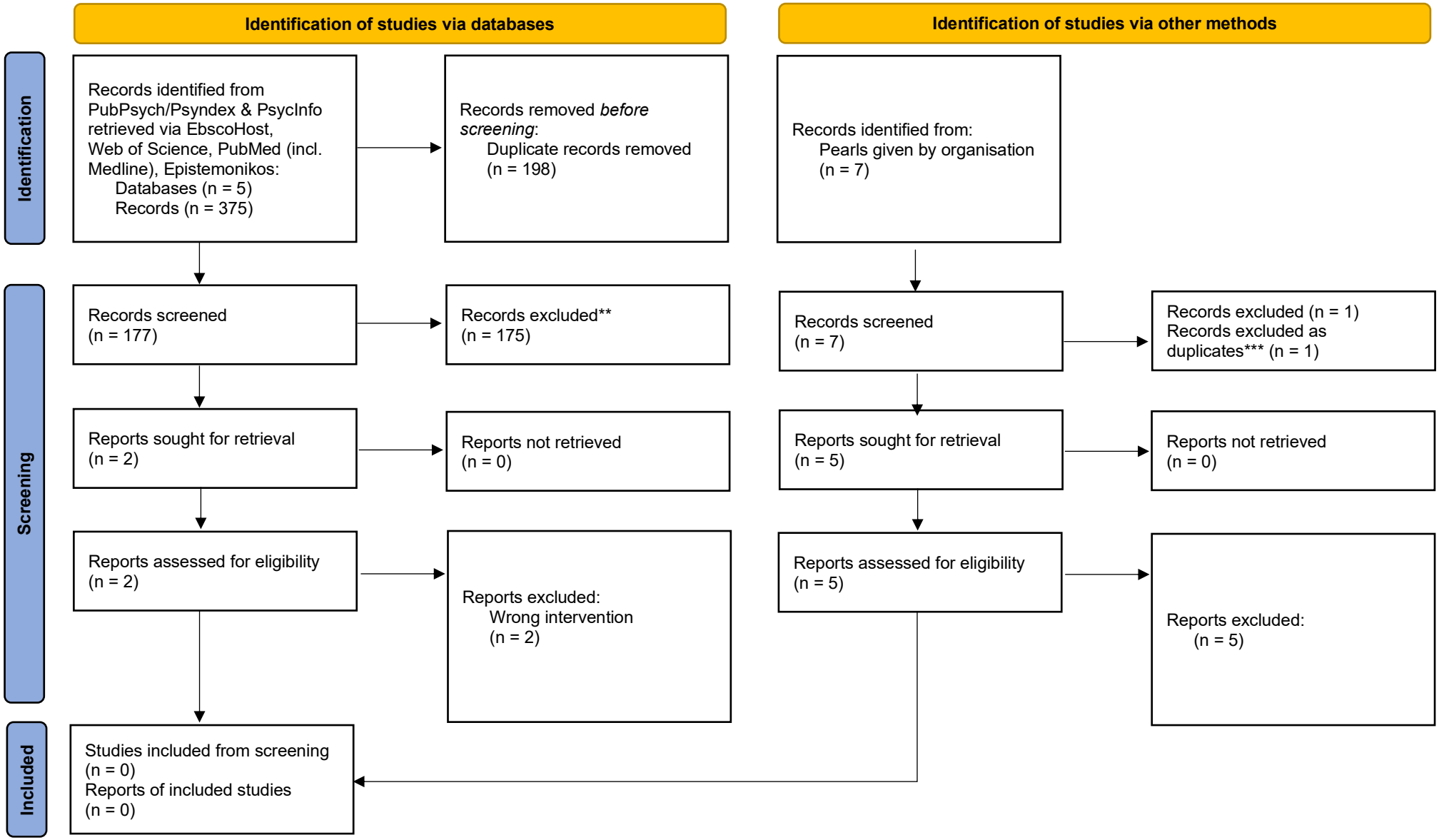


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Drogenkonsumräume: Überblick über das Angebot und Evidenzdaten	Wrong study design (not applicable to PICO)
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Harm reduction: evidence, impacts and challenges	Wrong study design (not applicable to PICO)
Urban Health Research Initiative of the British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS. Findings from the Evaluation of Vancouver's Pilot Medically Supervised Safer Injection Facility – Insite	Wrong study design (not applicable to PICO)
Urban Health Research Initiative. Insight into Insite	Wrong study design (not applicable to PICO)
May et al. The impact of medically supervised injection centres on drug-related harms: A meta-analysis	Wrong study design (not applicable to PICO)

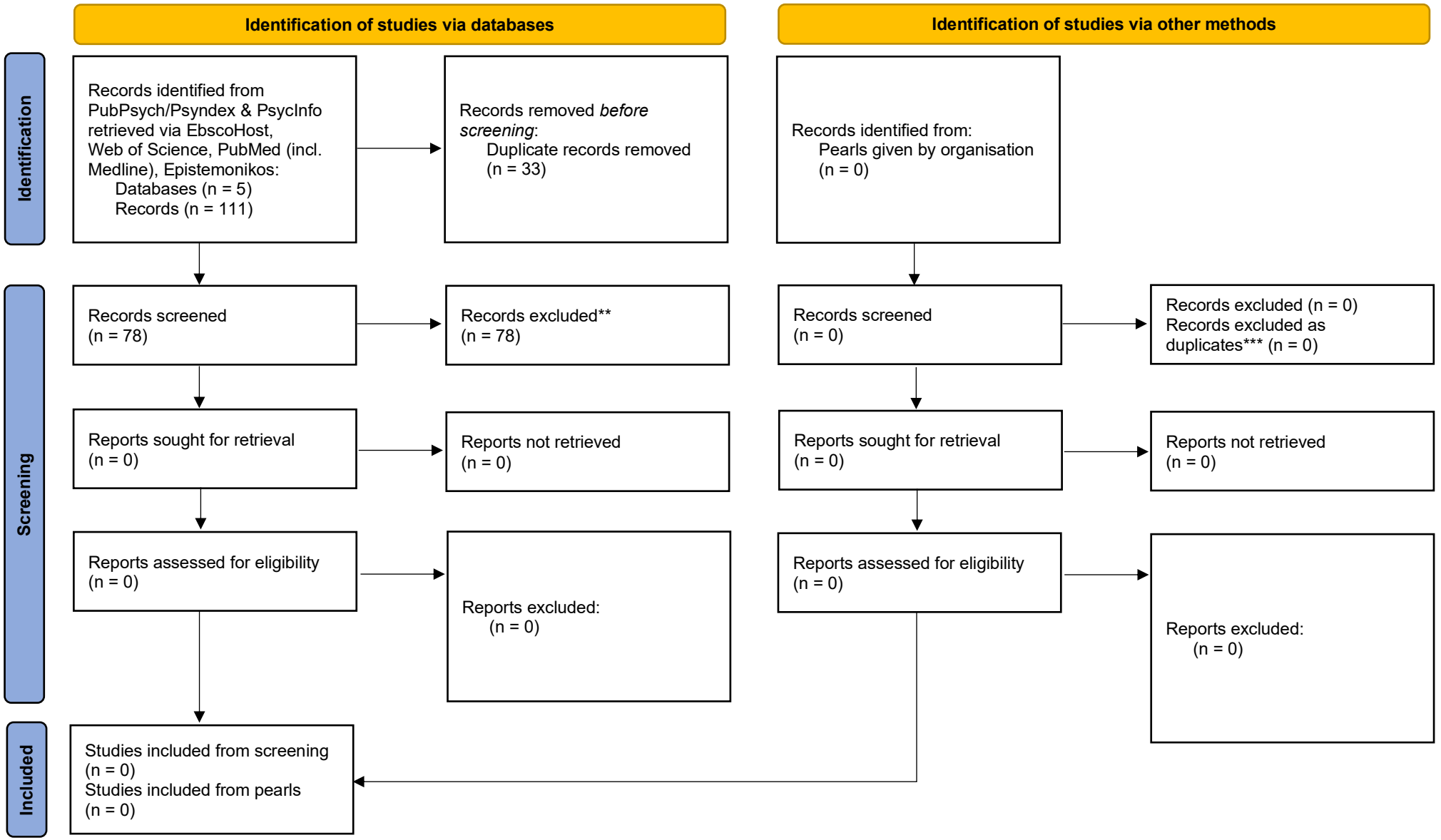


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

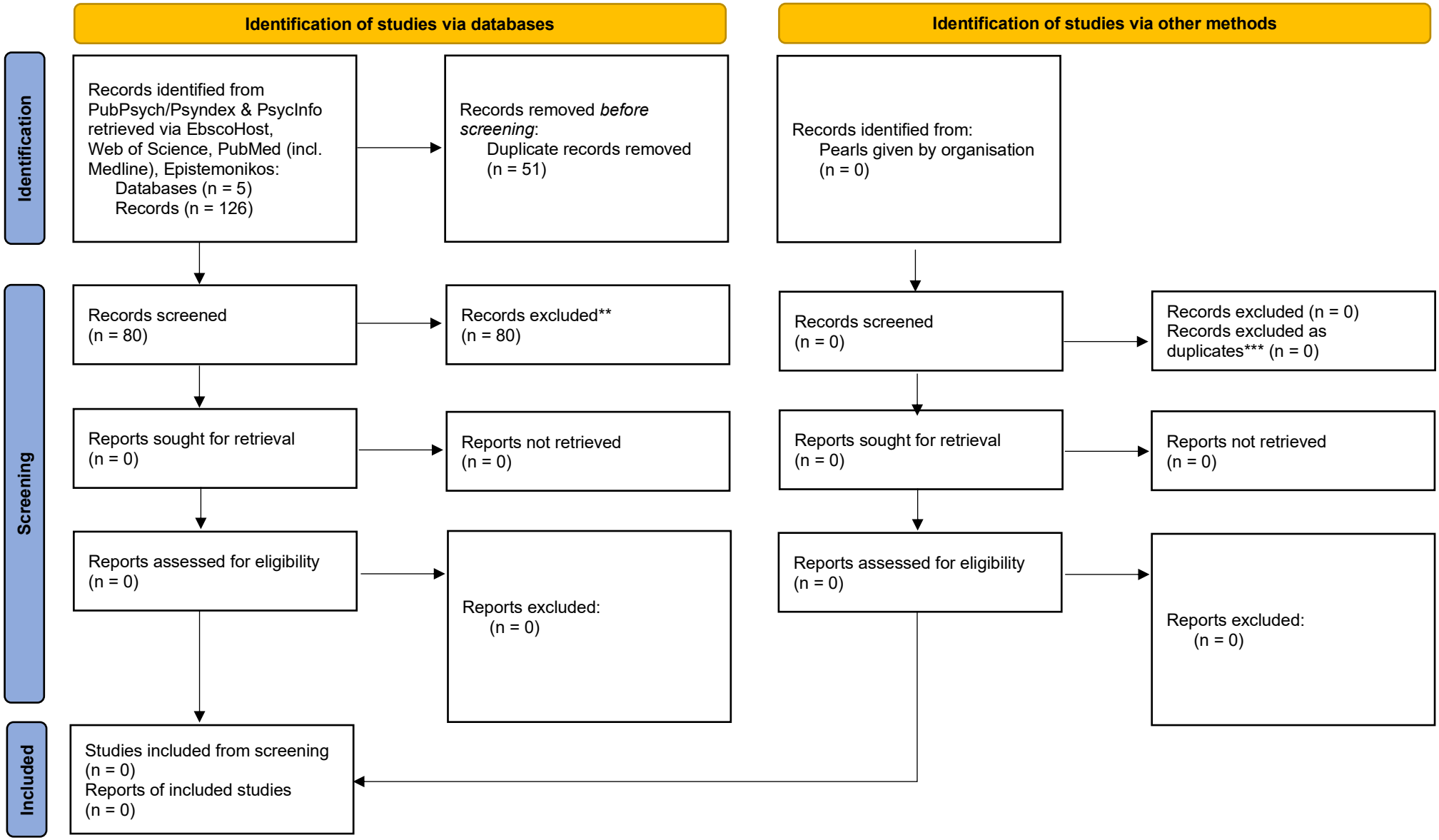
List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Chalabianloo, Fatemeh; Ohldieck, Christian; Haaland, Øystein A.; Fadnes, Lars Thore; Johansson, Kjell Arne. Effectiveness and Safety of Low-Threshold Opioid-Agonist Treatment in Hard-To-Reach Populations with Opioid Dependence.	Wrong intervention
Stewart, Rebecca E.; Shen, Lisa; Kwon, Nayoung; Vigderman, Josh; Kramer, Susanna; Mandell, David S.; Candon, Molly; Lamb, Roland; Rothbard, Aileen B. Stewart, Rebecca E.; Shen, Lisa; Kwon, Nayoung; Vigderman, Josh; Kramer, Susanna; Mandell, David S.; Candon, Molly; Lamb, Roland; Rothbard, Aileen B.	Wrong intervention
-	-
-	-
-	-

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Drogenkonsumräume: Überblick über das Angebot und Evidenzdaten	Wrong study design (not applicable to PICO)
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Harm reduction: evidence, impacts and challenges	Wrong study design (not applicable to PICO)
Urban Health Research Initiative of the British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS. Findings from the Evaluation of Vancouver's Pilot Medically Supervised Safer Injection Facility – Insite	Wrong study design (not applicable to PICO)
Urban Health Research Initiative. Insight into Insite	Wrong study design (not applicable to PICO)
May et al. The impact of medically supervised injection centres on drug-related harms: A meta-analysis	Wrong study design (not applicable to PICO)

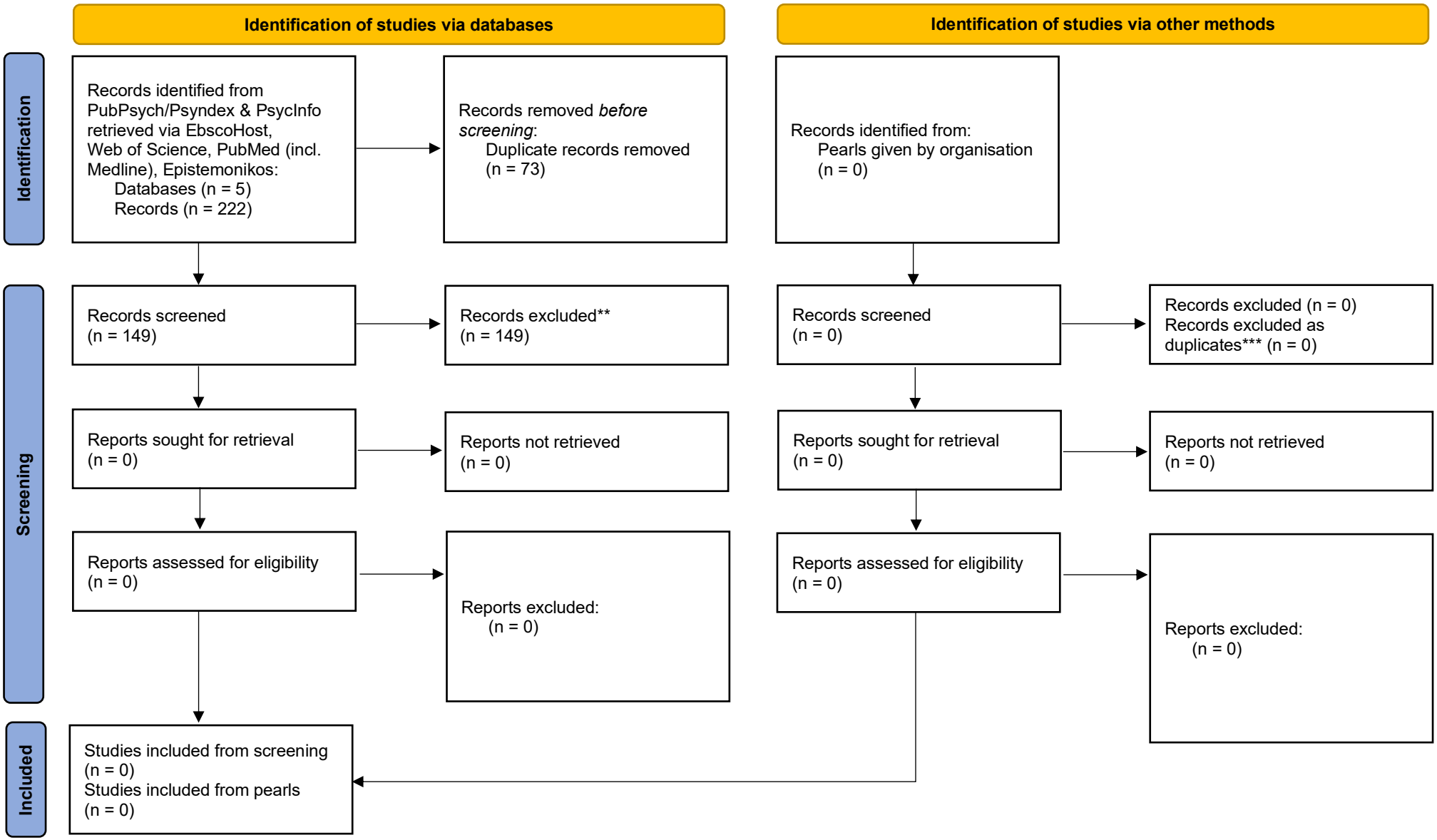


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.



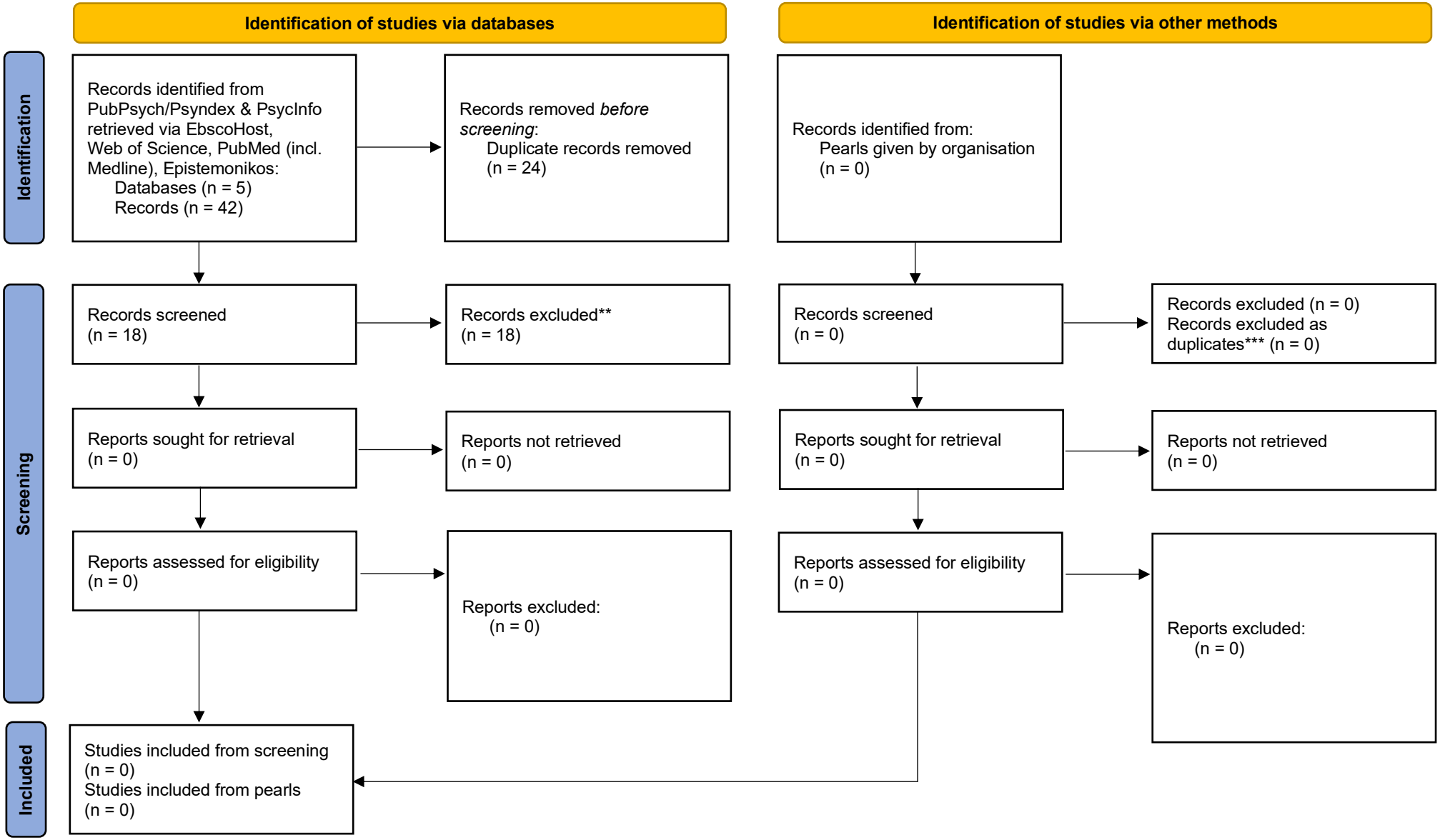
*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Aggregierte Evidenz | AG *Versorgungsfragen* | PICO 1



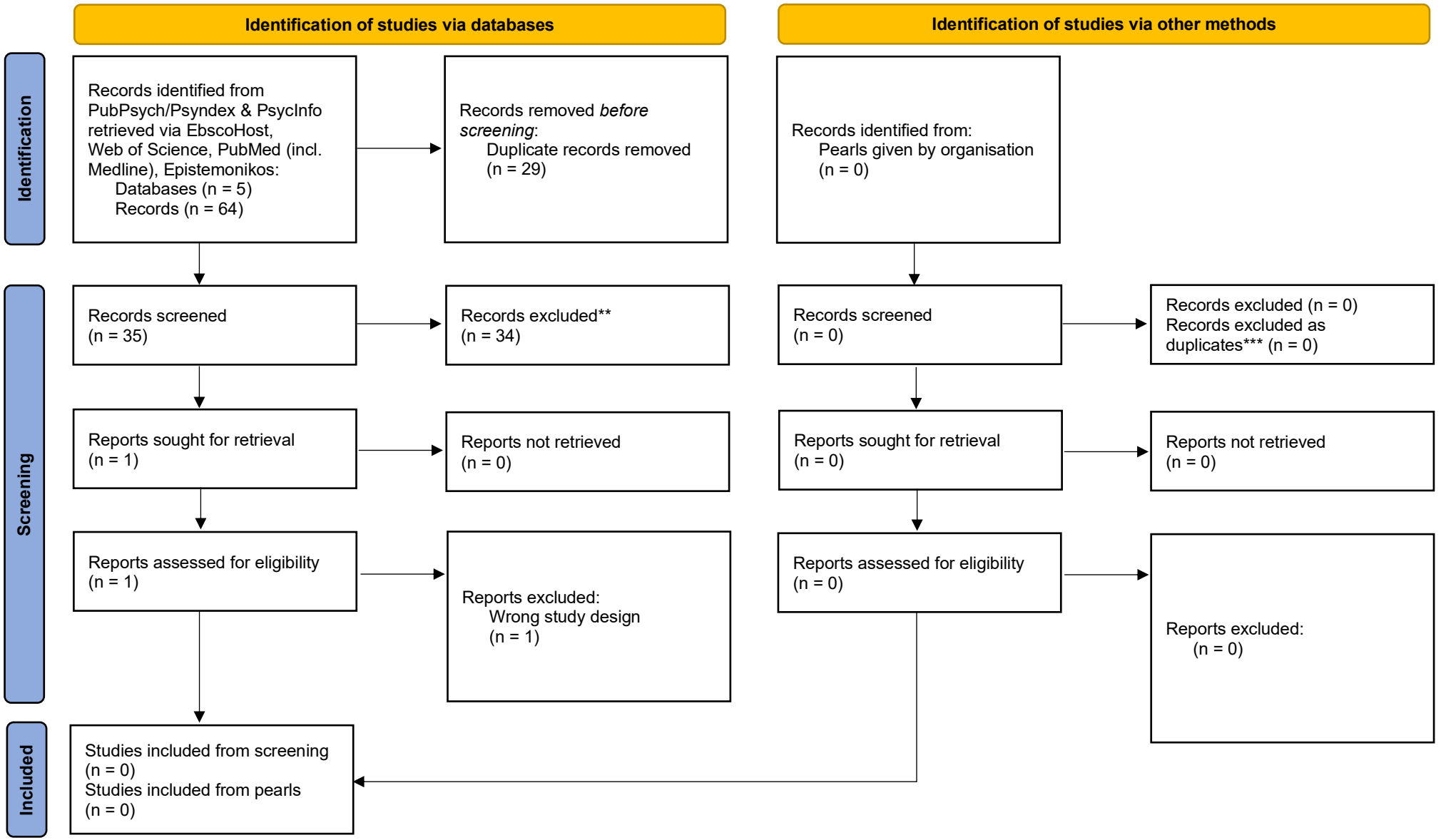
*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Aggregierte Evidenz | AG *Versorgungsfragen* | PICO 2



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Aggregierte Evidenz | AG *Versorgungsfragen* | PICO 3



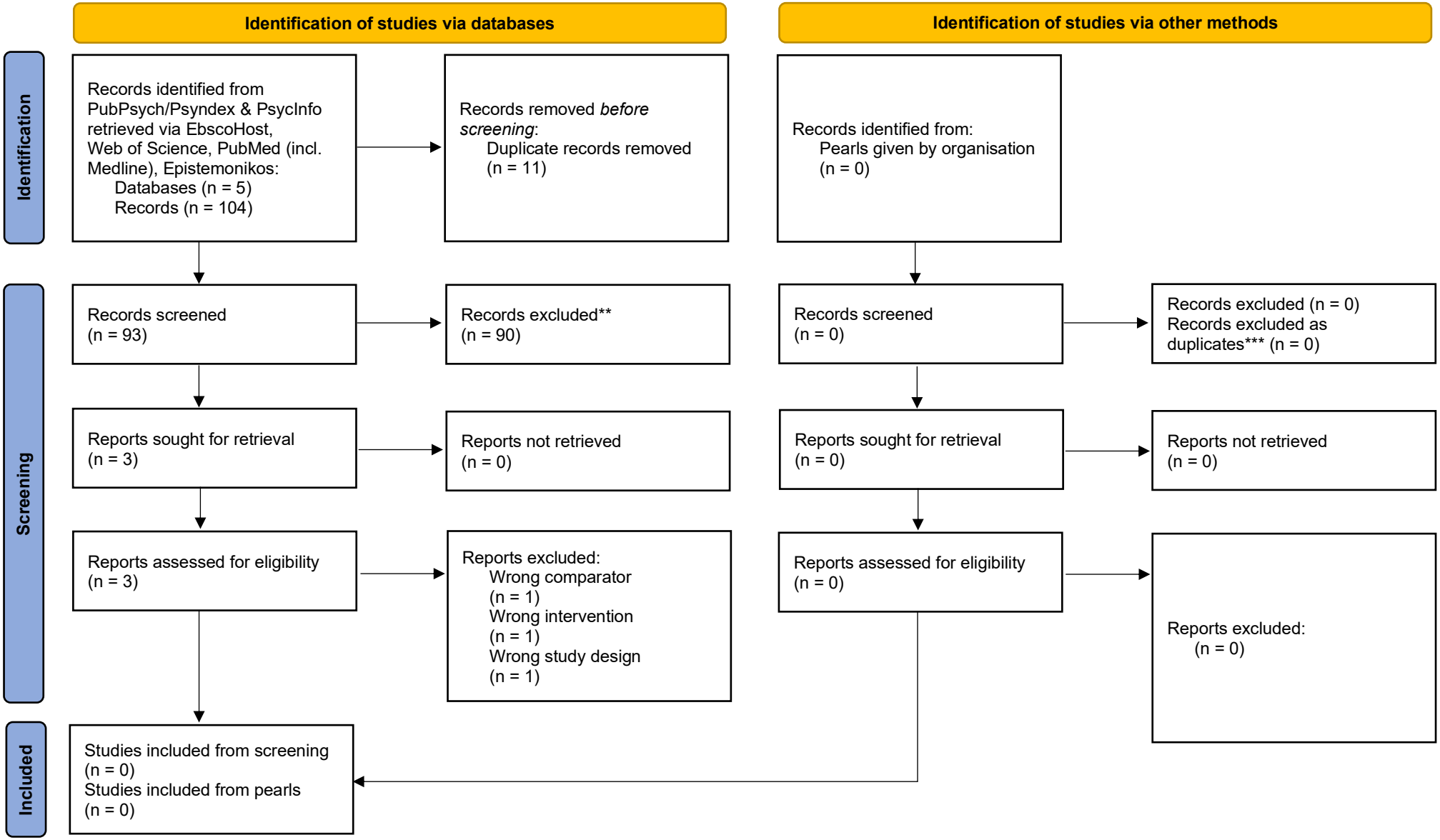
*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Dematteis, Maurice; Auriacombe, Marc; D'Agnone, Oscar; Somaini, Lorenzo; Szerman, Nestor; Littlewood, Richard; Alam, Farrukh; Alho, Hannu; Benyamina, Amine; Bobes, Julio; Daulouede, Jean Pierre; Leonardi, Claudio; Maremmani, Icro; Torrens, Marta; Walcher, Stephan; Soyka, Michael. Recommendations for buprenorphine and methadone therapy in opioid use disorder: a European consensus	Wrong study design (expert consens)

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-

Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Aggregierte Evidenz | AG *Versorgungsfragen* | PICO 4

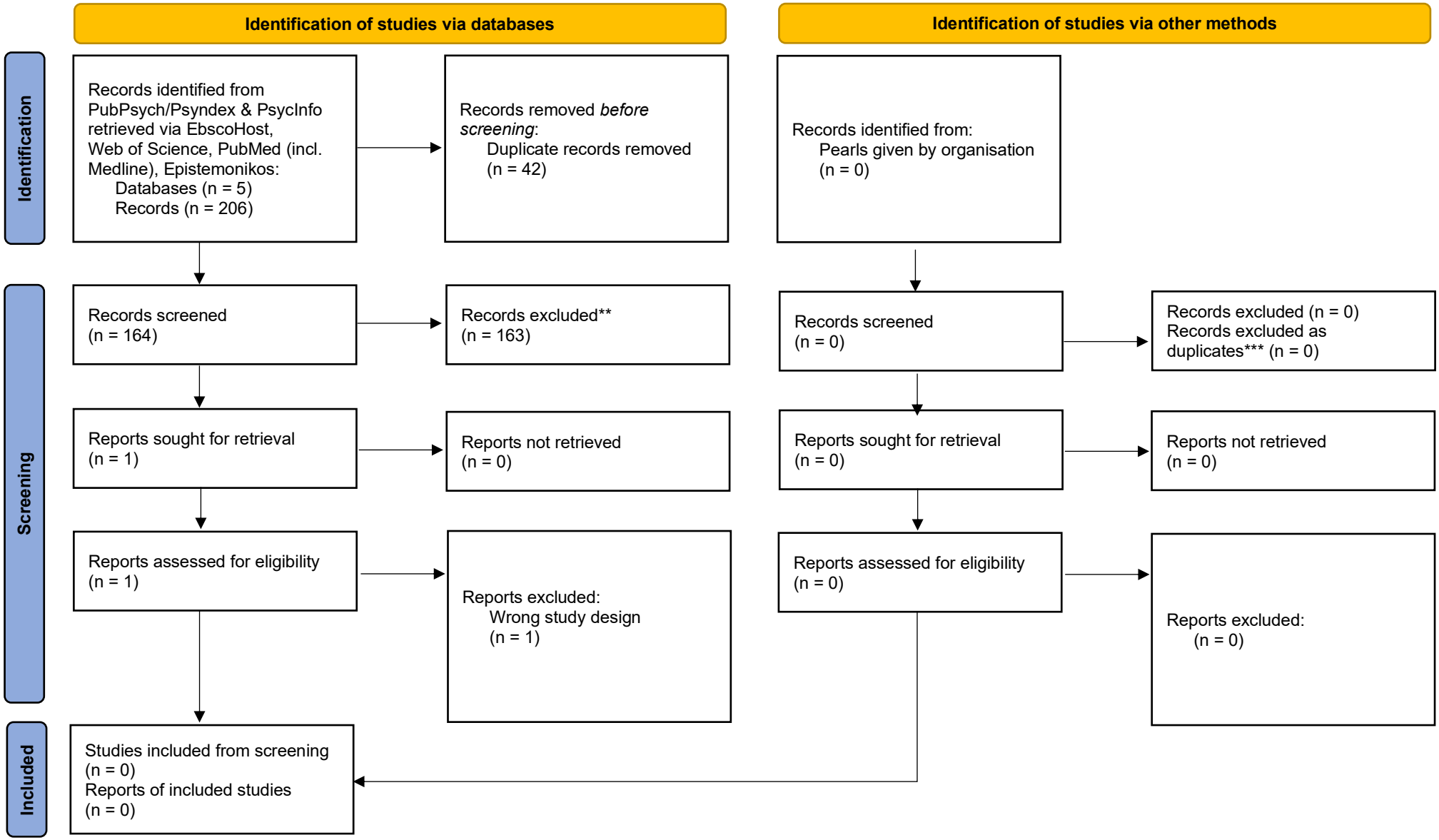


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Viera, Adam; Bromberg, Daniel J.; Whittaker, Shannon; Refsland, Bryan M.; Stanojlović, Milena; Nyhan, Kate; Altice, Frederick L. Adherence to and Retention in Medications for Opioid Use Disorder Among Adolescents and Young Adults.	Wrong comparator
Becker, SJ; Scott, K; Helseth, SA; Danko, KJ; Balk, EM; Saldanha, IJ; Adam, GP; Steele, DW. Effectiveness of medication for opioid use disorders in transition-age youth: A systematic review	Wrong intervention
Dalton, K; Bishop, L; Darcy, S. Investigating interventions that lead to the highest treatment retention for emerging adults with substance use disorder: A systematic review	Wrong study design (not applicable to PICO)

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-
-	-
-	-

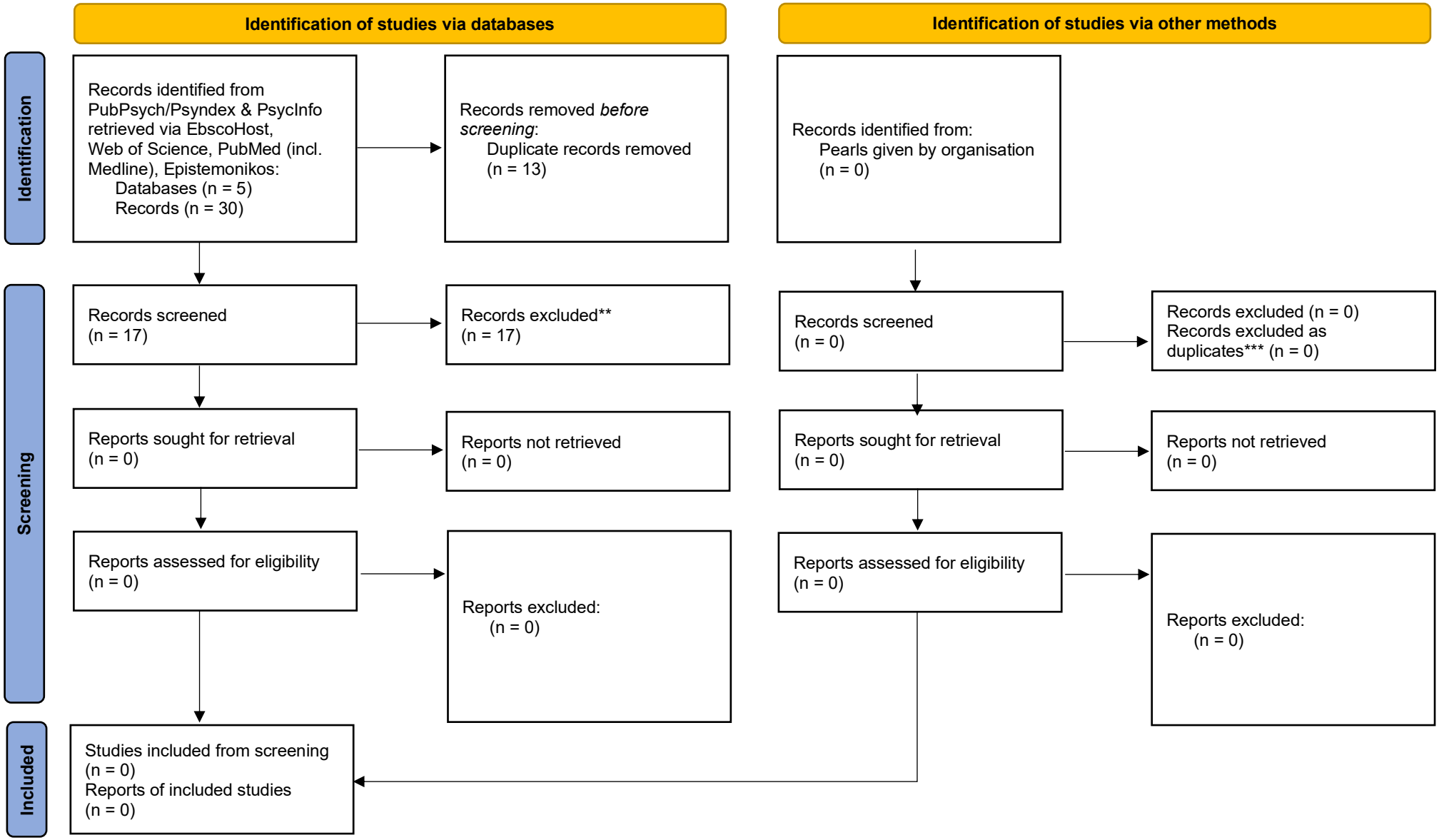


*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

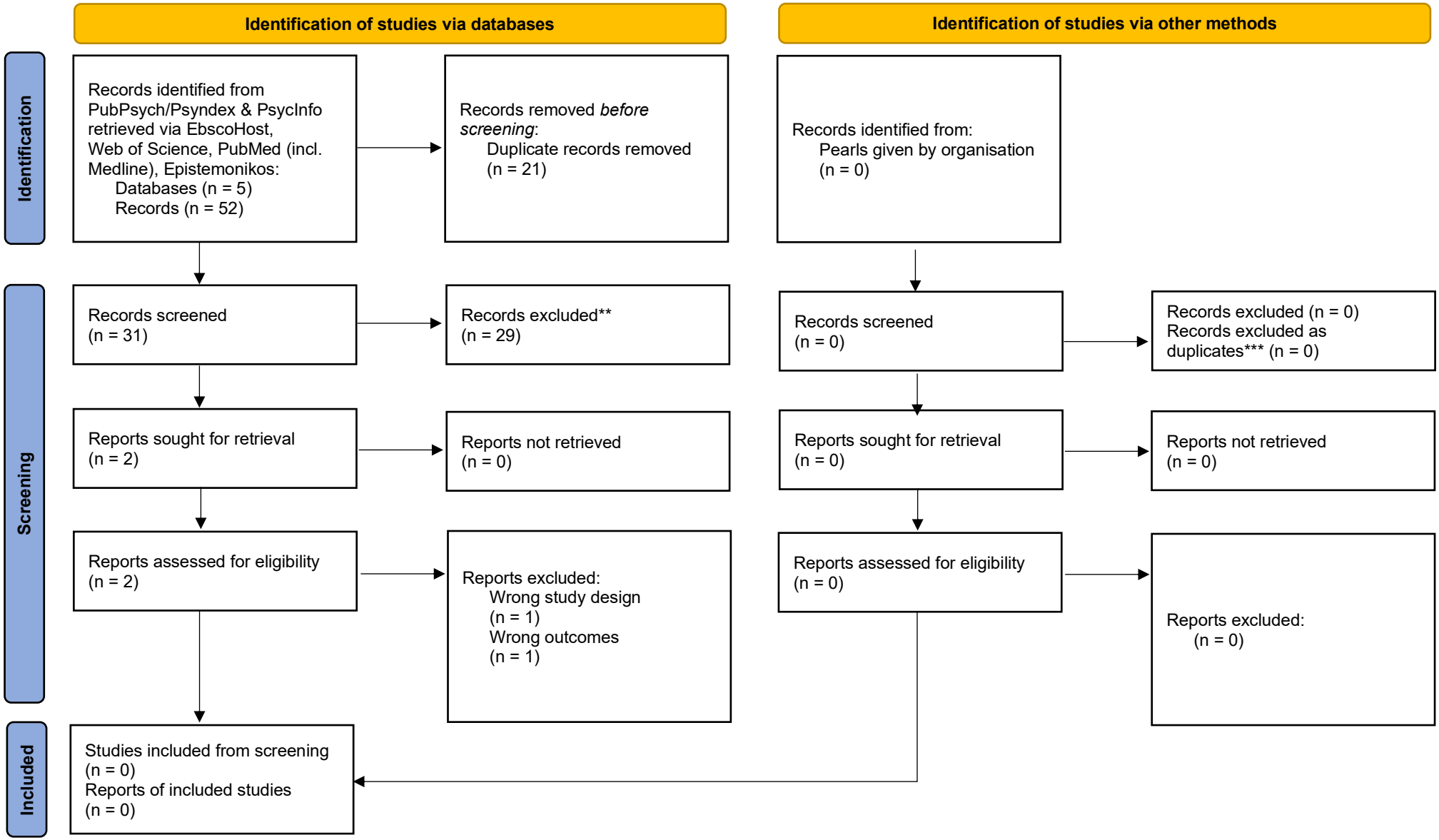
List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Al Ghafri, Hamad; Hasan, Nael; Elarabi, Hesham Farouk; Radwan, Doa; Shawky, Mansour; Al Mamari, Samya; Abdelgawad, Tarek; El Rashid, Abuelgasim; Kodera, Ayman; Al Kathiri, Helal; Lee, Amanda J.; Wanigaratne, Shamil. The impact of family engagement in opioid assisted treatment: Results from a randomised controlled trial.	Wrong study design (not applicable to PICO)

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.



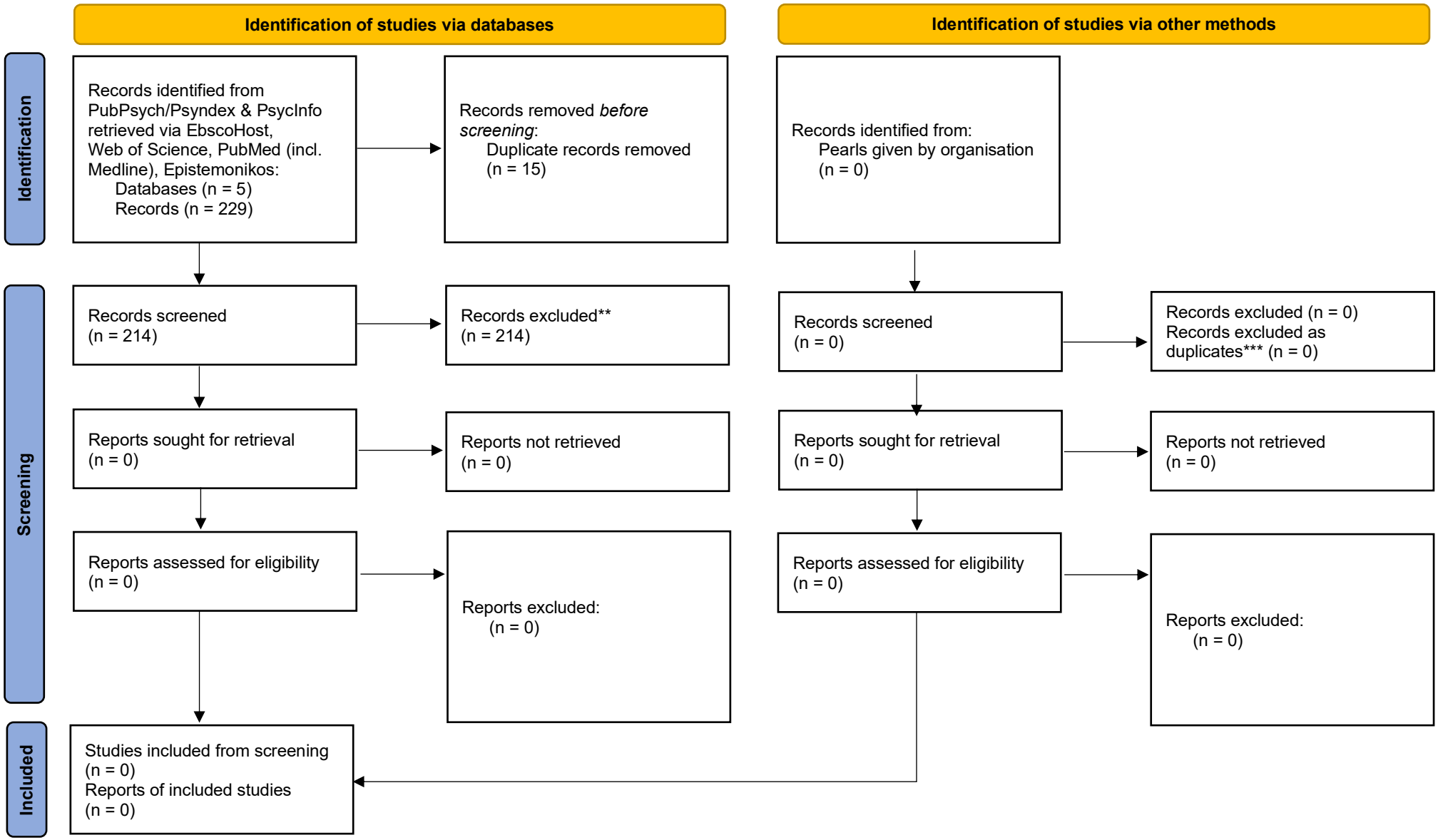
*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

List of excluded studies

Identification of studies via databases and registers	Reason for exclusion
Cooperman NA; Hanley AW; Kline A; Garland EL. A pilot randomized clinical trial of mindfulness-oriented recovery enhancement as an adjunct to methadone treatment for people with opioid use disorder and chronic pain: Impact on illicit drug use, health, and well-being.	Wrong study design (not applicable to PICO)
Saunders, EC; Moore, SK; Walsh, O; Metcalf, SA; Budney, AJ; Cavazos-Rehg, P; Scherer, E; Marsch, LA. It's way more than just writing a prescription: A qualitative study of preferences for integrated versus non-integrated treatment models among individuals with opioid use disorder	Wrong outcomes

Identification of studies via other methods	Reason for exclusion
-	-
-	-

Aktualisierung der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen | PRISMA Flussdiagramm | Aggregierte Evidenz | AG *Diagnostik* | PICO 3



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.
***Ergänzung aus dem Leitlinienteam: Bei diesen Duplikaten handelt es sich um eingereichte Pearls, die bereits durch die systematischen Datenbankrecherchen identifiziert wurden.

S3-Leitlinie
Opioidbezogene Störungen

Anlage 4 | Evidenztabellen, GRADE-Profile, AMSTAR-2-Profile, RoB-2-Profile und SIGN-Profile

AWMF-Register Nr. 076/012
Verfügbar unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-012
Version: 1.0

Federführung
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht)
Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (DGS)

Koordination
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg

Das dieser Veröffentlichung zugrundliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21015 gefördert.

Inhaltsverzeichnis

Evidenztabellen 7
Diagnostik 7
PICO 1 bis 4 7
Therapieplanung 7
PICO 1 bis 5 7
Reha 7
PICO 1, 2, 3 7
Opioid-Agonisten-Therapie 8
PICO 1 8
PICO 2 15
PICO 3 26
PICO 4 33
Entzug 34
PICO 1, 2, 4 und 5 34
PICO 3 34
Rückfallprophylaxe 37
PICO 1, 2, 3.1, 3.4 37
PICO 3.2 38
PICO 3.3 41
PICO 3.5 43
PICO 3.6 48
PICO 3.7 51

PICO 3.8 54
Psychotherapie 56
PICO 1 56
PICO 2 65
Psychosoziale Betreuung 66
PICO 1 66
Körperliche Komorbiditäten 68
PICO 1 68
PICO 2 70
Psychische Komorbiditäten 71
PICO 1 71
Besondere Populationen 77
PICO 1 77
PICO 2 79
PICO 3, 4 82
PICO 5 83
PICO 6 84
Schadensminimierung 85
PICO 1 85
PICO 2 91
Selbsthilfe 93
PICO 1 93
Versorgungsfragen 94

PICO 1 94
PICO 2 94
PICO 3 94
PICO 4 94
GRADE-Profile 95
Opioid-Agonisten-Therapie 96
PICO 1 96
PICO 2 98
PICO 3 102
Entzug 104
PICO 3 104
Rückfallprophylaxe 105
PICO 3.3 105
PICO 3.5 106
PICO 3.6 107
Psychotherapie 109
PICO 1 109
Psychosoziale Betreuung 110
PICO 1 110
Körperliche Komorbiditäten 112
PICO 1 112
Psychische Komorbiditäten 115
PICO 1 115

Besondere Populationen 117
PICO 1 117
PICO 2 119
PICO 5 120
Schadensminimierung 122
PICO 1 122
AMSTAR-2-Profile 123
Opioid-Agonisten-Therapie 125
Rückfallprophylaxe 137
Psychotherapie 141
Körperliche Komorbiditäten 149
Psychische Komorbiditäten 151
Besondere Populationen 157
Schadensminimierung 165
RoB-2-Profile 173
Opioid-Agonisten-Therapie 176
Entzug 184
Rückfallprophylaxe 188
Psychotherapie 192
Psychosoziale Betreuung 196
Besondere Populationen 200
SIGN-Profile 204
Opioid-Agonisten-Therapie 207

Rückfallprophylaxe 219

Evidenztabellen

Diagnostik

PICO 1 bis 4

Aggregierte Evidenz

Keine Studieneinschlüsse.

Primärdaten

Keine Studieneinschlüsse.

Therapieplanung

PICO 1 bis 5

Aggregierte Evidenz

Keine Studieneinschlüsse.

Primärdaten

Keine Studieneinschlüsse.

Reha

PICO 1, 2, 3

Aggregierte Evidenz

Keine Studieneinschlüsse.

Primärdaten

Keine Studieneinschlüsse.

Opioid-Agonisten-Therapie

PICO 1

Aggregierte Evidenz

N = 3 identifizierte Studien

Outcomes, zu denen keine aggregierte Evidenz gefunden wurde: Substanzkonsum/drug use

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Evidenz-klasse / Methodische Bemerkungen	Literaturbelege / eigeschlossene Publikationen
Buresh et al. 2021 Treatment of opioid use disorder in primary care	**Systematic Review Database**: PubMed (01/00-03/20) Einschluss: - Systematic Reviews, RCTs, retrospective and oberservational analyses - Literatur in englischer Sprache - Personen mit Diagnose der Opioidabhängigkeit (OUD) Ausschluss: - Case studies und case reports	- Pharmakotherapie (medizinisch begleiteter Entzug, Substitution mit Buprenorphin, Methadon, Naltrexon) - Schadensminimierung (Sicherer Konsum, Naloxon Ausgabe, HIV-Prophylaxe) - Psychosoziale Behandlung (Selbsthilfegruppen, Beratung (Einzel- oder Gruppenberatung), stationäre Behandlung)	- Welche Maßnahmen können dazu beitragen, die Bereitstellung einer Pharmakotherapie für Opioidkonsum-störungen in der Primärversorgung zu verbessern? - Wie lässt sich feststellen, welche psychosozialen Interventionen bei welchen Patient:innen wirksam sind und welche Patient:innen eine Pharmakotherapie benötigen? - Wie sehen die Langzeitergebnisse von Patient:innen aus, die in der	1. Inkludierte Studien: 8 RCTs 2. Ergebnisse: - Opioidabhängigkeit kann in der Primärversorgung wirksam behandelt werden - Unbehandelte OUD geht einher mit erheblicher Morbidität und Mortalität (insbes. Überdosierung und infektiösen Komplikationen) - Entzugsmanagement und Medikamentenentwöhnung sind nicht wirksam	Evidenzklasse AMSTAR 2 **Kritisch niedrige Qualität** Methodische Bemerkungen **1. N** = 1723 **2. Bias:** k.A. **3. Rando:** nur RCTs inkludiert **4. Blinding:** k.A. **5. Follow-Up:** zwischen 2-52 Wochen **6. Financing**: k.A., keine	Fiellin et al. 2013 Ling et al. 2013 Weiss et al. 2011 Fiellin et al. 2006 Bickel et al. 2008 Christensen et al. 2014 Schottenfeld et al. 2005 Miotto et al. 2012

			Primärversorgung mit Pharmakotherapien mit verlängerter Wirkstofffreisetzung behandelt werden (insbesondere Buprenorphin und Naltrexon mit verlängerter Wirkstofffreisetzung)? - Wie lassen sich patient:innenzentrierte Versorgungskonzepte optimal in die Behandlung integrieren?	- Pharmakotherapie ist die Hauptstütze der OUD-Behandlung - Langwirksame Formulierungen, einschl. wöchentlich und monatlich injizierbares Buprenorphin mit verlängerter Wirkdauer sind hoch wirksam und mit hoher Patient:innenzufrieden-heit und verbesserter Lebensqualität verbunden - Stärkste Evidenz für Opioid-Agonisten Buprenorphin und Methadon, wenigste für Naltrexon mit verlängerter Wirkstofffreisetzung - <u>Forschungsbedarf</u>: Rolle von Verhaltens-interventionen zur Unterstützung der Pharmakotherapie	Interessensko nflikte	
Lim et al. 2022 Relative effectiveness of medications for opioid-related disorders: A	Systematic Review & Meta-Analyse <u>Database:</u> Medline, EMBASE, PsycINFO, CENTRAL, ClinicalTrials.gov (inception to 02/22) <u>Einschluss:</u> - Studienteilnehmer-:in-nen über 18 Jahren	- <u>Pharmakotherapie:</u> Buprenorphin, Methadon, Naltrexon und SROM (slow-release oral morphine)	- primär: Retention / Verbleib in Behandlung, - sekundär: Opioidkonsum (gemessen durch Urinanalyse)	<u>1. Inkludierte Studien:</u> 72 RCTs <u>2. Ergebnisse:</u> - Methadon als wirksamste Pharmakotherapie für die Aufrechterhaltung der Behandlung - Bei allen medikamentösen Behandlungen ist die	<u>Evidenzklasse</u> AMSTAR 2 **Niedrige Qualität** <u>Methodische Bemerkungen</u> **1. N** = k.A. **2. Bias:** RoB2 wurde durchgeführt (38 RCTs:	Ahmadi et al. 2003a Ahmadi et al. 2003b Ahmadi et al. 2003c Beck et al. 2014 Bickel et al. 1988 Cameron et al. 2006

systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials	- Diagnose von Opioid- oder Heroinmissbrauch und -abhhängikeit - Pharmakotherapie mit Buprenorphin, Methadon, Naltrexon, Slow-release oral morphine (SROM) - Vergleichsstudien mit zugelassenen Medikamenten und/oder Kontrollgruppen <u>Ausschluss:</u> - Schwangere Personen - Studien zu nicht zugelassenen Medikamenten			Retention höher als bei nicht-pharmakotherapeuti-schen Kontrollgruppen - Wirksamkeitsreihen-folge: 1. Methadon 2. Buprenorphin 3. Naltrexon 4. SROM - <u>Forschungsbedarf</u>: RCTs mit Naltrexon oder SROM, um ihre relative Wirksamkeit im Vergleich zu Buprenorphin und Methadon zu bewerten; Beobachtungsstudien zur Untersuchung der langfristigen vergleichenden Wirksamkeit	low, 37 RCTS: some concerns, 4 RCTs: high) **3. Rando:** nur RCTs inkludiert **4. Blinding:** 46 RCTs: double or triple-blind, 22 RCTs: open-label trials, 11 RCTs: k.A. **5. Follow-Up:** k.A. **6. Financing**: keine finanzielle Beteiligung der Autor:innen, keine Interessensko nflikte	Clark et al. 2006 Comer et al. 2006 Cornish et al. 1997 Coviello et al. 2010 Cropsey et al. 2011 Curran et al. 1976 D'Onofrio et al. 2015 Dunlop et al. 2017 Eder et al. 2005 Fischer et al. 1999 Fudala et al.2003 Gruber et al. 2008 Guo et al. 2001 Haight et al. 2019 Hollister et al. 1978 Jarvis et al. 2019 Johnson et al. 1992 Johnson et al. 1995 Johnson et al. 2000 Kakko et al. 2003

						Kakko et al. 2007 Kamien et al. 2008 Kinlock et al. 2009 Korthios et al. 2021 Kosten et al. 1993 Kristensen et al. 2005 Krook et al. 2002 Krupitsky et al. 2004 Krupitsky et al. 2012 Krupitsky et al. 2013 Lee et al. 2015 Lee et al. 2016 Lee et al. 2018 Lerner et al. 1992 Ling et al. 1996 Ling et al. 2010 Lintzeris et al. 2004 Madlung-Kratzer et al. 2009 Magura et al. 2009 Mattick et al. 2003 Mokri et al. 2016 Neri et al. 2005

						Neumann et al. 2013 Neumann et al. 2020 Newman et al. 1979 Oliveto et al. 1999 Otiashvili et al. 2012 Otiashvili et al. 2013 Pani et al. 2000 Petitkean et al. 2001 Rosenthal et al. 2013 San et al. 1991 Saxon et al. 2013 Schottenfeld et al. 1997 Schottenfeld et al. 2005 Schottenfeld et al. 2008 Schottenfeld et al. 2021 Schwartz et al. 2006 Schwartz et al. 2020 Seifert et al. 2002 Shufman et al. 1994 Soyka et al. 2008

						Stella et al. 2005 Strain et al. 1994a Strain et al. 1994b Sullivan et al. 2015 Tanum et al. 2017 Tühonen et al. 2012 Wang et al. 2018 Wright et al. 2011 Yancowitz et al. 1991
Moazen-Zadeh et al. 2021 Impact of opioid agonist treatment on mental health in patients with opioid use disorder: a systematic review and network meta-analysis of	Systematic Review & Meta-Analyse <u>Database:</u> Embase, MEDLINE, PsychInfo, CINAHL Complete, and Web of Science Core Collection (inception to 05/20) <u>Einschluss:</u> - RCTs, die Opioid-Agonisten miteinander oder mit Placebo/Warteliste zur Behandlung von Opioidkonsumstörung vergleichen und mind. ein Ergebnis zur psychischen	- Vergleich von Opioid-Agonisten-Therapie miteinander oder mit Placebo/Warteliste - <u>Interventionen:</u> Hydromorphon, Diacetylmorphin (DAM), Methadon, orales Morphin mit langsamer Wirkstofffreisetzung, Buprenorphin und Placebo/Warteliste	- Ist bei Personen mit Opioidkonsumstörung in der Behandlung mit aktiven Opioid-Agonisten die psychische Gesundheit besser als unter neutralen Kontrollbedingungen (Placebo/Warteliste), unabhängig von psychosozialen Interventionen? - Verbessern sich die Ergebnisse der psychischen Gesundheit während der Behandlung mit verschiedenen Opioid-Agonisten bei	<u>1. Inkludierte Studien:</u> 15 RCTs (in quantitativer Analyse) <u>2. Ergebnisse:</u> - Opioid-Agonisten, die zur Behandlung von Opioidkonsumstörungen eingesetzt werden, verbessern psychische Gesundheit unabhängig von psychosozialen Diensten - Buprenorphin und Methadon sind bzgl. allgemeiner psychischer Gesundheit der Warteliste/Placebo überlegen - Unter DAM signifikante Verbesserung der	<u>Evidenzklasse</u> AMSTAR 2 **Kritisch niedrige Qualität** <u>Methodische Bemerkungen</u> **1. N** = k.A. **2. Bias:** RoB2 wurde durchgeführt; 1 RCT: low, 18 RCTs: high **3. Rando:** nur RCTs inkludiert **4. Blinding:** 46 RCTs: double or	Ovideo-Joekes et al. 2016 Ovideo-Joekes et al. 2009 Van den Brink et al. 2003 March et al. 2006 Reimer et al. 2011 Demaret et al. 2015 Metrebian et al. 2015 Eder et al. 2005 Verthein et al. 2015 Pani et al. 2000

randomized clinical trials	Gesundheit über mind. einen Monat messen Ausschluss: - Patient:innen, die eine umfassende psychiatrische Versorgung erhalten oder randomisiert zusätzliche Interventionen (Psychotherapie, psychotrope Medikamente) erhalten		Personen mit Opioidkonsum-störungen?	psychischen Gesamtgesundheit im Vergleich zu Methadon - Keine Behandlung ist besser als Placebo bzgl. Verbesserung depressiver Symptome - Paarweise Vergleiche der Interventionen: depressive Symptome, gesamte psychische Symptomatik und Lebensqualität verbessern sich unter Buprenorphin stärker als unter Placebo; ansonsten keine sig. paarweisen Vergleiche - Forschungsbedarf: Auswirkungen der Opioiddosierung und der Behandlungsdauer auf die psychische Gesundheit	triple-blind, 22 RCTs: open-label trials, 11 RCTs: k.A. **5. Follow-Up:** 3-36 Monate **6. Financing**: keine finanzielle Beteiligung der Autor:innen, mögliche Interessenskonflikte aufgeführt	Dean et al. 2004 Neri et al. 2005 Krook et al. 2002 Dunlop et al. 2017 Streck et al. 2018

Primärdaten

Keine Studieneinschlüsse.

PICO 2

Aggregierte Evidenz

N = 4 identifizierte Studien

Outcomes, zu denen keine aggregierte Evidenz gefunden wurde: Mortalität, Nebenwirkungen

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Evidenz-klasse / Methodische Bemerkungen	Literaturbelege / eigeschlossene Publikationen
Klimas et al. 2019 Slow release oral morphine versus methadone for the treatment of opioid use disorder	Systematic Review & Meta-Analyse <u>Database</u> Medline, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials, ClinicalTrials.gov, WHO International Clinical Trials Registry Platform, Current Controlled Trials, EU Clinical Trials Register (2013 to 05/18) <u>Einschluss</u> - RCTs zum Effekt von SROM auf Retention, Heroinkonsum, Craving	- Behandlung mit SROM (slow-release oral morphine) oder Methadon mit oder ohne psychosoziale Intervention - Kontrollbedingung: medication only	- Behandlungsretention (gemessen durch Dropout Zahlen) - Wirksamkeit (gemessen durch Urinanalyse) - Reduktion von Craving (Opioid-Craving Scale)	<u>1. Inkludierte Studien</u>: 4 RCTs <u>2. Ergebnisse</u> <u>Wirksamkeit von SROM</u> - kein Unterschied in der Wirksamkeit zwischen SROM und Methadon bei der Reduktion des Opioidkonsums - 2 Studien zeigten, dass SROM das Craving stärker reduziert als Methadon - keine signifikanten Unterschiede beim selbstberichteten Konsum von illegalen Drogen bei SROM / Methadon <u>Retention</u>	<u>Evidenzklasse</u> AMSTAR 2 **kritisch niedrige Qualität** <u>Methodische Bemerkungen</u> **1. N** = 471 **2. Bias:** Cochrane Handbook for Systematic Reviews wurde durchgeführt (3 RCTs: low, 1 RCT: unclear)	Clark et al. 2006 Eder et al. 2005 Giacomuzzi et al. 2006 Beck et al. 2014

	- Studienteilnehmer:innen über 18 Jahren - Diagnose von Opioidkonsumstörung - Studien in englischer Sprache - Veröffentlichung in sicientific peer reviewed journal - Behandlung mit Slow-release oral morphine (SROM) <u>Ausschluss</u> Schwangere Personen - Studien zu nicht zugelassenen Medikamenten			- keine signifikanten Unterschiede zw. Methadon und SROM - SROM ist gleichwertig mit Methadon, um Patient:innen in der Behandlung zu halten, den Heroinkonsum zu reduzieren und gleichzeitig das Craving zu verringern	**3. Rando:** nur RCTs inkludiert **4. Blinding:** 3 RCTs: open-label trials, 1 RCT: high risk **5. Follow-Up:** 1-24 Wochen **6. Financing**: US National Institutes of Health, Canada Research Chairs Program, Canadian Research Initiative on Substance Misuse, Canadian Institutes of Health Research, European Comission Grand, Michael Smith Foundation for Health Research; keine Interessenskon-flikte	
Klimas et al. 2021	Systematic Review & Meta-Analyse <u>Database</u>	- Behandlung mit Methadon vs.	- <u>Retention</u> (1) Dauer des Verbleibs in der Studie	<u>1. Inkludierte Studien</u> 10 RCTs, 3 Beobachtungsstudien	<u>Evidenzklasse</u> AMSTAR 2	Ahmadi et al. 2023a

Retention in opioid agonist treatment: a rapid review and meta-analysis comparing observational studies and randomized controlled trials	Medline, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials, CINAHL (inception to 04/18) Einschluss - Pharmakotherapie mit oral fixed-dose Methadon, Buprenorphin (oder Buprenorphin-Naloxon) - Studienteilnehmer-:innen über 18 Jahren - Diagnose von Opioidkonsumstörung - Studien in englischer Sprache - Kontrollierte Beobachtungsstudien, RCTs, Clinical Crials (CCTs) Ausschluss - Studien mit Schwerpunkt Verhalten - Studien mit Placebo Vergleich - Studien in englischer Sprache	Buprenorphin (oder Buprenorphin-Naloxon).	(gemessen durch Dropout Zahlen) und (2) Anwesenheit am letzten Tag einer Studie	2. Ergebnisse - durchschnittliche Retentionsquote sehr unterschiedlich (RCTs: Buprenorphin 20,0-82,5% und Methadon 30,7-83,8%; Beobachtungsstudien: Buprenorphin 20,2-78,3% und Methadon 48,3-74,8%) - Retention einer oralen Therapie mit fest dosierten Opioid-Agonisten mit Methadon ist gleichwertig zu Buprenorphin (oder Buprenorphin-Naloxon), wobei Ergebnisse einzelner Studien voneinander abweichen - Dauer der Nachbeobachtung hat keinen Einfluss auf die Retentionsrate ➔ keine signifikanten Unterschiede zwischen Buprenorphin und Methadon	**Kritisch niedrige Qualität** Methodische Bemerkungen **1. N** = 5065 **2. Bias:** Cochrane Handbook for Systematic Reviews wurde durchgeführt (10 RCTs: low bis unclear); Joanna Briggs Institute Cohort Study Critical Appraisal fpr Obervational Studies (2 Studien: moderate, 1 Studie: low) **3. Rando:** **4. Blinding:** 10 RCTs: high bis unclear risk **5. Follow-Up:** 4-6 Monate **6. Financing**: US National Institutes of Health, Canada Research	Ahmadi et al. 2023b Eder et al. 1998 Gerra et al. 2004 Johnson et al. 1992 Kamien et al. 2008 Kosten et al. 1993 Ling et al. 1996 Maremmani et al. 2007 Otiashvili et al. 2013 Pani et al. 2000 Proctor et al. 2014 Schottenfeld et al. 1997

					Chair program, Canadian Institutes of Health Research, European Union's Horizon; keine Interessenskonflikte	
Lim et al. 2022 Relative effectiveness of medications for opioid-related disorders: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials	Systematic Review & Meta-Analyse Database Medline, EMBASE, PsycINFO, CENTRAL, ClinicalTrials.gov (inception to 02/22) Einschluss - Studienteilnehmer-:innen über 18 Jahren - Diagnose von Opioid- oder Heroinmissbrauch und -abhhängigkeit - Pharmakotherapie mit Buprenorphin, Methadon, Naltrexon, Slow-release oral morphine (SROM) - Vergleichsstudien mit zugelassenen Medikamenten und/oder Kontrollgruppen Ausschluss	Pharmakotherapie: Buprenorphin, Methadon, Naltrexon und SROM (slow-release oral morphine)	- primär: Retention / Verbleib in Behandlung, - sekundär: Opioidkonsum (gemessen durch Urinanalyse)	1. Inkludierte Studien 72 RCTs 2. Ergebnisse - Methadon als wirksamste Pharmakotherapie für die Aufrechterhaltung der Behandlung - Bei allen medikamentösen Behandlungen ist die Retention höher als bei nicht-pharmakotherapeutischen Kontrollgruppen - Wirksamkeitsreihen-folge: 1. Methadon 2. Buprenorphin 3. Naltrexon 4. SROM Forschungsbedarf: RCTs mit Naltrexon oder SROM, um ihre relative Wirksamkeit im Vergleich zu Buprenorphin und	Evidenzklasse AMSTAR 2 **Niedrige Qualität** Methodische Bemerkungen **1. N** = k.A. **2. Bias:** RoB2 wurde durchgeführt (38 RCTs: low, 37 RCTS: some concerns, 4 RCTs: high) **3. Rando:** nur RCTs inkludiert **4. Blinding:** 46 RCTs: double or triple-blind, 22 RCTs: open-label trials, 11 RCTs: k.A. **5. Follow-Up:** k.A.	Ahmadi et al. 2003a Ahmadi et al. 2003b Ahmadi et al. 2003c Beck et al. 2014 Bickel et al. 1988 Cameron et al. 2006 Clark et al. 2006 Comer et al. 2006 Cornish et al. 1997 Coviello et al. 2010 Cropsey et al. 2011 Curran et al. 1976 D'Onofrio et al. 2015 Dunlop et al. 2017

	- Schwangere Personen - Studien zu nicht zugelassenen Medikamenten			Methadon zu bewerten; Beobachtungsstudien zur Untersuchung der langfristigen vergleichenden Wirksamkeit	**6. Financing**: keine finanzielle Beteiligung der Autor:innen, keine Interessenskonflikte	Eder et al. 2005 Fischer et al. 1999 Fudala et al.2003 Gruber et al. 2008 Guo et al. 2001 Haight et al. 2019 Hollister et al. 1978 Jarvis et al. 2019 Johnson et al. 1992 Johnson et al. 1995 Johnson et al. 2000 Kakko et al. 2003 Kakko et al. 2007 Kamien et al. 2008 Kinlock et al. 2009 Korthios et al. 2021 Kosten et al. 1993 Kristensen et al. 2005 Krook et al. 2002 Krupitsky et al. 2004

						Krupitsky et al. 2012 Krupitsky et al. 2013 Lee et al. 2015 Lee et al. 2016 Lee et al. 2018 Lerner et al. 1992 Ling et al. 1996 Ling et al. 2010 Lintzeris et al. 2004 Madlung-Kratzer et al. 2009 Magura et al. 2009 Mattick et al. 2003 Mokri et al. 2016 Neri et al. 2005 Neumann et al. 2013 Neumann et al. 2020 Newman et al. 1979 Oliveto et al. 1999 Otiashvili et al. 2012 Otiashvili et al. 2013 Pani et al. 2000 Petitkean et al. 2001

						Rosenthal et al. 2013 San et al. 1991 Saxon et al. 2013 Schottenfeld et al. 1997 Schottenfeld et al. 2005 Schottenfeld et al. 2008 Schottenfeld et al. 2021 Schwartz et al. 2006 Schwartz et al. 2020 Seifert et al. 2002 Shufman et al. 1994 Soyka et al. 2008 Stella et al. 2005 Strain et al. 1994a Strain et al. 1994b Sullivan et al. 2015 Tanum et al. 2017 Tühonen et al. 2012 Wang et al. 2018 Wright et al. 2011

						Yancowitz et al. 1991
Moazen-Zadeh et al. 2021 Impact of opioid agonist treatment on mental health in patients with opioid use disorder: a systematic review and network meta-analysis of randomized clinical trials	Systematic Review & Meta-Analyse Database EMBASE, Medline, PsychInfo, CINAHL Complete, and Web of Science Core Collection (inception to 05/20) Einschluss - RCTs, die Opioid-Agonisten miteinander oder mit Placebo/Warteliste zur Behandlung von Opioidkonsumstörung vergleichen und mind. Ein Ergebnis zur psychischen Gesundheit über mind. einen Monat messen Ausschluss Patient:innen, die eine umfassende psychiatrische Versorgung erhalten oder randomisiert zusätzliche Interventionen (Psychotherapie, psychotrope Medikamente) erhalten	- Vergleich von Opioid-Agonistentherapie miteinander oder mit Placebo/Warteliste - Interventionen: Hydromorphon, Diacetylmorphin (DAM), Methadon, orales Morphin mit langsamer Wirkstofffreisetzung, Buprenorphin und Placebo/Warteliste	- Ist bei Personen mit Opioidkonsumstörung in der Behandlung mit aktiven Opioid-Agonisten die psychische Gesundheit besser als unter neutralen Kontrollbedingungen (Placebo/Warteliste), unabhängig von psychosozialen Interventionen? - Verbessern sich die Ergebnisse der psychischen Gesundheit während der Behandlung mit verschiedenen Opioid-Agonisten bei Personen mit Opioidkonsumstö-rungen?	1. Inkludierte Studien 15 RCTs (in quantitativer Analyse) 2. Ergebnisse - Opioid-Agonisten, die zur Behandlung von Opioidkonsumstörungen eingesetzt werden, verbessern psychische Gesundheit unabhängig von psychosozialen Diensten - Buprenorphin und Methadon sind bzgl. allgemeiner psychischer Gesundheit der Warteliste/Placebo überlegen - Unter DAM verbessert sich psychische Gesamtgesundheit als unter Methadon - Keine Behandlung war besser als Placebo bei der Verbesserung depressiver Symptome - Paarweise Vergleiche der Interventionen: depressive Symptome, gesamte psychische Symptomatik und Lebensqualität verbesserten sich unter Buprenorphin stärker als unter Placebo;	Evidenzklasse AMSTAR 2 **Kritisch niedrige Qualität** Methodische Bemerkungen **1. N** = k.A. **2. Bias:** RoB2 wurde durchgeführt; 1 RCT: low, 18 RCTs: high **3. Rando:** nur RCTs inkludiert **4. Blinding:** 46 RCTs: double or triple-blind, 22 RCTs: open-label trials, 11 RCTs: k.A. **5. Follow-Up:** 3-36 Monate **6. Financing**: keine finanzielle Beteiligung der Autor:innen, mögliche Interessens-konflikte aufgeführt	Ovideo-Joekes et al. 2016 Ovideo-Joekes et al. 2009 Van den Brink et al. 2003 March et al. 2006 Reimer et al. 2011 Demaret et al. 2015 Metrebian et al. 2015 Eder et al. 2005 Verthein et al. 2015 Pani et al. 2000 Dean et al. 2004 Neri et al. 2005 Krook et al. 2002 Dunlop et al. 2017 Streck et al. 2018

				ansonsten keine sig. paarweisen Vergleiche - Forschungsbedarf: Auswirkungen der Opioiddosierung und der Behandlungsdauer auf die psychische Gesundheit		

Primärdaten

N = 1 identifizierte Studien

Outcomes, zu denen keine Primärdaten gefunden wurden: Psychische Gesundheit, Körperliche Gesundheit, Substanzkonsum, Unerwünschte Wirkungen

Referenz **Studientyp**	**Teilnehmer:innen (Anzahl und Charakteristika)** **insgesamt**	**Drop-out Rate**	**Intervention**	**Kontrolle**	**Zielgröße(n)**	**Haupt-ergebnis**	**Evidenzgrad/ Bemerkung**
Hickman et al., 2018 The impact of buprenorphine and methadone on mortality: a primary care cohort study in the United Kingdom Spezifikation der Studie: Kohortenstudie (nicht randomisiert)	N = 11 033 <u>Einschluss:</u> Opioidabhängigkeit OST von 01/98 bis 07/14 (Follow-Up nach 30 410 Personen-Jahren) Alter: zwischen 15-64 Jahren <u>Ausschluss:</u> Verschreibung von Bup./Meth. als Schmerzmittel Verschreibung von Meth. unter mind. <20mg/tgl.; Bup. unter <4mg/tgl. Verschreibung von Meth. UND Bup. in einer OST-Episode	Verknüpfung mit Informationen über die Todesursache war verfügbar für 5935 Pat. (54%), die 16 363 Personenjahre lang beobachtet wurden, - davon 9 550 (61%) mit Methadon - 6 050 (39%) mit Buprenorphin	Opioidsubstitutionsbehandlung (OST) mit - Buprenorphin - Methadon	/	Gesamt-mortalität (all-cause mortality (ACM) Mortalität durch opioidbedingte Vergiftungen (DRP) Verbindung zwischen klinischen Aufzeichnungen aus dem Clinical Practice Research	<u>ACM-Rate</u> = 1.93, DRP-Rate = 0.53 pro 100 Personen-Jahre Pat. mit Buprenorphin: niedrigere ACM-Raten, geringeres DRP-Risiko, kürzere Behandlungsdauer vs. Methadon Geringe Wahrscheinlich-keit, dass Methadon (28%)	<u>Evidenzgrad</u> SIGN **Akzeptable Qualität**

	Pro Arm					Datalink und dem Mortalitätsregister.	oder Buprenorphin (21%) die DRP-Zahlen reduziert	
	Anzahl der Patient:innen Buprenorphin 9 173 (39%)	Anzahl der Patient:innen Methadon 17 373 (61%)						

PICO 3

Aggregierte Evidenz

N = 1 identifizierte Studie

Outcomes, zu denen keine aggregierte Evidenz gefunden wurde: Psychische Gesundheit, Körperliche Gesundheit, Mortalität;

z. T. Substanzkonsum (andere Substanzen als Opioide), z. T. Nebenwirkungen/side effects/adverse events (AEs)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Evidenz-klasse / Methodische Bemerkungen	Literaturbelege / eigeschlossene Publikationen
Shephard & Drovandi 2019 Sustained-release subdermal buprenorphine implants: the future of opioid use disorder management?	Systematic Review Database: EMBASE, Medline, Web of Science, Index to Sursing and Allied Health Literature (01/00 to 08/17) Einschluss: - RCTs zur Behandlung mit Buprenorphin Implantaten - Studienteilnehmer-:innen über 18 Jahren - Diagnose von Opioidkonsumstörung	Sechsmonatige subdermale Buprenorphinimplantate vs. sublinguales Buprenorphin (SLB) zur Behandlung der Opioidkonsumstörung	Gemessene Outcomes: Wirksamkeit (Reduktion des Opioidkonsums gemessen durch Urinanalyse) & Sicherheit (Nebenwirkungen)	**1. Inkludierte Studien**: 4 Studien (3 Phase III-RCTs, 1 Dosierungsstudie) **2. Ergebnisse:** - Wirksamkeit: Implantate führen zur Reduktion des illegalen Opioidkonsums und Erhöhung der Opioidabstinenz im Vergleich zu Placebo und/oder SLB über 24 Wochen (längerfristige Wirksamkeit unbekannt) - Retentionsrate in 24 Wochen mit aktiven	Evidenzklasse AMSTAR 2 **Kritisch niedrige Qualität** Methodische Bemerkungen **1. N** = k.A. **2. Bias:** k.A. **3. Rando:** 3 RCTs **4. Blinding:** 2 RCTs: double-blind, 1 RCTs: k.A. **5. Follow-Up:** 24 Monate	Ling et al. 2010 Rosenthal et al. 2013 Rosenthal et al. 2016 White et al. 2009

	- Studien in englischer Sprache - Veröffentlichung in sicientific peer reviewed journal Ausschluss: - Studien zu Naltrexon-Implantaten - Studien zu Buprenorphin ohne Implantate			Implantaten: 65.7% (SLB: 38-78%) - Sicherheit: kaum Nebenwirkungen festgestellt - Regelung in den USA (FDA): Implantate für Patient:innen von 16 bis 65 Jahren, die nachweislich klinisch stabil auf niedrige bis mäßige Dosen von SLB als Teil eines ganzheitlichen Behandlungsprogramms (beinhaltet Beratung und psychosoziale Unterstützung) reagieren - Forschungsbedarf: Auswirkungen von lang wirkenden implantierbaren OST, Zugang in der ländlichen Versorgung implementieren	**6. Financing**: k.A., keine Interessenskonflikte	

Primärdaten

N = 4 identifizierte Studien

Outcomes, zu denen keine Primärdaten gefunden wurden: Psychische Gesundheit, Körperliche Gesundheit, Mortalität

Referenz **Studientyp**	**Teilnehmer:innen (Anzahl und Charakteristika)** **insgesamt**	**Drop-out Rate**	**Intervention**	**Kontrolle**	**Zielgröße(n)**	**Haupt-ergebnis**	**Evidenzgrad/ Bemerkung**
Lofwall et al., 2018 Weekly and Monthly Subcutaneous Buprenorphine Depot Formulations vs Daily Sublingual Buprenorphine With Naloxone for Treatment of Opioid Use Disorder A Randomized Clinical Trial	N = 428 randomisiert Durchführung in 35 Kliniken in USA von 12/15 bis 10/16 <u>Einschluss:</u> Opioidabhängigkeit: mittel bis schwer Alter: 18 bis 65 Jahre <u>Ausschluss:</u> Erhalt von Pharmakotherapie in den letzten 60 Tagen oder Prüfpräparaten in den letzten 4 Wochen Schwangerschaft Hypersensitivität / Allergie auf Bup. Suizidales Verhalten	1. Phase N = 87 2. Phase N = 38 3. Phase N = 56 (126 in Interventionsgruppe schlossen 4 Wochen ab; 121 in Kontrollgruppe)	Täglich sublinguales (SL) Kombination von Buprenorphin und Naloxon (24 Wochen) mit wöchentl. plus monatl. Subkutane (SC) Placebo-Injektionen (SL-BPN/NX)	Tägliches sublinguales (SL) Placebo und wöchentlich (erste 12 Wochen; Phase 1) und monatlich subkutanes (SC) Buprenorphin (für 12 Wochen; Phase 2) -> (SC-BPN)	Response Rate: kein illegaler Drogenkonsum bei spez. Zeitpunkten Urintests (24 Wochen) Cumulative Distribution Function (CDF) Nebenwirkungen	<u>Response Rate:</u> 31 von 215 (14%) bei SL-BPN/NX, 37 von 213 (17%) bei SC-BPN <u>Urintest</u>: 1 099 von 3 870 (28%) bei SL-BPN/NX, 1 347 von 3 834 (35%) bei SC-BPN <u>CDF</u>: SC-BPN: (26%) statistisch besser als SL-BPN/NX (0;	<u>Evidenzgrad</u> ROB 2 **geringes Verzerrungs-risiko**

Spezifikation der Studie: RCT	Risiko für „Torsades de Pointes“						p=.004) Nebenwirkungen: 48 Pat. (22%) in SL-BPN/NX, 40 Pat. (19%) in SC-BPN -> bestätigte Effektivität von wöchentl. und monatl. Depot Buprenorphin Formulierungen als zusätzliche Behandlungsoption	
	Pro Arm							
	Anzahl der Patient:innen in der Interventions-Gruppe (SL-BPN/NX) 215	Anzahl der Patient:innen in der Kontrollgruppe (SC-BPN) 213						

Referenz **Studientyp**	**Teilnehmer:innen (Anzahl und Charakteristika)** **insgesamt**	**Drop-out Rate**	**Intervention**	**Kontrolle**	**Zielgröße(n)**	**Haupt-ergebnis**	**Evidenzgrad/ Bemerkung**
Lintzeris et al., 2021 Patient-Reported Outcomes of Treatment of Opioid Dependence with Weekly and Monthly	N = 119 Durchführung in 6 Kliniken in Australien von 10/18 bis 09/19 Einschluss: Opioidabhängigkeit (nach ICD-10) Alter: mind. 18 Jahre Ausschluss:	N = 16 in Interventionsgruppe (53 Pat. schlossen Beh. ab) N = 12 in Kontrollgruppe (56 Pat.	Wöchentlich oder monatliches Depot Buprenorphin über 24 Wochen	tägliches sublinguales Buprenorphin über 24 Wochen	Behandlungszufriedenheit (TSQM) Patient:innenbezogene Outcomes: Lebensqualität, Behandlungsaufwand,	Zufriedenheit: Depot (82.5): größere Zufriedenheit vs. sublingual (74.3) Behandlungsaufwand: Depot: geriner (13.2) vs. Sublingual (28.6)	Evidenzgrad ROB2 **Einige Bedenken**

<table>
<tr><td rowspan="4">Subcutaneous Depot vs Daily Sublingual Buprenorphine: A Randomized Clinical Trial

Spezifikation der Studie: RCT</td><td colspan="2">Ernsthafte psychische Komorbidität
Körperliche Erkrankung
Schwangerschaft</td><td rowspan="4">schlossen Beh. ab)</td><td rowspan="4"></td><td rowspan="4"></td><td rowspan="4">gesundheitsbezogene Outcomes, Opioidkonsum Retention, Sicherheit</td><td rowspan="4"><u>Nebenwirkungen:</u>
Depot (65% der Pat,) vs. Sublingual (20%)</td><td rowspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">Pro Arm</td></tr>
<tr><td>Anzahl der Patient:innen in der Interventions-Gruppe: Depot

60</td><td>Anzahl der Patient:innen in der Kontrollgruppe: sublingual

59</td></tr>
</table>

Referenz Studientyp	Teilnehmer:innen (Anzahl und Charakteristika) insgesamt	Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Haupt-ergebnis	Evidenzgrad/ Bemerkung
Vogel et al., 2023 Safety and feasibility of intranasal heroin-assisted treatment: 4-week preliminary findings from a Swiss multicentre observational study Spezifikation der Studie: Beobachtungsstudie (nicht randomisiert)	N = 52 Rekrutierung im 12/20 in 10 HAT-Zentren in der Schweiz <u>Einschluss:</u> Opioidabhängigkeit seit mind. 2 Jahren Mind. 2 gescheiterte konventionelle Behandlungsversuche Dokumentierte soziale oder gesundheitliche Probleme wegen Opioidabhängigkeit Alter: mind. 18 Jahre <u>Ausschluss:</u> Kognitive Einschränkungen (z.B. Demenz) Mangelnde Sprachkenntnisse DAM-Behandlung vor Studienbeginn	/	Heroin-Assisted Treatment (HAT): Injectable Diacetylmorphin (DAM) oder DAM-Tabletten Entweder vollständige Umstellung auf (Intranasales) IN DAM oder zusätzl. Zu anderen DAM-Formulierungen oder Opioid-Agonisten Baseline: 22 Pat.: PO DAM (42.3%) 8 Pat.: IV DAM (15.4%) 3 Pat.: IM DAM (5.8%)	/	Retention Nebenwirkungen	52 Pat. berichteten Venenschäden, Präferenz für nasale Verabreichung, Wunsch nach stärkerer Wirkung oder weniger schädlichem Verabreichungsweg als Hauptgründe für den Wechsel zu IN DAM Nach 4 Wochen erhielten 47 Pat. (90.4%) immer noch IN DAM (wöchentl. Ijektionen gingen um 44.4% zurück) Keine schweren Nebenwirkungen	<u>Evidenzgrad</u> SIGN **Inakzeptable Qualität**

	Pro Arm			8 Pat.: PO DAM + IV DAM (9.6%) 6 Pat.: kein DAM bei Beginn			erkennbar IN-DAM ist eine sichere Alternative für IV, IM oder PO-DAM bei schwerer Opioidabhängigkeit	
	Anzahl der Patient:innen in der Interventions-Gruppe 52	Anzahl der Patient:innen in der Kontrollgruppe /						
Farrell et al., 2022 Outcomes of a single-arm implementation trial of extended-release subcutaneous buprenorphine depot injections in people with opioid dependence Spezifikation der Studie: Kohortenstudie (nicht randomisiert)	N = 100 Rekrutierung von 05/19 bis 11/19 in Australien <u>Einschluss:</u> Alter: 18-65 Jahre Erhalt von sublingualem Buprenorphin (8-32mg) für 7 Tage vor Behandlungsbeginn <u>Ausschluss:</u> Schwangerschaft Körperliche Erkrankung Kognitive Einschränkungen Psychische Erkrankung		N = 25 (75 Pat. schlossen Behandlung ab)	Monatliche Extended-release Buprenorphin Injektionen (BUP-XR) über 48 Wochen <u>Baseline + 1. Monat</u>: 2x 300mg BUP-XR Danach flexible Dosen: 100mg oder 300mg alle 28 Tage (-2/+14 Tage)	/	Behandlungszufriedenheit Retention	BUP-XR: Große Retention und Behandlungszufriedenheit	<u>Evidenzgrad</u> SIGN **Akzeptable Qualität**

	Pro Arm							
	Anzahl der Patient:innen in der Interventions-Gruppe 100	Anzahl der Patient:innen in der Kontrollgruppe /						

PICO 4

Aggregierte Evidenz

Keine Studieneinschlüsse.

Primärdaten

Keine Studieneinschlüsse.

Entzug

PICO 1, 2, 4 und 5

Aggregierte Evidenz

Keine Studieneinschlüsse.

Primärdaten

Keine Studieneinschlüsse.

PICO 3

Aggregierte Evidenz

Keine Studieneinschlüsse.

Primärdaten

N = 1 identifizierte Studie

Outcomes, zu denen keine Primärdaten gefunden wurden: Craving, Rückfall in Substanzkonsum/drug use, Substitutionsmittelfreiheit, Psychische Gesundheit, Lebensqualität

Referenz **Studientyp**	**Teilnehmer:innen (Anzahl und Charakteristika)** **insgesamt**	**Drop-out Rate**	**Intervention**	**Kontrolle**	**Zielgröße(n)**	**Haupt-ergebnis**	**Evidenzgrad/ Bemerkung**
Gorodetzky et al., 2017 A phase III, randomized, multi-center, double blind, placebo controlled study of safety and efficacy of lofexidine for relief of symptoms in individuals undergoing inpatient opioid withdrawal RCT	246 Pat. Einschluss: Mind. 18 Jahre alt Kriterien für Opioidabhängigkeit (DSM-IV), SCID Achse I für Abhängigkeit, Selbstberichteter Opioidkonsum in den letzten 21 von 30 Tagen Bestehende Entzugssymtome (Score mind. >2 auf OOWS-Handelsman-Skala) Urintest: positiv für für Opioide, negativ für Methdaon oder Buprenorphin Ausfüllen von Addiction Severity Index (ASI), Short Opiate Withdrawal Scale (SOWS-Gossop), OOWS-Handelsman, and Modified Clinical Global Impression (MCGI)	Intervetion: *N*=50 (37%) schlossen Studie ab Kontrolle: *N*=35 (27%) schlossen Studie ab	8 Tagesintervention in 3 Phasen: **1) Screening** (Tag -7 bis -1): Einschluss prüfen, Messung, Randomisierung **2) Treatment** (Tag 1 bis 5): Lofexidin HCl 3.2mg täglich in 4 geteilten Dosen	Verabreichung von Placebo 4x täglich an Tagen 1-5 + Tag 6-7	Effekt von Lofexidin Hydrochlorid zur Reduktion von Entzugssymptomen bei Opioidentzug Primäre Wirksamkeit: - SOWS-Gossop an Tag 3 - Time-to-Dropout Sekundäre Wirksamkeit: - Anteil der	Lofexidin verringerte durchschnittliche SOWS-Scores an Tag 3 im Vergleich zu Placebo signifikant (6.32 vs. 8.67, *p*=0.0212) Weniger Behandlungsabbruch bei Lofexidin-Pat. im Vergleich zu Placebo (59 vs. 80)	Evidenzgrad ROB 2 **Geringes Verzerrungs-risiko** Bemerkung Funding: US WorldMeds, National Institute on Drug Abuse (NIDA), Cooperative Studies Program of the U.S. Department of Veterans Affairs

	Ausschluss: Ernsthafte Medizinische oder psychiatrische Komorbidität Immundefizienzsyndrom, klinisch sign. abnorme Laborwerte oder Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen (außer Opioiden) die einen Entzug erforderte; abnormale Herz-Kreislauf-Untersuchung, (einschl. verlängerter QTc (> 450 msec bei Männern, > 470 msec bei Frauen); sign. Bluthochdruck (> 160/ 100 mmHg) oder Hypotonie (< 90/60 mmHg); Bradykardie (< 45 bpm); Myokardinfarkt in der Vorgeschichte; Verwendung von Methadon oder Buprenorphin in den letzten 14 Tagen; Einnahme von Psychopharmaka, verschreibungspflichtigen Analgetika, Antikonvulsiva, Antihypertensiva, Antiarrhythmika, antiretrovirale Mittel oder cholesterinsenkende Mittel in den letzten 4 Wochen; unzureichender Venenzugang; aktive Tuberkulose oder Syphilis Blutspende in den letzten 8 Wochen Teilnahme an einer anderen Prüfstudie in den letzten 3 Monaten Schwangerschaft oder Stillzeit. **Pro Arm** **Anzahl der Patient:innen in der Interventions-Gruppe** 134 Pat. **Anzahl der Patient:innen in der Kontrollgruppe** 130 Pat.			**3) Post-Treatment** (Tag 6 bis 7): alle Pat. erhielten Placebo (in 4 Dosen)		Pat., die die Studie abschlossen - Fläche unter der 5-Tage-SOWS-Gossop-Zeitkurve (d. h., AUC1-5) - tägliche Durchschnittswerte von SOWS-Gossop, OOWS-Handelsman, MCGI und VAS-E	Lofexidin-Pat., die die Studie nicht beendeten, blieben länger in der Studie als die Placebo-Pat. (*p* =0,0034). Gute Verträglichkeit von Lofexidin	

Rückfallprophylaxe

PICO 1, 2, 3.1, 3.4

Aggregierte Evidenz

Keine Studieneinschlüsse.

Primärdaten

Keine Studieneinschlüsse.

PICO 3.2

Aggregierte Evidenz

N = 1 identifizierte Studie

Outcomes, zu denen keine aggregierte Evidenz gefunden wurde: Mortalität, Komorbidität

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Evidenz-klasse / Methodische Bemerkungen	Literaturbelege / eigeschlossene Publikationen
Ramey et al. 2022 Gaps in evidence-based treatment of concurrent attention deficit hyperactivity disorder and opioid disorder: a scoping review	Database: PubMed, Embase, Web of Science, CINAHL, Medline, PsycINFO, Google Scholar (Inception-10/22) Einschluss: - Diagnose von Opioidkonsumstörung und ADHD und Pharmakotherapie für beide Bedingungen Ausschluss: - Abstracts, Kommentare, Reviews, Fallberichte, Fallstudien, nicht englischsprachige Artikel, Tierstudien	- Versch. Arten der Pharmakotherapie und Substitutionstherapie - Patient:innen mit ADHD vs ohne	Gemessene Outcomes: - Auswirkung der ADHD-Behandlung auf ADHD und Opioidkonsumstörung - Auswirkung der Behandlung der Opioid-Konsumstörung auf die Opioidkonsumstörung (OUD) -> In Form von Symptomintensität, Einhaltung, Behandlungsmisserfolg	1. Inkludierte Studien: 18 Studien (1 placebo-kontrollierte Studie, 5 prospektive Beobachtungsstudien, 7 retrospektive Beobachtungsstudien, 5 Querschnittsstudien) 2. Ergebnisse: - Auswirkung der ADHD-Behandlung auf ADHD: - Studie zur Wirksamkeit von Bupropion vs Methylphenidat für ADHS-Patient:innen: keine signifikanten Unterschiede bzgl selbstberichteter ADHD-Symptomatik -Studie Wirksamkeit von Methylphenidat mit kombinierter Substitutionsbehandlung	Evidenzklasse AMSTAR 2 **Kritisch niedrige Qualität** Methodische Bemerkungen **1. N** = k.A. **2. Bias:** k.A. **3. Rando:** keine **4. Blinding:** 1 double-blind placebo-kontrollierte Studie **5. Follow-Up:** 12 Wochen-2 Jahre **6. Financing**: M.C.N. wird teilweise von	Lugoboni et al. 2017 Lugoboni et al. 2020 Levin et al. 2006 Abel et al. 2014 Blix et al. 2009 Kast et al. 2021 King et al. 1999 Demetrovics et al. 2009 Zhang et al. 2022 Justesen et al. 2020 Maremmani et al. 2021 Sweeney et al. 2022 Kolpe and Carlson. 2007

				: signifikante Besserung d. ADHD-Symptomatik - <u>Auswirkung der ADHD-Behandlung auf Opioidkonsumstörung</u> -Studie zur Behandlung mit Methylphenidat: Anstieg der Negativ-Testung für illegale Substanzen über 6-Monats-Zeitraum, aber leichter Anstieg von Amphetamin-Konsum -Studie: Patient:innen, die keine ADHD-Behandlung erhalten höhere Abbruchswahrscheinlichkeit für OUD-Behandlung -Studie: ADHD-Diagnose keine Auswirkung auf Behandlungsverbleib und neg. Auswirkung von stimulierenden Medikamenten auf Verhandlungsver-bleib - <u>Auswirkungen der Behandlung der Opioid-Konsumstörung auf die Opioidkonsumstörung</u> -Studie: kein signifikanter Unterschied zwischen Patient:innen mit und ohne ADHD bzgl. Retention, illegaler Drogenkonsum…	der Avatar Foundation unterstützt; keine Interessenskonflikte	Brooks et al. 2006 Coppola et al. 2019 Peles et al. 2014 Montalvo et al. 2019 Gica et al.2020

				-Studie: neg. Zsmhang zw. Hyperaktivität in der Kindheit und Retention -Studie: mehr Impulsivität -> höheres Rückfallrisiko -Studie: ADHD-Diagnose kein Einfluss auf Retention -Studie: positiver Zsmhang zw. ADHD und illegalem Drogenkonsum -Studie: ADHD-Diagnose kein Prädiktor für Opioid-Abusus -Studie: ADHD-Patient:innen stärkeres Craving nach Heroin und höhere Methadon-Dosis zur Stabilisierung -Studie: Patient:innen mit Methadon-Behandlung stärkere ADHD-Symptomatik als solche mit Bupernorphin -Studie: ADHD-Patient:innen kürzere Retention und geringer Wahrscheinlichkeit für take-home Methadon		

Primärdaten

Keine Studieneinschlüsse.

PICO 3.3

Aggregierte Evidenz

Keine Studieneinschlüsse.

Primärdaten

N = 1 identifizierte Studie

Outcomes, zu denen keine Primärdaten gefunden wurden: Mortalität, Lebensqualität, Morbidität, Abstinenz/Teilabstinenz

Referenz **Studientyp**	**Teilnehmer:innen (Anzahl und Charakteristika)** **insgesamt**	**Drop-out Rate**	**Intervention**	**Kontrolle**	**Zielgröße(n)**	**Haupt-ergebnis**	**Evidenzgrad/ Bemerkung**
Hartung et al. 2022 Association between treatment setting and outcomes among oregon medicaid patients with opioid use disorder: a retrospective cohort study	3293 Teilnehmer:innen <u>Einschlusskriterien:</u> -Patient:innen mit opiodbezogener Störung mit Nachweis für stationäre oder ambulanter Behandlung von Juli 2014-Juni 2017 und 6 Monate durchgängige Anspruchsberechtigung für Medicaid vor dem Stichdatum - Aufnahme in Treatment Episodes Dataset (TEDS) -in TEDS verzeichneter Opioid Konsum	Keine Angabe	Für diese Studie kann keine Interventions- bzw. Kontrollgruppe unterschieden werden	Für diese Studie kann keine Interventions- bzw. Kontrollgruppe unterschieden werden	Primäre Zielgröße: -tödliche vs nicht-tödliche Opioid-Überdosis Sekundäre ZG: -opioid-bezogener Notfalldienst/Hospitalisierung nicht aufgrund Überdosis -Notfalldienst/	**-MOUD geringeres Risiko für Überdosis** (unabhängig vom Setting) **-** Substitution (MOUD) bei Ambulant (43%) > Stationär (19%) -keine Unterschiede im Risiko für Opioid-Überdosis oder opioidbezogenen	<u>Evidenzgrad</u> SIGN **Akzeptable Qualität** <u>Bemerkung</u> -Daten nur von einem Staat (Oregon), aber hoher Substanzkonsum und niedriger Behandlungszugang

	-für Vergleich Behandlungsretention bei 1 Jahr und 6-Monate-Stationären mit Ambulanten: Voraussetzung 1 Jahr lang in Behandlung -> N=1913 (Stationär: 552, ambulant: 1361) Ausschlusskriterien: -noch nicht seit mindestens 180 Tagen im Gesundheitsdienst (Medicaid) registriert					Hospitalisierung jeglichen Grundes -allg. Behandlungsretention Angabe der primären Zielgröße (gewöhnlich die auf die die Fallzahlkalkulation basiert) und sekundäre Zielgröße(n) (vom/von Autor:in angegeben)	Notdienst -Stationär höhere Retention bei 6-Monaten (aber nicht bei 1 Jahr) -Stationär bessere Retention für Nicht-MOUD-Patient:innen (kein Nutzen für MOUD-Patient:innen) ->**kein Vorteil von stationärer Behandlung** (in Bezug auf Opiodüberdosis oder opiodbezogene Notfallbehandlungen) Angaben <u>unerwünschter Ereignisse</u> insgesamt und/oder pro Gruppe	+viele Teilnehmer-:innen
	Pro Arm							
	957 stationäre Patient:innen (mit vs ohne MOUD(=Substitution)	2336 ambulante Patient:innen (mit vs ohne MOUD)						

PICO 3.5

Aggregierte Evidenz

N = 1 identifizierte Studien

Outcomes, zu denen keine aggregierte Evidenz gefunden wurde: Mortalität, Retention, Morbidität, Lebensqualität

Achtung:

Im englischen Sprachgebrauch beinhaltet der Begriff *psychosocial (intervention)* auch die Psychotherapie (hauptsächlich KVT). In den u.s. Tabellen wird auch dieser Begriff verwendet, wenn dieser dementsprechend in der Studie genannt wurde.

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Evidenz-klasse / Methodische Bemerkungen	Literaturbelege / eigeschlossene Publikationen
Rice et al. 2020 Evaluating comparative effectiveness of psychosocial interventions adjunctive to opioid agonist therapy for opioid use disorder: A systematic review with network meta-analyses	**Systematic Review & Meta-Analyse** Database: MEDLINE, Embase, PsycINFO and the Cochrane Central Register of Controlled Trials (Inception-06/20) Median: 69 % männlich Medianalter: 37,7 Jahre Einschluss: - Personen mit Diagnose der Opioidabhängigkeit	- In OST (mit z.B. Methadon, SROM, injizierbare OA) 73,6 % Methadon 18,1 % Buprenorphin/Naloxon 5,6 % Buprenorphin 2,7 % Levacetylmethadol - Psychosoziale Interventionen: (Kontingenzmanagement (CM), Community Reinforcement Ansatz (CRA), kognitive Verhaltenstherapie (CBT), Beratung, Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) und	- Abstinenz (gemessen durch Urinanalyse) - Retention - (Die anderen Zielgrößen wurden auch erhoben, jedoch finden sich keine entsprechenden Ergebnisberichte)	1. Inkludierte Studien: 72 RCTs (48 in Meta-Analyse) 2. Ergebnisse: - Signifikanter Unterschied zwischen psychosozialen Interventionen + OST vs. OST allein. - Belohnungsbasierte Interventionen (z.B. Kontingenzmanagement) + OST sind erfolgreicher und führten zu längerer Fortsetzung der Behandlung als OST allein. - Unterschiede zwischen	Evidenzklasse AMSTAR 2 **Hohe Qualität**	Abbott et al. 1998 Abrahms et al. 1979 Amini-Lari et al. 2017 Avants et al. 1999 Ball et al. 2007 Barry et al. 2019 Bickel et al. 2008 Brooner et al. 2007 Carroll et al. 1995 Catalano et al. 1999 Chawarski et al. 2011 Chawarski et al. 2008 Chen et al. 2013 Chopra et al. 2009

	(OUD) nach DSM-V/ICD - Studiendesign: RCTs - Veröffentlichte Studien in englischer oder französischer Sprache <u>Ausschluss:</u> - Conference Abstracts, Dissertation Abstracts - Beobachtungs-studien, case-control studies, case series und case reports	motivierende Gesprächsführung etc.) als Ergänzung zur OST Subgruppen: - Problematischer Opioidkonsum und komorbider SUD - Mentale Probleme/Erkrankungen - Chronische Schmerzen im unteren Rücken - Schwangere Frauen - Veteran:innen - HIV-Positive		verschiedenen psychosozialen Interventionen erkennbar. - OST + psychosoziale Interventionen führten zu weniger Rückfällen in zwei Studien. - CBT plus verhaltensorientierte Paartherapie hatte mit 0,85 den höchsten SUCRA-Wert. - Bei restlichen paarweisen Vergleichen wurde wenig statistische Signifikanz gefunden. - Die strukturierte Synthese ergab, dass der Großteil der Studien in Bezug auf Opioidkonsum und Opioidabstinenz wenig statistische Unterschiede zwischen OST allein und OST mit psychosozialen Interventionen fanden - In der Netzwerk-Meta-Analyse wurde eine statistisch signifikante Differenz gefunden, wenn psychosoziale Interventionen als Ergänzung zur OST		Christensen et al. 2014 Chutuape et al. 1999 Czuchry et al. 2009 Day et al. 2018 Downey et al. 2000 Epstein et al. 2009 Fals-Stewart et al. 2001 Fiellin et al. 2013 Fiellin et al. 2006 Ghitza et al. 2008 Groß et al. 2006 Gu et al. 2013 Hosseinzadeh et al. 2014 Hser et al. 2011 Iguchi et al. 1997 Jaffray et al. 2014 Jiang et al. 2012 Joe et al. 1997 Karow et al. 2010 Kelly et al. 2012 Kidorf et al. 2018 Kosten et al. 2003 Linehan et al. 2002 Ling et al. 2013 Liu et al. 2018 Marsch et al. 2014 McLellan et al. 1993 Milby et al. 1978 Miotto et al. 2012 Moore et al. 2013 Moore et al. 20119 Nyamathi et al. 2011

				im Vergleich zur alleinigen OST eingesetzt wurden. Es zeigte sich, dass die zusätzliche Behandlung mit belohnungsbasierten Interventionen wie Kontingenzmanagement (allein oder mit gemeinschaftlichem Verstärkungsansatz) in Kombination mit der OST, der alleinigen OST überlegen war. - Ansonsten zeigten sich nur wenige statistische Unterschiede bei weiteren paarweisen Vergleichen.		O'Connor et al. 1998 Oliveto et al. 2005 O'Neill et al. 1996 Otto et al. 2014 Pan et al. 2015 Pashaei et al. 2013 Petry et al. 2002 Poling et al. 2006 Pollack et al. 2002 Preston et al. 2002 Preston et al. 2000 Rounsaville et al. 1983 Rowan-Szal et al. 1997 Salchi et al. 2018 Scherbaum et al. 2005 Schottenfold et al. 2005 Schwartz et al. 2012 Shi et al. 2020 Silverman et al. 2004 Stein et al. 2015 Sullivan et al. 2006 Tetrault et al. 2012 Woody et al. 1995 Woody et al. 1987 Yaghubi et al. 2017

Primärdaten

N = 1 identifizierte Studie

Outcomes, zu denen keine Primärdaten gefunden wurden: Mortalität, Retention, Morbidität, Lebensqualität

Referenz **Studientyp**	**Teilnehmer:innen (Anzahl und Charakteristika)** **insgesamt**	**Drop-out Rate**	**Intervention**	**Kontrolle**	**Zielgröße(n)**	**Haupt-ergebnis**	**Evidenzgrad/ Bemerkung**
Marsden et al., 2019 Efficacy and cost-effectiveness of an adjunctive personalized psychosocial intervention in treatment resistant maintenance opioid agonist therapy: a pragmatic, open-label, randomized controlled trial RCT	1) Opioid und/oder Kokainabhängigkeit in den letzten 12 Monaten 2) Pat. über 18 Jahren in London, UK 3) 6 Wochen Einnahme oraler Opioidsubstitutionstherapie -> Pat. waren therapieresistent Randomisierte Zuteilung zu Gruppen	<u>Interventionsgruppe</u>: ein Pat. exkludiert wg. Fehler in Randomisierung <u>Kontrollgruppe:</u> 2 Pat. exkludiert wg. Fehler in Randomisierung Ein Pat. aus Kontrollgruppe verstarb an Injektionssepsis	Personalisierte psychosoziale Intervention (flexible Tools psychologischer Veränderungsmethoden, einschl. Kontingenzmanagement zur Verstärkung der Abstinenz, Genesungsaktivitäten und Klinikbesuche) zusätzl. zu TAU Wöchentl. Therapiesitzun	Treatment as usual (medizinisches Management + vierzehntägige 30-minütige Drogenberatungen)	Ansprechen auf die Behandlung nach 18 Wochen (= Abstinenz von illegalen und nicht verschriebenen Opioiden und Kokain in den letzten 28 Tagen (gemessen durch Behandlungsergebnisse + Urinscreening) Kosteneffizienz quality-adjusted lifeyears	22 (16 %) von 135 Pat. der Interventionsgruppe hatten eine Behandlungsreaktion (in Kontrollgruppe: 9 (7 %) von 135) Interventionsgruppe kosteneffektiver Angaben der QUALYs waren höher in Interventionsgruppe In Opioid-substitutions-	<u>Evidenzgrad</u> RoB 2 **Geringes Verzerrungs-risiko**

	Pro Arm			gen über 14 Wochen		(QALYs)	therapie war zusatzl. zu TAU psychosoz. Intervention (im Vergleich zur TAU allein) wirksam und kosteneffizient, bei Unterstützung zum Verzicht von Konsum von Opioiden + Kokain bei behandlungsresistenten Pat. **<u>unerwünschter Ereignisse</u>** gleich verteilt in beiden Gruppen (keine schwerwiegenden behandlungsbedingten)	
	Anzahl der Patient:innen in der Interventions-Gruppe *Ursprüngl. 136 Pat.* 135 Pat.	**Anzahl der Patient:innen in der Kontrollgruppe** *Ursprüngl. 137 Pat.* 135 Pat.						

PICO 3.6

Aggregierte Evidenz

N = 1 identifizierte Studien

Outcomes, zu denen keine aggregierte Evidenz gefunden wurde: Mortalität, Retention, Morbidität, Lebensqualität

Achtung:

Im englischen Sprachgebrauch beinhaltet der Begriff *psychosocial (intervention)* auch die Psychotherapie (hauptsächlich KVT). In den u.s. Tabellen wird auch dieser Begriff verwendet, wenn dieser dementsprechend in der Studie genannt wurde.

Publikation	**Untersuchte Studien**	**(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)**	**Untersuchte Endpunkte**	**Ergebnisse**	**Evidenz-klasse / Methodische Bemerkungen**	**Literaturbelege / eigeschlossene Publikationen**
Rice et al. 2020 Evaluating comparative effectiveness of psychosocial interventions adjunctive to opioid agonist therapy for opioid use disorder: A systematic review with network meta-analyses	**Systematic Review & Meta-Analyse** Database: MEDLINE, Embase, PsycINFO and the Cochrane Central Register of Controlled Trials (Inception-06/20) Median: 69 % männlich Medianalter: 37,7 Jahre Einschluss: - Personen mit Diagnose der Opioidabhängigkeit	- In OST (mit z.B. Methadon, SROM, injizierbare OA) 73,6 % Methadon 18,1 % Buprenorphin/Naloxon 5,6 % Buprenorphin 2,7 % Levacetylmethadol - Psychosoziale Interventionen: (Kontingenzmanagement (CM), Community Reinforcement Ansatz (CRA), kognitive Verhaltenstherapie (CBT), Beratung, Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) und	- Abstinenz (gemessen durch Urinanalyse) - Retention - (Die anderen Zielgrößen wurden auch erhoben, jedoch finden sich keine entsprechenden Ergebnisberichte)	1. Inkludierte Studien: 72 RCTs (48 in Meta-Analyse) 2. Ergebnisse: - Signifikanter Unterschied zwischen psychosozialen Interventionen + OST vs. OST allein. - Belohnungsbasierte Interventionen (z.B. Kontingenzmanagement) + OST sind erfolgreicher und führten zu längerer Fortsetzung der Behandlung als OST allein. - Unterschiede zwischen	Evidenzklasse AMSTAR 2 **Hohe Qualität**	Abbott et al. 1998 Abrahms et al. 1979 Amini-Lari et al. 2017 Avants et al. 1999 Ball et al. 2007 Barry et al. 2019 Bickel et al. 2008 Brooner et al. 2007 Carroll et al. 1995 Catalano et al. 1999 Chawarski et al. 2011 Chawarski et al. 2008 Chen et al. 2013 Chopra et al. 2009

	(OUD) nach DSM-V/ICD - Studiendesign: RCTs - Veröffentlichte Studien in englischer oder französischer Sprache Ausschluss: - Conference Abstracts, Dissertation Abstracts - Beobachtungs-studien, case-control studies, case series und case reports	motivierende Gesprächsführung etc.) als Ergänzung zur OST Subgruppen: - Problematischer Opioidkonsum und komorbider SUD - Mentale Probleme/Erkrankungen - Chronische Schmerzen im unteren Rücken - Schwangere Frauen - Veteran:innen - HIV-Positive		verschiedenen psychosozialen Interventionen erkennbar. - OST + psychosoziale Interventionen führten zu weniger Rückfällen in zwei Studien. - CBT plus verhaltensorientierte Paartherapie hatte mit 0,85 den höchsten SUCRA-Wert. - Bei restlichen paarweisen Vergleichen wurde wenig statistische Signifikanz gefunden. - Die strukturierte Synthese ergab, dass der Großteil der Studien in Bezug auf Opioidkonsum und Opioidabstinenz wenig statistische Unterschiede zwischen OST allein und OST mit psychosozialen Interventionen fanden - In der Netzwerk-Meta-Analyse wurde eine statistisch signifikante Differenz gefunden, wenn psychosoziale Interventionen als Ergänzung zur OST		Christensen et al. 2014 Chutuape et al. 1999 Czuchry et al. 2009 Day et al. 2018 Downey et al. 2000 Epstein et al. 2009 Fals-Stewart et al. 2001 Fiellin et al. 2013 Fiellin et al. 2006 Ghitza et al. 2008 Groß et al. 2006 Gu et al. 2013 Hosseinzadeh et al. 2014 Hser et al. 2011 Iguchi et al. 1997 Jaffray et al. 2014 Jiang et al. 2012 Joe et al. 1997 Karow et al. 2010 Kelly et al. 2012 Kidorf et al. 2018 Kosten et al. 2003 Linehan et al. 2002 Ling et al. 2013 Liu et al. 2018 Marsch et al. 2014 McLellan et al. 1993 Milby et al. 1978 Miotto et al. 2012 Moore et al. 2013 Moore et al. 20119 Nyamathi et al. 2011

				im Vergleich zur alleinigen OST eingesetzt wurden. Es zeigte sich, dass die zusätzliche Behandlung mit belohnungsbasierten Interventionen wie Kontingenzmanagement (allein oder mit gemeinschaftlichem Verstärkungsansatz) in Kombination mit der OST, der alleinigen OST überlegen war. - Ansonsten zeigten sich nur wenige statistische Unterschiede bei weiteren paarweisen Vergleichen.		O'Connor et al. 1998 Oliveto et al. 2005 O'Neill et al. 1996 Otto et al. 2014 Pan et al. 2015 Pashaei et al. 2013 Petry et al. 2002 Poling et al. 2006 Pollack et al. 2002 Preston et al. 2002 Preston et al. 2000 Rounsaville et al. 1983 Rowan-Szal et al. 1997 Salchi et al. 2018 Scherbaum et al. 2005 Schottenfold et al. 2005 Schwartz et al. 2012 Shi et al. 2020 Silverman et al. 2004 Stein et al. 2015 Sullivan et al. 2006 Tetrault et al. 2012 Woody et al. 1995 Woody et al. 1987 Yaghubi et al. 2017

Primärdaten

Keine Studieneinschlüsse.

PICO 3.7

Aggregierte Evidenz

Keine Studieneinschlüsse.

Primärdaten

N = 1 identifizierte Studie

Outcomes, zu denen keine Primärdaten gefunden wurden: Mortalität, Lebensqualität, Morbidität, Abstinenz/Teilabstinenz

Referenz **Studientyp**	**Teilnehmer:innen (Anzahl und Charakteristika)** **insgesamt**	**Drop-out Rate**	**Intervention**	**Kontrolle**	**Zielgröße(n)**	**Haupt-ergebnis**	**Evidenzgrad/ Bemerkung**
Cousins et al. 2017 J-shaped relationship between supervised methadone consumption and retention in methadone maintenance treatment (MMT) in primary care: National cohort	6393 Patient:innen (irische Drogenabhängige, Alter: 16-65) Einschlusskriterien: - mindestens 3 Methadon-Verschreibungen innerhalb der Studienperiode (2004-2010) Ausschlusskriterien: -laufende Episoden zu Beginn des follow-ups (nur Episoden, die nach dem 1.8.2004 begannen wurden eingeschlossen)	Ca. 3% der Studienkohorte verstarb während der follow-up Periode	Für diese Studie kann keine Interventions- bzw. Kontrollgruppe unterschieden werden	Für diese Studie kann keine Interventions- bzw. Kontrollgruppe unterschieden werden	Zusammenhang zwischen überwachtem Methadon-Konsum und Behandlungs-Retention	j-förmige Beziehung zwischen überwachtem Methadon-Konsum und Behandlungsretention: -erhöhte Behandlungs-Retention bei 20-59% im Vergleich zu solchen mit <20% überwachtem	Evidenzgrad SIGN **Akzeptable Qualität** **Bemerkung** + hohe ext. Validität + Analyse mittels hazards gamma frailty model (alle verfügbaren Daten der

<table>
<tr>
<td rowspan="3">study</td>
<td colspan="2">Ursprünglich 7129 Patient:innen (736 wurden ausgeschlossen: 146 hatten unzureichende Verschreibungsdetails, 590 hatten nur 1 Behandlungsepisode während der Studienperiode)</td>
<td rowspan="3"></td>
<td rowspan="3"></td>
<td rowspan="3"></td>
<td rowspan="3"></td>
<td rowspan="3">Konsum

-≥60% überwachter Konsum -> verringerte Behandlungsretention

-mit steigender Anzahl an Behandlungen steigt die Behandlungsretention (längerer Verbleib in späteren Behandlungen)

-Patient:innen, die einen Komorbiditätsscore > 11 (verglichen mit 0-5) hatten, hatten signifikant wahrscheinlicher kürzere Behandlungsepisoden

->1/3 der Patient:innen erhielten nicht</td>
<td rowspan="3">Patient:innen wurden miteinbezogen)
+ lange Studiendauer (6 Jahre)

-Patient:innen, die von Primärversorgung in Spezialistenversorgung wechselten wurden fälschlicherweise als Behandlungsabbruch verordnet
-Einordnung von 7 Tagen ohne Methadonverordnung als Behandlungsabbruch unterschätzt evtl die in der Behandlung verbliebenen (aber Sensitivtätsanalyse bestätigte diese Bedenken nicht)
-keine</td>
</tr>
<tr>
<td colspan="2">Pro Arm</td>
</tr>
<tr>
<td>3 mögliche Arme:
-<20% überwachter Konsum
-20-59% überwachter Konsum
-≥60% überwachter Konsum</td>
<td>Anzahl der Patient:innen in der Kontrollgruppe</td>
</tr>
</table>

							die empfohlene optimale Dosis Methadon von mindestens 60 mg/Tag	Informationen über die Qualität oder Intensität der erhaltenden Pflege -> hatte evtl Einfluss auf die Verbleibdauer -evtl residual confounding oder confounding by indication

PICO 3.8

Aggregierte Evidenz

Keine Studieneinschlüsse.

Primärdaten

N = 1 identifizierte Studie

Outcomes, zu denen keine Primärdaten gefunden wurden: Lebensqualität, Morbidität, Abstinenz/Teilabstinenz, Retention

Referenz Studientyp	Teilnehmer:innen (Anzahl und Charakteristika) insgesamt	Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Haupt-ergebnis	Evidenzgrad/ Bemerkung
Katzman et al., 2018 An innovative model for naloxone use within an OTP setting: A prospect cohort study	244 Teilnehmer:innen (aus Opioid-Behandlungsprogramm in New Mexico von April-Juli 2016) Einschlusskriterien: -opioidbezogene Störung -Substitution mittels Methadon, Buprenorphin oder Naltrexon -Alter: ≥ 18 Ausschlusskriterien: -Allergie gegen Naloxon oder dessen inaktive Bestandteile -Alter: ≤ 18	29 Teilnehmer:innen v.a. aufgrund von Ortswechsel und Beendigung der Substitutionstherapie	Für diese Studie kann keine Interventions- bzw. Kontrollgruppe unterschieden werden	Für diese Studie kann keine Interventions- bzw. Kontrollgruppe unterschieden werden	Messung der Rückholrate bei Opioidüber-dosis mittels take-home Naloxon unter Leuten mit opioidab-hängiger Störung in einem Opioid-Behandlungsprogramm	-Rückholrate: 31 (≙ 13%) der Teilnehmer:innen bei Anwendung auf 38 Gemeinschaftsmitglieder (87% Freunde oder Verwandte) -> alle Rückholversuche waren erfolgreich und aufgrund von Heroin -> Naloxon wird	Evidenzgrad SIGN **Akzeptable Qualität** **Bemerkung** -keine Aussage über Überleben ohne Naloxon bei Überdosis möglich

							meist nicht vom Patient:innen selbst genutzt, sd. für sein Umfeld -44% der TN wurden im Vorfeld bereits durch Naloxon gerettet	
	Pro Arm							
	Anzahl der Patient:innen in der Interventions-Gruppe /	**Anzahl der Patient:innen in der Kontrollgruppe** /						

Psychotherapie

PICO 1

Aggregierte Evidenz

N = 4 identifizierte Studien

Outcomes, zu denen keine aggregierte Evidenz gefunden wurde: Komorbidität, Beigebrauch

---

Achtung:

Im englischen Sprachgebrauch beinhaltet der Begriff *psychosocial (intervention)* auch die Psychotherapie (hauptsächlich KVT). In den u.s. Tabellen wird auch dieser Begriff verwendet, wenn dieser dementsprechend in der Studie genannt wurde.

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Evidenz-klasse / Methodische Bemerkungen	Literaturbelege / eigeschlossene Publikationen
Gregory & Ellis 2020 Cognitive-behavioral therapy and buprenorphine for opioid use disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized	**Systematic Review & Meta-Analyse** Database: Academic Search Premier, CINAHL Complete, ERIC, MEDLINE, PsycARTICLES, PsycINFO, Social Sciences Full Text (H.W. Wilson), Social Work Abstracts, and SocINDEX (Inception-03/19) Einschluss: - Personen mit Diagnose der	- OST mit Buprenorphin oder Buprenorphin/Naloxon - Eine Kontrollgruppe (MOUD (TAU; Buprenorphin)) wurde mit KVT (coping skills) verglichen - 2 RCTs bestanden aus individueller KVT, die anderen zwei aus nicht-individueller KVT (Gruppentherapie face-to-face oder Therapie im Onlineformat)	Abstinenz durch Blut- und/oder Urinanalysen	1. Inkludierte Studien: 4 RCTs 2. Ergebnisse: - Kombination von nicht-individueller KVT + Buprenorphin-OST führte zu einer moderaten (Hedges' g Effekt = .598) sowie statistisch signifikanten Reduktion des Opioidkonsums. - Nicht-individuelle KVT erzielte signifikante Effektivitätswerte, während bei individueller KVT keinerlei Effekte verzeichnet wurden - Evidenz deutet vorsichtig darauf hin, dass bei OUD die Ergänzung der Buprenorphintherapie durch eine nicht-individuelle KVT von gewissem Nutzen sein könnte	Evidenzklasse AMSTAR 2 **Hohe Qualität** Methodische Bemerkungen **1. N** = k.A. **2. Bias:** ROB durchgeführt: High Risk RCT-Score (s. Tab. 3 im Review) Fiellin et al.: 0 %; Ling et al.: 33,3 %; Miotto et al.: 16,7 %; Shi et al.: 0 %	Fiellin et al. 2013 Ling et al. 2013 Miotto et al. 2012 Shi et al. 2019

controlled trials	Opioidabhängigkeit (OUD) nach DSM-V - Intervention: Kognitiv-Behavioral (2. Welle-Verfahren) - Pat. mit Buprenorphin oder Buprenorphin/Naloxon-Einnahme - RCTs - Studien, die Statistiken berichten, die die Berechnung oder Schätzung einer Effektgröße ermöglichen - Verfügbarkeit in englischer Sprache Ausschluss: - Case studies				**3. Rando:** low risk - unclear **4. Blinding:** high risk - unclear **5. Follow-Up:** 7-52 Wochen **6. Financing**: keine Interessenskonflikte	
Sokol et al. 2018 Group-based treatment of opioid use disorder with buprenorphine: A systematic review	**Systematic Review** Database: Ovid MEDLINE, Ovid MEDLINE In-Process & Other Non-Indexed Citations, Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials – CENTRAL, PsycINFO, CINAHL, Web of Science (Inception-17) Einschluss: - Studien zur Behandlung von Opioidkonsumstörun	GBOT (Gruppentherapie) plus Buprenorphin/Naloxon-OST im Vergleich zu anderen Therapieformen sowie TAU	- Lebensqualität - Abstinenz	1. Inkludierte Studien: 10 peer-reviewed, full-text articles (3 RCTs) and 5 conference abstracts 2. Ergebnisse: - 15 Studien unterschiedlichen Designs (u. a. 3 RCTs) und fünf Konferenzabstracts (aufgrund von Reduzierung des Publication Bias) inkludiert. - Alle Studien, die Abstinenz erhoben, konnten eine Verbesserung dieses Outcomes erzielen. Lediglich eine Studie verfügte über eine Vergleichsintervention, bei der ein signifikanter Unterschied	Evidenzklasse AMSTAR 2 **Niedrige Qualität** Methodische Bemerkungen **1. N** = k.A. **2. Bias:** Downs and Black 27-item check list, Cochrane Collaboration's tool: Durchschnittliche Qualitätsbewe	Roll et al. 2015 Suzuki et al. 2015 Doorley et al. 2017 Berger et al. 2014 Miotti et al. 2012 Pugatch et al. 2014 Imani et al. 2015 Lander et al. 2016 Raisch et al. 2012

	g, Opioidabhängigkeit mit Buprenorphin/Naloxon oder Buprenorphin mit Gruppenberatung oder Gruppentherapie. <u>Ausschluss:</u> - k.A.			zugunsten der Gruppentherapie gefunden wurde. - Zwei Studien erhoben die Lebensqualität; in denen eine Verbesserung dieser verzeichnet wurde. Eine Lebensqualitätsstudie verfügte jedoch über keine Kontrollgruppe und in der anderen wurde auch eine Verbesserung der Lebensqualität in der Vergleichsgruppe erreicht. - Es können nur begrenzte Schlussfolgerungen über Durchführbarkeit, Akzeptanz und Wirksamkeit einer gruppenbasierten Buprenorphin/Naloxon-Behandlung gezogen werden, da nur eine geringe Studienanzahl vorhanden war und die Studiendesigns sowohl heterogen waren als auch qualitativ schlecht eingestuft wurden. Kontroll- und Vergleichsgruppen waren nicht passend zueinander. - Schlussfolgerung: aufgrund der mangelnden Studienqualität konnte keine starke Evidenz von GBOT zuzüglich einer Buprenorphin/Naloxon-OST gefunden werden	rtung der Studien: 16.5 von 27; 3 RCTs: schlechte Qualität (Performance Bias, Detection Bias, Attrition Bias) **3. Rando:** k.A. **4. Blinding:** k.A. **5. Follow-Up:** k.A. **6. Financing**: k.A.	Mitchell et al. 2013
Rice et al. 2020 Evaluating comparative effectiveness of	**Systematic Review & Meta-Analyse** <u>Database:</u> MEDLINE, Embase, PsycINFO and the Cochrane Central Register of Controlled Trials	- In OST (mit z.B. Methadon, SROM, injizierbare OA) 73,6 % Methadon 18,1 % Buprenorphin/Naloxon 5,6 % Buprenorphin	- Abstinenz (gemessen durch Urinanalyse) - Retention - (Die anderen Zielgrößen wurden auch erhoben, jedoch	<u>1. Inkludierte Studien</u>: 72 RCTs (48 in Meta-Analyse) <u>2. Ergebnisse:</u> - Signifikanter Unterschied zwischen psychosozialen Interventionen + OST vs. OST allein.	<u>Evidenzklasse</u> AMSTAR 2 **Hohe Qualität** <u>Methodische Bemerkungen</u> **1. N** = 5404	Abbott et al. 1998 Abrahms et al. 1979 Amini-Lari et al. 2017 Avants et al. 1999

psychosocial interventions adjunctive to opioid agonist therapy for opioid use disorder: A systematic review with network meta-analyses	(Inception-06/20) Median: 69 % männlich Medianalter: 37,7 Jahre <u>Einschluss:</u> - Personen mit Diagnose der Opioidabhängigkeit (OUD) nach DSM-V/ICD - Studiendesign: RCTs - Veröffentlichte Studien in englischer oder französischer Sprache <u>Ausschluss:</u> - Conference Abstracts, Dissertation Abstracts - Beobachtungs-studien, case-control studies, case series und case reports	2,7 % Levacetylmethadol - Psychosoziale Interventionen: (Kontingenzmanagement (CM), Community Reinforcement Ansatz (CRA), kognitive Verhaltenstherapie (CBT), Beratung, Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) und motivierende Gesprächsführung etc.) als Ergänzung zur OST Subgruppen: - Problematischer Opioidkonsum und komorbider SUD - Mentale Probleme/Erkrankungen - Chronische Schmerzen im unteren Rücken - Schwangere Frauen - Veteran:innen - HIV-Positive	finden sich keine entsprechenden Ergebnisberichte)	- Belohnungsbasierte Interventionen (z.B. Kontingenzmanagement) + OST sind erfolgreicher und führten zu längerer Fortsetzung der Behandlung als OST allein. - Unterschiede zwischen verschiedenen psychosozialen Interventionen erkennbar. - OST + psychosoziale Interventionen führten zu weniger Rückfällen in zwei Studien. - CBT plus verhaltensorientierte Paartherapie hatte mit 0,85 den höchsten SUCRA-Wert. - Bei restlichen paarweisen Vergleichen wurde wenig statistische Signifikanz gefunden. - Die strukturierte Synthese ergab, dass der Großteil der Studien in Bezug auf Opioidkonsum und Opioidabstinenz wenig statistische Unterschiede zwischen OST allein und OST mit psychosozialen Interventionen fanden - In der Netzwerk-Meta-Analyse wurde eine statistisch signifikante Differenz gefunden, wenn psychosoziale Interventionen als Ergänzung zur OST im Vergleich zur alleinigen OST eingesetzt wurden. Es zeigte sich, dass die zusätzliche Behandlung mit belohnungsbasierten Interventionen wie Kontingenzmanagement (allein oder mit gemeinschaftlichem Verstärkungsansatz) in	**2. Bias:** ROB2 durchgeführt: Risk of Bias-Evaluation erfüllten 48 Studien, welche in die Netzwerk-Meta-Analyse eingingen **3. Rando:** nur RCTs inkludiert **4. Blinding:** high risk of bias beim blinding **5. Follow-Up:** k.A. **6. Financing**: Canadian Institutes of Health Research (CIHR)	Ball et al. 2007 Barry et al. 2019 Bickel et al. 2008 Brooner et al. 2007 Carroll et al. 1995 Catalano et al. 1999 Chawarski et al. 2011 Chawarski et al. 2008 Chen et al. 2013 Chopra et al. 2009 Christensen et al. 2014 Chutuape et al. 1999 Czuchry et al. 2009 Day et al. 2018 Downey et al. 2000 Epstein et al. 2009 Fals-Stewart et al. 2001 Fiellin et al. 2013 Fiellin et al. 2006 Ghitza et al. 2008

				Kombination mit der OST, der alleinigen OST überlegen war. - Ansonsten zeigten sich nur wenige statistische Unterschiede bei weiteren paarweisen Vergleichen.		Groß et al. 2006 Gu et al. 2013 Hosseinzadeh et al. 2014 Hser et al. 2011 Iguchi et al. 1997 Jaffray et al. 2014 Jiang et al. 2012 Joe et al. 1997 Karow et al. 2010 Kelly et al. 2012 Kidorf et al. 2018 Kosten et al. 2003 Linehan et al. 2002 Ling et al. 2013 Liu et al. 2018 Marsch et al. 2014 McLellan et al. 1993 Milby et al. 1978 Miotto et al. 2012 Moore et al. 2013 Moore et al. 20119

						Nyamathi et al. 2011 O'Connor et al. 1998 Oliveto et al. 2005 O'Neill et al. 1996 Otto et al. 2014 Pan et al. 2015 Pashaei et al. 2013 Petry et al. 2002 Poling et al. 2006 Pollack et al. 2002 Preston et al. 2002 Preston et al. 2000 Rounsaville et al. 1983 Rowan-Szal et al. 1997 Salchi et al. 2018 Scherbaum et al. 2005 Schottenfold et al. 2005 Schwartz et al. 2012 Shi et al. 2020 Silverman et al. 2004 Stein et al. 2015

						Sullivan et al. 2006 Tetrault et al. 2012 Woody et al. 1995 Woody et al. 1987 Yaghubi et al. 2017
Wyse et al. 2021 Adjunct interventions to standard medical management of buprenorphine in outpatient settings: A systematic review of the evidence	**Systematic Review** <u>Database:</u> Medline, Cochrane Central Register of Controlled Trials, CINAHL and PsycINFO (Inception-01/20) <u>Einschluss:</u> - Personen mit Diagnose der Opioidabhängigkeit (OUD) - Studien zu begleitenden Maßnahmen befasst neben der standardmäßigen medizinischen Behandlung mit Buprenorphin in ambulanten Settings **Ausschluss:** - Studien zu Versorgungsmodellen und/oder -prozessen ohne eindeutige	- OST mit Buprenorphin (15-20-minütige klinische Besuche, zur Einhaltung der Medikamente, Nebenwirkungen und Abstinenzberatung) - Psychosoziale Interventionen (Drogen- und HIV-Beratung, Achtsamkeitstraining, Stresstoleranztraining, erweitertes med. Management, KVT, Netzwerktherapie, Kontingenzmanagement, Einzelpsychotherapie, OUD-Beratung) - Komplementär-therapien (z.B. Yoga) - Technologische Interventionen (z.B. elektronische	- Abstinenz - Beigebrauch (in der Ergebnistabelle ersichtlich, jedoch keine Erwähnung im Text)	<u>1. Inkludierte Studien:</u> 20 Studien (11 RCTs, 3 Sekundäranalysen, 6 Beobachtungsstudien) <u>2. Ergebnisse:</u> - Low Risk of Bias-RCTs berichten keine Beweise, dass psychosoziale Interventionen zusätzlich zur Buprenorphinbehandlung die Konsummuster/Abstinenz verbessern. - Psychosoziale Interventionen brachten keine Vorteile in Bezug auf Abstinenz/Drogenkonsumtage/Retention im Vergleich zur medizinischen Standardbehandlung mit Buprenorphin allein. - Autor:innen weisen darauf hin, dass eine psychosoziale Intervention keine Voraussetzung für eine OST sein sollte, die Patient:innen sich diese jedoch wünschen und von den gelernten Skills profitieren.	<u>Evidenzklasse</u> AMSTAR 2 **Kritisch niedrige Qualität** <u>Methodische Bemerkungen</u> **1. N** = k.A. **2. Bias:** ROB2 durchgeführt: 11 RCTs (6: low risk; 3: some concern, 2: high risk) **3. Rando:** 11 RCTs inkludiert **4. Blinding:** k.A. **5. Follow-Up:** 12 Wochen – 12 Monate **6. Financing**: Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of	Chawarski et al. 2008 Fiellin et al. 2006 Fiellin et al. 2013 Galanter et al. 2004 Ling et al. 2013 Stein et al. 2015 Tetrault et al. 2012 Weiss et al. 2011 Bloom-Foster & Mehl-Madrona 2020 Brown et al. 2014 Montoya et al. 2005 Moore et al. 2012 Moore et al. 2016 Weiss et al. 2014

	begleitende Intervention (z.B. Einweisung zu Hause, Gruppenverschreibung, Telemedizin)	Medikamentenvergabe)			Veterans Affairs Health Services Research and Development, VA Health Services Research and Development-funded Center	Ruetsch et al. 2012 Shi et al. 2019 Schuman-Olivier et al. 2018 Price et al. 2020 Lander et al. 2018 Cochran et al. 2018

Primärdaten

N = 1 identifizierte Studie

Outcomes, zu denen keine Primärdaten gefunden wurden: Lebensqualität, Beigebrauch, Abstinenz

Referenz **Studientyp**	**Teilnehmer:innen (Anzahl und Charakteristika)** **insgesamt**	**Drop-out Rate**	**Intervention**	**Kontrolle**	**Zielgröße(n)**	**Haupt-ergebnis**	**Evidenzgrad/ Bemerkung**
Rezaie et al., 2020 Effects of Dialectical Behavior Therapy on Emotion Regulation, Distress Tolerance, Craving, and Depression in Patients with Opioid Dependence Disorder Spezifikation der Studie: RCT	N = 50 im Iran rekrutiert ➔ 2 Vpn in MMT+DBT-Gruppe exkludiert wegen Abbruch <u>Einschluss:</u> Männlich Diagnose für Opioidabhängigkeit Schulische Bildung bis mind. 8. Klasse Keine Psychotherapie in den letzten 6 Monaten <u>Ausschluss:</u> Positiver Morphintest bei Beginn Abwesenheit von mehr als 4 Sitzungen Schwere psychiatrische Störung (Suizidgedanken, Schizophrenie, Bipolare Störung) Chronische körperliche Erkrankung	N = 2 Drop-Out (2 Vpn in MMT+DBT-Gruppe exkludiert)	Medical Management (MMT) + Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) -> 16 wöchentliche Sitzungen -> Durchführung von Klinischen Psycholog:in-nen -> Dauer: 90 min pro Sitzung	TAU: Methadon (keine MMT+DBT-Sitzungen)	Emotionale Regulation und Stresstoleranz Craving und Depression	<u>MMT + DBT</u> Verbesserte Emotionsregulation und Stresstoleranz Reduziertes Craving und Depression -> MMT + DBT empfohlen bei psychischen Störungen mit emotionalen Problemen	**Evidenzgrad** RoB 2 **Hohes Verzerrungs-risiko** **Bemerkung** Eingeschränkt, da kleines N und TAU=keine Intervention; auch für AG Doppeldiagnosen geeignet? -> Kann-Empfehlung

	(Hepatitis, AIDS etc.) Änderung der Methadondosis während der Studie							
	Pro Arm							
	Anzahl der Patient:innen in der Interventions-Gruppe 25 (23)	Anzahl der Patient:innen in der Kontrollgruppe 25 (25)						

PICO 2

Aggregierte Evidenz

Keine Studieneinschlüsse.

Primärdaten

Keine Studieneinschlüsse.

Psychosoziale Betreuung

PICO 1

Aggregierte Evidenz

Keine Studieneinschlüsse.

Primärdaten

N = 1 identifizierte Studie

Outcomes, zu denen keine Primärstudien gefunden wurden: stable housing, domestic violence

Referenz Studientyp	Teilnehmer:innen (Anzahl und Charakteristika) insgesamt	Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Haupt-ergebnis	Evidenzgrad/ Bemerkung
Marsden et al., 2019 Efficacy and cost-effectiveness of an adjunctive personalized psychosocial intervention in treatment resistant maintenance opioid agonist therapy: a pragmatic, open-	1) Opioid und/oder Kokainabhängigkeit in den letzten 12 Monaten 2) Pat. über 18 Jahren in London, UK 3) 6 Wochen Einnahme oraler Opioidsubstitutionstherapie -> Pat. waren therapieresistent Randomisierte Zuteilung zu Gruppen **Pro Arm**	<u>Interventionsgruppe</u>: ein Pat. exkludiert wg. Fehler in Randomisierung <u>Kontrollgruppe:</u> 2 Pat. exkludiert wg. Fehler in Randomisierung Ein Pat. aus	Personalisierte psychosoziale Intervention (flexible Tools psychologischer Veränderungsmethoden, einschl. Kontingenzmanagement zur Verstärkung der Abstinenz,	Treatment as usual (medizinisches Management + vierzehntägige 30-minütige Drogenberatungen)	Ansprechen auf die Behandlung nach 18 Wochen (= Abstinenz von illegalen und nicht verschriebenen Opioiden und Kokain in den letzten 28 Tagen (gemessen durch Behandlungser	22 (16 %) von 135 Pat. der Interventionsgruppe hatten eine Behandlungsreaktion (in Kontrollgruppe: 9 (7 %) von 135) Interventionsgruppe kosteneffektiver Angaben der QUALYs waren	**Evidenzgrad** RoB 2 **Geringes Verzerrungs-risiko**

label, randomized controlled trial RCT	**Anzahl der Patient:innen in der Interventions-Gruppe** *Ursprüngl. 136 Pat.* 135 Pat.	**Anzahl der Patient:innen in der Kontrollgruppe** *Ursprüngl. 137 Pat.* 135 Pat.	Kontrollgruppe verstarb an Injektionssepsis	Genesungsaktivitäten und Klinikbesuche) zusätzl. zu TAU Wöchentl. Therapiesitzungen über 14 Wochen		gebnisse + Urinscreening) Kosteneffizienz quality-adjusted lifeyears (QALYs)	höher in Interventionsgruppe In Opioidsubstitutionstherapie war zusatzl. zu TAU psychosoz. Intervention (im Vergleich zur TAU allein) wirksam und kosteneffizient, bei Unterstützung zum Verzicht von Konsum von Opioiden + Kokain bei behandlungsresistenten Pat. **<u>unerwünschter Ereignisse</u>** gleich verteilt in beiden Gruppen (keine schwerwiegenden behandlungsbedingten)	

Körperliche Komorbiditäten

PICO 1

Aggregierte Evidenz

N = 1 identifizierte Studie

Outcomes, zu denen keine aggregierte Evidenz gefunden wurde: Symptomreduktion der somatischen Erkrankung, Körperliche Gesundheit, Nebenwirkungen (Interaktionspotential mit anderen Medikamenten der somatischen Therapie)

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Evidenz-klasse / Methodische Bemerkungen	Literaturbelege / eigeschlossene Publikationen
McNamara et al. 2021 A Systematic Review and Meta-Analysis of Studies Evaluating the Effect of Medication Treatment for Opioid Use Disorder on Infectious Disease Outcomes	**Systematic Review & Meta-Analyse** Database: Cochrane Library, Google Scholar, Ovid Embase, Ovid Medline, Ovid PsychInfo, Pubmed, Scopus, Web of Science Core Collection (Inception-06/20) Einschluss: - Personen mit Diagnose der Opioidabhängigkeit (OUD) - Studien zu mind, einer Komorbidität:	- MOUD vs. keine MOUD bei Erwachsenen mit Infektionskrankheiten + OUD - Medikamente zur Behandlung einer Opioidabhängigkeit (MOUD): Methadon, Buprenorphin, XR-Naltrexon	- Einfluss von Medikamenten für OUD auf Behandlungsergebnisse von OUD-assoziierten Infektionen - Antiretroviral Therapy (ART), HIV-Suppression, anhaltendes virologisches Ansprechen auf Hepatitis-C-Virus (HCV), HCV-Reinfektionen, neue Hepatitis-B-Virus-Infektionen und infektiöse Endokarditis-bezogene Ergebnisse	1. Inkludierte Studien: 9 Studien (8 Case Control / Cohort Studies, 1 RCT) 2. Ergebnisse: - Opioidabhängigkeit - MOUD: bessere ART-Adhärenz, HIV-Virusunterdrückung - Eine Studie: positiver Zusammenhang zwischen MOUD und HCV und anhaltendem virologischen Ansprechen - Keine Ergebnisse gefunden für den Effekt von MOUD auf HBV-Neuinfektionen - Empfehlung: Integration von MOUD in HIV-Behandlung zur	Evidenzklasse AMSTAR 2 **Niedrige Qualität** Methodische Bemerkungen **1. N** = 1982 **2. Bias:** 8 Kohortenstudien: good quality; RCT: low risk of bias **3. Rando:** nur 1 RCT **4. Blinding:** k.A. **5. Follow-Up:** 3 Monate – 12 Jahre	Mazhnaya et al. 2018 Reddon et al. 2014 Rosenthal et al. 2020 Roux et al. 2009 Socias et al. 2016 Springer et al. 2018 Springer et al. 2012 Suzuki et al. 2020 Uhlmann et al. 2010

	HIV, HCV, HBV, und/oder Endocarditis - Studien zu Auswirkungen von MOUD auf ART-Adhärenz, HIV-Virus-Suppression, anhaltende virologische Reaktion auf HCV-Ansprechen oder Reinfektion, neue HBV-Infektion oder Abschluss der antimikrobiellen der Behandlung, chirurgische Ergebnisse und Reinfektionen bei infektionsbedingter Endokarditis - Menschliche Pat. - Alter: ab 18 Jahren <u>Ausschluss:</u> - Case studies - Studien mit Populationen, die andere Drogen als Opioide injizierten (PWID / IDU) - Studien mit fehlender Kontrollgruppe (ohne MOUD)			Verbesserung der viralen Unterdrückung bei Menschen mit HIV (PWH) und OUD	**6. Financing**: National Institutes on Drug Abuse (NIDA), National Institute of Mental Health	

Primärdaten

Keine Studieneinschlüsse.

PICO 2

Aggregierte Evidenz

Keine Studieneinschlüsse.

Primärdaten

Keine Studieneinschlüsse.

Psychische Komorbiditäten

PICO 1

Aggregierte Evidenz

N = 3 identifizierte Studien

Krankheitsbilder, zu denen keine aggregierte Evidenz gefunden wurde: ADHS, Bipolare Störungen, Persönlichkeitsstörungen

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Evidenz-klasse / Methodische Bemerkungen	Literaturbelege / eigeschlossene Publikationen
Fluyau et al. 2022 Selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder in substance use disorders: a Bayesian meta-analysis	**Meta-Analyse** Database: Google Scholar, PubMed, Scopus, OVID MEDLINE, Academic Search Complete (Inception-08/21) Einschluss: - (OUD) - Veröffentlichte RCTs und open-label studies - Vergleichsstudien von SSRI zu Placebo oder anderem Medikament in klinischen Settings - Studien mit diverser Patient:innenverteilung	- Pharmakotherapie mit SRRIs (Fluoxetin, Sertralin, Paroxetin, Citalopram, Escitalopram, Fluvoxamin) - 61 RCTs: Vergleich SSRI vs. Placebo - 3 RCTs: Vergleich SSRI vs. anderes Medikament	- Wirksamkeit, gemessen an der Fähigkeit von SSRIs Depressionen, Angstzustände und PTBS zu behandeln (Symptomreduktion auf Skalen zur Bewertung durch Kliniker:innen oder zur Selbsteinschätzung) und die Drogenabstinenz, die Bewältigung von Craving und die Reduzierung des Drogenkonsums.	1. Inkludierte Studien: 64 RCTs 2. Ergebnisse: - SSRIs verringerten depressive Symptome bei Opioid-, Alkohol-, Kokain-, Cannabis- und Nikotinkonsumstörungen - SRRIs verringerten soziale Angstsymptome bei Alkoholkonsumstörung - Generalisierte Angstsymptome verringerten sich durch SSRIs bei Alkohol-, Cannabis- und Nikotinkonsumstörung - SSRIs erleichterten Abstinenz von Opioiden,	Evidenzklasse AMSTAR 2 **Kritisch niedrige Qualität** Methodische Bemerkungen **1. N** = 6128 **2. Bias:** RoB2 durchgeführt (15 RCTs: bias in reporting results) **3. Rando:** k.A. **4. Blinding:** k.A. **5. Follow-Up:** 4-52 Wochen	Carpernter et al. 2004 Dean et al. 2002 Petrakis et al. 1998 Poling et al. 2007 Roy 1998 Pettinati et al. 2001 Tilhonen et al. 1996 Gorelick & Paredes 1992 Cornelius et al. 1995 Cornelius et al. 1997 Kranzler et al. 1995

	(Alter, Geschlecht, Herkunft) Ausschluss: - Open trials und Laborexperimente			Alkohol, Cannabis und Nikotinkonsum - SSRIs verringerte das Craving nach Alkohol, Kokain und Nikotin und verringerten Alkohol und Kokainkonsum - Fluoxetin zeigte stärkste antidepressive Wirkung - Keinen Effekt der Abbruchrate, SSRI-Dosierung oder der Behandlungsdauer auf die Wirksamkeit der SSRI - SSRIs reduzieren den Opioid-, Nikotin- oder Cannabiskonsum nicht - 50% der SUD-Pat. hatten komorbid PTBS (schlechtere Behandlungsergebnisse) psychische Krankheiten sollten gemeinsam behandelt werden - Genaue Behandlungsempfehlungen bei Komorbiditäten unklar - SSRIs empfohlen bei Depressionen & Ängsten mit komorbider SUD	**6. Financing**: keine Interessenskonflikte	Janiri et al. 1996 Kranzler et al. 2006 Gual et al. 2003 Charney et al. 2015 Cornelius et al. 1999 Deas et al. 2000 Cornelius et al. 2009 Moak et al. 2003 Cornelius et al. 2010 Kabel & Petty 1996 Naranjo et al. 1994 Eriksson et al. 2001 Balldin et al.1994 Findling et al. 2009 Habrat & Zaloga 2006 Moeller et al. 2007 Cornelius et al. 1997 Schmitz et al. 2001 Oliveto et al. 2012

						Winstanley et al. 2011 Covi et al. 1995 Batki et al.1996 Mancino et al. Cornelius et al. 2000 Cornelius et al. 1998 Weinstein et al. 2014 Covey et al. 2002 Niaura et al. 2002 Saules et al. 2004 Killen et al. 2000 Riggs et al. 2007 Blondal et al. 1999 Shoptaw et al. 2006 Brady et al. 2005 Hien et al. 2015 Randall et al. 2001 Book et al. 2001 Book et al. 2013 Thomas et al. 2008 O'Mailley et al. 2008

						Farren et al. 2009 Petrakis et al. 2012 Pettinati et al. 2010 Adamson et al. 2015 Witte et al. 2012 Muhonen et al. 2008 Han et al. 2013
Hassan et al. 2017 Management of Mood and Anxiety Disorders in Patients Receiving Opioid Agonist Therapy: Review and Meta-Analysis	**Systematic Review & Meta-Analyse** <u>Database:</u> PubMed/MEDLINE, EMBASE, Scopus databases (1970-01/17) <u>Einschluss:</u> - Studien, zur Wirksamkeit von Interventionen bei allen depressiven Störungen/ Symptome (Major Depression/Dysthymie) oder Angststörungen/ Symptome (generalisierte Angst, soziale Angst, Panikstörung, Agoraphobie) in RCTs für Antidepressiva Medikamente oder in	- Opioidsubstitution (OAT) zur Behandlung der OUD (Methadon / Buprenorphin) - Verabreichung von trizyklischen Antidepressiva (TCAs), SSRI vs. Placebo - Psychotherapie (PT): Akzeptanz- und Commitment Therapie, Beziehungstherapie, KVT, Entspannungsverfahren	- Vergleich der Wirkung von Pharmakotherapie und Psychotherapie auf Depressions- und Angstsymptome in OAT - Wirksamkeit von TCAs und SSRIs im Vergleich zu Placebo bei der Behandlung von Depressionssymptomen	<u>1. Inkludierte Studien:</u> 22 RCTs: davon 8 RCTs für Meta-Analyse <u>2. Ergebnisse:</u> - Bessere Wirksamkeit von PT als Pharmakotherapie in Behandlung von Symptomen der Depression und in geringerem Maße, von Angstsymptomen bei OAT - Pat. mit OUD und komorbider Depression sprechen gut auf Kombinationstherapien aus OAT und Placebo an (kein sig. Unterschied zu OAT & Antidepressiva) - Pat. mit anhaltenden depr. Symptomen sprechen besser auf TCAs an (aber mehr	<u>Evidenzklasse</u> AMSTAR 2 **Kritisch niedrige Qualität** <u>Methodische Bemerkungen</u> **1. N** = 235 **2. Bias:** RoB2 durchgeführt **3. Rando:** k.A. **4. Blinding:** 8/15 double-blind RCTs **5. Follow-Up:** 4-24 Wochen **6. Financing**: keine Interessenskonflikte	Petrakis et al. 1998 Nunes et al. 1998 Kleber et al. 1983 Carpenter et al. 2004 Dean et al. 2002 Titievsky et al. 1982 Amdt et al. 1992 Poling et al. 2007 Stein et al. 2010 Woody et al. 1982 Kosten et al. 2003 Woody et al. 1975

	kontrollierten Studien für Psychotherapien - Patient:innen mit OAT (entweder Methadon oder Buprenorphin) zur Behandlung von OUD - Personen ab 16 Jahren - Veröffentlichung in einer englischen Fachzeitschrift mit Peer-Review - Studien unabhängig von den Methoden zur Definition von OUD oder der Methoden zur Bewertung des Vorhandenseins von Angst- oder Depressionssymptomen bei Pat. mit OUD <u>Ausschluss:</u> - keine randomisierte Studie (Ausnahme: Psychotherapiestudien, Einschluss: randomisierte oder nicht-randomisierte kontrollierte Studien) - Population mit schwerer Depression - Populationen mit psychotischen Symptomen oder anderen psychiatrischen Hauptdiagnosen (Ausnahme:			Nebenwirkungen) als auf SSRIs - TCAs verbessern mittlere Depressionswerte - SSRIs: kein sig. Unterschied zu Placebo - 4 von 5 PT-Interventionsstudien: reduzierte depressive Symptome - Empfehlung: bei Start von OAT ein Monat warten zur Behandlung der Depression, da sich häufig auch dadurch die Symptome verbessern - Bei komorbider Depression scheint Buprenorphin besser in OAT geeignet als Methadon		Kosten et al. 2004 Gonzalez et al. 2003 Luthar et al. 2007 Luthar et al. 2000 Carpenter et al. 2008 Saedy et al. 2015 Abrahms 1979

	Störungen des Substanzgebrauchs)					
Meshberg-Cohen et al. 2021 Treatment outcomes in individuals diagnosed with comorbid opioid use disorder and Posttraumatic stress disorder: A review	**Systematic Review** Database: PubMed, PsycINFO, EMBASE (Inception-06/20) Einschluss: - Personen mit Diagnose der Opioidabhängigkeit (OUD) - Studien zur PTBS-Diagnose mit standardisierter Diagnostik - Studien zur Beziehung zwischen OUD und/oder PTBS zu Outcomes: Substanzkonsum, Behandlungsabbruch, PBTS-Symptomveränderung, psychiatrische Komorbiditäten - Studien an Menschen - Peer-reviewed Artikel - Artikel in englischer Sprache Ausschluss: - Conference abstracts, Fallberichte	- In Substitution (Buprenorphin, Methadon) - Psychosoziale Behandlung	- Korrelate zur PTBS-Diagnose - Retention - Substanzkonsum - Psychosoziale Behandlung für OUD & PTBS	1. Inkludierte Studien: 17 Studien 2. Ergebnisse: - TBS + OUD: schwerere Abhängigkeit, mehr Depressionen, Selbstmordversuche und psychosoziale Probleme - Kein Hinweis auf mehr Behandlungsabbrüche bei PTBS + OUD - frühzeitige Erkennung / Diagnostik von PTBS bei OUD hilfreich - Auf PTBS ausgerichtete psychosoziale Behandlung ist wirksam bei komorbider OUD	Evidenzklasse AMSTAR 2 **Kritisch niedrige Qualität** Methodische Bemerkungen **1. N** = 2190 mit OUD, 70 non-OUD **2. Bias:** k.A. **3. Rando:** k.A. **4. Blinding:** k.A. **5. Follow-Up:** k.A. **6. Financing**: keine Interessenskonflikte	Mills et al. 2005a Mills et al. 2005b Mills et al. 2007 Mills et al. 2018 Hien et al. 2000 Schiff et al. 2010 Clark et al. 2001 Jaremko et al. 2015 Saunders et al. 2015 Schiff et al. 2015 Schacht et al. 2017 Peirce et al. 2020 Peck et al. 2018 Seal et al. 2016 Meshberg-Cohen et al. 2019 Trafton et al. 2006 Applebaum et al. 2010

Primärdaten

Keine Studieneinschlüsse.

Besondere Populationen

PICO 1

Aggregierte Evidenz

N = 1 identifizierte Studie

Outcomes, zu denen keine aggregierte Evidenz gefunden wurde: keine

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Evidenz-klasse / Methodische Bemerkungen	Literaturbelege / eigeschlossene Publikationen
Kinsella et al. 2022 Systematisches Review und Meta-Analyse	Schwangere Pat. mit Opioidabhängigkeit in medikamentöser Behandlung Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) und Kohortenstudien Inkludiert: 20 Arbeiten (4 RCTs, 16 Kohorten, 223 und 7.028 Teilnehmer:innen) Studien bis 2018 inkludiert	Vergleich von Methadon- und Buprenorphin-behandlung für opioidabhängige Mütter	- Schwangerschafts-komplikationen - Geburtskomplikationen - Körperliche Gesundheit des Kindes - Ausprägung des neonatalen Entzugssyndroms - Psychische Gesundheit des Kindes	Buprenorphin war verbunden mit höherem Geburtsgewicht, größerer Körpergröße bei der Geburt, verringertem Risiko für Frühgeburten im Vergleich zu Methadon Gemessene Outcomes: Neonatales Wachstum, Gestationsalter, Neonatales Abstinenzsyndrom,	Vorteile von Buprenorphin im Vergleich zu Methadon insb.: besseres Geburtsgewicht und Gestationsalter Alle anderen klinischen Ergebnisse waren vergleichbar	Evidenz-klasse AMSTAR 2 **Niedrige Qualität**

				Kongenitale Anomalien, Totgeburten und Todesfälle, Kindesentwicklung, Zustand der Mutter		

Primärdaten

Keine Studieneinschlüsse.

PICO 2

Aggregierte Evidenz

N = 3 identifizierte Studien

Outcomes, zu denen keine aggregierte Evidenz gefunden wurde: Körperliche Gesundheit des Kindes, Psychische Gesundheit des Kindes

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Evidenz-klasse / Methodische Bemerkungen	Literaturbelege / eigeschlossene Publikationen
Terplan et al. 2018 Systematisches Review	Schwangere Pat. mit Opioidabhängigkeit Inkludiert: 15 Studien mit 1.997 Teilnehmer:innen 9 Studien mit Kontroll- und Vergleichsgruppe Zeitraum: 1966-2016	Schwangere Frauen mit Opioidabhängigkeit mit Opioid-Entgiftung als wichtigste Maßnahme	- Schwangerschafts-komplikationen - Geburtskomplikationen - Ausprägung des neonatalen Entzugssyndroms	Rate des Verlusts des Fötus war bei Frauen, die sich einer Entgiftung unterzogen, ähnlich hoch wie bei den Frauen, die sich keiner Entgiftung unterzogen. Fötales Ableben bei Entgiftung zwar nicht erhöht, aber auch Einschränkung der Nachbeobachtung bei allen Studien.	Empfehlung: Zur Behandlung von Opioidabhängigkeit in der Schwangerschaft ist eine Pharmakotherapie einer Entgiftung vorziehen, da die Entgiftung nur selten abgeschlossen wird, die Rückfallquote hoch ist und nur begrenzte Daten über die Auswirkungen einer Entgiftung auf die mütterlichen und neonatalen	Evidenz-klasse AMSTAR 2 **Niedrige Qualität**

					Ergebnisse nach der Geburt vorliegen.	

Referenz und Studientyp	Besondere Merkmale	Untersuchte Interventionen und Vergleichsinterventionen	Zielgrößen	Ergebnisse	Zusammenfassung	Evidenzklasse / Methodische Bemerkungen
Towers et al. 2020 *Systematisches Review*	Schwangere Pat. mit Opioidabhängigkeit Inkludiert: 14 Studien (1.097 Teilnehmer:innen) Zeitraum: 1980-2016	Patient:innen, die während der Schwangerschaft von Opioiden entgiftet wurden (meist mit Methadon-Entzugsprozess verbunden, in der Regel stationär)	- Schwangerschafts-komplikationen	Mortalitätsanalysen: keine erhöhten fetalen Risiken aufgrund des Absetzens oder Entgiftung, kein erhöhtes Risiko für eine Fehlgeburt Frühgeburten war mit insgesamt 15 % erhöht im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung -> Prozentsatz war bei Entgifteten niedriger (aber nicht signifikant anders) als bei denjenigen, die mit Methadon oder Buprenorphin behandelt wurden Hilfreich bei Tapering/Entgiftung: parallele verhaltenstherap. Betreuung	Für schwangere Frauen mit Opioidkonsum-störungen, die stabil in einem medikamentengestützten Behandlungsprogramm mit verhaltenstherap. Betreuung sind, ist durch Tapering oder Entgiftung das fetale Risiko einer schlechten Schwangerschaft nicht erhöht.	Evidenz-klasse AMSTAR 2 **Kritisch niedrige Qualität**

Referenz und Studientyp	Besondere Merkmale	Untersuchte Interventionen und Vergleichsinterventionen	Zielgrößen	Ergebnisse	Zusammenfassung	Evidenzklasse / Methodische Bemerkungen
Wang et al. 2018 Systematisches Review und Meta-Analyse	Schwangere Pat. mit Opioidabhängigkeit Inkludiert: 3 Kohortenstudien (235 Teilnehmer:innen) Studien bis 2017	Wirksamkeit und Sicherheit einer Entgiftung von Opioiden im Vergleich zu einer Opioid-Ersatztherapie (ORT) während der Schwangerschaft Methode zur Entgiftung: Methadon Methode zu ORT: Methadon oder Buprenorphin	- Schwangerschafts-komplikationen - Geburtskomplikationen - Ausprägung des neonatalen Entzugssyndroms	Mütterliche Entgiftung war verbunden mit einem erhöhten Rückfallrisiko Keine Behandlungsunterschiede bei den Raten von NAS, Tot- und Frühgeburten (PTB) Gemessene Outcomes: mütterliche Abstinenz zum Zeitpunkt der Entbindung, neonatales Abstinenzsyndrom (NAS), Totgeburten und Frühgeburten (PTB)	Erhöhtes Rückfallrisiko bei Entgiftungsbehandlungen im Vergleich zur ORT-Behandlung; die Entgiftung verändert jedoch nicht das Risiko von PTB oder NAS. ORT als empfohlene Erstbehandlung für schwangeren Frauen mit Opioidabhängigkeit, kontrollierte Entgiftung Ebenfalls eine potenziell attraktive Option langfristig abstinent zu werden.	Evidenzklasse AMSTAR 2 **Kritisch niedrige Qualität**

Primärdaten

Keine Studieneinschlüsse.

PICO 3, 4

Aggregierte Evidenz und Primärdaten

Keine Studieneinschlüsse.

.

PICO 5

Aggregierte Evidenz

Keine Studieneinschlüsse.

Primärdaten

N = 1 identifizierte Studie

Outcomes, zu denen keine Primärdaten gefunden wurden: Verurteilung wegen Delikten nach dem BtMG, Abstinenz von illegalen Opioiden, Psychische Gesundheit

Referenz Studientyp	Teilnehmer:innen (Anzahl und Charakteristika) insgesamt	Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Haupt-ergebnis	Evidenzgrad/ Bemerkung
Brinkley-Rubinstein et al. 2018 A randomized, open label trial of methadone continuation versus forced withdrawal in a combined US prison and jail: Findings at 12 months post-release	N = 179 Untersuchungszeitraum: 06/11 + 04/13 78.2% männlich, Alter Median: 32.6 Jahre, 39.7% ohne Highschool-Abschluss <u>Einschluss:</u> Inhaftierte Personen aus dem Rhode Island Department of Corrections (RIDOC) Haftdauer: mind. 1 Woche, max. 6 Monate bei Studienbeginn Zugang zu MMT vor Inhaftierung	Studienbeginn: N=223 Follow-Up nach 12 Monaten: N=179 (80.3% Beibehaltung) 44 Teilnehmende: kein Follow-Up, 4 davon starben an Überdosis	Methadonsubstitutionsbehandlung (MMT) für 365 Tage	Entzugsbehandlung von Methadon (schrittweiser Entzugsplan (z.B. Anfangsdosis von > 100 mg reduzieren um 5 mg pro Tag auf 100 mg und dann um 3 mg pro Tag auf 0 mg)	Überdosierungen, Substanzkonsum, Inanspruchnahme der Notaufnahme, Behandlungsbereitschaft in der Gemeinschaft, HIV-Risikoverhaltensweisen (injizierender	12 Monate nach Entlassung MMT-Gruppe - weniger Drogenkonsum in den letzten 30 Tagen - weniger tödliche Überdosierungen - häufiger in kontinuierlicher Behandlung	**Evidenzgrad** ROB 2 **Geringes Verzerrungs-risiko**

Spezifikation der Studie: RCT	**Pro Arm**					Drogenkonsum, Geschlechts-verkehr), Rechtliche Stellung	-> kontinuierlicher Zugang zu MMT hat bei Inhaftierten nachhaltige Wirkung nach der Entlassung	
	Anzahl der Patient:innen 128	Anzahl der Patient:innen 51						

PICO 6

Aggregierte Evidenz

Keine Studieneinschlüsse.

Primärdaten

Keine Studieneinschlüsse.

Schadensminimierung

PICO 1

Aggregierte Evidenz

N = 3 identifizierte Studien

Outcomes, zu denen keine aggregierte Evidenz gefunden wurde: keine

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Evidenz-klasse / Methodische Bemerkungen	Literaturbelege / eigeschlossene Publikationen
Platt et al. 2017 Needle and syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing HCV transmission among people who inject drugs: findings from a Cochrane Review	**Systematic Review & Meta-Analyse** Database: Medline, PsycInfo, Embase, Cochrane Drug and Alcohol Group Specialized Register, the Cochrane Database of Systematic Reviews, the Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness, Global Health, Cinahl (EBSCO Host), Web of Science, International HIV/AIDS Society, European	Gleichzeitige Opioidsubstitutions-therapie (OST) (innerhalb der letzten 6 Monate) und/oder Teilnahme an Nadel- und Spritzenprogrammen (NSP)	- HCV-Indizidenz bei Personen die Drogen konsumieren (PWID) - hohe NSP-Abdeckung: regelmäßige NSP-Teilnahme oder ≥ 100 % Abdeckung (Erhalt einer ausreichenden oder größeren Anzahl von Nadeln und Spritzen pro gemeldeter Injektionshäufigkeit) - Opioidsubstitutions-therapie (OST) (gemessen durch Selbstauskunft): Gebrauch von verschriebenem Methadon oder Buprenorphin innerhalb der letzten 6 Monate	1. Inkludierte Studien: 28 Studien (13 Nordamerika, 5 UK, 4 Europa, 5 Australien, 1 China) 2. Ergebnisse: - OST verringert das Risiko Hepatitis C zu bekommen um 50% (insb. in Kombination mit NSP) - Hohe NSP-Abdeckung in Europa: mit 56%-igen Verringerung des HCV-Erwerbs verbunden (nicht in Nordamerika) □ Kombinierte OST-NSP: 74%-ige Verringerung des HCV-Erwerbsrisikos	Evidenzklasse AMSTAR 2 **Moderate Qualität** Methodische Bemerkungen **1. N** = 6279 **2. Bias:** 2 Studien: moderate, 17: serious, 7: critical, 2: non-assessable risk of bias **3. Rando:** k.A. **4. Blinding:** k.A. **5. Follow-Up:** k.A.	Aitken et al. 2015 Bruneau et al. 2015 Craine et al. 2009 Crolls et al. 1997 Hagan et al. 1995 Hagan et al. 1999 Holzman et al. 1009 Hope et al. 2011 Hope et al. 2015 Judd et al. 2015

and meta-analysis	Association for the Study of Liver conference, International Symposium on Hepatitis Care in Substance Users, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, European Centre for Disease Control (Inception-03/17) <u>Einschluss:</u> - Studiendesign: observational (prospective and retrospective cohorts, cross-sectional surveys and case–control studies), experimental studies - Studien zur Exposition gegenüber einer Intervention im Vergleich zu keiner Intervention oder einer reduzierten Exposition und Auskunft über die HCV-Inzidenz als Outcome - Studien mit mind. 2 Serokonversionen - Studien, die die HCV-Inzidenz von				**6. Financing**: keine Interessenskonflikte	Lucidame et al. 2004 Maber et al. 2015 Mehta et al. 2015 Nolan et al. 2014 Page et al. 2015 Palmateer et al. 2014 Patrick et al. 2001 Rezza et al. 1996 Ruan et al. 2007 Roy et al. 2007 Spittal et al. 2012 Thiede et al. 2000 Thorpe et al. 2002 Tsui et al. 2014 Vallejo et al. 2015 Van Den Berg et al. 2007 Van Beek et al. 1998 White et al. 2014a White et al. 2014b

	PWID durch wiederholte Tests gemessen haben Ausschluss: - Studien, die die HCV-Inzidenz anhand von Selbstauskünften messen - Daten aus Gefängnissen					
Puzhko et al. 2022 Effectiveness of Interventions for Prevention of Common Infections Among Opioid Users: A Systematic Review of Systematic Reviews	**Systematic Review** Database: PubMed, Embase, PsycINFO, Cochrane Database of Systematic Reviews, Epistemonikos, Google Scholar (Inception-09/20) Einschluss: - Systematic Reviews (SR) zu Interventionen zur Reduzierung oder Verhinderung von Infektionsübertragung/ Erwerb bei Anwendern von pharmazeutischen oder nicht-pharmazeutischen Opioiden und die über die Wirksamkeit der Maßnahmen berichten	- Opioid-Substitutionstherapie (OST) - Nadel-/ Spritzenaustauschprogramme (NSP)	- Umfang der Interventionen zur Prävention von Infektionen bei Opioidkonsument:innen - Wirksamkeit von Interventionen zur Prävention von Infektionen bei Opioidkonsument:innen - OUAIs (Opioidkonsum-assoziierte Infektionen): Hepatitits C (HCV), HIV, andere - Identifizierung von Forschungsbedarf	1. Inkludierte Studien: 12 Systematic Reviews (SR) 2. Ergebnisse: - Hinweise auf Wirksamkeit der Opioid-Substitutionstherapie (OST) bei der Prävention von HIV bzw. HCV - vorläufige Belege für Wirksamkeit von Nadel-/Spritzenaustauschprogrammen (NSP) in der HIV-Prävention - ausreichende Belege für Wirksamkeit der Kombination von OST und NSP in der HCV-Prävention - keine ausreichende Evidenz auf SR-Ebene, um Wirksamkeit anderer Interventionen zur Prävention von OUAIs zu unterstützen oder zu verwerfen - Evidenz auf SR-Ebene unterstützt Einsatz von	Evidenzklasse AMSTAR 2 **Moderate Qualität** Methodische Bemerkungen **1. N** = k.A. **2. Bias:** Amstar2 durchgeführt: 4 SR: high quality, 5 SR: moderate quality, 2 SR low quality, 1 SR critially low 3. Rando: **4. Blinding:** k.A. **5. Follow-Up:** k.A. **6. Financing**: Canadian Institutes of Health Research	Bahji et al. 2020 Davis et al. 2017 Platt et al. 2017 Sawangkit et al. 2017 Aspinall et al. 2014 Underhill et al. 2014 Abdul-Quader et al. 2013 MacArthur et al. 2012 Sacks-Davis et al. 2012 Gowing et al. 2011 Hagan et al. 2011 Jones et al. 2010

	- SR gemäß PRISMA-Guidelines - SR in englischer oder französischer Sprache - Studien, bei denen Interventionen und deren Auswertung klar festgelegt sind Ausschluss: - SR, die nicht für den nordamerikanischen Kontext relevant waren (z.B. humanitäre Programme) - Conference Abstracts			OST, NSP und kombinierten Maßnahmen zur Reduzierung der HCV- und HIV-Übertragung bei Drogenabhängigen. - Forschungsbedarf: Prävention anderer OUAIs, auch bei Nicht-PWID-Populationen		
Palmateer et al. 2022 Interventions to prevent HIV and Hepatitis C among people who inject drugs: Latest evidence of effectiveness from a systematic review (2011 to 2020)	**Systematic Review** Database: Medline, CINAHL, The Cochrane Library, EMBASE, PsycINFO, Web of Science -> Aktualisierung Review of Review (2011) (01/11-05/20) Einschluss: - Systematic Reviews (SR), RCTs, non-randomised trials, prospective and retrospective cohort studies, case-control	- Opioidsubstitutions-behandlung (OAT) - Spritzenaustausch-programme (NSP) - Kombinationsbehandlung (OAT & NSP) - Psychosoziale Interventionen: Informationen, Psychoedukation, Beratung, Skills Training (IECS), Kontingenzmanagement, technologiebasierte psychosoziale Behandlung - Drogenkonsumräume	Effektivität von Schadensminimierung bei Drogenbehandlung - HCV- und HIV-Übertragung und damit zusammenhängende Maße des Infektionsrisikos (IRB und Injektionshäufigkeit [IF]) unter PWID	1. Inkludierte Studien: 13 Reviews 2. Ergebnisse: - Verbesserte Evidenzlage seit 2011: "ausreichend" für OAT (in Bezug auf alle Ergebnisse), NSP (zur Verringerung der HIV-Übertragung und IRB) und Kombination OAT/NSP (zur Verringerung der HCV-Übertragung); ausreichende Evidenz für OAT in Haft, psychosoziale Interventionen, apothekengestützte NSP und Bereitstellung von sterilem Zubehör für Zubereitung von	Evidenzklasse AMSTAR 2 **Niedrige Qualität** Methodische Bemerkungen **1. N** = k.A. **2. Bias:** AMSTAR2 durchgeführt: SR mit high/moderate Bewertung als core reviews, 9 Studien: moderate/high quality, 4 Studien: low, 14 Studien:	Aspinall et al. 2014 ECDC 2018 EMCDDA 2016 Gilchrichst et al. 2017 Hajarizadeh et al. 2020 Hedrich et al. 2012 Kennedy et al. 2017 Korowynk et al. 2019 Platt et al. 2017 Sacks-Davis et al. 2012 Sawangjit et al. 2016 WHO 2012

	studies, ecological studies, serial cross-sectional studies, cross-sectional studies - Study Population: People who inject drugs (PWID) <u>Ausschluss:</u> - Conference Abstracts Systematic reviews of qualitative studies, cost-effectiveness studies or mathematical modelling studies; narrative reviews; overviews of reviews, qualitative studies, cost-effectiveness studies, mathematical modelling studies; ecological studies			Medikamenten zur Verringerung der IRB - Belegte Wirksamkeit von OAT und NSP, sowohl allein als auch in Kombination, bei der Verringerung der IRB sowie der Übertragung von HCV und HIV. Für Maßnahmen wie heroingestützte, pharmakologische Behandlung der Stimulanzienabhängigkeit, Kontingenzmanagement, technologiegestützte Maßnahmen, Spritzen mit geringem Totraum und Drogenkonsumräume gibt es relativ wenige Belege für die Auswirkungen auf das HCV- oder HIV-Risiko.	critically low (-> exkludiert) **3. Rando:** k.A. **4. Blinding:** k.A. **5. Follow-Up:** k.A. **6. Financing**: European Monitoring Cen- tre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Public Health Scotland, Interessens-konflikte aufgeführt	Behrends et al. 2017 Booth 2016 Calvo et al. 2020 Chen et al. 2018 Cunningham et al. 2017 Fatseas et al. 2012 Folch et al. 2018 Go et al. 2015 Hammett et al. 2012 Handanagic et al. 2017 Islam 2017 Kennedy, Hayashi et al. 2019 Kim et al. 2015 Leyna et al. 2019 Mehrabi et al. 2020 Miller et al. 2018 Minoyan et al. 2020 Naserirad & Beulaygue 2020 Nazari et al. 2016 Patel et al. 2018

						Salek et al. 2017 Trickey et al. 2018 Welch-Lazoritz et al. 2017

Primärdaten

Keine Studieneinschlüsse.

PICO 2

Aggregierte Evidenz

N = 1 identifizierte Studie

Outcomes, zu denen keine aggregierte Evidenz gefunden wurde: keine

Publikation	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen / (ggf. Dosierung)	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse	Evidenz-klasse / Methodische Bemerkungen	Literaturbelege / eigeschlossene Publikationen
Levengood et al. 2021 Supervised Injection Facilities as Harm Reduction: A Systematic Review	**Systematic Review** Database: PubMed, Web of Science, ScienceDirect databases -> Replikation Systematic Review von Potier et al. (Inception-01/14) + Aktualisierung der Recherche (01/14-09/19) Einschluss: - Title & Abstract in englischer Sprache - Studien mit Thema SIF - Peer-reviewed Artikel	- SIF (supervised injection facilities) vs. Kontrollbedingung - Fokus: SIFs in Vancouver & Sydney	Wirksamkeit von SIF auf Gemeindeebene im Vergleich zu definierten Kontrollbedingungen bei der Verbesserung der Ergebnisse in den Bereichen: - Überdosis-bedingte Mortalität und Morbidität - Injektionsverhalten und Schadensbegrenzung - Zugang zu Suchtbehandlungsprogrammen - Kriminalität und öffentliches Ärgernis im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum?	1. Inkludierte Studien: 22 Studien 2. Ergebnisse: - SIF: sig. Verringerung der Morbidität und Mortalität durch Opioidüberdosierungen, Verbesserung des Injektionsverhaltens und Schadensminimierung, besserer Zugang zu Suchbehandlungsprogrammen, keine Zunahme der Kriminalität oder des öffentlichen Ärgernisses in der Nachbarschaft der Einrichtungen - Mehr Länder sollten SIFs fördern	Evidenzklasse AMSTAR 2 **Niedrige Qualität** **Methodische Bemerkungen** **1. N** = k.A. **2. Bias:** 8 Studien: good quality of execution, 14 Studien: fair quality of execution; hoher publication bias vermutet **3. Rando:** k.A. **4. Blinding:** k.A.	Marshall et al. 2011 Salmon et al. 2010 DeBeck et al. 2011 Kimber et al. 2008 Lloyd-Smith et al. 2010 Lloyd-Smith et al. 2009 Lloyd-Smith et al. 2008 Wood et al. 2007 Wood et al. 2006 Myer et al. 2017 Salmon et al. 2007

	- Quantitativ-gemessene Ergebnisse - Wirksamkeits-studien (SIF vs. Kontrollbedingung) <u>Ausschluss:</u> - k.A.				**5. Follow-Up:** k.A. **6. Financing**: keine Interessenskonflikte	Thein et al. 2005 Folch et al. 2018 Milloy et al. 2008 Madah-Amiri et al. 2019 Kerr et al. 2005 Bravo et al. 2008 Wood et al. 2005 Stoltz et al. 2007 Gaddis et al. 2017 Milloy et al. 2010 McKnight et al. 2007 Wood et al. 2006 Wood et al. 2004 Potier et al. 2014

Primärdaten

Keine Studieneinschlüsse.

PICO 3, 4, 5: Aggregierte Evidenz und Primärdaten

Keine Studieneinschlüsse..

Selbsthilfe

PICO 1

Aggregierte Evidenz

Keine Studieneinschlüsse.

Primärdaten

Keine Studieneinschlüsse.

Versorgungsfragen

PICO 1

Aggregierte Evidenz

Keine Studieneinschlüsse.

Primärdaten

Keine Studieneinschlüsse.

PICO 2

Aggregierte Evidenz

Keine Studieneinschlüsse.

Primärdaten

Keine Studieneinschlüsse.

PICO 3

Aggregierte Evidenz

Keine Studieneinschlüsse.

Primärdaten

Keine Studieneinschlüsse.

PICO 4

Aggregierte Evidenz

Keine Studieneinschlüsse.

Primärdaten

Keine Studieneinschlüsse.

GRADE-Profile

Keine Studieneinschlüsse und/ oder GRADE-Profilerstellung für folgende Kapitel:

- Diagnostik
- Therapieplanung
- Reha
- Selbsthilfe
- Versorgungsfragen

Opioid-Agonisten-Therapie

PICO 1

Summary of Findings: Lim et al. 2022, Moazen-Zadeh et al. 2021

Eine Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) verglichen mit keiner OAT bei opioidabhängigen Personen

Patient oder Population: opioidabhängigen Personen
Setting:
Intervention: eine Opioid-Agonisten-Therapie (OAT)
Vergleich: keiner OAT

Endpunkte	Erwartete absolute Effekte* (95% CI)		Relativer Effekt (95% CI)	№ der Teilnehmer (Studien)	Certainty of the evidence (GRADE)	Kommentare
	Risiko mit keiner OAT	Risiko mit eine Opioid-Agonisten-Therapie (OAT)				
Retention	In der Netzwerkanalyse wurden 73 Studien untersucht, davon am häufigsten Methadon versus Buprenorphin (32 Studien) und Naltrexon versus Kontrolle (21 Studien) und Buprenorphin versus Kontrolle (13 Studien). Verglichen mit der Kontrollgruppe war die Wahrscheinlichkeit für eine Behandlungsretention zum Studienende 2.62fach höher (95% CrI = 2.09–3.33) für Methadon, 2.52fach (95% CrI = 1.62–3.94) für retardiertes Morphin, 2.15fach (95% CrI = 1.76–2.69) für Buprenorphin und 1.54fach (95% CrI = 1.26–1.90) für Naltrexon			(73 RCTs)	⨁⨁◯◯ Niedrig[a,b]	Alle untersuchten pharmakologischen Interventionen in der Netzwerk Metaanalyse von Lim et al könnten einen größeren Effekt auf die Retention haben als keine pharmakologische Intervention.
Psychische Gesundheit	In der Netzwerkanalyse wurden für diesen Endpunkt 10 Studien mit den folgenden Substanzen untersucht: Hydromorphon, Diacetylmorphin, Methadon, retardiertes Morphin, Buprenorphin. Nur in 4 Studien wurde eine Kontrollgruppe untersucht (Warteliste oder Placebo), in diesen Studien wurde Buprenorphin (+/- Naloxon) verabreicht. Die standardisierte Mittelwertsdifferenz liegt für diesen Vergleich bei -0,6, für die übrigen Vergleiche zwischen -1,2 und -1,4, was einen großen Effekt bedeutet			1947 (10 RCTs)	⨁⨁◯◯ Niedrig[c,d]	Alle untersuchten pharmakologischen Interventionen der Netzwerk Metaanalyse von Moazen-Zadeh et al könnten einen größeren Effekt auf die psychische Gesundheit haben als keine pharmakologische Intervention (Warteliste, Placebo).
Körperliche Gesundheit - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Lebensqualität - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Substanzkonsum/drug use - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Mortalität - nicht gemessen	-	-	-	-	-	

Explanations

a. Einen Punkt für Bias abgezogen, da die Hälfte der Studien (38) keinen Hinweis auf Verzerrung liefern, die andere Hälfte (37) Zweifel bezüglich einer Verzerrung aufkommen lassen, nur 4 Studien haben ein hohes Risiko für eine Verzerrung
b. Einen Punkt für Heterogenität abgezogen, da die Studiendauer zwischen 2 Wochen und 1 Jahr lag, wenige Studien auch Menschen mit Heroinabhängigkeit einschlossen
c. Einen Punkt für Bias abgezogen, da alle bis auf eine Studie Zweifel bezüglich einer Verzerrung aufwiesen, oder ein hohes Risiko für Bias
d. Einen Punkt für unpräzise geschätzte Ergebnisse abgezogen, bei kleiner Fallzahl je Vergleic

PICO 2

Summary of Findings: Klimas et al. 2021, Lim et al. 2022, Moazen-Zadeh et al. 2021, Klimas et al. 2019, Hickman et al. 2018

Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) 1 verglichen mit OAT 2 bei opioidabhängigen Personen

Patient oder Population: opioidabhängigen Personen
Setting:
Intervention: Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) 1
Vergleich: OAT 2

Endpunkte	Erwartete absolute Effekte* (95% CI)		Relativer Effekt (95% CI)	№ der Teilnehmer (Studien)	Certainty of the evidence (GRADE)	Kommentare
	Risiko mit OAT 2	**Risiko mit Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) 1**				
Retention	In der Netzwerkanalyse wurden 73 Studien untersucht, davon am häufigsten Methadon versus Buprenorphin (32 Studien) und Naltrexon versus Kontrolle (21 Studien) und Buprenorphin versus Kontrolle (13 Studien).Verglichen mit der Kontrollgruppe war die Wahrscheinlichkeit für eine Behandlungsretention zum Studienende 2.62fach höher(95% CrI = 2.09–3.33) für Methadon, 2.52fach (95% CrI = 1.62–3.94) für langsama freigesetztes orales Morphin, 2.15fach (95% CrI = 1.76–2.69) für Buprenorphin und 1.54fach (95% CrI = 1.26–1.90) für Naltrexon			(73 RCTs)	⨁⨁◯◯ Niedrig[a,b]	Methadon ist wahrscheinlich Buprenorphin und Naltrexon überlegen, Buprenorphin ist wahrscheinlich Naltrexon überlegen. Die Evidenz bezüglich der Einordnung von retardierten Morphin ist sehr unsicher, da nur wenige Studien diese Substanz untersuchten, auch nur im direkten Vergleich mit Methadon. Die folgenden Substanzen wurden nicht untersucht: Levomethadon, Codein, Diamorphin und Dihydrocodein.
Retention Methadon (OAT 1) vs Buprenorphin (OAT 2)	**Moderat**		**RR 1.22** (1.06 bis 1.40)	(35 RCTs)	⨁⨁◯◯ Niedrig[a,b]	Effekte aus Netzwerkanalyse Lim et al (direkte und indirekte Evidenz, Zahl der Studien gibt die Anzahl der direkten Vergleiche an, die in die Analyse eingegangen sind). Methadon könnte in Bezug auf Retention besser sein als Buprenorphin. Dieses wird auch in einer weiteren Metaanalyse von Klimas 2021 für den Endpunkt Dauer der Retention bestätigt.
	543 pro 1.000	**662 pro 1.000** (576 bis 760)				
Retention Methadon (OAT1) vs Naltrexon (OAT2)	**Moderat**		**RR 1.69** (1.40 bis 1.64)	(1 RCT)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[b,c,d]	Effekte aus Netzwerkanalyse Lim et al (direkte und indirekte Evidenz, Zahl der Studien gibt die Anzahl der direkten Vergleiche an, die in die Analyse eingegangen sind). Methadon könnte bezüglich Retention besser wirksam sein als Naltrexon, aber die Evidenz ist sehr unsicher
	410 pro 1.000	**693 pro 1.000** (574 bis 672)				
	Moderat		**RR 1.04**	(4 RCTs)		Effekte aus Netzwerkanalyse Lim et al (direkte

Summary of Findings: Klimas et al. 2021, Lim et al. 2022, Moazen-Zadeh et al. 2021, Klimas et al. 2019, Hickman et al. 2018

Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) 1 verglichen mit OAT 2 bei opioidabhängigen Personen

Patient oder Population: opioidabhängigen Personen
Setting:
Intervention: Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) 1
Vergleich: OAT 2

Endpunkte	Erwartete absolute Effekte* (95% CI)		Relativer Effekt (95% CI)	№ der Teilnehmer (Studien)	Certainty of the evidence (GRADE)	Kommentare
	Risiko mit OAT 2	**Risiko mit Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) 1**				
Retention Methadon (OAT1) vs retardiertes Morphin (OAT 2)	776 pro 1.000	**807 pro 1.000** (551 bis 1.000)	(0.71 bis 1.52)		⨁◯◯◯ Sehr niedrig[a,b,e]	und indirekte Evidenz, Zahl der Studien gibt die Anzahl der direkten Vergleiche an, die in die Analyse eingegangen sind). Es ist unklar, ob Methadon oder retardiertes Morphin bezüglich Retention besser ist, die Evidenz ist sehr unsicher. Dieses wird auch in einer weiteren Metaanalyse von Klimas 2019 für den Endpunkt Retention bestätigt.
Retention Buprenorphine (OAT1) vs Naltrexon (OAT2)	**Moderat**					
	410 pro 1.000	**570 pro 1.000** (451 bis 738)	**RR 1.39** (1.10 bis 1.80)	(5 RCTs)	⨁⨁◯◯ Niedrig[a,b]	Effekte aus Netzwerkanalyse Lim et al (direkte und indirekte Evidenz, Zahl der Studien gibt die Anzahl der direkten Vergleiche an, die in die Analyse eingegangen sind). Buprenorphin könnte bezüglich Retention besser wirksam sein als Naltrexon
Psychische Gesundheit	In der Netzwerkanalyse wurden für diesen Endpunkt 10 Studien mit den folgenden Substanzen untersucht: Hydromorphon, Diacetylmorphin (DAM), Methadon, langsam freigesetztes orales Morphin, Buprenorphin. Nur in 4 Studien wurde eine Kontrollgruppe untersucht (Warteliste oder Placebo), in diesen Studien wurde Buprenorphin (+/- Naloxon) verabreicht. Die standardisierte Mittelwertsdifferenz liegt für diesen Vergleich bei -0,6, für die übrigen Vergleiche zwischen -1,2 und -1,4, was einen großen Effekt bedeutet			1947 (10 RCTs)	⨁⨁◯◯ Niedrig[f,g]	Diacetylmorphin könnte Methadon und dieses Buprenorphin (+/- Naloxon) in Bezug auf die mentale Gesundheit überlegen sein. Levomethadon, Codein und Dihydrocodein wurden in dieser Netzwerk-Metaanalyse nicht untersucht
Psychische Gesundheit Methadon (OAT1) vs Diacetylmorphin (OAT2)	-	SMD **0.233 SD höher** (0.131 höher bis 0.336 höher)	-	1474 (4 RCTs)	⨁⨁⨁◯ Moderat[f]	Diamorphin ist bezüglich der mentalen Gesundheit wahrscheinlich besser als Methadon
Psychische Gesundheit Methadon (OAT1) vs Buprenorphin (OAT2)	-	SMD **0.533 SD weniger** (1.188 weniger bis 0.081 höher)	-	40 (1 RCT)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[c,h]	Methadon könnte bezüglich mentaler Gesundheit besser wirksam sein als Buprenorphin, aber die Evidenz ist sehr unsicher

Summary of Findings: Klimas et al. 2021, Lim et al. 2022, Moazen-Zadeh et al. 2021, Klimas et al. 2019, Hickman et al. 2018

Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) 1 verglichen mit OAT 2 bei opioidabhängigen Personen

Patient oder Population: opioidabhängigen Personen
Setting:
Intervention: Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) 1
Vergleich: OAT 2

Endpunkte	Erwartete absolute Effekte* (95% CI)		Relativer Effekt (95% CI)	№ der Teilnehmer (Studien)	Certainty of the evidence (GRADE)	Kommentare
	Risiko mit OAT 2	Risiko mit Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) 1				
Psychische Gesundheit Methadon (OAT1) vs retardiertes Morphin (OAT2)	-	SMD **0.124 SD höher** (0.129 weniger bis 0.377 höher)	-	241 (1 RCT)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[c,h]	Retardiertes Morphin könnte bezüglich mentaler Gesundheit besser wirksam sein als Methadon, aber die Evidenz ist sehr unsicher. Klimas 2019 berichtet narrativ für eine weitere Studie einen potentiell positiven Effekt von retardiertem Morphin auf die mentale Gesundheit und für eine weitere Studie keine Evidenz für einen Unterschied zwischen Methadon und retardiertem Morphin.
Körperliche Gesundheit Methadon (OAT1) vs retardiertem Morphin (OAT2)	Klimas 2019 berichtet narrativ, dass in einer Studie retardiertes Morphin zu weniger körperlichen Beschwerden führte als Methadon, in einer weiteren Studie zeigten sich "gemischte Effekte"			310 (2 RCTs)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[f,h]	Es ist unklar, ob Methadon oder retardiertes Morphin in Bezug auf die körperliche Gesundheit besser ist, die Evidenz ist sehr unsicher
Körperliche Gesundheit -weitere Vergleiche - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Lebensqualität Methadon (OAT1) vs Diacetylmorphin (OAT2)	-	SMD **0.085 SD weniger** (0.428 weniger bis 0.257 höher)	-	147 (2 RCTs)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[f,h]	Es ist unklar, ob Methadon oder Diamorphin in Bezug auf die Lebensqualität besser ist, die Evidenz ist sehr unsicher
Lebensqualität Methadon (OAT1) vs retardiertem Morphin (OAT2)	-	SMD **0.35 SD höher** (0.178 weniger bis 0.878 höher)	-	56 (1 RCT)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[c,h]	Retardiertes Morphin könnte in Bezug auf die Lebensqualität besser wirksam sein als Methadon, aber die Evidenz ist sehr unsicher

Summary of Findings: Klimas et al. 2021, Lim et al. 2022, Moazen-Zadeh et al. 2021, Klimas et al. 2019, Hickman et al. 2018

Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) 1 verglichen mit OAT 2 bei opioidabhängigen Personen

Patient oder Population: opioidabhängigen Personen
Setting:
Intervention: Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) 1
Vergleich: OAT 2

Endpunkte	Erwartete absolute Effekte* (95% CI)		Relativer Effekt (95% CI)	№ der Teilnehmer (Studien)	Certainty of the evidence (GRADE)	Kommentare
	Risiko mit OAT 2	Risiko mit Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) 1				
Substanzkonsum/drug use Methadon (OAT1) vs retardiertes Morphin (OAT2)	207 pro 1.000	**215 pro 1.000** (135 bis 338)	**RR 1.04** (0.65 bis 1.63)	677 (3 RCTs)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[f,h]	Es ist unklar, ob Methadon oder retardiertes Morphin in Bezug auf den Substanzkonsum (Heroin, nachgewiesen im Urintest) besser ist, die Evidenz ist sehr unsicher. Klimas 2019 berichtet für insgesamt vier Studien auch unklare Effekte bezüglich Kokain Konsum und weiteren illegalen Substanzen (selbst berichtete Ergebnisse)
Substanzkonsum/drug use weitere Vergleiche - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Mortalität Methadone (OAT1) vs Buprenorphine (OAT2)	Es traten 587 Todesfälle während OAT oder innerhalb von 12 Monaten nach Therapieende auf, mit einer Mortalitätsrate von 1,93 Todesfällen auf 100 Personenjahre. Tod durch Überdosierung lag bei 0,53 auf 100 Personenjahre. Buprenorphin war mit einer geringeren Gesamtmortalität und Tod durch Überdosierung assoziiert.			11033 (1 Beobachtungsstudie)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[i]	Es ist unklar, ob Methadon oder Buprenorphin in Bezug auf die Mortalität besser ist, die Evidenz ist sehr unsicher

Explanations

a. Einen Punkt für Bias abgezogen, da ca. die Hälfte der Studien keinen Hinweis auf Verzerrung liefern, die andere Hälfte Zweifel bezüglich einer Verzerrung aufkommen lassen, nur sehr wenige Studien haben ein hohes Risiko für eine Verzerrung
b. Einen Punkt für Heterogenität abgezogen, da die Studiendauer zwischen 2 Wochen und 1 Jahr lag, wenige Studien auch Menschen mit Heroinabhängigkeit einschlossen
c. Einen Punkt für Bias abgezogen, da Studie nicht verblindet
d. einen Punkt für indirekte Evidenz abgezogen, da nur eine Studie diesen Vergleich direkt untersuchte
e. Einen Punkt für fehlende Genauigkeit abgezogen, da dieser Vergleich in nur wenigen Studien (4) direkt untersucht wurde, keine andere Substanz mit retardiertem Morphin verglichen wurde
f. Einen Punkt für Bias abgezogen, da alle bis auf eine Studie Zweifel bezüglich einer Verzerrung aufwiesen, oder ein hohes Risiko für Bias
g. Einen Punkt für unpräzise geschätzte Ergebnisse abgezogen, bei kleiner Fallzahl je Vergleich
h. Zwei Punkte für sehr unpräzise geschätzte Effekte abgezogen, bei sehr kleiner Fallzahl und Konfidenzintervall, das potentiellen Schaden und Nutzen der jeweiligen Intervention einschließt
i. Einen Punkt für verzerrte Ergebnisse abgezogen, da Behandlungsintervalle und nicht individuelle Patient*innen ausgewertet wurden. Es wurde seltener und kürzer Buprenorphin verabreicht

PICO 3

Summary of Findings: Lofwall et al. 2018, Lintzeris et al. 2021

Die Opioid-Agonisten-Therapie mit Buprenorphin als subkutane Injektion verglichen mit der Opioid-Agonisten-Therapie als Buprenorphin/Naloxon sublingual bei opioidabhängigen Personen

Patient oder Population: opioidabhängigen Personen
Setting:
Intervention: die Opioid-Agonisten-Therapie mit Buprenorphin als subkutane Injektion
Vergleich: der Opioid-Agonisten-Therapie als Buprenorphin/Naloxon sublingual

Endpunkte	Erwartete absolute Effekte* (95% CI)		Relativer Effekt (95% CI)	№ der Teilnehmer (Studien)	Certainty of the evidence (GRADE)	Kommentare
	Risiko mit der Opioid-Agonisten-Therapie als Buprenorphin/Naloxon sublingual	**Risiko mit die Opioid-Agonisten-Therapie mit Buprenorphin als subkutane Injektion**				
Retention	456 pro 1.000	**443 pro 1.000** (392 bis 502)	**RR 0.97** (0.86 bis 1.10)	547 (2 RCTs)	⨁⨁⨁◯ Moderat[a]	Die sublinguale Verabreichung von Buprenorphin /Naloxon und die subkutane Verabreichung von Buprenorphin führen wahrscheinlich zu einer ähnlichen Retention über die Studiendauer von 24 Wochen
psychische Gesundheit - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
körperliche Gesundheit - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Substanzkonsum	729 pro 1.000	**685 pro 1.000** (539 bis 860)	**RR 0.94** (0.74 bis 1.18)	119 (1 RCT)	⨁⨁◯◯ Niedrig[b,c]	Die sublinguale Verabreichung von Buprenorphin/Naloxon und die subkutane Verabreichung von Buprenorphin könnte zu einer ähnlichen Rate an Substanzkonsum über die Studiendauer von 24 Wochen führen, gemessen über Urintests und Befragung.
Nebenwirkungen	434 pro 1.000	**556 pro 1.000** (478 bis 651)	**RR 1.28** (1.10 bis 1.50)	547 (2 RCTs)	⨁⨁⨁◯ Moderat[a]	Die subkutane Verabreichung von Buprenorphin führt wahrscheinlich zu einer höheren Rate an Teilnehmenden, die mindestens eine unerwünschte Wirkung aufwiesen (überwiegend milde Reaktionen an Injektionsstelle in nicht-verblindeter Studie, eine ähnliche Rate in beiden Armen in verblindeter Studie). Die Anzahl an Personen mit mindestens einem schweren unerwünschten Ereignis lag in der sublingualen Gruppe bei 15, in der subkutanen bei 7, schwerwiegende nicht-tödliche bei 13 über 24 Wochen

Summary of Findings: Lofwall et al. 2018, Lintzeris et al. 2021

Die Opioid-Agonisten-Therapie mit Buprenorphin als subkutane Injektion verglichen mit der Opioid-Agonisten-Therapie als Buprenorphin/Naloxon sublingual bei opioidabhängigen Personen

Patient oder Population: opioidabhängigen Personen
Setting:
Intervention: die Opioid-Agonisten-Therapie mit Buprenorphin als subkutane Injektion
Vergleich: der Opioid-Agonisten-Therapie als Buprenorphin/Naloxon sublingual

Endpunkte	Erwartete absolute Effekte* (95% CI)		Relativer Effekt (95% CI)	№ der Teilnehmer (Studien)	Certainty of the evidence (GRADE)	Kommentare
	Risiko mit der Opioid-Agonisten-Therapie als Buprenorphin/Naloxon sublingual	**Risiko mit die Opioid-Agonisten-Therapie mit Buprenorphin als subkutane Injektion**				
Mortalität	1 Todesfall durch einen Autounfall trat während der 24-wöchigen Studiendauer in der subkutanen Gruppe auf			547 (2 RCTs)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[d]	Die Evidenz bezüglich der sublingualen Verabreichung von Buprenorphin /Naloxon versus der subkutanen Verabreichung von Buprenorphin für den Endpunkt Mortalität ist sehr unsicher, da nur 1 Todesfall auftrat.

Explanations

a. der Effekt (breites Konfidenzintervall) könnte sowohl zugunsten der Intervention als auch der Kontrolle liegen, 1 Punkt für unpräzise geschätztes Ergebnis abgezogen
b. Studie nicht verblindet, 1 Punkt für Bias abgezogen
c. nur 1 Studie eingeschlossen, der Effekt (breites Konfidenzintervall) könnte sowohl zugunsten der Intervention als auch der Kontrolle liegen, 1 Punkt für unpräzise geschätztes Ergebnis abgezogen
d. es trat insgesamt nur 1 Todesfall auf, 3 Punkte für extrem unpräzise geschätztes Ergebnis abgezogen

PICO 4: Keine Studieneinschlüsse und/ oder GRADE-Profilerstellung.

Entzug

PICO 1, 2, 4, 5: Keine Studieneinschlüsse und/ oder GRADE-Profilerstellung.

PICO 3

Summary of Findings: Gorodetzky et al. 2017

Entzugsbehandlung (stationär, ambulant oder tagesklinisch) von illegalen Opioiden oder dem OAT-Medikament mit einer Ko-Medikation (mit Neuroleptika, Clonidine, Lofexidine, Benzodiazepinen, Antidepressiva) verglichen mit Entzugsbehandlung (stationär, ambulant oder tagesklinisch) ohne Ko-Medikation bei opioidabhängigen Personen

Patient oder Population: opioidabhängigen Personen
Setting:
Intervention: Entzugsbehandlung (stationär, ambulant oder tagesklinisch) von illegalen Opioiden oder dem OAT-Medikament mit einer Ko-Medikation (mit Neuroleptika, Clonidine, Lofexidine, Benzodiazepinen, Antidepressiva)
Vergleich: Entzugsbehandlung (stationär, ambulant oder tagesklinisch) ohne Ko-Medikation

Endpunkte	**Erwartete absolute Effekte*** (95% CI)		Relativer Effekt (95% CI)	№ der Teilnehmer (Studien)	Certainty of the evidence (GRADE)	Kommentare
	Risiko mit Entzugsbehandlung (stationär, ambulant oder tagesklinisch) ohne Ko-Medikation	**Risiko mit Entzugsbehandlung (stationär, ambulant oder tagesklinisch) von illegalen Opioiden oder dem OAT-Medikament mit einer Ko-Medikation (mit Neuroleptika, Clonidine, Lofexidine, Benzodiazepinen, Antidepressiva)**				
Rückfall in Substanzkonsum - nicht gemessen						
OAT-Medikamentenfreiheit - nicht gemessen	-	-	-	-	-	In der Studie wurde nur Lofexidine untersucht.
Retention (Verbleib in Entzugsbehandlung) gemessen am Tag 8 als Verbleib in der Studie	269 pro 1.000	**374 pro 1.000** (261 bis 533)	**RR 1.39** (0.97 bis 1.98)	264 (1 RCT)	⨁⨁⨁◯ Moderat[a]	In der Studie wurde nur Lofexidine untersucht. Lofexidine führt wahrscheinlich zu einer höheren Retention im Vergleich zu Placebo
Psychische Gesundheit - nicht gemessen	-	-	-	-	-	In der Studie wurde nur Lofexidine untersucht.
Lebensqualität - nicht gemessen	-	-	-	-	-	In der Studie wurde nur Lofexidine untersucht.
Craving - nicht gemessen	-	-	-	-	-	In der Studie wurde nur Lofexidine untersucht.

Explanations

a. 1 Punkt für fehlende Präzision abgezogen: das Konfidenzintervall reicht von einem kleinen Nachteil bis zu einem deutlichen Vorteil, bei insgesamt kleiner Anzahl an untersuchten Teilnehmenden

Rückfallprophylaxe

PICO 1, 2, 3.1, 3.2, 3.4, 3.7, 3.8: Keine Studieneinschlüsse und/ oder GRADE-Profilerstellung.

PICO 3.3

Summary of Findings: Hartung et al. 2022

Eine stationäre Entzugsbehandlung des illegalen Opioidkonsums verglichen mit einer ambulanten Entzugsbehandlung des illegalen Opioidkonsums bei opioidabhängigen Personen mit illegalem Opioidkonsum

Patient oder Population: opioidabhängigen Personen mit illegalem Opioidkonsum
Setting:
Intervention: eine stationäre Entzugsbehandlung des illegalen Opioidkonsums
Vergleich: einer ambulanten Entzugsbehandlung des illegalen Opioidkonsums

Endpunkte	Erwartete absolute Effekte* (95% CI)		Relativer Effekt (95% CI)	№ der Teilnehmer (Studien)	Certainty of the evidence (GRADE)	Kommentare
	Risiko mit einer ambulanten Entzugsbehandlung des illegalen Opioidkonsums	**Risiko mit eine stationäre Entzugsbehandlung des illegalen Opioidkonsums**				
Mortalität - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Lebensqualität - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Morbidität - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Abstinenz/Teilabstinenz - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Retention 6 Monate	Prozentual sind in der ambulaten Gruppe nach 6 Monaten 45,4% in Retention, in der stationären Gruppe 42,4%. Die Autore*innen berichten aber, dass ein Vorteil zugunsten der stationären Behandlung vorliegt (adjustierstes OR 1.71 (1.32–2.21); Kriterien für Adjustierung nicht benannt			1913 (1 Beobachtungsstudie)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[a,b]	Es ist unklar, ob die ambulante oder stationäre Behandlung zu mehr Retentionen zum Zeitpunkt 6 Monate führt
Retention 12 Monate	Prozentual sind in der ambulaten Gruppe nach 12 Monaten 31% in Retention, in der stationären Gruppe 21,1%. Die Autor*innen berichten einen Effektschätzer zugunsten der stationären Behandlung (nicht signifikant) (adjustierstes OR 1.12 (0.83–1.52); Kriterien für Adjustierung nicht benannt)			1913 (1 Beobachtungsstudie)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[a,b]	Es ist unklar, ob die ambulante oder stationäre Behandlung zu mehr Retentionen zum Zeitpunkt 12 Monate führt

Explanations

a. 1 Punkt für Bias abgezogen, da Zuteilung zu stationärer oder ambulanter Behandlung nicht kontrolliert ausgewertet wurde und ggf. mit der Krankheitsschwere oder andern Einflussfaktoren zusammenhängen könnte
b. 1 Punkt für fehlende Genauigkeit abgezogen, da nur von 1913 Teilnehmenden von 3293 Teilnehmenden insgesamt Daten für 1 Jahr vorliegen. Prozentual sind mehr Daten von ambulanten Teilnehmenden vorhanden

PICO 3.5

Summary of Findings: Rice et al. 2020, Marsden et al. 2019

Psychotherapie verglichen mit keiner Psychotherapie bei opioidabhängigen Personen mit illegalem Opioidkonsum

Patient oder Population: opioidabhängigen Personen mit illegalem Opioidkonsum
Setting:
Intervention: Psychotherapie
Vergleich: keiner Psychotherapie

Endpunkte	Erwartete absolute Effekte* (95% CI)		Relativer Effekt (95% CI)	№ der Teilnehmer (Studien)	Certainty of the evidence (GRADE)	Kommentare
	Risiko mit keiner Psychotherapie	Risiko mit Psychotherapie				
Mortalität - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Lebensqualität - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Morbidität (psychische Gesundheit)	Die meisten der 6 eingeschlossenen Studien untersuchten alleinige Opioid-Agonisten-Therapie oder zusätzlich mit Beratung versus kognitiver Verhaltenstherapie. Die Studien waren klein (ca. 14-240 Teilnehmende). Der Beobachtungszeitraum schwankte zwischen 10 und 52 Wochen, die meisten Studien untersuchten nach 12 oder 24 Wochen. Gemessen wurde mit BDI, Hamilton Rating Scale for Depression, Center for Epidemiological Studies Depression Scale oder Addiction Severity Index – Mental Health Score . In den meisten Einzelstudien zeigte sich keine Evidenz für Unterschied (nur P-Wert berichtet)			471 (6 RCTs)	⨁⨁◯◯ Niedrig[a,b]	Psychotherapie im Vergleich zu Standardbehandlung (Opioid-Agonisten-Therapie) oder Beratung und Opioid-Agonisten-Therapie könnte keinen oder einen sehr kleinen Effekt auf die mentale Gesundheit haben
Abstinenz/Teilabstinenz	Die meisten der 10 eingeschlossenen Studien untersuchten alleinige Opioid-Agonisten-Therapie oder zusätzlich mit Beratung versus kognitiver Verhaltenstherapie. Die Studien waren klein (ca. 20-291 Teilnehmende). der Beobachtungszeitraum schwankte zwischen 4 und 52 Wochen, die meisten Studien untersuchten nach 12 oder 24 Wochen. Gemessen wurde als Urinanalyse. In den meisten Einzelstudien zeigte sich keine Evidenz für Unterschied (nur P-Wert)			953 (10 RCTs)	⨁⨁◯◯ Niedrig[a,b]	Psychotherapie im Vergleich zu Standardbehandlung (Opioid-Agonisten-Therapie) oder Beratung und Opioid-Agonisten-Therapie könnte keinen oder einen sehr kleinen Effekt auf die Opioidabstinenz haben
Retention	Die meisten der 15 eingeschlossenen Studien untersuchten alleinige Opioid-Agonisten-Therapie oder zusätzlich mit Beratung versus kognitiver Verhaltenstherapie. Die Studien waren klein (ca. 36-291 Teilnehmende). der Beobachtungszeitraum schwankte zwischen 4 und 52 Wochen, die meisten Studien untersuchten nach 12 oder 24 Wochen. In der Netzwerkmetaanalyse zeigte sich, dass kognitive Verhalltenstherapie besser als alleinige Opioid-Agonisten-Therapie sein könnte, insbesondere, wenn sie mit Kontigenzmanagement kombiniert wird			1594 (15 RCTs)	⨁⨁◯◯ Niedrig[a,b]	Psychotherapie im Vergleich zu Standardbehandlung (Opioid-Agonisten-Therapie) oder Beratung und Opioid-Agonisten-Therapie einen positiven Effekt auf die Retention haben, insbesondere in Kombination mit Kontingenzmanagment

Explanations

a. 1 Punkt für Studiendesign/Risk of Bias abgezogen: Studien nicht verblindet, Allocation concealment oft unklar
b. . 1 Punkt für Heterogenität abgezogen, da Beobachtungszeitraum und Art der Messung des Endpunktes sehr unterschiedlich waren

PICO 3.6

Summary of Findings: Rice et al. 2020

Begleitende psychosoziale Betreuung verglichen mit keiner psychosozialen Betreuung bei opioidabhängigen Personen mit illegalem Opioidkonsum

Patient oder Population: opioidabhängigen Personen mit illegalem Opioidkonsum
Setting:
Intervention: begleitende psychosoziale Betreuung
Vergleich: keiner psychosozialen Betreuung

Endpunkte	Erwartete absolute Effekte* (95% CI)		Relativer Effekt (95% CI)	№ der Teilnehmer (Studien)	Certainty of the evidence (GRADE)	Kommentare
	Risiko mit keiner psychosozialen Betreuung	**Risiko mit begleitende psychosoziale Betreuung**				
Mortalität - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Lebensqualität	Die eine Studie aus der Netzwerkmetaanalyse untersuchte alleinige Opioid-Agonisten-Therapie mit Beratung und Edukation versus motivierendem Interview, die Studie von Marsden untersuchte alleinige Opioid-Agonisten-Therapie versus Opioid-Agonisten-Therapie mit zusätzlicher psychosozialen Betreuung bei therapieresistenten Personen. Der Beobachtungszeitraum schwankte zwischen 18 und 52 Wochen			728 (2 RCTs)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[a,b,c]	Begleitende psychosoziale Betreuung könnte einen kleinen Effekt auf die Lebensqualität haben, insbesondere in der Population mit therapieresistenten Personen, die Evidenz ist sehr unsicher
Morbidität (psychische Gesundheit)	Die 6 Studien aus der Netzwerkmetaanalyse untersuchten alleinige Opioid-Agonisten-Therapie oder zusätzlich mit Beratung versus Kontingenzmanagement, Edukation, motivierendem Interview oder dem Ansatz zur Stärkung der Gemeinschaft. Die Studien waren klein (ca. 23-157 Teilnehmende). Der Beobachtungszeitraum schwankte zwischen 12 und 26 Wochen. In den meisten Einzelstudien zeigte sich keine Evidenz für Unterschied (nur P-Wert)			366 (6 RCTs)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[a,b,c]	Begleitende psychosoziale Betreuung könnte einen kleinen bis keinen Effekt auf die psychische Gesundheit haben, die Evidenz ist sehr unsicher
Abstinenz/Teilabstinenz	Die 20 Studien aus der Netzwerkmetaanalyse untersuchten alleinige Opioid-Agonisten-Therapie oder zusätzlich mit Beratung versus Kontingenzmanagement, Edukation, motivierendem Interview oder dem Ansatz zur Stärkung der Gemeinschaft. Die Studien waren klein (ca. 40-319Teilnehmende). Der Beobachtungszeitraum schwankte zwischen 8 und 52 Wochen, die meisten Studien untersuchten nach 12 oder 24 Wochen. Gemessen wurde als Urinanalyse. In vielen Einzelstudien zeigte sich keine Evidenz für Unterschied (nur P-Wert), für die Einzelstudien, in denen Kontingenzmanagment untersuchte wurde zeigte sich oft ein Effekt zugunsten der Intervention.			2197 (20 RCTs)	⨁⨁◯◯ Niedrig[a,b]	Begleitende psychosoziale Betreuung könnte im Vergleich zu Standardbehandlung (Opioid-Agonisten-Therapie) oder Beratung und Opioid-Agonisten-Therapie einen positiven Effekt auf die Abstinenz haben, insbesondere das Kontingenzmanagement
Retention	Die 26 Studien aus der Netzwerkmetaanalyse untersuchten alleinige Opioid-Agonisten-Therapie oder zusätzlich mit Beratung versus Kontingenzmanagement, Edukation, motivierendem Interview oder dem Ansatz zur Stärkung der Gemeinschaft. Die Studien waren klein (ca. 40-335 Teilnehmende). Die Studie von Marsden untersuchte alleinige Opioid-Agonisten-Therapie versus Opioid-Agonisten-Therapie mit zusätzlicher psychosozialen Betreuung bei therapieresistenten Personen. Der Beobachtungszeitraum schwankte zwischen 8 und 52 Wochen, die meisten Studien untersuchten nach 12 oder 24 Wochen.			3309 (27 RCTs)	⨁⨁◯◯ Niedrig[a,b]	Begleitende psychosoziale Betreuung könnte im Vergleich zu Standardbehandlung (Opioid-Agonisten-Therapie) oder Beratung und Opioid-Agonisten-Therapie einen positiven Effekt auf die Retention haben, insbesondere das Kontingenzmanagement

a. 1 Punkt für Studiendesign/Risk of Bias abgezogen: Studien nicht verblindet, Allocation concealment unklar

b. . 1 Punkt für Heterogenität abgezogen, da Patientenpopulationen, Interventionen und Beobachtungszeitraum sehr unterschiedlich waren
c. 1 Punkt für unpräzise geschätzte Effekte abgezogen

Psychotherapie

PICO 1

Summary of Findings: Gregory & Ellis 2020, Rezaie et al. 2021

Kognitive Verhaltenstherapie verglichen mit reinen ärztlichen Gesprächen, Kurzintervention oder ohne psychotherapeutische Begleitbehandlung bei opioidabhängigen Personen in Opioid-Agonisten-Therapie

Patient oder Population: opioidabhängigen Personen in Opioid-Agonisten-Therapie
Setting:
Intervention: kognitive Verhaltenstherapie
Vergleich: reinen ärztlichen Gesprächen, Kurzintervention oder ohne psychotherapeutische Begleitbehandlung

Endpunkte	Erwartete absolute Effekte* (95% CI)		Relativer Effekt (95% CI)	№ der Teilnehmer (Studien)	Certainty of the evidence (GRADE)	Kommentare
	Risiko mit reinen ärztlichen Gesprächen, Kurzintervention oder ohne psychotherapeutische Begleitbehandlung	**Risiko mit kognitive Verhaltenstherapie**				
Komorbidität (Depression gemessen mit Beck Depression Inventory (BDI-II))	Der Mean komorbidität (Depression gemessen mit Beck Depression Inventory (BDI-II)) was **11.74**	mean **3.02 weniger** (5 weniger bis 1.04 weniger)	-	50 (1 RCT)	⨁⨁◯◯ Niedrig[a,b]	Kognitive Verhaltenstherapie könnte Depressionen reduzieren, sowohl direkt nach Therapieende gemessen, als auch im Verlauf nach 3 Monaten.
Lebensqualität - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Beigebrauch		hedges'g **0.22 höher** (0.12 weniger bis 0.56 höher)	-	331 (4 RCTs)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[c,d,e]	Kognitive Verhaltenstherapie könnte leicht den Beigebrauch reduzieren, aber die Evidenz ist sehr unsicher. Auch ist die Evidenz sehr unsicher, ob sich dieser Effekt insbesondere auf die nicht-individuelle kognitive Verhaltenstherapie bezieht.
Abstinenz - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Nebenwirkungen - nicht gemessen	-	-	-	-	-	

Explanations

a. 1 Punkt für Bias abgezogen: Studie nicht verblindet, Endpunkterhebung bei subjektiven Endpunkten nicht verblindet möglich
b. 1 Punkt für unpräzise geschätzte Ergebnisse abgezogen für kleine Fallzahl insgesamt
c. 1 Punkt für Bias abgezogen: Studien nicht verblindet, bzw. keine Aussage zum Endpunkterhebenden, nicht immer Intention-to-treat ausgewertet, Studie vorzeitig beendet
d. 1 Punkt für Heterogenität abgezogen, die ggf. durch Subgruppenunterschiede erklärbar ist (individuelle kognitive Verhaltenstherapie versus nicht-individuelle kognitive Verhaltenstherapie), Messzeitpunkte nicht benannt, ggf. unterschiedlich in einzelnen Studien; Test für statistische Heterogenität moderat (I2 53%)
e. 1 Punkt für unpräzise geschätzte Ergebnisse abgezogen für kleine Fallzahl insgesamt, das Konfidenzintervall schließt sowohl potentiellen Benefit als auch potentiellen Schaden ein

PICO 2: Keine Studieneinschlüsse und/ oder GRADE-Profilerstellung.

Psychosoziale Betreuung

PICO 1

Summary of Findings: Marsden et al. 2019

Begleitende psychosoziale Betreuung verglichen mit keiner psychosozialen Betreuung bei bei opioidabhängigen Personen in einer Opioid-Agonisten-Therapie

Patient oder Population: bei opioidabhängigen Personen in einer Opioid-Agonisten-Therapie
Setting:
Intervention: begleitende psychosoziale Betreuung
Vergleich: keiner psychosozialen Betreuung

Endpunkte	Erwartete absolute Effekte* (95% CI)		Relativer Effekt (95% CI)	№ der Teilnehmer (Studien)	Certainty of the evidence (GRADE)	Kommentare
	Risiko mit keiner psychosozialen Betreuung	**Risiko mit begleitende psychosoziale Betreuung**				
Retention	"We noted no between-group difference in retention in either unadjusted (χ² 1·20; p=0·270; figure 2D) or adjusted analyses (0·26; p=0·610)"			273 (1 RCT)	⨁⨁◯◯ Niedrig[a,b]	Begleitende psychosoziale Betreuung könnte keinen oder nur einen kleinen Effekt auf die Retention haben
Stable Housing - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Employment (gemessen als work and social adjustment)	Der Mean employment (gemessen als work and social adjustment) was **19.19**	MD **3.42 weniger** (0.52 weniger bis 6.32 weniger)	-	273 (1 RCT)	⨁⨁◯◯ Niedrig[a,b]	Begleitende psychosoziale Betreuung könnte work and social adjustment verbessern
Psychische Gesundheit (PHQ-9)	Der Mean psychische Gesundheit (PHQ-9) was **12.34**	**1.33 weniger** (0.36 höher bis 3.01 weniger)	-	273 (1 RCT)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[a,c]	Begleitende psychosoziale Betreuung könnte einen kleinen bis keinen Effekt auf die psychische Gesundheit (PHQ-9) haben, aber die Evidenz ist sehr unsicher
Psychische Gesundheit (GAD-7)	Der Mean psychische Gesundheit (GAD-7) was **10.03**	**1.15 weniger** (0.26 höher bis 2.56 weniger)	-	273 (1 RCT)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[a,c]	Begleitende psychosoziale Betreuung könnte einen kleinen bis keinen Effekt auf die psychische Gesundheit (GAD-7) haben, aber die Evidenz ist sehr unsicher
Domestic violence - nicht gemessen	-	-	-	-	-	

Summary of Findings: Marsden et al. 2019

Begleitende psychosoziale Betreuung verglichen mit keiner psychosozialen Betreuung bei bei opioidabhängigen Personen in einer Opioid-Agonisten-Therapie

Patient oder Population: bei opioidabhängigen Personen in einer Opioid-Agonisten-Therapie
Setting:
Intervention: begleitende psychosoziale Betreuung
Vergleich: keiner psychosozialen Betreuung

Endpunkte	Erwartete absolute Effekte* (95% CI)		Relativer Effekt (95% CI)	№ der Teilnehmer (Studien)	Certainty of the evidence (GRADE)	Kommentare
	Risiko mit keiner psychosozialen Betreuung	**Risiko mit begleitende psychosoziale Betreuung**				
Criminal activity	"The proportions of patients reporting criminal activity or absence from work were also similar between groups"Die Werte sind mit im Mittel 60 (SD 102) kriminellen Aktivitäten bei 22.1% der Studienteilnehmenden mit psychosozialer Betreuung bzw. im Mittel 59.1 (SD 59.0) bei 18.3% der Studienteilnehmenden mit usual care angegeben (complete case analysis)			199 (1 RCT)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[a,c,d]	Begleitende psychosoziale Betreuung könnte keinen Effekt auf die kriminelle Aktivität (Anzahl der Straftaten) haben, die Evidenz ist sehr unsicher

Explanations

a. von den insgesamt 283 Teilnehmenden waren 233 opioidabhängig (85%), 190 kokainabhängig (70%), es wurde deshalb ein Punkt für indirekte Evidenz abgezogen
b. insgesamt nur eine Studie mit wenig Teilnehmenden, unpräzise geschätzter Effekt
c. insgesamt nur eine Studie mit wenig Teilnehmenden, unpräzise geschätzter Effekt, der von potentiellem Vorteil bis Nachteil reicht
d. es wurde eine complete case Analyse durchgeführt, daher wurde ein Punkt für Bias abge

Körperliche Komorbiditäten

PICO 1

Summary of Findings: McNamera et al. 2021

Opioid-Agonisten-Therapie verglichen mit keiner Opioid-Agonisten-Therapie bei opioidabhängigen Personen mit infektiöser Endokarditis

Patient oder Population: opioidabhängigen Personen mit infektiöser Endokarditis
Setting:
Intervention: Opioid-Agonisten-Therapie
Vergleich: keiner Opioid-Agonisten-Therapie

Endpunkte	Erwartete absolute Effekte* (95% CI)		Relativer Effekt (95% CI)	№ der Teilnehmer (Studien)	Certainty of the evidence (GRADE)	Kommentare
	Risiko mit keiner Opioid-Agonisten-Therapie	**Risiko mit Opioid-Agonisten-Therapie**				
Therapieerfolg der somatischen Erkrankung (antimicrobial completion)	1.000 pro 1.000	**880 pro 1.000** (730 bis 1.000)	**RR 0.88** (0.73 bis 1.05)	26 (1 Beobachtungsstudie)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[a,b]	Die Opioid-Agonisten-Therapie könnte im Vergleich zu keiner Opioid-Agonisten-Therapie zu keinem Unterschied in Bezug auf den Therapieerfolg der somatischen Erkrankung führen (gemessen als antimicrobial completion), aber die Evidenz ist sehr unsicher
Symptomreduktion der somatischen Erkrankung - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Körperliche Gesundheit - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Nebenwirkungen - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Interaktionspotential mit anderen Medikamenten körperlicher Erkrankung - nicht gemessen	-	-	-	-	-	

Explanations

a. Teilnehmende der Kontrollgruppe erhielten im Verlauf der Krankenhausbehandlung auch eine Opioid-Agonisten-Therapie, 1 Punkt für Bias abgezogen
b. Sehr wenig Teilnehmende (26), 3 Punkte für extrem unpräzise geschätztes Ergebnis abgezogen

Summary of Findings: McNamara et al. 2021

Opioid-Agonisten-Therapie verglichen mit keiner Opioid-Agonisten-Therapie bei opioidabhängigen Personen mit HCV

Patient oder Population: opioidabhängigen Personen mit HCV
Setting:
Intervention: Opioid-Agonisten-Therapie
Vergleich: keiner Opioid-Agonisten-Therapie

Endpunkte	Erwartete absolute Effekte* (95% CI)		Relativer Effekt (95% CI)	№ der Teilnehmer (Studien)	Certainty of the evidence (GRADE)	Kommentare
	Risiko mit keiner Opioid-Agonisten-Therapie	**Risiko mit Opioid-Agonisten-Therapie**				
Therapieerfolg der somatischen Erkrankung (HCV sustained virologic response)	**Moderat** 600 pro 1.000	**876 pro 1.000** (660 bis 1.000)	**RR 1.46** (1.10 bis 1.93)	100 (1 Beobachtungsstudie)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[a]	Die Opioid-Agonisten-Therapie könnte im Vergleich zu keiner Opioid-Agonisten-Therapie zu einem Therapieerfolg der HCV-Therapie nach 3 Monaten führen (gemessen als HCV sustained virologic response), aber die Evidenz ist sehr unsicher
Symptomreduktion der somatischen Erkrankung - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Körperliche Gesundheit - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Nebenwirkungen - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Interaktionspotential mit anderen Medikamenten körperlicher Erkrankung - nicht gemessen	-	-	-	-	-	

Explanations

a. Die Anzahl der Teilnehmenden insgesamt ist klein (100), es bleibt unklar, wie viele Teilnehmende je Arm untersucht wurden, 1 Punkt für unpräzise geschätzte Effekte abgezogen

Summary of Findings: McNamara et al. 2021

Opioid-Agonisten-Therapie verglichen mit keiner Opioid-Agonisten-Therapie bei opioidabhängigen Personen mit HIV

Patient oder Population: opioidabhängigen Personen mit HIV
Setting:
Intervention: Opioid-Agonisten-Therapie
Vergleich: keiner Opioid-Agonisten-Therapie

Endpunkte	Erwartete absolute Effekte* (95% CI)		Relativer Effekt (95% CI)	№ der Teilnehmer (Studien)	Certainty of the evidence (GRADE)	Kommentare
	Risiko mit keiner Opioid-Agonisten-Therapie	**Risiko mit Opioid-Agonisten-Therapie**				
Therapieerfolg der somatischen Erkrankung (viral suppression)	**Moderat**					
	370 pro 1.000	**563 pro 1.000** (525 bis 601)	**OR 2.19** (1.88 bis 2.56)	1105 (5 Beobachtungsstudien)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[a]	Die Opioid-Agonisten-Therapie könnte im Vergleich zu keiner Opioid-Agonisten-Therapie zu einem Therapieerfolg der HIV-Therapie nach 6 Monaten führen (gemessen als viral suppression), aber die Evidenz ist sehr unsicher.
Therapieerfolg der somatischen Erkrankung (antiretroviral treatment (ART) adherence)	**Moderat**					
	220 pro 1.000	**343 pro 1.000** (184 bis 546)	**OR 1.85** (0.80 bis 4.26)	751 (2 Beobachtungsstudien)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[b]	Die Opioid-Agonisten-Therapie könnte im Vergleich zu keiner Opioid-Agonisten-Therapie zu einem Therapieerfolg der HIV-Therapie nach 30 Tagen bzw. 6 Monaten führen (gemessen als antiretroviral treatment (ART) adherence), aber die Evidenz ist sehr unsicher.
Symptomreduktion der somatischen Erkrankung - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Körperliche Gesundheit - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Nebenwirkungen - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Interaktionspotential mit anderen Medikamenten körperlicher Erkrankung - nicht gemessen	-	-	-	-	-	

Explanations

a. Der Endpunkt wurde unterschiedlich erhoben (HIV-1 ribonucleic acid (RNA) <50 copies/mL; viral load values of <400 copies/mL), 1 Punkt für Heterogenität abgezogen
b. Der Endpunkt wurde zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben (nach 30 Tagen bzw. 6 Monaten und unterschiedliche gemessen, 1 Punkt für Heterogenität abgezogen

Psychische Komorbiditäten

PICO 1

Summary of Findings (Hassan et al. 2017 | DOI: 10.1111/ajad.12581)

Anxiolytika verglichen mit keiner Behandlung/Placebo bei opioidbezogenen Störungen und psychischer Komorbidität

Patient oder Population: opioidbezogenen Störungen und psychischer Komorbidität
Setting:
Intervention: Anxiolytika
Vergleich: keiner Behandlung/Placebo

Endpunkte	Erwartete absolute Effekte* (95% CI)		Relativer Effekt (95% CI)	№ der Teilnehmer (Studien)	Certainty of the evidence (GRADE)	Kommentare
	Risiko mit keiner Behandlung/Placebo	Risiko mit Anxiolytika				
Verbesserung Komorbidität	In 2 Studien wurde Doxepin verabreicht, die Ängstlichkeit nimmt in den beiden untersuchten Studien ab, es werden signifikante Vorteile in jeder Einzelstudie berichtet (einmal generell als Nervosität gemessen, einmal mittels der POMS Skala) in der dritten Studie wurde Buspiron verabreicht, hier wurde keine Evidenz für einen Unterschied gesehen			104 (3 RCTs)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[a]	Anxiolytika könnten einen Vorteil hinsichtlich der Verbesserung der Komorbidität (Ängstlichkeit) haben (insbesondere Doxepin), aber die Evidenz ist sehr unsicher
Verbesserung Konsummuster - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Nebenwirkungen - nicht gemessen	-	-	-	-	-	

Explanations

a. 3 Punkte abgezogen für extrem unpräzise geschätztes Ergebnis bei sehr kleiner Fallzahl

Summary of Findings (Hassan et al. 2017 | DOI: 10.1111/ajad.12581)

Psychotherapie verglichen mit Standardbehandlung bei opioidbezogenen Störungen und psychischer Komorbidität

Patient oder Population: opioidbezogenen Störungen und psychischer Komorbidität
Setting:
Intervention: Psychotherapie
Vergleich: Standardbehandlung

Endpunkte	Erwartete absolute Effekte* (95% CI)		Relativer Effekt (95% CI)	№ der Teilnehmer (Studien)	Certainty of the evidence (GRADE)	Kommentare
	Risiko mit Standardbehandlung	**Risiko mit Psychotherapie**				
Verbesserung Komorbidität	Alle 4 Studien berichten eine signifikante Verbesserung der depressiven Symptomatik im Vergleich zur Kontrollgruppe (Entspannungstherapie, Standardbehandlung, non-direktive Gruppentherapie). Auch die Art und Dauer der Psychotherapie variierte			240 (4 RCTs)	⨁⨁◯◯ Niedrig[a]	Psychotherapie könnte die depressive Symptomatik bei Menschen mit opioidbezogenen Störungen und psychischer Komorbidität reduzieren
Verbesserung Konsummuster - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Nebenwirkungen - nicht gemessen	-	-	-	-	-	

Explanations

a. 2 Punkte für sehr unpräzise geschätztes Ergebnis bei kleiner Fallzahl

Besondere Populationen

PICO 1

Summary of Findings: Kinsella et al. 2022

Buprenorphin (mit oder ohne Naloxon) verglichen mit Methadon bei schwangeren opioidabhängigen Personen Buprenorphin (mit oder ohne Naloxon) zur Opioid-Agonisten-Therapie

Patient oder Population: schwangeren opioidabhängigen Personen Buprenorphin (mit oder ohne Naloxon) zur Opioid-Agonisten-Therapie
Setting:
Intervention: Buprenorphin (mit oder ohne Naloxon)
Vergleich: Methadon

Endpunkte	Erwartete absolute Effekte* (95% CI)		Relativer Effekt (95% CI)	№ der Teilnehmer (Studien)	Certainty of the evidence (GRADE)	Kommentare
	Risiko mit Methadon	Risiko mit Buprenorphin (mit oder ohne Naloxon)				
Schwangerschaftskomplikation: Frühgeburt	200 pro 1.000	**82 pro 1.000** (36 bis 186)	**RR 0.41** (0.18 bis 0.93)	163 (3 RCTs)	⨁⨁◯◯ Niedrig[a,b]	Buprenorphin könnte im Vergleich zu Methadon zu weniger Frühgeburten führen
Schwangerschaftskomplikation: angeborene Anomalie	47 pro 1.000	**40 pro 1.000** (22 bis 73)	**RR 0.85** (0.47 bis 1.54)	1104 (3 Beobachtungsstudien)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[c]	Es bleibt unsicher, ob Methadon oder Buprenorphin hinsichtlich angeborener Anomalien vorteilhafter ist
Schwangerschaftskomplikation: Todesfälle (Mutter)	Es wurden keine Todesfälle berichtet			223 (3 RCTs)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[a,d]	Es wurden keine Todesfälle berichtet, die Evidenz ist sehr unsicher
Geburtskomplikation: Totgeburt	Es wurde eine Totgeburt berichtet, ein Effektschätzer kann nicht berechnet werden			175 (3 RCTs)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[a,e]	Es wurde nur eine Totgeburt berichtet, die Evidenz ist sehr unsicher
psychische Gesundheit des Kindes: Entwicklung in Kindheit	Drei sehr kleine Beobachtugnsstudien untersuchten mit untershiedlichen Messinstrumenten und zu unterschiedlichen Zeitpunkten (4 Monate bzw. 36 Monate), die psychische Entwicklung der Kinder. Die Ergebnisse variieren, es ist keine Gesamtaussage zu Buprenorphin oder Methadon möglich			243 (3 Beobachtungsstudien)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[f]	Es bleibt unklar, ob Methadon oder Buprenorphin hinsichtlich der psychischen Entwicklung im Kindesalter vorteilhafter ist
körperliche Gesundheit des Kindes: Körperlänge bei Geburt	Der Mean körperliche Gesundheit des Kindes: Körperlänge bei Geburt was **48** cm	MD **2.28 cm mehr** (1.06 mehr bis 3.49 mehr)	-	149 (2 RCTs)	⨁⨁◯◯ Niedrig[a,g]	Buprenorphin könnte im Vergleich zu Methadon zu einer größeren Körperlänge bei Geburt führen
körperliche Gesundheit des Kindes: Gewicht bei Geburt	Der Mean körperliche Gesundheit des Kindes: Gewicht bei Geburt was **2900** g	MD **342.69 g höher** (40.12 höher bis 645.26 höher)	-	149 (2 RCTs)	⨁⨁◯◯ Niedrig[a,h]	Buprenorphin könnte im Vergleich zu Methadon zu einem höheren Körpergewicht bei Geburt führen
körperliche Gesundheit des Kindes: klein für Gestationsalter	5 Beobachtungsstudien untersuchen dieses Outcome. Die gepoolten Effektschätzer varieren, je nachdem, ob die adjustierten oder unadjustierten Effektschätzer betrachtet werden. Der jeweils gepoolte Effektschätzer reicht dann von einem Vorteil bis zu einem Nachteil für Buprenorphine.			(5 Beobachtungsstudien)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[i]	Es bleibt unklar, ob Methadon oder Buprenorphin für den Endpunkt ""klein für Gestationsalter" vorteilhafter ist

Summary of Findings: Kinsella et al. 2022

Buprenorphin (mit oder ohne Naloxon) verglichen mit Methadon bei schwangeren opioidabhängigen Personen Buprenorphin (mit oder ohne Naloxon) zur Opioid-Agonisten-Therapie

Patient oder Population: schwangeren opioidabhängigen Personen Buprenorphin (mit oder ohne Naloxon) zur Opioid-Agonisten-Therapie
Setting:
Intervention: Buprenorphin (mit oder ohne Naloxon)
Vergleich: Methadon

Endpunkte	Erwartete absolute Effekte* (95% CI)		Relativer Effekt (95% CI)	№ der Teilnehmer (Studien)	Certainty of the evidence (GRADE)	Kommentare
	Risiko mit Methadon	Risiko mit Buprenorphin (mit oder ohne Naloxon)				
körperliche Gesundheit des Kindes: Todesfälle (Kind)	Es wurden keine Todesfälle berichtet			(3 RCTs)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[a,d]	Es wurden keine Todesfälle berichtet, die Evidenz ist sehr unsicher
Ausprägung des neonatalen Entzugssyndroms: Behandlung des Entzugssyndroms	551 pro 1.000	**462 pro 1.000** (341 bis 633)	**RR 0.84** (0.62 bis 1.15)	164 (3 RCTs)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[a,j]	Buprenorphin könnte im Vergleich zu Methadon zu weniger neonatalen Entzugssyndromen führen, das Konfidenzintervall schließt aber auch einen potentiell größeren Schaden durch Buprenorphin ein, die Evidenz bleibt daher sehr unsicher

Explanations

a. Die Studien weisen ein hohes Risiko für Bias auf (fehlende Outcome Werte)
b. Die Studien haben insgesamt nur wenige Neugeborene evaluiert, der Effekt ist daher unpräzise geschätzt. Der Vorteil zugunsten von Buprenorphin wird allerdings auch in 9 Kohortenstudien mit über 3000 Teilnehmenden bestätigt (allerdings in geringerem Ausmaß RR 0.62)
c. In den Kohortenstudien war die Malformationsrate sehr gering, der Effekt ist unpräzise geschätzt. Das Konfidenzintervall schließt sowohl einen potentiellen Nutzen als auch Schaden mit Buprenorphin ein.
d. Es wurden keine Todesfälle berichtet, es kann kein Effektschätzer berechnet werden.
e. Es wurde nur eine Totgeburt im Methadon-Arm berichtet, ein Effektschätzer kann nicht berechnet werden
f. Es wurden wenige Kinder in Kohortenstudien untersucht, die Effekte sind unpräzise geschätzt
g. Die Studien haben insgesamt nur wenige Neugeborene evaluiert, der Effekt ist daher unpräzise geschätzt. Der Vorteil zugunsten von Buprenorphin wird allerdings auch in 7 Kohortenstudien mit knapp 1000 Teilnehmenden bestätigt (allerdings in geringerem Umfang: 0,65 cm)
h. Die Studien haben insgesamt nur wenige Neugeborene evaluiert, der Effekt ist daher unpräzise geschätzt. Der Vorteil zugunsten von Buprenorphin wird allerdings auch in 12 Kohortenstudien mit über 5000 Teilnehmenden bestätigt (allerdings in geringerem Umfang: 180 g)
i. Die Kohortenstudien weisen sehr unterschiedliche Ergebnisse auf, auch jeweils die adjustierten und unadjustierten Ergebnisse. Es ist keine Gesamtaussage möglich, ob Buprenorphin oder Methadon einen Vorteil in Bezug auf diesen Endpunkt bietet.
j. Die Studien haben insgesamt nur wenige Neugeborene evaluiert, zudem schließt das Konfidenzintervall potentiellen Schaden und Nutzen mit Buprenorphin ein, der Effekt ist daher sehr unpräzise geschätzt. Ein Vorteil zugunsten von Buprenorphin wird in 12 Kohortenstudien mit über 2000 Teilnehmenden bestätigt, mit einem stärkeren Effekt RR 0,58

PICO 2

Summary of Findings: Wang et al. 2019

Abstinenzorientierte Behandlung verglichen mit Opioid-Agonisten-Therapie bei schwangeren opioidabhängigen Personen

Patient oder Population: schwangeren opioidabhängigen Personen
Setting:
Intervention: abstinenzorientierte Behandlung
Vergleich: Opioid-Agonisten-Therapie

Endpunkte	Erwartete absolute Effekte* (95% CI)		Relativer Effekt (95% CI)	№ der Teilnehmer (Studien)	Certainty of the evidence (GRADE)	Kommentare
	Risiko mit O Opioid-Agonisten-Therapie	Risiko mit abstinenzorientierte Behandlung				
Schwangerschaftskomplikationen: Frühgeburtlichkeit	**Moderat** 200 pro 1.000	**78 pro 1.000** (20 bis 320)	**RR 0.39** (0.10 bis 1.60)	290 (3 Beobachtungsstudien)	⊕◯◯◯ Sehr niedrig[a,b]	Die abstinenzorientierte Behandlung könnte im Vergleich zur Opioidtherapie die Rate an Frühgeburten verringern, das Konfidenzintervall schließt aber auch einen potentiellen Nachteil für diese Behandlung ein, die Evidenz ist sehr unsicher
Geburtskomplikationen: Totgeburt	Es wurden keine Totgeburten berichtet			290 (3 Beobachtungsstudien)	⊕◯◯◯ Sehr niedrig[a,b,c]	Es traten keine Totgeburten auf, die Evidenz ist sehr unsicher
Psychische Gesundheit des Kindes - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Körperliche Gesundheit des Kindes - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Ausprägung des neonatalen Entzugssyndroms	**Moderat** 500 pro 1.000	**495 pro 1.000** (190 bis 1.000)	**RR 0.99** (0.38 bis 2.53)	290 (3 Beobachtungsstudien)	⊕◯◯◯ Sehr niedrig[a,b,c]	Es ist keine Evidenz für einen Unterschied in Bezug auf das neonatale Entzugssyndrom festzustellen, die Evidenz ist sehr unsicher

Explanations

a. In dem Review sind keine weiteren Angaben zur Biasbewertung gemacht, da die Studien je Arm sehr unterschiedliche Anzahl an Teilnehmenden untersuchten, ist davon auszugehen, dass die Teilnehmenden nicht gematcht waren. Es besteht also Risiko für eine Verzerrung
b. Insgesamt wurden wenige Teilnehmende untersucht, es ist nicht berichtet, wie häufig absolut das Ereignis beobachtet wurde, der Effekt ist folglich unpräzise geschätzt
c. Die Studien nutzten unterschiedliche Messinstrumente zur Beurteilung eines neonatalen Entzugssyndroms, es besteht Heterogenität hinsichtlich der Endpunktdefinition

PICO 3, 4, 6: Keine Studieneinschlüsse und/ oder GRADE-Profilerstellung.

PICO 5

Summary of Findings: Brinkley-Rubinstein et al. 2018

Opioid-Agonisten-Therapie verglichen mit keiner Opioid-Agonisten-Therapie bei opioidabhängigen Personen Personen in Haft oder mit gerichtlicher Therapieauflage

Patient oder Population: opioidabhängigen Personen Personen in Haft oder mit gerichtlicher Therapieauflage
Setting:
Intervention: Opioid-Agonisten-Therapie
Vergleich: keiner Opioid-Agonisten-Therapie

Endpunkte	Erwartete absolute Effekte* (95% CI)		Relativer Effekt (95% CI)	№ der Teilnehmer (Studien)	Certainty of the evidence (GRADE)	Kommentare
	Risiko mit keiner Opioid-Agonisten-Therapie	Risiko mit Opioid-Agonisten-Therapie				
Beschaffungskriminalität gemessen als Re-arrest	566 pro 1.000	**491 pro 1.000** (349 bis 635)	**OR 0.74** (0.41 bis 1.33)	179 (1 RCT)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[a,b]	Die Beschaffungskriminalität (gemessen als Re-arrest) nach 12 Monaten könnte durch die Opioid-Agonisten-Therapie leicht verringert werden, die Evidenz ist sehr unsicher, da auch im Kontrollarm ein Großteil der Teilnehmenden die Therapie erhielt. Die Analyse bezogen auf eine Opioid-Agonisten-Therapie einen Tag vor Entlassung bestätigt den potentiell positiven Effekt der Opioid-Agonisten-Therapie.
Beschaffungskriminalität gemessen als Re-incarceration	578 pro 1.000	**573 pro 1.000** (425 bis 708)	**OR 0.98** (0.54 bis 1.77)	179 (1 RCT)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[a,b]	Die Evidenz ist sehr unsicher, ob durch die Opioid-Agonisten-Therapie mehr oder weniger Teilnehmende Beschaffungskriminalität nach 12 Monaten verüben (gemessen als Re-incarceration, administrative Daten)
Verurteilung wegen Delikten nach dem BtMG - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Abstinenz von illegalen Opioiden - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Körperliche Gesundheit: fatale und nicht-fatale Überdosierung	5 Teilnehmende waren innerhalb von 12 Monaten verstorben, 4 an einer Überdosis, 1 durch Gewalt. Es ist nicht berichtet, zu welcher Intervention sie randomisiert worden waren			223 (1 RCT)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[a,c]	Die Evidenz ist sehr unsicher, ob durch die Opioid-Agonisten-Therapie mehr oder weniger Teilnehmende also ohne innerhalb von 12 Monaten verstarben

Summary of Findings: Brinkley-Rubinstein et al. 2018

Opioid-Agonisten-Therapie verglichen mit keiner Opioid-Agonisten-Therapie bei opioidabhängigen Personen Personen in Haft oder mit gerichtlicher Therapieauflage

Patient oder Population: opioidabhängigen Personen Personen in Haft oder mit gerichtlicher Therapieauflage
Setting:
Intervention: Opioid-Agonisten-Therapie
Vergleich: keiner Opioid-Agonisten-Therapie

Endpunkte	Erwartete absolute Effekte* (95% CI)		Relativer Effekt (95% CI)	№ der Teilnehmer (Studien)	Certainty of the evidence (GRADE)	Kommentare
	Risiko mit keiner Opioid-Agonisten-Therapie	Risiko mit Opioid-Agonisten-Therapie				
Körperliche Gesundheit: Notaufnahmebesuch	410 pro 1.000	**376 pro 1.000** (246 bis 523)	**OR 0.87** (0.47 bis 1.58)	179 (1 RCT)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[a,b]	Die Evidenz ist sehr unsicher, ob durch die Opioid-Agonisten-Therapie mehr oder weniger Teilnehmende innerhalb von 12 Monaten die Notaufnahme besuchten (gemessen über administrative Daten). Die Analyse bezogen auf eine Opioid-Agonisten-Therapie einen Tag vor Entlassung bestätigt den potentiell positiven Effekt der Opioid-Agonisten-Therapie nicht.
Psychische Gesundheit - nicht gemessen	-	-	-	-	-	
Substanzkonsum (Heroin)	289 pro 1.000	**281 pro 1.000** (169 bis 428)	**OR 0.96** (0.50 bis 1.84)	179 (1 RCT)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[a,b]	Die Evidenz ist sehr unsicher, ob durch die Opioid-Agonisten-Therapie mehr oder weniger Teilnehmende innerhalb der letzten 30 Tage nach 12 Monaten Heroin konsumierten. Die Analyse bezogen auf eine Opioid-Agonisten-Therapie einen Tag vor Entlassung deutet auf einen positiven Effekt der Opioid-Agonisten-Therapie hin.

Explanations

a. 1 Punkt für Bias abgezogen, da Teilnehmende auch in der Kontrollgruppe die Intervention erhalten konnten, ein Großteil der Teilnehmenden erhielt Opioid-Agonisten-Therapie
b. 2 Punkte für ungenau geschätztes Ergebnis abgezogen, bei kleiner Teilnehmerzahl und nur einer Studie, mit 20% lost-to-follow-up
c. 2 Punkte für ungenau geschätztes Ergebnis abgezogen, da insgesamt sehr wenige Teilnehmende verstarben, es ist nicht berichtet ist, ob diese zur Intervention oder Kontrolle randomisiert worden waren

Schadensminimierung

PICO 1

Summary of Findings: Platt et al. 2017

Bedarfsgerechte Konsumutensilien-Vergabe und Spritzentauschprogramme verglichen mit keiner bedarfsgerechten Konsumutensilien-Vergabe und Spritzentauschprogramme bei intravenös konsumierende opioidabhängigen Personen

Patient oder Population: intravenös konsumierende opioidabhängigen Personen
Setting:
Intervention: bedarfsgerechte Konsumutensilien-Vergabe und Spritzentauschprogramme
Vergleich: keiner bedarfsgerechten Konsumutensilien-Vergabe und Spritzentauschprogramme

Endpunkte	Erwartete absolute Effekte* (95% CI)		Relativer Effekt (95% CI)	№ der Teilnehmer (Studien)	Certainty of the evidence (GRADE)	Kommentare
	Risiko mit keiner bedarfsgerechten Konsumutensilien-Vergabe und Spritzentauschprogramme	**Risiko mit bedarfsgerechte Konsumutensilien-Vergabe und Spritzentauschprogramme**				
Körperliche Gesundheit - HCV Inzidenz	Es wird ein Vorteil der Spritzenaustauschprogramme über 7 Studien mit unadjustierten Werten berichtet (allerdings keine Inzidenzen, um absolute Werte je Intervetnion/Kontrolle darzustellen). Das relative Risiko ist 0.77 (95% CI 0.38 bis 1.54) Dieser Effekt ist insbesondere in den Studien aus Europa nachweisbar, nicht hingegen in den Studien aus Nordamerika (dort gegnläufiger Effekt, zu ungunsten der Programme). Weibliches Geschlecht, Wohnungslosigkeit oder Gefängnisaufenthalte hatten keinen Einfluss auf den Effektschätzer			6455 (7 Beobachtungsstudien)	⨁◯◯◯ Sehr niedrig[a]	Spritzenaustauschprogramme könnten zu einer verringerten HCV-Inzidenz führen, insbesondere in Europa, aber die Evidenz ist sehr unsicher.
Psychische Gesundheit - nicht gemessen	-	-	-	-	-	

Explanations

a. Einen Punkt für hohe Heterogenität ($I^2 = 77\%$) abgezogen

PICO 2, 3, 4, 5: Keine Studieneinschlüsse und/ oder GRADE-Profilerstellung.

AMSTAR-2-Profile

Keine Studieneinschlüsse und/ oder AMSTAR-2-Profilerstellung für folgende Kapitel:

- Diagnostik
- Entzug
- Psychosoziale Betreuung
- Rehabilitation
- Selbsthilfe
- Therapieplanung
- Versorgungsfragen

Die **Antwortoptionen** für die AMSTAR 2-Items sind die folgenden:

- Ja („Yes“ „Y“)
- Partielles ja („Partial yes“ „PY“)
- Nein („No“ „N“)
- Nicht zutreffend („Includes only NRSI“ „No metaanalysis Conducted” „NZ“)

Die Qualitätsbewertungen sind folgend aufgeteilt:

High: No or one non-critical weakness: the systematic review provides an accurate and comprehensive summary of the results of the available studies that address the question of interest

Moderate: More than one non-critical weakness*: the systematic review has more than one weakness but no critical flaws. It may provide an accurate summary of the results of the available studies that were included in the review

Low: One critical flaw with or without non-critical weaknesses: the review has a critical flaw and may not provide an accurate and comprehensive summary of the available studies that address the question of interest

Critically low: More than one critical flaw with or without non-critical weaknesses: the review has more than one critical flaw and should not be relied on to provide an accurate and comprehensive summary of the available studies

*Multiple non-critical weaknesses may diminish confidence in the review and it may be appropriate to move the overall appraisal down from moderate to low confidence

Quelle: Shea B J, Reeves B C, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both BMJ 2017; 358 :j4008 doi:10.1136/bmj.j4008

Opioid-Agonisten-Therapie

Studie: Buresh et al., 2021	Einschätzung
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	N
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	N
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	Y
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	N
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	N
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	N
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	N
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	N
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	**RCTs:** N **NRSI:** N
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	N
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	**RCTs:** NZ **NRSI:** NZ
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	NZ
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	N

14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	N
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	NZ
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Y
Overall bias	**Critically Low Quality Review**

Studie: Klimas et al., 2019	Einschätzung
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Y
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	Y
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	N
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	PY
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Y
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Y
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	N
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	PY
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	**RCTs:** Y **NRSI:** NZ
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	N
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	**RCTs:** Y **NRSI:** NZ
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	N
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	Y
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Y

15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	N
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Y
Overall bias	**Critically Low Quality Review**

Studie: Klimas et al., 2021	Einschätzung
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Y
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	PY
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	Y
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	PY
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Y
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Y
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	Y
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	PY
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	**RCTs:** Y **NRSI:** Y
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	N
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	**RCTs:** Y **NRSI:** Y
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	N
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	N
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Y

15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	N
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Y
Overall bias	**Critically Low Quality Review**

Studie: Lim et al., 2022	Einschätzung
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Y
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	Y
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	Y
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	PY
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Y
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Y
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	Y
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	Y
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	**RCTs:** Y **NRSI:** NZ
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	N
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	**RCTs:** Y **NRSI:** NZ
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	Y
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	Y
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Y

15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	N
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Y
Overall bias	**Low Quality Review**

Studie: Moazen-Zadeh et al., 2021	Einschätzung
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Y
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	Y
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	N
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	Y
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Y
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Y
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	N
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	PY
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	**RCTs:** Y **NRSI:** NZ
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	N
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	**RCTs:** Y **NRSI:** NZ
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	N
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	Y
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Y

15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	N
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	N
Overall bias	**Critically Low Quality Review**

Studie: Shepard & Drovandi, 2019	Einschätzung
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Y
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	N
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	N
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	N
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	N
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	N
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	N
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	N
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	**RCTs:** N **NRSI:** N
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	N
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	**RCTs:** NZ **NRSI:** NZ
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	NZ
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	N
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	N

15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	NZ
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Y
Overall bias	**Critically Low Quality Review**

Rückfallprophylaxe

Studie: Ramey et al., 2022	Einschätzung
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	N
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	PY
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	N
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	PY
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Y
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	N
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	N
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	N
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	**RCTs:** N **NRSI:** N
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	N
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	**RCTs:** NZ **NRSI:** NZ
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	NZ
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	N

14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	N
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	NZ
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Y
Overall bias	**Critically Low Quality Review**

Studie: Rice et al., 2020	Einschätzung
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Y
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	Y
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	Y
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	PY
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Y
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Y
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	Y
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	Y
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	**RCTs:** Y **NRSI:** NZ
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	Y
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	**RCTs:** Y **NRSI:** NZ
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	Y
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	Y
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Y

15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	Y
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Y
Overall bias	**High Quality Review**

Psychotherapie

Studie: Gregory & Ellis, 2020	Einschätzung
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Y
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	Y
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	Y
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	Y
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Y
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Y
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	Y
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	Y
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	**RCTs:** Y **NRSI:** NZ
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	N
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	**RCTs:** Y **NRSI:** NZ
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	Y
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	Y

14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Y
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	Y
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Y
Overall bias	**High Quality Review**

Studie: Rice et al., 2020	Einschätzung
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Y
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	Y
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	Y
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	PY
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Y
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Y
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	Y
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	Y
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	**RCTs:** Y **NRSI:** NZ
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	Y
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	**RCTs:** Y **NRSI:** NZ
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	Y
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	Y
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Y

15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	Y
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Y
Overall bias	**High Quality Review**

Studie: Sokol et al., 2018	Einschätzung
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Y
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	Y
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	N
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	Y
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Y
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	N
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	N
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	PY
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	**RCTs:** Y **NRSI:** Y
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	N
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	**RCTs:** NZ **NRSI:** NZ
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	NZ
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	Y
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	N

15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	NZ
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	N
Overall bias	**Low Quality Review**

Studie: Wyse et al., 2021	Einschätzung
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Y
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	PY
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	N
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	PY
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Y
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Y
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	N
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	Y
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	**RCTs:** Y **NRSI:** Y
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	Y
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	**RCTs:** NZ **NRSI:** NZ
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	NZ
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	N
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	N

15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	NZ
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Y
Overall bias	**Critically Low Review**

Körperliche Komorbiditäten

Studie: McNamara et al., 2021	Einschätzung
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Y
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	Y
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	N
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	PY
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Y
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Y
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	Y
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	Y
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	**RCTs:** Y **NRSI:** Y
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	N
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	**RCTs:** Y **NRSI:** Y
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	Y
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	N

14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	N
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	Y
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Y
Overall bias	**Low Quality Review**

Psychische Komorbiditäten

Studie: Fluyau et al., 2022	Einschätzung
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Y
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	Y
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	N
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	PY
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Y
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Y
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	N
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	PY
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	**RCTs:** Y **NRSI:** NZ
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	N
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	**RCTs:** Y **NRSI:** NZ
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	N
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	N

14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Y
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	N
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Y
Overall bias	**Critically Low Quality Review**

Studie: Hassan et al., 2017	Einschätzung
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Y
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	Y
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	N
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	N
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Y
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Y
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	N
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	PY
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	**RCTs:** Y **NRSI:** NZ
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	N
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	**RCTs:** Y **NRSI:** NZ
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	N
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	N
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	N

15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	N
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Y
Overall bias	**Critically Low Quality Review**

Studie: Meshberg-Cohen et al., 2021	Einschätzung
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	N
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	N
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	N
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	N
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	N
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Y
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	N
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	N
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	**RCTs:** N **NRSI:** N
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	N
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	**RCTs:** NZ **NRSI:** NZ
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	NZ
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	N
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	N

15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	NZ
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Y
Overall bias	**Critically Low Quality Review**

Besondere Populationen

Studie: Kinsella et al., 2022	Einschätzung
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Y
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	Y
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	Y
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	Y
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Y
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Y
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	N
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	Y
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	**RCTs:** Y **NRSI:** Y
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	N
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	**RCTs:** Y **NRSI:** Y
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	N
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	Y

14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Y
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	Y
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Y
Overall bias	Low Quality Review

Studie: Terplan et al., 2018	Einschätzung
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Y
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	Y
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	Y
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	PY
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Y
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Y
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	N
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	PY
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	**RCTs:** NZ **NRSI:** Y
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	N
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	**RCTs:** NZ **NRSI:** NZ
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	NZ
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	Y
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Y

15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	NZ
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Y
Overall bias	Low Quality Review

Studie: Towers et al., 2020	Einschätzung
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Y
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	PY
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	N
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	PY
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Y
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	N
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	N
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	PY
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	**RCTs**: N **NRSI**: N
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	N
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	**RCTs**: NZ **NRSI**: NZ
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	NZ
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	N

14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Y
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	NZ
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Y
Overall bias	**Critically Low Quality review**

Studie: Wang et al., 2018	Einschätzung
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Y
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	N
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	N
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	NZ
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Y
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Y
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	N
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	PY
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	**RCTs:** N **NRSI:** N
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	N
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	**RCTs:** NZ **NRSI:** NZ
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	NZ
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	N

14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Y
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	NZ
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Y
Overall bias	**Critically Low Quality review**

Schadensminimierung

Studie: Levengood et al., 2021	Einschätzung
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Y
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	N
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	N
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	Y
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Y
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Y
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	Y
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	N
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	**RCTs:** Y **NRSI:** Y
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	N
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	**RCTs:** NZ **NRSI:** NZ
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	NZ
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	Y

14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Y
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	NZ
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Y
Overall bias	**Low Quality Review**

Studie: Palmateer et al., 2022	Einschätzung
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Y
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	PY
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	N
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	Y
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Y
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Y
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	N
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	N
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	**RCTs:** Y **NRSI:** Y
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	N
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	**RCTs:** NZ **NRSI:** NZ
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	NZ
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	Y
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	N

15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	NZ
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Y
Overall bias	**Low Quality Review**

Studie: Platt et al., 2017	Einschätzung
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Y
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	Y
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	N
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	Y
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Y
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Y
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	PY
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	PY
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	**RCTs:** NZ **NRSI:** Y
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	N
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	**RCTs:** NZ **NRSI:** Y
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	Y
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	Y

14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Y
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	Y
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Y
Overall bias	**Moderate Quality Review**

Studie: Puzhko et al., 2022	Einschätzung
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Y
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	PY
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	N
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	PY
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Y
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Y
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	Y
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	Y
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	**RCTs:** Y **NRSI:** Y
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	N
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	**RCTs:** NZ **NRSI:** NZ
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	NZ
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	Y

14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	N
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	NZ
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Y
Overall bias	**Moderate Quality Review**

RoB-2-Profile

Keine Studieneinschlüsse und/ oder RoB-2-Profilerstellung für folgende Kapitel:

- Diagnostik
- Körperliche Komorbiditäten
- Psychische Komorbiditäten
- Rehabilitation
- Schadensminimierung
- Selbsthilfe
- Therapieplanung
- Versorgungsfrage

Anmerkungen

Das Risk of Bias Tool 2 für randomisierte Studien (**RoB 2**, https://www.riskofbias.info/welcome/rob-2-0-tool | https://methods.cochrane.org/risk-bias-2) ist ein empfohlenes Instrument zur Bewertung des Verzerrungsrisikos bei randomisierten Studien. RoB 2 ist in Verzerrungsbereiche („Domains“) gegliedert, die sich auf verschiedene Aspekte des Studiendesigns, der Studiendurchführung und der Berichterstattung konzentrieren. Innerhalb jedes Bereichs zielen Signalfragen („Signalling questions“) darauf ab, Informationen über Merkmale der Studie zu erhalten, die für das Verzerrungsrisiko relevant sind. Ein Algorithmus erstellt auf der Grundlage der Antworten eine vorgeschlagene Bewertung des Verzerrungsrisikos, das sich aus jedem Bereich ergibt. Das Ergebnis kann ein „geringes“ oder „hohes“ Verzerrungsrisiko sein oder „einige Bedenken“ ausdrücken.

Die **Antwortoptionen** der Signalfragen für die RoB 2-Items sind die folgenden.
- Ja („Yes“ „Y“)
- Wahrscheinlich ja („Probably yes“ „PY“)
- Wahrscheinlich nein („Probably no“ „PN“)
- Nein („No“ „N“)
- Keine Informationen („No information“ „NI“)

Auf die Beantwortung der Signalfragen folgt die Bewertung des Biasrisikos für die jeweilige Domäne, für die es die folgenden drei Optionen gibt:

Geringes Verzerrungsrisiko
Das Biasrisiko der Studie wurde in Bezug auf das Ergebnis in allen Domänen als niedrig eingeschätzt.

Einige Bedenken
Die Studie wurde hinsichtlich des Biasrisikos in Bezug auf das Ergebnis in mindestens einer Domäne als „mit einigen Bedenken“ behaftet eingeschätzt, das Biasrisiko wurde jedoch in keiner Domäne als „hoch“ eingeschätzt.

Hohes Verzerrungsrisiko
Das Biasrisiko der Studie wurde in Bezug auf das Ergebnis in mindestens einer Domäne als hoch eingeschätzt;
oder
Die Studie wurde hinsichtlich des Biasrisikos in Bezug auf das Ergebnis in mehreren Domänen als „mit einigen Bedenken“ behaftet eingeschätzt, in einer Weise, die das Vertrauen in das Ergebnis substantiell verringert.

Methoden zur Verringerung von Bias und Auswirkungen von Bias in kontrollierten Studien[1]

Selection-Bias
Um bei der Auswahl der Studienpopulation einen Selection-Bias zu vermeiden, der zu Gruppenunterschieden in wesentlichen Patientencharakteristika, wie beispielsweise dem Alter oder Erkrankungsstatus, führen kann, werden die Teilnehmer den Interventionsgruppen zufällig zugeteilt (randomisiert). Für eine erfolgreiche Randomisierung, d. h. Ähnlichkeit der zu vergleichenden Gruppen, sind drei Faktoren maßgeblich: eine ausreichend große Studienpopulation, die Wahl einer adäquaten Randomisierungsmethode und die Geheimhaltung des Randomisierungsschemas (verdeckte Gruppenzuteilung, englisch: Allocation concealment). Die Kenntnis des Randomisierungsplans, beispielsweise einer Zufallszahlentabelle, birgt die Gefahr einer selektiven Zuordnung von Patienten zu Behandlungsgruppen auf der Basis prognostischer Faktoren: Studienteilnehmer, die für eine Behandlung vorgesehen waren, mögen als ungeeignet erscheinen und werden zurückgewiesen, wohingegen andere vorsätzlich einer geeignet erscheinenden Gruppe zugeteilt werden.

Performance-Bias
Ein Performance-Bias wird durch Unterschiede in der Behandlung der Patienten zusätzlich zur Intervention und in den Rahmenbedingungen hervorgerufen, oftmals nur in einer Behandlungsgruppe. Er kann durch Verblindung des Studienpersonals reduziert werden.

Detection-Bias
Auch der Detection-Bias, der entsteht, wenn bekannt ist, welcher Behandlungsgruppe ein Patient zugeordnet ist und dies die Ergebnismessung beeinflusst, kann durch Verblindung verringert werden. Allerdings ist in vielen nicht medikamentösen Studien eine Verblindung nur schwer zu realisieren und wird entsprechend selten vorgenommen, obwohl zumindest eine verblindete Endpunkterhebung (auch Zielgrößen- oder Outcome-Erhebung) meistens möglich ist. Daraus folgt nicht zwingend ein gravierender Qualitätsmangel der Studie, jedoch können viele Endpunkte durch das Wissen um die Behandlung eines Studienteilnehmers beeinflusst werden. Folglich entsteht durch die fehlende Verblindung ein Risiko für Bias.
Verblindung und verdeckte Gruppenzuteilung sind unterschiedliche Aspekte, die oft miteinander verwechselt werden. Die verdeckte Gruppenzuteilung muss bereits bei der Aufnahme eines Teilnehmers in eine Studie gewährleistet sein, um einen Selection-Bias zu vermeiden. Die Verblindung muss hingegen nach der Aufnahme beginnen, um Performance- und Detection-Bias zu verringern.

Attrition-Bias
Ein Attrition-Bias entsteht durch den Studienabbruch einzelner Teilnehmer, weil dieser in der Regel nicht zufällig erfolgt und weil er bei hohen Ausfallzahlen sowie Gruppenunterschieden in der Häufigkeit von Studienabbrüchen den Effekt einer Randomisierung aufhebt. Eine Verletzung des Studienprotokolls oder ein Loss-to Follow-up können unterschiedlichste Ursachen haben, wie beispielsweise mangelnde Wirksamkeit oder schwer zu tolerierende Nebenwirkungen, aber auch Desinteresse oder Unzuverlässigkeit der Patienten. Um die potentielle Über- oder Unterschätzung eines Interventionseffektes aufgrund von Studienabbrüchen zu verringern, sollte eine Intention-to-treat-Analyse durchgeführt werden. Dazu werden zur Auswertung alle Patienten den Behandlungsgruppen zugerechnet, denen sie ursprünglich randomisiert zugeordnet waren. Zur Kompensation fehlender Messwerte von ausgeschiedenen Teilnehmern stehen verschiedene Methoden zur Verfügung.

[1] Aus Buchberger et al. 2014 (Bewertung des Risikos für Bias in kontrollierten Studien https://www.springermedizin.de/bewertung-des-risikos-fuer-bias-in-kontrollierten-studien/8013308)

Opioid-Agonisten-Therapie

Unique ID	SUB_LIN	**Study ID**	Lintzeris	**Assessor**	ZIS
Ref or Label	Lintzeris_2021	**Aim**	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental		**Comparator**		**Source**	
Outcome		**Results**		**Weight**	1

Domain	Signalling question	Response	Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	Y	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	N	
	Risk of bias judgement	**Low**	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA	

	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	NI	
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	N	
	Risk of bias judgement	**Some concerns**	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	**Low**	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PN	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	**Low**	
	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y	

Bias in selection of the reported result	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N	
	Risk of bias judgement	Low	
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns	

PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	*Legende* + Geringes Verzerrungsrisiko ! Einige Bedenken - Hohes Verzerrungsrisiko
3	Lintzeris et al. 2021	*Einige Bedenken*	

Bias-Domäne				
1 Bias durch den Randomisierungsprozess	2 Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen	3 Bias durch fehlende Ergebnisdaten	4 Bias durch die Ergebnismessung	5 Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses
Selection Bias Verzerrte Zuteilung zu Studiengruppen	**Performance Bias** Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen	**Attrition Bias** Verzerrung durch Gruppenunterschiede in der Anzahl und Begründung von Studienabbrüchen	**Performance Bias** Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen **Detection Bias** Verzerrte Erfassung von Ergebnissen	**Reporting Bias** Verzerrung durch selektives Berichten von positiven Ergebnissen
+	!	+	+	+

Unique ID	SUB_LOF	**Study ID**	Lofwall	**Assessor**	ZIS
Ref or Label	Lofwall_2017	**Aim**	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental		**Comparator**		**Source**	
Outcome		**Results**		**Weight**	1

Domain	Signalling question	Response	Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	Y	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	N	
	Risk of bias judgement	**Low**	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	N	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA	
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	PY	

	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	**Low**	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	Y	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	**Low**	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PN	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	**Low**	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y	
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	

	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N	
	Risk of bias judgement	Low	
Overall bias	Risk of bias judgement	Low	

PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	*Legende* + Geringes Verzerrungsrisiko ! Einige Bedenken - Hohes Verzerrungsrisiko
3	Lofwall et al. 2017	*Gering*	

Bias-Domäne				
1 Bias durch den Randomisierungsprozess	2 Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen	3 Bias durch fehlende Ergebnisdaten	4 Bias durch die Ergebnismessung	5 Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses
Selection Bias Verzerrte Zuteilung zu Studiengruppen	**Performance Bias** Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen	**Attrition Bias** Verzerrung durch Gruppenunterschiede in der Anzahl und Begründung von Studienabbrüchen	**Performance Bias** Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen **Detection Bias** Verzerrte Erfassung von Ergebnissen	**Reporting Bias** Verzerrung durch selektives Berichten von positiven Ergebnissen
+	+	+	+	+

Entzug

Unique ID	ENT_G	**Study ID**	Gorodetzky	**Assessor**	ZIS
Ref or Label	Gorodetzky_2017	**Aim**	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	Intervention	**Comparator**	Control	**Source**	
Outcome	Entzugssymptome	**Results**		**Weight**	1

Domain	Signalling question	Response	Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y	S.80, Kapitel Methods, Unterkapitel "2.3. Randomization and blinding"
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	Y	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	NI	
	Risk of bias judgement	**Low**	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	N	Nein, da Placebo
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	NI	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA	

	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Y	S.81, Kapitel Methods, Unterkapitel "2.6. Data analyses"
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	**Low**	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	S. Ergebnisse
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	**Low**	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	NI	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	N	Unwahrscheinlich
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	**Low**	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	NI	Es besteht ein Protokoll, es lässt sich nicht herauslesen, ob es Abweichungen gab.

	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	Nur eine Skala mit mehreren Follow-ups (s. S.82-84).
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N	Von allen Analysen für dieses Item, die angegeben wurden, wurde berichtet (S.81 Analysenbeschreibung, S.82-84 Ergebnisse).
	Risk of bias judgement	**Low**	
Overall bias	**Risk of bias judgement**	**Low**	

PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	*Legende* + Geringes Verzerrungsrisiko ! Einige Bedenken - Hohes Verzerrungsrisiko
3	Gorodetzky et al. 2017	*Gering*	

Bias-Domäne				
1 Bias durch den Randomisierungsprozess	2 Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen	3 Bias durch fehlende Ergebnisdaten	4 Bias durch die Ergebnismessung	5 Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses
Selection Bias Verzerrte Zuteilung zu Studiengruppen	**Performance Bias** Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen	**Attrition Bias** Verzerrung durch Gruppenunterschiede in der Anzahl und Begründung von Studienabbrüchen	**Performance Bias** Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen **Detection Bias** Verzerrte Erfassung von Ergebnissen	**Reporting Bias** Verzerrung durch selektives Berichten von positiven Ergebnissen
+	+	+	+	+

Rückfallprophylaxe

Unique ID	PSB_M	**Study ID**	Marsden	**Assessor**	ZIS
Ref or Label	Marsden_2019	**Aim**	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	Intervention	**Comparator**	Control	**Source**	Journal article(s)
Outcome	Abstinenz	**Results**		**Weight**	1

Domain	Signalling question	Response	Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y	web-accessed randomisation sequence, After each allocation, the randomisation system issued a confirmatory email and the participant was immediately informed about the group to which they had been assigned
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	Y	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	N	
	Risk of bias judgement	**Low**	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA	

	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Y	
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	**Low**	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	**Low**	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	N	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	**Low**	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y	Alle Analysen wurden gemäß dem veröffentlichten Protokoll durchgeführt, mit der Ausnahme, dass

			wegen der langen Dauer der Nachbeobachtung im Modell die logarithmische Zeit statt der Zeit verwendet wurde. Die Wirksamkeitsanalysen sollten nach der Intention-to-treat-Methode durchgeführt werden, wurden aber aufgrund von Randomisierungsfehlern nach der modifizierten Intention-to-treat-Methode durchgeführt.
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	**Low**	
Overall bias	**Risk of bias judgement**	**Low**	

PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	*Legende* + Geringes Verzerrungsrisiko ! Einige Bedenken - Hohes Verzerrungsrisiko
3	Marsden et al. 2019	*Gering*	

Bias-Domäne				
1 Bias durch den Randomisierungsprozess	2 Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen	3 Bias durch fehlende Ergebnisdaten	4 Bias durch die Ergebnismessung	5 Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses
Selection Bias Verzerrte Zuteilung zu Studiengruppen	**Performance Bias** Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen	**Attrition Bias** Verzerrung durch Gruppenunterschiede in der Anzahl und Begründung von Studienabbrüchen	**Performance Bias** Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen **Detection Bias** Verzerrte Erfassung von Ergebnissen	**Reporting Bias** Verzerrung durch selektives Berichten von positiven Ergebnissen
+	+	+	+	+

Psychotherapie

Unique ID	PT_1	**Study ID**	Rezaie	**Assessor**	ZIS
Ref or Label	Rezaie_2021	**Aim**	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	Intervention	**Comparator**	Control	**Source**	
Outcome	Depression	**Results**		**Weight**	1

Domain	Signalling question	Response	Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y	Zu finden in der Methodik
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	N	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	NI	
	Risk of bias judgement	**High**	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y	Die Probanden hatten die Möglichkeit an der Intervention teilzunehmen, auch wenn sie nicht in die Gruppe randomisiert wurden. 2.2 Davon ist aufgrund der Interventionsart (DBT+OST vs. OST) auszugehen.
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	NI	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	NI	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA	

	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	N	Keine Intention to Treat Analyse durchgeführt.
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	PY	Sehr geringe Probandenzahl.
	Risk of bias judgement	**High**	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N	2 Missings.
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	PN	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	Y	Wir wissen nicht warum die 2 Probanden aufgehört haben.
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	Y	
	Risk of bias judgement	**High**	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	Etablierte Instrumente wurden verwendet.
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	NI	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PN	Es könnte so sein, es gibt jedoch keine Hinweise, das es so ist.
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	**Low**	
	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	N	Kein solcher Plan genannt.

Bias in selection of the reported result	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PY	Verschiedene Zeitpunkte, jedoch nicht mehrere Skalen oder Definitionen für ein einzelnes Outcome.
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	Y	
	Risk of bias judgement	**High**	
Overall bias	**Risk of bias judgement**	**High**	

PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	*Legende* + Geringes Verzerrungsrisiko ! Einige Bedenken - Hohes Verzerrungsrisiko
3	Rezaie et al. 2021	*Hohes Verzerrungsrisiko*	

Bias-Domäne				
1 Bias durch den Randomisierungsprozess	2 Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen	3 Bias durch fehlende Ergebnisdaten	4 Bias durch die Ergebnismessung	5 Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses
Selection Bias Verzerrte Zuteilung zu Studiengruppen	**Performance Bias** Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen	**Attrition Bias** Verzerrung durch Gruppenunterschiede in der Anzahl und Begründung von Studienabbrüchen	**Performance Bias** Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen **Detection Bias** Verzerrte Erfassung von Ergebnissen	**Reporting Bias** Verzerrung durch selektives Berichten von positiven Ergebnissen
-	-	-	+	-

Psychosoziale Betreuung

Unique ID	PSB_M	**Study ID**	Marsden	**Assessor**	ZIS
Ref or Label	Marsden_2019	**Aim**	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental	Intervention	**Comparator**	Control	**Source**	Journal article(s)
Outcome	Abstinenz	**Results**		**Weight**	1

Domain	Signalling question	Response	Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y	web-accessed randomisation sequence, After each allocation, the randomisation system issued a confirmatory email and the participant was immediately informed about the group to which they had been assigned
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	Y	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	N	
	Risk of bias judgement	**Low**	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA	

	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Y	
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	**Low**	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	**Low**	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	N	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	**Low**	
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y	Alle Analysen wurden gemäß dem veröffentlichten Protokoll durchgeführt, mit der Ausnahme, dass

			wegen der langen Dauer der Nachbeobachtung im Modell die logarithmische Zeit statt der Zeit verwendet wurde. Die Wirksamkeitsanalysen sollten nach der Intention-to-treat-Methode durchgeführt werden, wurden aber aufgrund von Randomisierungsfehlern nach der modifizierten Intention-to-treat-Methode durchgeführt.
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN	
	Risk of bias judgement	**Low**	
Overall bias	**Risk of bias judgement**	**Low**	

PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	*Legende* + Geringes Verzerrungsrisiko ! Einige Bedenken - Hohes Verzerrungsrisiko
3	Marsden et al. 2019	*Gering*	

Bias-Domäne				
1 Bias durch den Randomisierungsprozess	2 Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen	3 Bias durch fehlende Ergebnisdaten	4 Bias durch die Ergebnismessung	5 Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses
Selection Bias Verzerrte Zuteilung zu Studiengruppen	**Performance Bias** Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen	**Attrition Bias** Verzerrung durch Gruppenunterschiede in der Anzahl und Begründung von Studienabbrüchen	**Performance Bias** Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen **Detection Bias** Verzerrte Erfassung von Ergebnissen	**Reporting Bias** Verzerrung durch selektives Berichten von positiven Ergebnissen
+	+	+	+	+

Besondere Populationen

Unique ID	BES_POP_BRI	**Study ID**	Brinkley-Rubinstein	**Assessor**	ZIS
Ref or Label	Brinkley-R_2018	**Aim**	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)		
Experimental		**Comparator**		**Source**	
Outcome		**Results**		**Weight**	1

Domain	Signalling question	Response	Comments
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y	
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	Y	
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	N	
	Risk of bias judgement	**Low**	
Bias due to deviations from intended interventions	2.1.Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y	
	2.2.Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Y	
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N	
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA	
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA	

	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Y	
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA	
	Risk of bias judgement	**Low**	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y	
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA	
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA	
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA	
	Risk of bias judgement	**Low**	
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N	
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N	
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y	
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	N	
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA	
	Risk of bias judgement	**Low**	
	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y	

Bias in selection of the reported result	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N	
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N	
	Risk of bias judgement	**Low**	
Overall bias	**Risk of bias judgement**	**Low**	

PICO	Autor:innen	Gesamtbewertung	*Legende* + Geringes Verzerrungsrisiko ! Einige Bedenken - Hohes Verzerrungsrisiko
3	Marsden et al. 2019	*Gering*	

Bias-Domäne				
1 Bias durch den Randomisierungsprozess	2 Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen	3 Bias durch fehlende Ergebnisdaten	4 Bias durch die Ergebnismessung	5 Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses
Selection Bias Verzerrte Zuteilung zu Studiengruppen	**Performance Bias** Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen	**Attrition Bias** Verzerrung durch Gruppenunterschiede in der Anzahl und Begründung von Studienabbrüchen	**Performance Bias** Verzerrung durch ungleiche Behandlungen abgesehen von Interventionen **Detection Bias** Verzerrte Erfassung von Ergebnissen	**Reporting Bias** Verzerrung durch selektives Berichten von positiven Ergebnissen
+	+	+	+	+

SIGN-Profile

Keine Studieneinschlüsse und/ oder SIGN-Profilerstellung für folgende Kapitel:

- Besondere Populationen
- Diagnostik
- Entzug
- Körperliche Komorbiditäten
- Psychische Komorbiditäten
- Psychosoziale Betreuung
- Psychotherapie
- Rehabilitation
- Schadensminimierung
- Selbsthilfe
- Therapieplanung
- Versorgungsfragen

Hinweise zu den einzelnen Bewertungskriterien

1.1: Unless a clear and well defined question is specified in the report of the review, it will be difficult to assess how well it has met its objectives or how relevant it is to the question you are trying to answer on the basis of the conclusions.

1.2: This relates to **selection bias**.* It is important that the two groups selected for comparison are as similar as possible in all characteristics except for their exposure status, or the presence of specific prognostic factors or prognostic markers relevant to the study in question.

1.3: This relates to **selection bias**.* The participation rate is defined as the number of study participants divided by the number of eligible subjects, and should be calculated separately for each branch of the study. A large difference in participation rate between the two arms of the study indicates that a significant degree of **selection bias*** may be present, and the study results should be treated with considerable caution.

1.4: If some of the eligible subjects, particularly those in the unexposed group, already have the outcome at the start of the trial the final result will be subject to **performance bias.*** A well conducted study will attempt to estimate the likelihood of this occurring, and take it into account in the analysis through the use of sensitivity studies or other methods.

1.5: This question relates to the risk of **attrition bias**.*The number of patients that drop out of a study should give concern if the number is very high. Conventionally, a 20% drop out rate is regarded as acceptable, but in observational studies conducted over a lengthy period of time a higher drop out rate is to be expected. A decision on whether to downgrade or reject a study because of a high drop out rate is a matter of judgement based on the reasons why people dropped out, and whether drop out rates were comparable in the exposed and unexposed groups. Reporting of efforts to follow up participants that dropped out may be regarded as an indicator of a well conducted study.

1.6: For valid study results, it is essential that the study participants are truly representative of the source population. It is always possible that participants who dropped out of the study will differ in some significant way from those who remained part of the study throughout. A well conducted study will attempt to identify any such differences between full and partial participants in both the exposed and unexposed groups. This relates to the risk of **attrition bias**.* Any unexplained differences should lead to the study results being treated with caution.

1.7: This relates to the risk of **detection bias**.* Once enrolled in the study, participants should be followed until specified end points or outcomes are reached. In a study of the effect of exercise on the death rates from heart disease in middle aged men, for example, participants might be followed up until death, or until reaching a predefined age. **If outcomes and the criteria used for measuring them are not clearly defined, the study should be rejected.**

1.8: This relates to the risk of **detection bias.*** If the assessor is blinded to which participants received the exposure, and which did not, the prospects of unbiased results are significantly increased. Studies in which this is done should be rated more highly than those where it is not done, or not done adequately.

1.9: This relates to the risk of **detection bias.*** Blinding is not possible in many cohort studies. In order to asses the extent of any bias that may be present, it may be helpful to compare process measures used on the participant groups - e.g. frequency of observations, who carried out the observations, the degree of detail and completeness of observations. If these process measures are comparable between the groups, the results may be regarded with more confidence.

1.10: This relates to the risk of **detection bias.*** A well conducted study should indicate how the degree of exposure or presence of prognostic factors or markers was assessed. Whatever measures are used must be sufficient to establish clearly that participants have or have not received the exposure under investigation and

the extent of such exposure, or that they do or do not possess a particular prognostic marker or factor. Clearly described, reliable measures should increase the confidence in the quality of the study

1.11: This relates to the risk of **detection bias.*** The primary outcome measures used should be clearly stated in the study. **If the outcome measures are not stated, or the study bases its main conclusions on secondary outcomes, the study should be rejected.** Where outcome measures require any degree of subjectivity, some evidence should be provided that the measures used are reliable and have been validated prior to their use in the study.

1.12: This relates to the risk of **detection bias.*** Confidence in data quality should be increased if exposure level is measured more than once in the course of the study. Independent assessment by more than one investigator is preferable.

1.13: Confounding is the distortion of a link between exposure and outcome by another factor that is associated with both exposure and outcome. The possible presence of confounding factors is one of the principal reasons why observational studies are not more highly rated as a source of evidence. The report of the study should indicate which potential confounders have been considered, and how they have been assessed or allowed for in the analysis. Clinical judgement should be applied to consider whether all likely confounders have been considered. If the measures used to address confounding are considered inadequate, the study should be downgraded or rejected, depending on how serious the risk of confounding is considered to be. **A study that does not address the possibility of confounding should be rejected.**

1.14: Confidence limits are the preferred method for indicating the precision of statistical results, and can be used to differentiate between an inconclusive study and a study that shows no effect. Studies that report a single value with no assessment of precision should be treated with extreme caution.

1.15: Rate the overall methodological quality of the study, using the following as a guide: **High quality** (++): Majority of criteria met. Little or no risk of bias. Results unlikely to be changed by further research. **Acceptable** (+): Most criteria met. Some flaws in the study with an associated risk of bias, Conclusions may change in the light of further studies. **Low quality** (0): Either most criteria not met, or significant flaws relating to key aspects of study design. Conclusions likely to change in the light of further studies.

Opioid-Agonisten-Therapie

Methodology Checklist 3: Cohort studies

Farrell, M., Shahbazi, J., Byrne, M. *et al.* Outcomes of a single-arm implementation trial of extended-release subcutaneous buprenorphine depot injections in people with opioid dependence. *International Journal of Drug Policy* **100** (2022). https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103492

Guideline topic: Substitution	Key Question No: 3	Reviewer: ZIS

Before completing this checklist, consider:

1. Is the paper really a cohort study? If in doubt, check the study design algorithm available from SIGN and make sure you have the correct checklist.
2. Is the paper relevant to key question? Analyse using PICO (Patient or Population Intervention Comparison Outcome). IF NO REJECT (give reason below). IF YES complete the checklist..

Reason for rejection: 1. Paper not relevant to key question ☐ 2. Other reason ☐ (please specify):

Please note that a retrospective study (ie a database or chart study) cannot be rated higher than +.

Section 1: Internal validity

In a well conducted cohort study:		***Does this study do it?***
1.1	The study addresses an appropriate and clearly focused question.	Yes **x** No □ Can't say □
SELECTION OF SUBJECTS		
1.2	The two groups being studied are selected from source populations that are comparable in all respects other than the factor under investigation.	Yes □ No □ Can't say □ Does not apply **x**

1.3	The study indicates how many of the people asked to take part did so, in each of the groups being studied.	Yes □	No □ Does not apply **x**
1.4	The likelihood that some eligible subjects might have the outcome at the time of enrolment is assessed and taken into account in the analysis.	Yes □ Can't say □	No □ Does not apply **x**
1.5	What percentage of individuals or clusters recruited into each arm of the study dropped out before the study was completed.	16% der Studienteilnehmenden: lost to treatment-follow-up	
1.6	Comparison is made between full participants and those lost to follow up, by exposure status.	Yes □ Can't say □	No □ Does not apply **x**
ASSESSMENT			
1.7	The outcomes are clearly defined.	Yes **x** Can't say □	No □
1.8	The assessment of outcome is made blind to exposure status. If the study is retrospective this may not be applicable.	Yes □ Can't say □	No □ Does not apply **x**
1.9	Where blinding was not possible, there is some recognition that knowledge of exposure status could have influenced the assessment of outcome.	Yes □ Can't say □	No □ Does not apply **x**
1.10	The method of assessment of exposure is reliable.	Yes **x** Can't say □	No □

1.11	Evidence from other sources is used to demonstrate that the method of outcome assessment is valid and reliable.	Yes **x** Can't say □	No □ Does not apply□
1.12	Exposure level or prognostic factor is assessed more than once.	Yes **x** Can't say □	No □ Does not apply □
CONFOUNDING			
1.13	The main potential confounders are identified and taken into account in the design and analysis.	Yes □ Can't say **x**	No □
STATISTICAL ANALYSIS			
1.14	Have confidence intervals been provided?	Yes **x** 95% CI	No □
SECTION 2: OVERALL ASSESSMENT OF THE STUDY			
2.1	How well was the study done to minimise the risk of bias or confounding?	High quality (++) □ Acceptable (+) **x** Unacceptable – reject 0	
2.2	Taking into account clinical considerations, your evaluation of the methodology used, and the statistical power of the study, do you think there is clear evidence of an association between exposure and outcome?	Yes ☐ Can't say **x**	No ☐
2.3	Are the results of this study directly applicable to the patient group targeted in this guideline?	Yes **x**	No □
2.4	**Notes.** Summarise the authors conclusions. Add any comments on your own assessment of the study, and the extent to which it answers your question and mention any areas of uncertainty raised above.		

	-Qualität der Studie/Risk of bias: akzeptabel -Studienergebnisse: (Nachteil: keine Vergleichsgruppe) -> Retention nach 24 and 48 Wochen 86% bzw. 75% -> Reduktion multipler Formen von zusätzlichem Drogenkonsum -> Verbesserungen in der Lebensqualität, Erwerbstätigkeit und Behandlungszufriedenheit -Übertragbarkeit für Deutschland: ja

Methodology Checklist 3: Cohort studies

Hickman, M., Steer, C., Tilling, K. *et al.* The impact of buprenorphine and methadone on mortality: a primary care cohort study in the United Kingdom. *Addiction* **113** (8) (2018). https://doi.org/10.1111/add.14188

Guideline topic: Substiution	Key Question No: 2	Reviewer: ZIS

Before completing this checklist, consider:

1. Is the paper really a cohort study? If in doubt, check the study design algorithm available from SIGN and make sure you have the correct checklist.
2. Is the paper relevant to key question? Analyse using PICO (Patient or Population Intervention Comparison Outcome). IF NO REJECT (give reason below). IF YES complete the checklist..

Reason for rejection: 1. Paper not relevant to key question ☐ 2. Other reason ☐ (please specify):

Please note that a retrospective study (ie a database or chart study) cannot be rated higher than +.

Section 1: Internal validity

In a well conducted cohort study:		***Does this study do it?***
1.1	The study addresses an appropriate and clearly focused question.	Yes **x** No □ Can't say □
SELECTION OF SUBJECTS		
1.2	The two groups being studied are selected from source populations that are comparable in all respects other than the factor under investigation.	Yes **x** No □ Can't say □ Does not apply □

1.3	The study indicates how many of the people asked to take part did so, in each of the groups being studied.	Yes □	No □ Does not apply **x**
1.4	The likelihood that some eligible subjects might have the outcome at the time of enrolment is assessed and taken into account in the analysis.	Yes □ Can't say □	No □ Does not apply **x**
1.5	What percentage of individuals or clusters recruited into each arm of the study dropped out before the study was completed.	Does not apply **x**	
1.6	Comparison is made between full participants and those lost to follow up, by exposure status.	Yes □ Can't say □	No □ Does not apply **x**
ASSESSMENT			
1.7	The outcomes are clearly defined.	Yes **x** Can't say □	No □
1.8	The assessment of outcome is made blind to exposure status. If the study is retrospective this may not be applicable.	Yes □ Can't say □	No □ Does not apply **x**
1.9	Where blinding was not possible, there is some recognition that knowledge of exposure status could have influenced the assessment of outcome.	Yes □ Can't say □	No □ □
1.10	The method of assessment of exposure is reliable.	Yes **x** Can't say □	No □

1.11	Evidence from other sources is used to demonstrate that the method of outcome assessment is valid and reliable.	Yes **x** Can't say □	No □ Does not apply □
1.12	Exposure level or prognostic factor is assessed more than once.	Yes □ Can't say □	No □ Does not apply **x**
CONFOUNDING			
1.13	The main potential confounders are identified and taken into account in the design and analysis.	Yes **x** Can't say □	No □
STATISTICAL ANALYSIS			
1.14	Have confidence intervals been provided?	Yes **x** 95% CI	No □
SECTION 2: OVERALL ASSESSMENT OF THE STUDY			
2.1	How well was the study done to minimise the risk of bias or confounding?	High quality (++) □ Acceptable (+) **x** Unacceptable – reject 0	
2.2	Taking into account clinical considerations, your evaluation of the methodology used, and the statistical power of the study, do you think there is clear evidence of an association between exposure and outcome?	Yes **x** Can't say ☐	No ☐
2.3	Are the results of this study directly applicable to the patient group targeted in this guideline?	Yes **x**	No □
2.4	**Notes.** Summarise the authors conclusions. Add any comments on your own assessment of the study, and the extent to which it answers your question and mention any areas of uncertainty raised above.		

	-Qualität der Studie/Risk of bias: akzeptabel -Studienergebnisse: -> geringere ACM (all-cause mortality) bei Buprenorphin -> geringeres DRP (drug –related poisoning) bei Buprenorphin -> kürzere Behandlungsdauer bei Menschen mit Buprenorphin im Vergleich zur Methadon-Substitution -Übertragbarkeit für Deutschland: ja

SIGN	Methodology Checklist 3: Cohort studies

Vogel, M., Meyer, M., Westenberg, J. N. *et al.* Safety and feasibility of intranasal heroin-assisted treatment: 4-week preliminary findings from a Swiss multicentre observational study. *Harm Reduction Journal* **20** (1) (2023). https://doi.org/10.1186/s12954-023-00731-y

Guideline topic: Substitution	Key Question No: 3	Reviewer: ZIS

Before completing this checklist, consider:

1. Is the paper really a cohort study? If in doubt, check the study design algorithm available from SIGN and make sure you have the correct checklist.
2. Is the paper relevant to key question? Analyse using PICO (Patient or Population Intervention Comparison Outcome). IF NO REJECT (give reason below). IF YES complete the checklist..

Reason for rejection: 1. Paper not relevant to key question ☐ 2. Other reason ☐ (please specify):

Please note that a retrospective study (ie a database or chart study) cannot be rated higher than +.

Section 1: Internal validity

In a well conducted cohort study:		***Does this study do it?***	
1.1	The study addresses an appropriate and clearly focused question.	Yes ☐ Can't say ☐	No **x**
SELECTION OF SUBJECTS			
1.2	The two groups being studied are selected from source populations that are comparable in all respects other than the factor under investigation.	Yes ☐ Can't say ☐	No ☐ Does not apply **x**

1.3	The study indicates how many of the people asked to take part did so, in each of the groups being studied.	Yes □	No □ Does not apply **x**
1.4	The likelihood that some eligible subjects might have the outcome at the time of enrolment is assessed and taken into account in the analysis.	Yes □ Can't say □	No □ Does not apply **x**
1.5	What percentage of individuals or clusters recruited into each arm of the study dropped out before the study was completed.	Kein drop-out	
1.6	Comparison is made between full participants and those lost to follow up, by exposure status.	Yes □ Can't say □	No □ Does not apply **x**
ASSESSMENT			
1.7	The outcomes are clearly defined.	Yes **x** Can't say □	No □
1.8	The assessment of outcome is made blind to exposure status. If the study is retrospective this may not be applicable.	Yes □ Can't say □	No □ Does not apply **x**
1.9	Where blinding was not possible, there is some recognition that knowledge of exposure status could have influenced the assessment of outcome.	Yes □ Can't say □	No □ Does not apply **x**
1.10	The method of assessment of exposure is reliable.	Yes □ Can't say **x**	No □

1.11	Evidence from other sources is used to demonstrate that the method of outcome assessment is valid and reliable.	Yes □ Can't say **x**	No □ Does not apply□
1.12	Exposure level or prognostic factor is assessed more than once.	Yes **x** Can't say □	No □ Does not apply □
CONFOUNDING			
1.13	The main potential confounders are identified and taken into account in the design and analysis.	Yes □ Can't say **x**	No □
STATISTICAL ANALYSIS			
1.14	Have confidence intervals been provided?	Yes □	No **x**
SECTION 2: OVERALL ASSESSMENT OF THE STUDY			
2.1	How well was the study done to minimise the risk of bias or confounding?	High quality (++) □ Acceptable (+) □ Unacceptable – reject **x**	
2.2	Taking into account clinical considerations, your evaluation of the methodology used, and the statistical power of the study, do you think there is clear evidence of an association between exposure and outcome?	Yes ☐ Can't say **x**	No ☐
2.3	Are the results of this study directly applicable to the patient group targeted in this guideline?	Yes **x**	No □
2.4	**Notes.** Summarise the authors conclusions. Add any comments on your own assessment of the study, and the extent to which it answers your question and mention any areas of uncertainty raised above.		
	-Qualität der Studie/Risk of bias: inakzeptabel		

	-Studienergebnisse: (Nachteil: keine Vergleichsgruppe und statist. Bewertung) -> 90.4% der Studienteilnehmenden blieben bis zum Ende des follow-ups (4 Wochen) dabei -> reduziertes Injektionsverhalten (um Ø 44.4% Rückgang: Vgl Monat vor vs nach IN DAM-Beginn) -> Erfüllung der Bedürfnisse der Studienteilnehmenden (z.B. weniger schädliche Anwendung, Wunsch nach stärkerem Effekt) -> keine schwerwiegenden Unannehmlichkeiten traten auf (z.B. Nasenschädigungen) -Übertragbarkeit für Deutschland: ja

Rückfallprophylaxe

Methodology Checklist 3: Cohort studies

Cousins, G., Boland, F., Barry, J. *et al.* J-shaped relationship between supervised methadone consumption and retention in methadone maintenance treatment (MMT) in primary care: National cohort study. *Drug and Alcohol Dependence* **173** (2017). https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.12.009

Guideline topic: Rückfallprophylaxe	Key Question No: 3.7	Reviewer: ZIS

Before completing this checklist, consider:

1. Is the paper really a cohort study? If in doubt, check the study design algorithm available from SIGN and make sure you have the correct checklist.
2. Is the paper relevant to key question? Analyse using PICO (Patient or Population Intervention Comparison Outcome). IF NO REJECT (give reason below). IF YES complete the checklist..

Reason for rejection: 1. Paper not relevant to key question ☐ 2. Other reason ☐ (please specify):

Please note that a retrospective study (ie a database or chart study) cannot be rated higher than +.

Section 1: Internal validity

In a well conducted cohort study:		***Does this study do it?***
1.1	The study addresses an appropriate and clearly focused question.	Yes **x** No ☐ Can't say ☐
SELECTION OF SUBJECTS		
1.2	The two groups being studied are selected from source populations that are comparable in all respects other than the factor under investigation.	Yes ☐ No ☐ Can't say ☐ Does not apply **x**

1.3	The study indicates how many of the people asked to take part did so, in each of the groups being studied.	Yes □ Can't say □	No □ Does not apply **x**
1.4	The likelihood that some eligible subjects might have the outcome at the time of enrolment is assessed and taken into account in the analysis.	Yes □ Can't say □	No □ Does not apply **x**
1.5	What percentage of individuals or clusters recruited into each arm of the study dropped out before the study was completed.	Ca. 3% der gesamten Studienkohorte verstarb während der follow-up Periode	
1.6	Comparison is made between full participants and those lost to follow up, by exposure status.	Yes □ Can't say □	No □ Does not apply **x**
ASSESSMENT			
1.7	The outcomes are clearly defined.	Yes **x** Can't say □	No □
1.8	The assessment of outcome is made blind to exposure status. If the study is retrospective this may not be applicable.	Yes □ Can't say **x**	No □ Does not apply □
1.9	Where blinding was not possible, there is some recognition that knowledge of exposure status could have influenced the assessment of outcome.	Yes **x** Can't say □	No □ □
1.10	The method of assessment of exposure is reliable.	Yes **x** Can't say □	No □

1.11	Evidence from other sources is used to demonstrate that the method of outcome assessment is valid and reliable.	Yes □ Can't say □	No **x** Does not apply □
1.12	Exposure level or prognostic factor is assessed more than once.	Yes □ Can't say □	No □ Does not apply **x**
CONFOUNDING			
1.13	The main potential confounders are identified and taken into account in the design and analysis.	Yes □ Can't say **x**	No □
STATISTICAL ANALYSIS			
1.14	Have confidence intervals been provided?	Yes **x** 95% CI	No □
SECTION 2: OVERALL ASSESSMENT OF THE STUDY			
2.1	How well was the study done to minimise the risk of bias or confounding?	High quality (++) □ Acceptable (+) **x** Unacceptable – reject 0	
2.2	Taking into account clinical considerations, your evaluation of the methodology used, and the statistical power of the study, do you think there is clear evidence of an association between exposure and outcome?	Yes ☐ Can't say **x**	No ☐
2.3	Are the results of this study directly applicable to the patient group targeted in this guideline?	Yes **x**	No □
2.4	**Notes.** Summarise the authors conclusions. Add any comments on your own assessment of the study, and the extent to which it answers your question and mention any areas of uncertainty raised above. -Qualität der Studie/Risk of bias: akzeptabel		

	-Signifikante Studienergebnisse: j-förmige Beziehung zwischen überwachtem Methadon-Konsum und Behandlungsretention: -erhöhte Behandlungs-Retention bei 20-59% im Vergleich zu solchen mit <20% überwachtem Konsum -≥60% überwachter Konsum -> verringerte Behandlungsretention -mit steigender Anzahl an Behandlungen steigt die Behandlungsretention (längerer Verbleib in späteren Behandlungen) -Patienten, die einen Komorbiditätsscore > 11 (verglichen mit 0-5) hatten, hatten signifikant wahrscheinlicher kürzere Behandlungsepisoden ->1/3 der Patient:innen erhielten nicht die empfohlene optimale Dosis Methadon von mindestens 60 mg/Tag -Übertragbarkeit für Deutschland: ja

Methodology Checklist 3: Cohort studies

Hartung, D. M., Markwardt, S., Johnston, K. *et al.* Association between treatment setting and outcomes among Oregon Medicaid patients with opioid use disorder: a retrospective cohort study, *Addiction Science & Clinical Practice* **17** (1) (2022). https://doi.org/10.1186/s13722-022-00318-1

Guideline topic: Rückfallprophylaxe	Key Question No: 3.3	Reviewer: ZIS

Before completing this checklist, consider:

1. Is the paper really a cohort study? If in doubt, check the study design algorithm available from SIGN and make sure you have the correct checklist.
2. Is the paper relevant to key question? Analyse using PICO (Patient or Population Intervention Comparison Outcome). IF NO REJECT (give reason below). IF YES complete the checklist..

Reason for rejection: 1. Paper not relevant to key question ☐ 2. Other reason ☐ (please specify):

Please note that a retrospective study (ie a database or chart study) cannot be rated higher than +.

Section 1: Internal validity

In a well conducted cohort study:		***Does this study do it?***
1.1	The study addresses an appropriate and clearly focused question.	Yes **x** No ☐ Can't say ☐
SELECTION OF SUBJECTS		
1.2	The two groups being studied are selected from source populations that are comparable in all respects other than the factor under investigation.	Yes **x** No ☐ Can't say ☐ Does not apply ☐

1.3	The study indicates how many of the people asked to take part did so, in each of the groups being studied.	Yes □	No □ Does not apply **x**
1.4	The likelihood that some eligible subjects might have the outcome at the time of enrolment is assessed and taken into account in the analysis.	Yes □ Can't say □	No □ Does not apply **x**
1.5	What percentage of individuals or clusters recruited into each arm of the study dropped out before the study was completed.	Does not apply **x**	
1.6	Comparison is made between full participants and those lost to follow up, by exposure status.	Yes □ Can't say □	No □ Does not apply **x**
ASSESSMENT			
1.7	The outcomes are clearly defined.	Yes **x** Can't say □	No □
1.8	The assessment of outcome is made blind to exposure status. If the study is retrospective this may not be applicable.	Yes □ Can't say □	No □ Does not apply **x**
1.9	Where blinding was not possible, there is some recognition that knowledge of exposure status could have influenced the assessment of outcome.	Yes □ Can't say □	No □ Does not apply **x**
1.10	The method of assessment of exposure is reliable.	Yes **x** Can't say □	No □

1.11	Evidence from other sources is used to demonstrate that the method of outcome assessment is valid and reliable.	Yes **x** Can't say □	No □ Does not apply□
1.12	Exposure level or prognostic factor is assessed more than once.	Yes □ Can't say □	No □ Does not apply **x**
CONFOUNDING			
1.13	The main potential confounders are identified and taken into account in the design and analysis.	Yes □ Can't say **x**	No □
STATISTICAL ANALYSIS			
1.14	Have confidence intervals been provided?	Yes **x** 95% CI	No □
SECTION 2: OVERALL ASSESSMENT OF THE STUDY			
2.1	How well was the study done to minimise the risk of bias or confounding?	High quality (++) □ Acceptable (+) **x** Unacceptable – reject 0	
2.2	Taking into account clinical considerations, your evaluation of the methodology used, and the statistical power of the study, do you think there is clear evidence of an association between exposure and outcome?	Yes **x** Can't say ☐	No ☐
2.3	Are the results of this study directly applicable to the patient group targeted in this guideline?	Yes **x**	No □
2.4	**Notes.** Summarise the authors conclusions. Add any comments on your own assessment of the study, and the extent to which it answers your question and mention any areas of uncertainty raised above. -Qualität der Studie/Risk of bias: akzeptabel		

	-Signifikanz der Ergebnisse: ja ->Stationär höhere Retention bei 6-Monaten (aber nicht bei 1 Jahr): 95% CI ->Stationär bessere Retention für Nicht-MOUD-Patient:innen (kein Nutzen für MOUD-Patient:innen): 95% CI -Übertragbarkeit für Deutschland: ja

SIGN	Methodology Checklist 3: Cohort studies

Katzman, J. G., Takeda, M. Y., Bhatt, S. R. *et al.* An Innovative Model for Naloxone Use Within an OTP Setting: A Prospective Cohort Study. *J Addict Med* **12** (2018). https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.0117

Guideline topic: Rückfallprophylaxe	Key Question No: 3.8	Reviewer: ZIS

Before completing this checklist, consider:

1. Is the paper really a cohort study? If in doubt, check the study design algorithm available from SIGN and make sure you have the correct checklist.
2. Is the paper relevant to key question? Analyse using PICO (Patient or Population Intervention Comparison Outcome). IF NO REJECT (give reason below). IF YES complete the checklist..

Reason for rejection: 1. Paper not relevant to key question ☐ 2. Other reason ☐ (please specify):

Please note that a retrospective study (ie a database or chart study) cannot be rated higher than +.

Section 1: Internal validity

In a well conducted cohort study:		***Does this study do it?***
1.1	The study addresses an appropriate and clearly focused question.	Yes **x** No □ Can't say □
SELECTION OF SUBJECTS		
1.2	The two groups being studied are selected from source populations that are comparable in all respects other than the factor under investigation.	Yes □ No □ Can't say □ Does not apply **x**

1.3	The study indicates how many of the people asked to take part did so, in each of the groups being studied.	Yes □ Does not apply **x**	No □
1.4	The likelihood that some eligible subjects might have the outcome at the time of enrolment is assessed and taken into account in the analysis.	Yes □ Can't say □	No **x** Does not apply □
1.5	What percentage of individuals or clusters recruited into each arm of the study dropped out before the study was completed.	29/244=11,9% der Gesamtzahl der Studienteilnehmenden	
1.6	Comparison is made between full participants and those lost to follow up, by exposure status.	Yes □ Can't say □	No **x** Does not apply □
ASSESSMENT			
1.7	The outcomes are clearly defined.	Yes **x** Can't say □	No □
1.8	The assessment of outcome is made blind to exposure status. If the study is retrospective this may not be applicable.	Yes □ Can't say □	No □ Does not apply **x**
1.9	Where blinding was not possible, there is some recognition that knowledge of exposure status could have influenced the assessment of outcome.	Yes □ Can't say □	No □ Does not apply **x**

1.10	The method of assessment of exposure is reliable.	Yes **x** Can't say □	No □
1.11	Evidence from other sources is used to demonstrate that the method of outcome assessment is valid and reliable.	Yes □ Can't say **x**	No □ Does not apply□
1.12	Exposure level or prognostic factor is assessed more than once.	Yes **x** Can't say □	No □ Does not apply □
CONFOUNDING			
1.13	The main potential confounders are identified and taken into account in the design and analysis.	Yes **x** Can't say □	No □
STATISTICAL ANALYSIS			
1.14	Have confidence intervals been provided?	Yes □	No **x**
SECTION 2: OVERALL ASSESSMENT OF THE STUDY			
2.1	How well was the study done to minimise the risk of bias or confounding?	High quality (++) □ Acceptable (+) **x** Unacceptable – reject 0	
2.2	Taking into account clinical considerations, your evaluation of the methodology used, and the statistical power of the study, do you think there is clear evidence of an association between exposure and outcome?	Yes ☐ Can't say **x**	No ☐
2.3	Are the results of this study directly applicable to the patient group targeted in this guideline?	Yes **x**	No □

2.4	**Notes.** Summarise the authors conclusions. Add any comments on your own assessment of the study, and the extent to which it answers your question and mention any areas of uncertainty raised above. -Qualität der Studie/Risk of bias: akzeptabel -Studienergebnisse: (Nachteil: keine Vergleichsgruppe und Signifikanztests) ->Rückholrate: 31 (≙ 13%) der Teilnehmenden bei Anwendung auf 38 Gemeinschaftsmitglieder (87% Freunde oder Verwandte) -> alle Rückholversuche waren erfolgreich und aufgrund von Heroin -> Naloxon wird meist nicht vom Patient:in selbst genutzt, sd für sein/ihr Umfeld -44% der TN wurden im Vorfeld bereits durch Naloxon gerettet -Übertragbarkeit für Deutschland: ja

S3-Leitlinie
Opioidbezogene Störungen

Anlage 5 | Interessenserklärungen

AWMF-Register Nr. 076/012
Verfügbar unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-012
Version: 1.0

Federführung
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht)
Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (DGS)

Koordination
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg

Das dieser Veröffentlichung zugrundliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21015 gefördert.

Tabelle zur Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

Im Folgenden sind die Interessenerklärungen als tabellarische Zusammenfassung dargestellt sowie die Ergebnisse der Interessenkonfliktbewertung und Maßnahmen, die nach Diskussion der Sachverhalte von der der LL-Gruppe beschlossen und im Rahmen der Konsensuskonferenz umgesetzt wurden.

Leitlinienkoordination: Lehmann, Kirsten; Schäfer, Ingo
Leitlinie: Leitlinie Opioidbezogene Störungen
Registernummer: 076-012

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. med. Backmund, Markus	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin Ehrenvorsitzender, EMDRIA, AST e.V., Wissenschaftliche Tätigkeit: LMU München, Klinische Tätigkeit: hausärztlich - internistisch, suchtmedizinisch, psychotherapeutisch, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. Baethge, Christopher	nein	nein	nein	nein	BMFT über DLR	nein	Mitglied: nein , Wissenschaftliche Tätigkeit: nein , Klinische Tätigkeit: nein , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein , Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Bannasch, Frank	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: nein, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. med. Batra, Anil	Sozialministerium Ba-Wü, Beckley	Wiss. Beirat Psychotherapie der Bundesärztekammer, Wiss. Beirat Sucht der Bundesärztekammer,	Bezirkssärztekammer Südwürttemberg, Bezirkssärztekammer	Verlage	Sozialministerium Baden-Württemberg, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Krebshilfe	nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V., Vorstandsmitglied, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V., einfaches	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
		Suchtausschuss der Landesärztekammer BaWü	Südwürttemberg, Ärztekammer Westfalen-Lippe, VT-Münster				Mitglied, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Nervenheilkunde e.V. - stellv. Leiter des Referates Suchtmedizin, Wissenschaftliche Tätigkeit: Tabakentwöhnung, Wissenschaftliche Tätigkeit: Alkoholabhängigkeit, Wissenschaftliche Tätigkeit: Substitutionsbehandlung, Klinische Tätigkeit: Leitung des Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: s.o.: Suchtmedizin und Verhaltenstherapie bei Ärztekammern	
Prof. Dr. med. Bleckwenn, Markus	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin und in der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Klinische Tätigkeit: Hausärztliche Tätigkeit	COI: keine: keine
Prof. Dr. med. Bschor, Tom	Renten- und Unfallversicherungen, Bundesministerium für Gesundheit	Wissenschaftliches Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen	https://www.bschor.de/de/vortraege.html	https://www.bschor.de/de/publikationen.html	nein	nein	Mitglied: Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie (BGPN): Vorstandsmitglied (2017-2021 stlv. Vorsitzender), Mitglied: Vorstandsmitglied (wissenschaftlicher Sekretär) von IGSLI (International Group for the Study of Lithium Treated Patients), Mitglied: ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Sprecher der AG Psychiatrie (in dieser Funktion Mitarbeit an	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							der S3--Leitlinie), Mitglied: Wissenschaftliches Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), Mitglied: passives Mitglied in: DGPPN, DGBS, Berliner Medizinische Gesellschaft, Sächsische Wissenschaftliche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, Ernst-Reuter-Gesellschaft der Freunde, Förderer Ehemaligen der Freien Universität Berlin e. V., Wissenschaftliche Tätigkeit: Pharmakotherapie der Depression, Lithiumprophylaxe, Lithiumaugmentation, Entzugsbehandlung bei Suchterkrankungen Zahlreiche Publikationen von systematische Metaanalysen zu psychopharmakologischen Themen.	
Dr. med. Cabanis, Maurice	nein	nein	nein	nein	G-BA, Landesstiftung Baden-Württemberg, Ferry-Porsche Stiftung	nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin, erster Vorsitzender, Mitglied: Suchtmedizinische Arbeitsgemeinschaft Stuttgart, Mitglied, Mitglied: Mandatsträger für diese Leitlinie, Mitglied: Ausschuss Sucht und Drogen, der Bundesärztekammer, Mitglied: Center of Clinical Innovation in Addiction Research (CORE) gUG, erster Vorsitzender, Wissenschaftliche Tätigkeit: Versorgungsforschung, E-Mental-Health, Opioid- und Alkoholabhängigkeit,	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Behandlungskoordination, Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Prävention, Frühintervention, Klinische Tätigkeit: Psychiatrie und Suchtmedizin	
Dix, Maren	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: nein, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: Gefängnismedizin Suchtmedizinische Grundversorgung, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Beirat Gefängnismedizintage Qualitätszirkel Intramurale Medizin Hamburg, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Dr. Eidenmüller, Katharina	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: nein, Wissenschaftliche Tätigkeit: - Promotion zu Krankheitseinsicht und Theory of Mind bei Opioidabhängigen in Substitutionsbehandlung - Mitarbeit an einer Studie zur exzitatorisch-/ inhibitorischen Neurotransmitterbalance bei Patient*innen mit Substanzgebrauchsstörungen - Mitarbeit an einer Studie zu Rauchverlangen und Cue Reactivity in der virtuellen Realität - Publikationen: Eidenmueller, K., Grimm, F., Hermann, D., Frischknecht, U., Montag, C., Dziobek, I., Kiefer, F., Bekier, N. K. (2021). Exploring Influences on Theory of Mind	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Impairment in Opioid Dependent Patients. Frontiers in psychiatry, 12, 721690. Eidenmueller, K., Grimm, F., Hermann, D., Frischknecht, U., Kiefer, F., Dziobek, I., Bekier, N. K. (2022). Exploring impaired insight in opioid addiction: The role of self-stigma. Heroin Addiction and Related Clinical Problems, 24(2), 45-51. Gerhardt, S., Eidenmueller, K., Hoffmann, S., Bekier, N., Bach, P., Hermann, D., ... Vollstädt- Klein, S. (2022). A history of childhood maltreatment has substance-and sex-specific effects on craving during treatment for substance use disorders. Frontiers in Psychiatry, 516. Bekier, N. K., Frischknecht, U., Eidenmueller, K., Grimm, F., Bach, P., Stenger, M., Kiefer, F. Hermann, D. (2024). Does Cannabis use substitute for opioids? An exploratory survey in opioid maintenance patients. European Archives of Psychiatry and Clinical neuroscience, forthcoming. , Klinische Tätigkeit: Psychotherapeutin in der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin: stationäre DBT-S und ambulante Psychotherapie in der Substitutionsambulanz, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. rer. nat. Funke, Wilma	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Fachverband Sucht e.V.: Stellvertretende Vorsitzende, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V.: Mitglied des Vorstands, Mitglied: Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz: Mitglied im Ausschuss "Belange der angestellten Psychotherapeut*innen", Wissenschaftliche Tätigkeit: Therapiebegleitforschung; Evaluation medizinischer Rehabilitation, Klinische Tätigkeit: psychotherapeutische Interventionen bei Menschen mit und ohne Suchterkrankung, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen Köln: Mitglied der Prüfungskommission in der Weiterbildung/Masterstudiengang Suchttherapie, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Dr. Gastauer, Dirk	nein	Institut für Kinder- und Jugendhilfe (IKJ), Fachzeitschrift Sozial Extra	Ehrenamtsbörse Landau, Moreno Institut Edenkoben / Überlingen, Landesstelle für Suchtfragen Baden-Württemberg, TU Darmstadt, Diakonie Herzogsägmü	nein	nein	nein	Mitglied: Vorstand im fdr+ Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V., Mitglied: Mitglied im Arbeitskreis Suchtfragen und Jugendschutz des PARITÄTISCHEN Gesamtverbandes, Mitglied: Board Member Euro TC - European Treatment Centres for Drug addiction, Mitglied: Vertrauensdozent der Friedrich-Ebert-Stiftung, Mitglied: Mitglied im Deutschen Fachverband für Psychodrama (DFP), Wissenschaftliche Tätigkeit:	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			hle gGmbH, Universität Hildesheim				Lehrauftrag Universität Hildesheim, Wissenschaftliche Tätigkeit: Fachbeirat der Zeitschrift "Sozial Extra", Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Moreno Institut Edenkoben / Überlingen; Psychodrama-Seminare	
Dipl.-Pflegewirt (FH) Genge, Uwe	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Deutsche Fachgesellschaft psychiatrische Pflege e.V. stell. Präsident	COI: keine: keine
Gerber, Philipp	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Fachverband Drogen und Suchthilfe e.V. Vorstandsmitglied	COI: keine: keine
Dr. Haltmayer, Hans	nein	Beirates für Sucht- und Drogenfragen der Stadt Wien, Mitglied des Ausschusses für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung im Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und des Österreichischen Bundesdrogenforums	Ärztekammer Wien, Österr. Ges. für arzneimittelgestützte Behandlung von Sucht5krankheit (ÖGABS)	nein	Sucht- und Drogenkoordination Wien	nein	Mitglied: Österr. Ges. für arzneimittelgestützte Behandlung von Sucht5krankheit (ÖGABS) 1. bzw. 2. Vorsitzender, Wissenschaftliche Tätigkeit: Mitherausgeber der Zeitschrift Suchtmedizin - Addiction Medicine	COI: keine: keine
Prof. Dr. Hansjürgens, Rita	nein	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen	diversen Kongressen der Suchthilfe und Landesfachstel	nein	nein	nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe, Wissenschaftliche Tätigkeit: Einfluss der Rahmenbedingungen der	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			len				Suchthilfe auf Performanz der Fachkräfte Sozialer Arbeit / Potentiale Sozialer Arbeit in der Suchthilfe, Wissenschaftliche Tätigkeit: Ankerwirkmodell Suchtberatung, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Wissenschaftliche Leitung der Fortbildung für Teilhabefachdienste in den Bezirken von Berlin	
Dipl.-Psych. Harfst, Timo	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: nein (nur passive Mitgliedschaft DGPPN), Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Havemann-Reinecke, Ursula	Kommission der Ärztekammer Niedersachsen für Substitutionsbehandlungen für Opioidabhängige, BtM-Kommission von BMG und Bundesopiumstelle, Anhörungen Bundestag/konsultationen für BMG	Mitarbeit im Substitutionsrat zur Versorgung von Opioidabhängigen, in Kooperation mit Sanofi	Ärztekammer (Suchtmedizinisches Curiculum), Polizeiakademien, Suchtberatungstellen, Friedrich - Naumann Stiftung, verschiedene Suchtkongresse	nein	DFG, AG Therapeutisches Drug Monitoring der AGNP, Interaktion in Kooperation verschiedener Universitäten in Deutschland und Europa	nein	Mitglied: Vorstandstätigkeit in der DG-Sucht, Norddeutschen Suchtforschungsverbund (NSF e.V.), Leiterin des Referates Abhängigkeitserkrankungen der DGPPN, Mitglied des wiss. Kuratoriums der DHS, Mitglied der TDM-AG der AGNP, Mitglied der Dt. Pharmakologischen Ges (DGPT,), Wissenschaftliche Tätigkeit: Biologische und klinische Forschung zur Wirkung von Opioiden und Cannabinoiden, Interaktion von Pharmaka, Mitarbeit oder Leitung bei Erstellung von AWMF-Therapie LL (Alkohol, Tabak, Medikamente, LONTS, Opioide, Cannabis, Schmerztherapie (LONTS, Akuter Schmerz)), Klinische Tätigkeit: Suchtmedizinische und psychiatrische Behandlungen als	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Arztin für Neurologie und Psychiatrie, langjährige Erfahrung in der konsiliarischen Tätigkeit auf anästhesiologischen Stationen, Substitutionsbehandlung, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Leitung des 50 stündigen suchtmedizinischen Curriculums der ÄKN seit vielen Jahren zur Erlangung der Zusatzbezeichnung "Suchtmedizinische Grundversorgung" Durchführung des Wahlfachs für Mediziner "Psychopharmakologie", langjährige Lehrerfahrung, Persönliche Beziehung: nein	
Hotstegs, Jochen	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Bundesverband Individual- und Erlebnispädagogik e.V. Vorstandsmitglied und Leitung des Fachbereichs Erlebnistherapie	COI: keine: keine
Huff, Sarah	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: nein., Wissenschaftliche Tätigkeit: nein., Klinische Tätigkeit: nein., Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein., Persönliche Beziehung: nein.	COI: keine: keine
Jacobsen, Britta	nein	nein	nein	nein	Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG),	nein	Member: nein, Scientific activity: Opioidbezogene Störungen, Alkoholkonsum(-störungen), Epidemiologie verschiedener legaler und illegaler Substanzen, Cannabis, (k)PTBS, Clinical activity: Keine, Participation in education/training: Keine, Personal relationships: Keine	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
					Innovationsfond, Innovationsfond, Innovationsfond			
Prof. Dr. med. Kiefer, Falk	Regeneron	Invidor	Lundbeck, Otsuka	nein	BMBF Aerial, DFG GRK, BMBF Target-Oxy, DFG SFB TRR265	nein	Mitglied: DG-Sucht, aktuell Präsident, Mitglied: DGPPN, Mitglied, Mitglied: EPA, zuletzt Co-Chair Section of Addictive Behaviours, Mitglied: Deutsche Suchtstiftung, Vorstand, Wissenschaftliche Tätigkeit: Suchttherapie, Klinische Tätigkeit: Suchttherapie	COI: keine: keine
Priv. Doz. Dr. med. Koopmann, Anne	nein	nein	My Wax Betty Ford Klinik Bad Brückenau, Nein	nein	Bundesministerium für Gesundheit, Dietmar Hopp Stiftung, Dietmar Hopp Stiftung, Baden Württemberg Stiftung	nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG Sucht)	COI: keine: keine
Prof. Dr. Kopp, Ina	Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS), European Federation of Periodontology (EFP), British Society for Periodontology (BSP), European Society of Endotontology (ESE) , European Society for Contact Dermatitis (ESCD) , European	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)	EBM Frankfurt, Arbeitsgruppe des Instituts für Allgemeinmedizin am FB Medizin der Johann Goethe-Universität Frankfurt, European Business School (EBS) der Universität für Wirtschaft und Recht gGmbH, Bundesverband der implantologisch tätigen	nein	Stiftung Deutsche Krebshilfe (DKH), Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) , Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) Innovationsfonds, Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) , Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) , Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) Innovationsfonds,	nein	Member: Lenkungsausschuss für das Leitlinienprogramm Onkologie von Deutscher Krebsgesellschaft, Deutscher Krebshilfe und AWMF (Mitglied), Member: Ständige Kommission Leitlinien der AWMF (Stellv. Vorsitzende), Member: Primary Contact im Auftrag der AWMF im Guidelines International Network , Member: Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (Mitglied), Member: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (Mitglied), Member: Fachbeirat für das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und AWMF (Mitglied), Member: Mitglied, Kohorte 1: SCIANA-Health	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
	Academy for Childhood Disability (EACD) , European Association for Osseointegration (EAO), European Federation of Conservative Dentistry		Zahnarzte in Europa e.V.(BDIZ)		Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) Innovationsfonds		Leaders Network, gefördert von Robert Bosch Stiftung (D), Health Foundation, Careum Stiftung, Member: Mitglied des Kuratoriums des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), Member: Ehrenmitglied, Deutsche Gesellschaft für Senologie , Member: Mitglied, Board of Trustees des Guidelines International Network, Scientific activity: Leitlinien, Qualitätsmanagement, Versorgungsforschung, Digitalisierung und Künstliche Intelligenz in der Medizin, Clinical activity: Keine, Participation in education/training: Seminare Leitlinien der AWMF für Leitlinienentwickler und das Curriculum Leitlinienberater, GIN-McMaster INGUIDE Training Program, Methoden-Workshops des Leitlinienprogramms Onkologie, Personal relationships: Keine	
Krüger-Rosenke, Lioba	nein	nein	Fachhochschule Münster, Fachbereich Sozialwesen, Lehrauftrag, LWL Koordinationsstelle Sucht	nein	nein	nein	Mitglied: DG SAS Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe, Mitglied: DG Sucht, Mitglied: Arbeiterwohlfahrt, Wissenschaftliche Tätigkeit: Publikationen zur Cannabislegalisierung	COI: keine: keine
Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Landgraf, Mirjam N.	Verschiedene Gerichte in Deutschland	nein	Bundesakademie für Kirche und Diakonie	Elsevier Verlag, Kohlhammer Verlag	G-BA Innovationsfonds, Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Bundes-ministerium für	nein	Mitglied: Mitglied von: GNP, DGKJ, DGKN, DGKiM, Hauner Verein, Marburger Bund, Deutscher Hochschulverband FASD Beauftragte der GNP (Mitglied des erweiterten Vorstands)	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
					Gesundheit, Robert-Vogel-Stiftung, Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Bundes-ministerium für Gesundheit, G-BA Innovationsfonds moma		Vorstand EUFASD , Wissenschaftliche Tätigkeit: FASD, Migräne, Klinische Tätigkeit: FASD, pränatale Toxinexposition, Kinderschutz, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: EUFASD conference, Mitglied des Scientific Committee, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: FASD Fachtagung, jährlich in Deutschland, ärztlich-wissenschaftliche Themenberatung	
Dipl.-Psych. Lange, Nikolaus	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie (dgsps) e.V./Vorstandsmitglied, Wissenschaftliche Tätigkeit: Bundesverband Suchthilfe (bus.) e.V./Dokumentationsausschuss, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Lehmann, Kirsten	Gutachterin wissenschaftlicher Artikel (Paper) in Fachzeitschriften (Suchttherapie)	nein	Voträge auf Tagungen, Konferenzen	Publikationen in wissenschaftlichen Fachzeitschriften	nein	nein	Member: Mitglied im Förderverein für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (FISD e.V.), Mitglied im (y)CHCR PH (Center for Health Care Research and Public Health), Vorstandsmitglied im Norddeutschen Suchtforschungsverbund e. V. (seit Mai 2025), Scientific activity: Sozialwissenschaftliche Suchtforschung ((Medizinisches) Cannabis,Opioide, Opioid-Agonisten-Therapie, PTBS), Clinical activity: Keine klinische Tätigkeit, Participation in education/training: Keine, Personal relationships: Keine	COI: keine: keine
Dr. med.	Berater	nein	nein	nein	nein	nein	Wissenschaftliche Tätigkeit:	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Lehmann, Marc	Justizministerium Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin						Vollzugsmedizinische Versorgung einschließlich Suchtbehandlung	
Link, Tobias	Courts, nein, Regional medical chamber, Commitee on addiction medicine, nein	nein	Akademie im Park, Psychiatric Center Nordbaden, Regional medical chamber, Heidelberg Institute for Psychotherapy (HIT)	nein	Central Institute of Mental Health, Central Institute of Mental Health	nein	Mitglied: Member of DGPPN, Mitglied: Member of DG Suchtmedizin, Mitglied: Member of dg Sucht, Klinische Tätigkeit: Chief Physician of the Clinic of Addiction Therapy and Rehabilitation of the Psychiatric Center Nordbaden	COI: keine: keine
Lojewski, Ilona	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	COI: keine: keine
Luderer, Mathias	nein	Takeda, Medice, Recordati	Takeda, Medice, Idorsia	Thieme, Elsevier	nein	nein	Mitglied: DGPPN, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, Mitglied: Vorstandsmitglied - International Collaboration on ADHD and Substance Abuse (ICASA Foundation) , Mitglied: Drogen- und Suchtbeauftragter für Berufsangehörige der Landesärztekammer Hessen, Wissenschaftliche Tätigkeit: ADHS und Abhängigkeit, Klinische Tätigkeit: Abhängigkeitserkrankungen und Komorbidität, insb. ADHS	COI: keine: keine
Lüdecke, Christel	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin, Mitglied: BDK-	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Arbeitskreis Sucht, Klinische Tätigkeit: Leitung einer Fachabteilung Suchterkrankungen und komorbide Störungen, Klinische Tätigkeit: Ermächtigungsambulanz Substitution	
Dr. Melcop, Nikolaus	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Deutsche PsychotherapeutenVereinigung Stellvertretender Landesvorsitzender, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: Psychotherapeutische Praxis, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Mollenhauer, Simone	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	COI: keine: keine
Muhl, Christian	nein	nein	Justus-Liebig-Universität Gießen	nein	nein	nein	Mitglied: Vorstandsmitglied des FV Sucht+ e.V., Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: Direktor einer Rehaklinik für Suchtrehabilitation (illegale Drogen), Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Müller, Elisabeth	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Mitglied der DGPPN, DG Sucht, BAS e.V., DG Suchtmedizin, jedoch keine leitende Tätigkeit, Wissenschaftliche Tätigkeit: Veröffentlichung von Fallberichten zur Kratomabhängigkeit, Klinische Tätigkeit: Oberarzt Drogenentzug, Suchtambulanz und Substitution	COI: keine: keine
Müller, Hannah	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Nagel, Tina	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. Nestler, Nadja	B. Braun, NÖ Landesgesundheitsagentur, Hollister GmbH, NÖ Landesgesundheitsagentur, Mundipharma international	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Deutsche Schmerzgesellschaft / Schriftführerin - Mitglied des Präsidiums, Mitglied der Ad-hoc Kommission Pflegecurriculum Schmerz; Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft , Wissenschaftliche Tätigkeit: Advanced Nursing Practice pflegerisches Schmerzmanagement	Opioidsubstitution (SROM - slow release oral morphine) COI: gering: Limitierung in Leitungsfunktionen (AG-Leitung)
Neugebauer, Friederike	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Vorstandsmitglied Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Mitglied: Mitglied im Fachbeirat und der Arbeitsgemeinschaft Deutsche Suchthilfestatistik, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Organisation und Veranstaltung des jährlichen Bundesdrogenkongresses (fdr+sucht+kongress)	COI: keine: keine
Dr. med. Nothacker, Monika	IQTIG	-Advisory Board Member of Health Care Research Project INDiQ (measuring indication quality) Honoraria as described - Member of Steering Group National Cancer Plan no payment , IQTIG	Berlin School of Public Health, European Board of Gastroenterology, medical association bavaria, , INGUIDE	nein	German Cancer Aid , BMG, Network University Medicine for Pandemic Preparedness 2.0 , G-BA Innovationfund, Canadian Public Health Agency	nein	Member: - German Network Evidence Based Medicine (member) - German Cancer Society (member until 12/2020) - Guidelines International Network/GRADE Working Group (member) - AWMF Vice Chair Woman ad hoc commission structures in health care, Scientific activity: Guidelines and Guideline Methodology, Methodology of guidelines based performance measures/quality indicators, Clinical activity: no clinical activity or clinical	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							research, Participation in education/training: Guideline seminars within Curriculum for guideline developers in Germany , Personal relationships: no	
Ostermann, Olaf	nein	DRUCK 2.0 Studie RKI	Gilead Sciences GmbH, Gilead Sciences GmbH, AbbVie Deutschland GmbH , AbbVie Deutschland GmbH , AbbVie Deutschland GmbH , AbbVie Deutschland GmbH , AbbVie Deutschland GmbH , AbbVie Deutschland GmbH	nein	DAH, akzept e.V. Institut für Suchtforschung Frankfurt Main	nein	Mitglied: Vorstandsmitglied von akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik	Opioidabhängigkeit und komorbide Hepatitis-C-Virus (HCV)-Erkrankung COI: moderat: Keine Abstimmung für Empfehlungen aus dem Themenbereich komorbide Hepatitis-C-Virus (HCV)-Erkrankung
Paternoga, Henrike	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: nein, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: fachärztlich verantwortliche Substitution im Rahmen der medizinischen Suchtrehabilitation, Klinische Tätigkeit: Leitende Ärztin Institutsambulanz für Substitutionsbehandlungen	COI: gering: Limitierung von Leitungsfunktion

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Elmshorn - Therapiehilfe gGmbH, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	
Paul, Denis	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: keine Mitgliedschaften oder Funktionen in Interessensverbänden, Wissenschaftliche Tätigkeit: keine wissenschaftliche Tätigkeit oder Publikationen, Klinische Tätigkeit: Suchtpsychotherapie , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Keine Beteiligung an Fort- oder Ausbildungsinstituten, Persönliche Beziehung: Keine persönlichen Beziehungen dahingehend	COI: keine: keine
Prof. Dr. Petzke, Frank	nein	nein	Deutsche Rentenverischerung, Ärztekammer Westfalen Lippe, Mildred-Scheel Akadmemie	nein	nein	nein	Mitglied: Mitglied: Deutsche Schmerzgesellschaft, Beiratsmitglied, Leitlinienbeauftragter, Sprecher Ad Hoc-Kommission Cannabis in der Schmerzmedizin und KEDOQ-Schmerz, seit 1.01.2023 als päsident elect im Vorstand , Mitglied: Mitglied: DGAI, Arbeitskreis Schmerzmedizin, Mitglied: Mitglied: IASP, Internationale Gesellschaft zum Studium des Schmerzes , Mitglied: Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin , Mitglied: Mitglied: Schmerz- und Palliativverein Göttingen, Förderverein für die Universitätsmedizin Göttingen ,	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Wissenschaftliche Tätigkeit: Konsortial- und Kooperationspartner im Innovationsfondprojekt PAIN2020 der Deutschen Schmerzgesellschaft Seit 1.04.2022 Projekt Pain 2.0, Wissenschaftliche Tätigkeit: Multimodale Schmerztherapie, Interdisziplinäres Assessment, Versorgungsforschung, Meta-Analysen zu Opioiden, Cannabinoiden, , Klinische Tätigkeit: Leiter eine Schmerzambulanz und einer interdisziplinären multimodalen Tagesklinik mit verhaltenstherapeutisch geprägtem Programm Interdisziplinäres multimodales Assessment Innerklinischer Schmerzdienst mit Akutschmerz- und Konsildienst, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Federführung: Wissenschaftliches Komitee der Schmerzwoche Mayrhofen, veranstaltet in Kooperation mit der Deutschen Schmerzgesellschaft. Veranstaltung ist Sponsoring frei auf Selbstkostenbasis organisiert Träger ist der Verein anfofo (siehe Anfofo.de), Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Vortragender und Ausrichter Akutschmerzkurs der	

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Deutschen Schmerzgesellschaft in Göttingen, Persönliche Beziehung: nein	
Dr. Plörer, Diana	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Arbeitsgemeinschaft diamorphin-substituierender Ambulanzen in Deutschland Protokollführung bei Treffen, Klinische Tätigkeit: Ärztin in diamorphin-substituierender Ambulanz an LMU München	COI: keine: keine
Plötzke, Patrick	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: DGSAS - Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. med. Pogarell, Oliver	nein	nein	Otsuka Lundbeck Janssen Medice Bayerische Landesapothekerkammer (BLAK) Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) BAS e.V.	nein	Bayer. StMGP: Naloxon-Take home in Bayern	nein	Mitglied: BAS e.V.(1. Vorsitzender) DGPPN Referat Sucht DG-Sucht, Wissenschaftliche Tätigkeit: Suchtforschung, Klinische Tätigkeit: Suchtmedizin, Substitution, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Deutsche Gssellschaft für Schmerzmedizin: Vorträge/Schulungen: Abhängigkeit (Drogen, Medikamente)	Opioidabhängigkeit und körperliche Komorbidität HCV- und HIV-Infektion COI: gering: Limitierung von Leitungsfunktionen für den Bereich körperliche Komorbidität
Prof. Dr. med. Preuß, Ulrich W.	Canopus	nein	Lundbeck	nein	nein	nein	Mitglied: DG Suchtmedizin, DG Suchtforschung und Suchttherapie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Suchterkrankungen, Komorbidität, Klinische Tätigkeit: Allgemeinpsychiatrie, Suchtmedizin, Gerontopsychiatrie	COI: keine: keine
Dr. Raiser,	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: MA und Geschäftsführer	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Peter							der Deutschen Hauptstelle für Suchtfrage e.V., Wissenschaftliche Tätigkeit: Beiträge und Vorträge, hauptsächlich Verbandspolitisch aber gelegentlich auch wissenschaftlich. Schwerpunkte Sucht- und Drogenpolitik Versorgung Suchtkranker, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	
Prof. Dr. med. Reimer, Jens	Indivior	Camurus	Hexal, Sanofi	nein	nein	nein	Mitglied: Wissenschaftlicher Beirat der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, Wissenschaftliche Tätigkeit: Vorstand Deutsche Suchtstiftung, Klinische Tätigkeit: Herausgeber Zeitschrift Suchttherapie; Editorial Board European Addiction Research Heroin Addiction and Related Clinical Problems Substance Abuse Journal	Opioidsubstitutionsmedikamente COI: moderat: Limitierung von Leitungsfunktion; Keine Abstimmung für Empfehlungen zum Thema Opioidsubstitution(smedikamente)
Dr. Rinecker, Michael	KoStA	LMU, Lehrbeauftragter	KoStA, LMU, Lehrbeauftragung	nein	nein	nein	Mitglied: Mitglied im Bayerischen Hausärzteverbandes , Mitglied: Mitglied bei der DEGAM, Wissenschaftliche Tätigkeit: Mitglied beim Bayerischen Hausärzteverband, Klinische Tätigkeit: Mitglied bei der Dekan	COI: keine: keine
Prof. Dr. med. Scherbaum, Norbert	nein	nein	Gilead, Gerot Lannach, AbbVie, camurus, Indivior, Gilead	nein	nein	nein	Mitglied: Bundesärztekammer, Ausschuss Sucht und Drogen, Mitglied: 1. Vorsitzender der DHS, Mitglied: Ausschuss Substitutionsbehandlung, Ärztekammer Nordrhein, Wissenschaftliche Tätigkeit:	COI: gering: Limitierung von Leitungsfunktion

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							research regarding substance use and addiction - influence of COVID-19 on substance use - epidemiology of the use of gabapentinoids, new synthetic opioids, Opioid analgesics - basic mechanisms of addiction , Klinische Tätigkeit: Head of a Department of Addictive Behaviour and Addiction Medicine at a University Hospital, Persönliche Beziehung: nein	
Schinner, Denis	nein	nein	Fachhochschule Münster	nein	nein	nein	Mitglied: DRK - Bundesarbeitskreis Sucht, Generalsekretariat Berlin, Mitglied: DHS - Vorstand (für das DRK), Mitglied: DRK Landesverband Westfalen-Lippe e.V., Mitglied: Arbeitsausschuss Drogen und Sucht der LAG WL (für das DRK), Mitglied: Beirat der SuKo NRW, Mitglied: bus. - Regionalgruppe NRW, Mitglied: bus. - Vorstand (für die Netzwerk Suchthilfe gGmbH)	COI: keine: keine
Dr. med. Schmalstieg-Bahr, Katharina	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: - Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) - DEGAM-SLQ Mitglied - WONCA National Representative der DEGAM - Autorin der DEGAM-Leitlinie "Substitution zur Vitamin D Beratung", Wissenschaftliche Tätigkeit: Screening / Früherkennung von Vorhofflimmern; Urgent care / Versorgung von Patient:innen der	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Notfallpraxis, Klinische Tätigkeit: Telemedizinische Betreuung von JVA-Insassen (Honorarbasis), Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Organisation und Moderation der Hausärztlichen Fortbildung Hamburg (in Kooperation mit der Ärztekammer Hamburg), Persönliche Beziehung: n.a.	
Prof. Dr. Schneider, Hans Udo	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Norddeutscher Suchtforschungsverbund e.V. Vorstandsmitglied bis 2021, Wissenschaftliche Tätigkeit: Virtuelle Realität in der Behandlung von Phobien Depression und rTMS Schädlichkeit von psychotropen Substanzen Validierung einer Skala zur Dissoziation bei Suchtmittelabhängigkeit	COI: keine: keine
Prof. Dr. med., M.Sc. Schneider, Barbara	Evangelische Lukasstiftung, Vitos	Suizidprophylaxe, Psychopharmakotherapie	AWO Psychiatrie-Akademie, Ärztekammer Baden-Württemberg, Konföderation der evangelischen Kirchen in Niedersachsen, St. Augustinus Fachkliniken gGmbH, Johnson und Johnson, Aristo,	Kohlhammer, andere Honorare gespendet	BMG	nein	Mitglied: Leitung Nationales Suizidpräventionsprogramm, Mitglied: Mitglied Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, Vorsitzende 2014 bis 2018, Mitglied: Mitglied International Academy of Suicide Research, Wissenschaftliche Tätigkeit: Suizidalität, Suchterkrankungen, Klinische Tätigkeit: Chefärztin mit Ermächtungsambulanz (Substitution), Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Erzbistum Paderborn, St. Petrus Bonn, AIHE, Katholische Hochschule Köln, Köln, Vortrag, Nein, Münster, Meran , Berlin , Neuss					
Prof. Dr. med., MPH Schäfer, Ingo	nein	nein	DGPPN-Akademie, DeGPT	Hogrefe Verlag	Gem. Bundesausschuss, BMBF, BMG	nein	Mitglied: DG-Sucht, DeGPT, NSF, DGPPN, Wissenschaftliche Tätigkeit: Suchtforschung, Psychotraumatologie, Klinische Tätigkeit: Suchtmedizin, Psychotraumatologie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Gesellschafter/Geschäftsführer Zentrum für Psychotraumatologie Hamburg	COI: keine: keine
Schäffer, Dirk	nein	nein	nein	ZIS, Abbvie, Deutsche Aidshilfe, IFT	nein	nein	nein	COI: keine: keine
Dr. med. Siedentopf, Jan-Peter	nein	Camurus	Gilead/Camurus, Deutsche Aidshilfe, Landesinstitut für präventives Handeln, Saarland, Bundesakademie Kirche und Diakonie, Gedeon-Richter,	nein	Biotest AG	nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Mitgliedschaft), Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V. (Mitgliedschaft), Mitglied: Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin (Mitgliedschaft), Mitglied: Nord-Ostdeutsche Gesellschaft für gynäkologische Onkologie (Mitgliedschaft), Mitglied:	Opioidabhängigkeit und komorbide HCV-Infektion, Opioidsubstitutionsmedikamente COI: gering: Limitierung von Leitungsfunktionen für den Themenbereich körperliche Komorbiditäten (HCV), Opioidsubstitution und Schwangerschaft.

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Landkreis Vorpommern-Rügen, Diagnos MVZ, Nestlé, Georg Thieme Verlag, Camurus GmbH, IQN Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein , AGJ Fachverband für Prävention und Rehabilitation, Synlab Holding Deutschland GmbH				Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin (Mitgliedschaft), Wissenschaftliche Tätigkeit: Sucht und Schwangerschaft CMV-Infektionen in der Schwangerschaft Toxoplasmose in der Schwangerschaft Zervixdysplasien	
Sondermann, Stefan	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: nein , Wissenschaftliche Tätigkeit: nein , Klinische Tätigkeit: trifft nicht zu , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein , Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. med. Soyka, Michael	nein	Camurus, nein	Camurus	Herausgeber Suchtmedizin 2. Auflage Elsevier Verlag	nein	nein	Mitglied: nein kein Funktionär, Wissenschaftliche Tätigkeit: zahlreiche unentgeltliche wissenschaftliche Arbeiten , Klinische Tätigkeit: nicht mehr klinisch tätig, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	Substitution COI: moderat: Limitierung von Leitungsfunktion und Stimmenthaltung bei Themen der Substitution
Univ.-Prof. Dr.	nein	nein	Österreichisch	nein	nein	nein	Mitglied: ÖGABS	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Springer, Alfred			e Ärztekammer ÖGABS Substitutionsforum SFU Suchtberaterlehrgang				Vorstandsmitglied WBB Vorsitzender, Wissenschaftliche Tätigkeit: Substitutionsbehandlung Stigmatisierungsprozesse	
B.A. Strahl, Martin	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege, aktive Mitgliedschaft im Rahmen dieser Leitlinie; , Mitglied: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, passive Mitgliedschaft;, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, passive Mitgliedschaft, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: Leitung und Versorgung in einer psychiatrischen Station mit Schwerpunkt Abhängigkeit illegaler Drogen, Klinische Tätigkeit: Leitung und Versorgung in einer Diamorphinambulanz, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Dr. med. Stuppe, Markus	nein	nein	Qualitätszirkel der Kinderärzte Schwerin, Helios Park-Klinikum Leipzig, Zentrum für Seelische	InFo Neurologie + Psychiatrie 2019	Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther; LOM - Helios Kliniken	nein	Mitglied: Beiratsmitglied im Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser Gesundheitseinrichtungen seit März 2012, Mitglied: Vorsitzender der Fachkommission Suchtmedizinische Grundversorgung der Ärztekammer MV seit 2008,	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Gesundheit, Leipzig, 24. FORUM-Jahrestagung, LWL-Klinik Paderborn, Regionale Fortbildungsveranstaltung des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte e.V., Crivitz, SRH Berufliches Trainingszentrum, Rostock				Mitglied: Mitglied des internationalen Motivational Interviewing Network of Trainers MINT seit 2009 und GerMINT seit 2021, Mitglied: Vorstand des Suchtausschusses der Bundesdirektorenkonferenz seit 2016, Wissenschaftliche Tätigkeit: Medizinisches Cannabis, Alkohol auf Intensivstationen, DBT, AUDIT in der Unfallchirurgie, Effect of a 1-year short message service in detoxified alcohol-dependent patients: a multi-centre, open-label randomised controlled trial, S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen, Abwägung von Nutzen und Schädlichkeit von berauschenden und schmerzlindernden Substanzen aus der Perspektive von deutschen Suchtmedizinern, Meta-analysis of grey matter changes and its behavioral characterization in patients with alcohol use disorder, Klinische Tätigkeit: Chefärztliche Leitung einer suchtpsychiatrischen Klinik, Klinische Tätigkeit: Lehre und Clusterleiter Psychiatrie an der Medical School Hamburg, Campus Schwerin , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Community Reinforcement Approach, Motivational Interviewing	
Prof. Dr. Thomasius, Rainer	BZgA	nein	Vorträge in Kliniken und auf Fachtagungen	Diverse Bücher und Buchbeiträge	BMBF, G-BA Innovationsfonds, FHH, BMG, DAK Gesundheit	nein	Mitglied: Präsident und Past-President DG-Sucht Vorsitzender Gemeinsame Suchtkommission DGKJP, BAG	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			ohne pharm. Bezug				KJPP, BKJPP Federführender Autor LL Alkohol/Tabak/Medikamente Mitglied Lenkungsgruppe LL Internetbezogene Störungen Koordinator LL Cannabis, Wissenschaftliche Tätigkeit: Suchterkrankungen im Kindes- und Jugendalter: Auswirkungsforschung, Versorgungsforschung, klinische Studien, Präventionsforschung, Klinische Tätigkeit: Suchtbehandlung bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (SGB V), Beteiligung an Fort-/Ausbildung: DZSKJ-Curriculum für Mitarbeitende in Sucht- und Jugendhilfe, Persönliche Beziehung: nein	
PD Dr. phil. Verthein, Uwe	Mundipharma GmbH	nein	PTA Hanburg (Psychotherapieausbildung)	nein	Camurus GmbH, BMBF, BMG, EU, BMG, Bado e.V. (Hamburg), BMG, BMG, Camurus GmbH	nein	Mitglied: akzept e.V., Wissenschaftliche Tätigkeit: Diverse Publikationen in wissenschaftlichen Fachzeitschriften, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: PTA Hamburg	Opioidsubstitutionsmedikamente (SROM - slow release oral morphine, Buprenorphin depot) COI: gering: Limitierung von Leitungsfunktionen für den Themenbereich Opioidsubstitution
Dr. Weckbecker, Klaus	nein	nein	nein	nein	Arbeitsgruppe GESCO	nein	Mitglied: DEGAM Mandatsträger für diese Leitlinie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Abhängigkeit von opiathaltigen Schmerzmitteln. Ausgewählte Publikationen: PMID,Title,Authors,Citation,First Author,Journal/Book,Publication Year,Create Date,PMCID,NIHMS ID,DOI "35031052","Patients' perspective	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							on supposedly patient-relevant process and outcome parameters: a cross-sectional survey within the 'PRO patients study'","Kersting C, Hülsmann J, Weckbecker K, Mortsiefer A.","BMC Health Serv Res. 2022 Jan 14;22(1):72. doi: 10.1186/s12913-021-07437-6.","Kersting C","BMC Health Serv Res","2022","2022/01/15","PMC8759763","","10.1186/s12913-021-07437-6" "34505947","[Critical discussion of new data regarding prevalence of opioid use disorder in patients with chronic pain in Germany]","Just J, Petzke F, Scherbaum N, Radbruch L, Weckbecker K, Häuser W.","Schmerz. 2022 Feb;36(1):13-18. doi: 10.1007/s00482-021-00582-1. Epub 2021 Sep 10.","Just J","Schmerz","2022","2021/09/10","PMC8821065","","10.1007/s00482-021-00582-1" "33481941","Correction: Rate of opioid use disorder in adults who received prescription opioid pain therapy-A secondary data analysis","Just JM, Scherbaum N, Specka M, Puth MT, Weckbecker K.","PLoS One. 2021 Jan 22;16(1):e0246146. doi: 10.1371/journal.pone.0246146. eCollection 2021.","Just JM","PLoS One","2021","2021/01/22","PMC7822347","","10.1371/journal.pone.0246146" "33027829","[Specialized Outpatient Palliative Care: Results	

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							of a Cross-Sectional Study]","Weckbecker K, Puth MT, Just J, Horn K, Grabenhorst U, Porz J.","Gesundheitswesen. 2021 Dec;83(12):993-997. doi: 10.1055/a-1241-3944. Epub 2020 Oct 7.","Weckbecker K","Gesundheitswesen","2021","2020/10/07","","","10.1055/a-1241-3944" "32702036","Rate of opioid use disorder in adults who received prescription opioid pain therapy-A secondary data analysis","Just JM, Scherbaum N, Specka M, Puth MT, Weckbecker K.","PLoS One. 2020 Jul 23;15(7):e0236268. doi: 10.1371/journal.pone.0236268. eCollection 2020.","Just JM","PLoS One","2020","2020/07/24","PMC7377413","","10.1371/journal.pone.0236268" "32369528","Patient-physician communication about financial problems: A cross-sectional study among over-indebted individuals","Warth J, Puth MT, Zier U, Beckmann N, Porz J, Tillmann J, Weckbecker K, Bosma H, Weltermann B, Münster E.","PLoS One. 2020 May 5;15(5):e0232716. doi: 10.1371/journal.pone.0232716. eCollection 2020.","Warth J","PLoS One","2020","2020/05/06","PMC7199951","","10.1371/journal.pone.0232716" "31098705","[Palliative care of patients receiving opioid substitution therapy]","Hoffmann-Menzel H, Goldmann J, Kern M,	

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Weckbecker K, Wüllenweber L, Radbruch L.","Schmerz. 2019 Jun;33(3):263-280. doi: 10.1007/s00482-019-0376-0.","Hoffmann-Menzel H","Schmerz","2019","2019/05/18","","","10.1007/s00482-019-0376-0" "30948609","Opioid use disorder in chronic non-cancer pain in Germany: a cross sectional study","Just JM, Schwerbrock F, Bleckwenn M, Schnakenberg R, Weckbecker K.","BMJ Open. 2019 Apr 3;9(4):e026871. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026871.","Just JM","BMJ Open","2019","2019/04/06","PMC6500335","","10.1136/bmjopen-2018-026871" "29925323","Risk of opioid misuse in chronic non-cancer pain in primary care patients - a cross sectional study","Just JM, Bingener L, Bleckwenn M, Schnakenberg R, Weckbecker K.","BMC Fam Pract. 2018 Jun 20;19(1):92. doi: 10.1186/s12875-018-0775-9.","Just JM","BMC Fam Pract","2018","2018/06/22","PMC6011396","","10.1186/s12875-018-0775-9" "29885656","Prevalence of pain and its associated factors among the oldest-olds in different care settings - results of the AgeQualiDe study","Mallon T, Ernst A, Brettschneider C, König HH, Luck T, Röhr S, Weyerer S, Werle J, Mösch E, Weeg D, Fuchs A, Pentzek M, Kleineidam L, Heser	

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							K, Riedel-Heller S, Maier W, Wiese B, Scherer M; AgeCoDe AgeQualiDe study group.","BMC Fam Pract. 2018 Jun 9;19(1):85. doi: 10.1186/s12875-018-0768-8.","Mallon T","BMC Fam Pract","2018","2018/06/11","PMC5994256","","10.1186/s12875-018-0768-8" "28224560","[Addiction medicine - helpful concepts for pain specialists]","Just J, Engel B, Bleckwenn M, Weckbecker K.","MMW Fortschr Med. 2017 Feb;159(3):54-63. doi: 10.1007/s15006-017-9036-4.","Just J","MMW Fortschr Med","2017","2017/02/23","","","10.1007/s15006-017-9036-4" "27938383","Drug-related celebrity deaths: A cross-sectional study","Just JM, Bleckwenn M, Schnakenberg R, Skatulla P, Weckbecker K.","Subst Abuse Treat Prev Policy. 2016 Dec 9;11(1):40. doi: 10.1186/s13011-016-0084-z.","Just JM","Subst Abuse Treat Prev Policy","2016","2016/12/13","PMC5148833","","10.1186/s13011-016-0084-z" "27567804","Regular Benzodiazepine and Z-Substance Use and Risk of Dementia: An Analysis of German Claims Data","Gomm W, von Holt K, Thomé F, Broich K, Maier W, Weckbecker K, Fink A, Doblhammer G, Haenisch B.","J Alzheimers Dis. 2016 Sep 6;54(2):801-8. doi: 10.3233/JAD-	

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							151006.","Gomm W","J Alzheimers Dis","2016","2016/08/29","","","10.3233/JAD-151006" "27504977","Misuse of Substitution Drugs in the Substitution-Based Therapy","Bleckwenn M, Heister L, Weckbecker M, Weckbecker K, Mücke M.","Eur Addict Res. 2016;22(6):322-328. doi: 10.1159/000448616. Epub 2016 Aug 10.","Bleckwenn M","Eur Addict Res","2016","2016/08/10","","","10.1159/000448616" , Klinische Tätigkeit: hausärztliche Tätigkeit, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Mitarbeit am Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgmeinmedizin in Westfalen-Lippe, KWWL	
Wendeln, Steffen	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: nein, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Werner, Deborah	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	COI: keine: keine
Winkelnkemper, Sebastian	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Vorstandsmitglied bus. e.V., Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: Medizinische Rehabilitation substanzbezogener Störungen, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Wittmann, Norbert	nein	nein	BAS - Bayerische	nein	nein	nein	Mitglied: BAS - Bayerische Akademie für Suchtfragen und	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Akademie f. Suchtfragen, DHS- Dt. Hauptstelle f. Sucht, GIZ - Gesellschaft f. Int. Zusammenarbeit				Gesundheitswesen	
Prof. Dr. med. Wodarz, Norbert	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Ausschuss Sucht und Drogen, Bundesärztekammer, Mitglied: Stv. Sprecher, Referat Abhängigkeitserkrankungen, DGPPN, Mitglied: Mitglied, Suchtausschuss der Bundesdirektorenkonferenz, Mitglied: Vorstandsmitglied, Bayer. Akademie für Suchtfragen, Mitglied: Mitglied Qualitätssicherungskommission Substitution, Bayer. Landesärztekammer, Wissenschaftliche Tätigkeit: Genetische Grundlagen suchtbezogener Störungen; Versorgungsforschung im Bereich Suchterkrankungen, Klinische Tätigkeit: Diagnostik und Therapie stoffgebundener und -ungebundener Suchterkrankungen, inkl. psychischer Komorbiditäten	COI: keine: keine
Wussow, Nadine	nein	nein	Mibeg Institut Medizin Köln	nein	nein	nein	Mitglied: DGPPN; FVS; DBCS; , Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: Reabilitation Suchterkrankter Patienten, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Zimmermann, Ulrich	Axunio Pharma, Hamburg	nein	Amomed Pharma, DG Suchtforschung und Suchttherapie, Deutsche Richterakademie, Bayer. Landesärztekammer, Bayer. Landesärztekammer, Therapieverbund Ludwigsmühle, 76829 Landau	Takeda Pharma, Schön Klinik Roseneck, Akademie im Park, Wiesloch	nein	nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin, Mitglied: DGPPN, Mitglied: Bundesdirektorenkonferenz, Mitglied: Sächsische Wissenschaftliche Gesellschaft für Nervenheilkunde, Mitglied: Arbeitsgemeinschaft Neuropsychopharmakologie (AGNP), Mitglied: European Society for Biomedical Research on Alcoholism (ESBRA), Mitglied: International Society for Biomedical Research on Alcoholism (ISBRA), Wissenschaftliche Tätigkeit: Wer wird suchtkrank und warum: Wechselwirkungen zwischen genetischen und psychosozialen Risikofaktoren, Wissenschaftliche Tätigkeit: Grundlagenforschung zur Entstehung der Alkoholabhängigkeit, Klinische Tätigkeit: Abhängigkeit von Alkohol, Klinische Tätigkeit: ambulante Behandlung suchtmittelabhängiger Mütter und Väter, insbesondere bei Abhängigkeit von Methamphetamin („Crystal“, Klinische Tätigkeit: Akutbehandlung opiopidabhängiger Patienten, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Dr. med.	nein	Fa Hexal	nein	nein	Deutsche Leberhilfe,	nein	Mitglied: DGS, Klinische Tätigkeit:	Substitution

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor:innen-/oder Coautor:innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:innen-interessen (Patent, Urheber:nnen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Zsolnai, Andreas					abbvie		Suchtmedizin, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Weiterbildungspraxis Allgemeinmedizin, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Vorstand Suchtmedizinischer Arbeitskreis Stuttgart (SMAG)	COI: moderat: Limitierung von Leitungsfunktion und Stimmenthaltung bei Themen der Substitution

publiziert bei:	AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

AWMF-Register Nr.	076/012	Klasse:	S3

Opioidbezogene Störungen

S3-Leitlinie
der

Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (DGS)

und

Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht)

Das dieser Veröffentlichung zugrundliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21015 gefördert.

Version: 1.0

Herausgebende

Federführende Fachgesellschaften und Koordination

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V.
c/o Center for Clinical Innovation in Addiction Research (CORE)
Wiesbadener Str. 43
D-70372 Stuttgart
Telefon: 0711 / 25 29 67 02
info@dgsuchtmedizin.de

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V.
Postfach 1453
D-59004 Hamm
Telefon: 02381 / 41 79 98
dg-sucht@t-online.de

Zentrum für Interdispziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg
c/o Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Telefon: 040 / 7410-57902
zis-gs@uke.de

Bitte die Leitlinie wie folgt zitieren:

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V.. S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen, Version 1.0, 30.06.2025, Verfügbar unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-012 [Zugriff am *Datum*].

AWMF-Registernummer 076 - 012
Link zur Leitlinie: *https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-012*

Die wichtigsten Empfehlungen auf einen Blick

Diagnostik		
1.3	Empfehlung	Neu (2025)
	Bei Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen sollen bestehende psychische und substanzbezogene Komorbiditäten diagnostiziert werden.	
EK	Entsprechend DG-Sucht & DGPPN: S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen 2021; DGPPN & DG-Sucht: S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen 2020	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	
Therapieplanung		
2.1a	Empfehlung	Neu (2025)
	Personen mit opioidbezogenen Störungen sollte vor einer abstinenzorientierten Entwöhnungsmaßnahme (medizinische Rehabilitation) eine qualifizierte Entzugsbehandlung angeboten werden.	
EK	DGPPN & DG-Sucht 2020, DG-Sucht & DGPPN 2021	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	
2.1a	Empfehlung	Neu (2025)
	Personen mit opioidbezogenen Störungen sollte vor einer substitutionsgestützten medizinischen Rehabilitation eine qualifizierte Entzugsbehandlung komorbider Störungen durch Substanzgebrauch angeboten werden.	
EK	DGPPN & DG-Sucht 2020, Funke et al. 2020, DG-Sucht & DGPPN 2021	
	Konsensstärke: 96,4 % (Starker Konsens)	
Opioid-Agonisten-Therapie		
3.1	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad A ⇑⇑	Die Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) soll jedem Menschen mit Störungen durch illegale Opioide (nicht ärztlich verschriebene Opioide) angeboten werden.	
Moazen-Zadeh et al. 2021, Buresh et al. 2021, Lim et al. 2022		
Qualität der Evidenz		
Retention: Niedrig ⊕⊕⊖⊖	Psychische Gesundheit: Niedrig ⊕⊕⊖⊖	AMSTAR 2 Kritisch niedrige Qualität
	Konsensstärke: 95,5 % (Starker Konsens)	
Entzug		
4.3	Empfehlung	Neu (2025)
	Wenn der Entzug von einem Opioid-Agonisten-Therapie (OAT)-Medikament oder von illegalen Opioiden indiziert ist, dann soll dieses langsam ausschleichend erfolgen, um eine höhere Retention in der Behandlung zu erreichen.	
EK	Gowing et al. 2017, Mumba et al. 2018, DGPPN & DG-Sucht 2020	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

Rückfallprophylaxe

5.4	Empfehlung	Neu (2025)
	Bei Patient:innen in einer Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) sollte bei ungenügender Reduktion des Konsums illegaler Opioide oder anderer illegaler Stoffe eine Dosisanpassung und/oder ein Wechsel des OAT-Medikaments geprüft und in Folge angeboten werden.	
EK	Heikman et al. 2017, Peng et al. 2018, Bell et al. 2020	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

Psychotherapie

6.1	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad B ⇑	Geeignete Psychosoziale Interventionen* sollten Personen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie angeboten werden. *dazu gehören: Kontingenzmanagement, Community Reinforcement Approach (CRA), kognitive Verhaltenstherapie (KVT), Akzeptanz und Commitment Therapie (ACT), Motivationale Gesprächsführung (MI), Beratung	

Rice et al. 2020				
Qualität der Evidenz				
Komorbidität (mentale Gesundheit): Niedrig ⊕⊕⊖⊖	Begleitender Konsum von zusätzlichen Substanzen (Opioide): Niedrig ⊕⊕⊖⊖	Abstinenz (Opioide): Niedrig ⊕⊕⊖⊖	Unerwünschte Ereignisse: Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	AMSTAR 2: Hohe Qualität
	Konsensstärke: 81 % (Konsens)			

Psychosoziale Betreuung

7.1	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad A ⇑⇑	Personen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie sollen innerhalb eines strukturierten Prozesses eine individuelle bedarfsgerechte psychosoziale Betreuung erhalten.	

Marsden et al. 2019		
Qualität der Evidenz		
Retention: Niedrig ⊕⊕⊖⊖	Kriminelle Aktivität: Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Arbeitssituation: Niedrig ⊕⊕⊖⊖
Psychische Gesundheit: Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	RoB 2: geringes Verzerrungsrisiko	
	Konsensstärke: 85,7 % (Konsens)	

Rehabilitation

8.1	Empfehlung	Neu (2025)
	Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen sollte eine ganztags-ambulante und/oder stationäre Rehabilitation angeboten werden.	
EK	Bundesverband Suchthilfe 2021, 2022a, Fachverband Sucht+ 2022a, 2022b	
	Konsensstärke: 92,9 % (Konsens)	

Somatische Komorbiditäten

9.1	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad 0 ⇔	Eine Opioid-Agonisten-Therapie kann angeboten werden, um in der Behandlung der somatischen Komorbidität die Wahrscheinlichkeit der HIV-Virussuppression, die Adhärenz zur HIV-Therapie und die fortgesetzte Virus Response bei HCV zu verbessern.	
McNamara et al. 2021		
Qualität der Evidenz		
HIV-Virussuppression: Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Therapieadhärenz der HIV-Therapie (antiretroviral treatment (ART) adherence): Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	HCV sustained virologic response (SVR): Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	AMSTAR 2: niedrige Qualität
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

Psychische Komorbiditäten

10.1.4	Empfehlung	Neu (2025)
	Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen und komorbiden psychischen Erkrankungen soll eine integrierte Behandlung angeboten werden. Ist eine integrierte Behandlung nicht möglich, so soll eine Koordination der Behandlungen gewährleistet werden.	
EK	Charney et al. 2001, Kidorf et al. 2013, 2015, Wüsthoff et al. 2014, Alegria et al. 2019, DGPPN & DG-Sucht 2020, DG-Sucht & DGPPN 2021	
	Konsensstärke: 93,6 % (Konsens)	

Besondere Populationen

11.2	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad A ⇑⇑	Schwangere, Gebärende oder Stillenden mit opioidbezogenen Störungen sollen ausführlich über Risiken, Nebenwirkungen und Nutzen einer Opioid-Agonisten-Therapie, einer abstinenzorientierten Behandlung (Entwöhnungsbehandlung) sowie über Folgen von begleitendem Konsum von zusätzlichen Substanzen (inkl. Alkohol) für sich und für das Kind aufgeklärt werden und gemeinsam mit der behandelnden Person eine Behandlungsstrategie festlegen.	
Terplan et al. 2018, Wang et al. 2019, Towers et al. 2020		
Qualität der Evidenz		
Schwangerschaftskomplikationen: Frühgeburtlichkeit; Geburtskomplikationen: Totgeburt; Ausprägung des neonatalen Entzugssyndroms: Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	AMSTAR 2: Sehr niedrige bis niedrige Qualität	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

Schadensminimierung		
12.2	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad B ⇑	Drogenkonsumräume sollten opioidabhängigen Personen zur Reduktion von lebensbedrohlichen Überdosierungen zur Verfügung stehen.	
Levengood et al. 2021		
Qualität der Evidenz		
AMSTAR 2: Niedrige Qualität		
	Konsensstärke: 90,5 % (Konsens)	
Selbsthilfe		
13.1	Empfehlung	Neu (2025)
	Personen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie sollen auf die Möglichkeiten der Selbsthilfe sowie auf regionale Selbsthilfegruppen hingewiesen werden.	
EK	Fredersdorf 2002	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	
Versorgungsfragen		
14.4	Empfehlung	Neu (2025)
	Eine Integrierte Versorgung sollte Personen mit opioidbezogenen Störungen angeboten werden.	
EK	Bahorik et al. 2017, Chang et al. 2020	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

Inhaltsverzeichnis

HERAUSGEBENDE 2

DIE WICHTIGSTEN EMPFEHLUNGEN AUF EINEN BLICK 3

1 GELTUNGSBEREICH UND ZWECK 10

1.1 ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNG 10
1.2 VERSORGUNGSBEREICH 10
1.3 PATIENT:INNENZIELGRUPPE 10
1.4 ADRESSATEN 10
1.5 WEITERE DOKUMENTE ZU DIESER LEITLINIE 11

2 LEITLINIENKAPITEL 12

2.1 DIAGNOSTIK 12
2.1.1 EINLEITUNG 12
2.1.2 KLINISCHE FRAGESTELLUNGEN 12
2.1.3 EMPFEHLUNGEN 13
2.1.4 HINTERGRUND DER EVIDENZ 14
2.1.5 EMPFEHLUNGEN FÜR ZUKÜNFTIGE FORSCHUNG 17
2.2 THERAPIEPLANUNG 19
2.2.1 EINLEITUNG 19
2.2.2 KLINISCHE FRAGESTELLUNGEN 19
2.2.3 EMPFEHLUNGEN 20
2.2.4 HINTERGRUND DER EVIDENZ 21
2.2.5 EMPFEHLUNGEN FÜR ZUKÜNFTIGE FORSCHUNG 27
2.3 OPIOID-AGONISTEN-THERAPIE 28
2.3.1 EINLEITUNG 28
2.3.2 KLINISCHE FRAGESTELLUNGEN 31
2.3.3 EMPFEHLUNGEN 32
2.3.4 HINTERGRUND DER EVIDENZ 33
2.3.5 EMPFEHLUNGEN FÜR ZUKÜNFTIGE FORSCHUNG 38
2.4 ENTZUG 39
2.4.1 EINLEITUNG 39
2.4.2 KLINISCHE FRAGESTELLUNGEN 40
2.4.3 EMPFEHLUNGEN 41
2.4.4 HINTERGRUND DER EVIDENZ 43
2.4.5 EMPFEHLUNGEN FÜR ZUKÜNFTIGE FORSCHUNG 54
2.5 RÜCKFALLPROPHYLAXE 56
2.5.1 EINLEITUNG 56
2.5.2 KLINISCHE FRAGESTELLUNGEN 57
2.5.3 EMPFEHLUNGEN 58
2.5.4 HINTERGRUND DER EVIDENZ 61
2.5.5 EMPFEHLUNGEN FÜR ZUKÜNFTIGE FORSCHUNG 74
2.6 PSYCHOTHERAPIE 76
2.6.1 EINLEITUNG 76
2.6.2 KLINISCHE FRAGESTELLUNGEN 77

2.6.3 Empfehlungen 78
2.6.4 Hintergrund der Evidenz 80
2.6.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung 89
2.7 Psychosoziale Betreuung 90
2.7.1 Einleitung 90
2.7.2 Klinische Fragestellung 90
2.7.3 Empfehlungen 91
2.7.4 Hintergrund der Evidenz 91
2.7.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung 95
2.8 Rehabilitation 96
2.8.1 Einleitung 96
2.8.2 Klinische Fragestellungen 96
2.8.3 Empfehlungen 97
2.8.4 Hintergrund der Evidenz 98
2.8.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung 107
2.9 Somatische Komorbiditäten 108
2.9.1 Einleitung 108
2.9.2 Klinische Fragestellungen 108
2.9.3 Empfehlungen 109
2.9.4 Hintergrund der Evidenz 109
2.9.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung 112
2.10 Psychische Komorbiditäten 113
2.10.1 Allgemeiner Teil 113
2.10.2 Angsterkrankungen 124
2.10.3 Affektive Störungen 129
2.10.4 Persönlichkeitsstörungen 136
2.10.5 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung 141
2.10.6 Posttraumatische Belastungsstörung 149
2.11 Besondere Populationen 154
2.11.1 Einleitung 154
2.11.2 Klinische Fragestellungen 157
2.11.3 Empfehlungen 158
2.11.4 Hintergrund der Evidenz 160
2.11.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung 168
2.12 Schadensminimierung 170
2.12.1 Einleitung 170
2.12.2 Klinische Fragestellungen 171
2.12.3 Empfehlungen 172
2.12.4 Hintergrund der Evidenz 173
2.12.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung 183
2.13 Selbsthilfe 185
2.13.1 Einleitung 185
2.13.2 Klinische Fragestellung 185
2.13.3 Empfehlungen 185
2.13.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung 190
2.14 Versorgungsfragen 191
2.14.1 Einleitung 191
2.14.2 Klinische Fragestellungen 193
2.14.3 Empfehlungen 193
2.14.4 Hintergrund der Evidenz 194
2.14.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung 204

3 WICHTIGE FORSCHUNGSFRAGEN 205

4 ZUSAMMENSETZUNG DER LEITLINIENGRUPPE 207

4.1 Leitlinienkoordinator und Ansprechpartnerinnen 207
4.2 Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen 208
4.3 Patient:innen/Büger:innenbeteiligung 212
4.4 Methodische Begleitung 212

5 INFORMATIONEN ZU DIESER LEITLINIE 212

5.1 Methodische Grundlagen 212
5.2 Systematische Recherche und Auswahl der Evidenz 212
5.3 Kritische Bewertung der Evidenz 212
5.4 Strukturierte Konsensfindung 213
5.5 Empfehlungsgraduierung und Feststellung der Konsensstärke 213

6 REDAKTIONELLE UNABHÄNGIGKEIT 215

6.1 Finanzierung der Leitlinie 215
6.2 Darlegung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten 215

7 EXTERNE BEGUTACHTUNG UND VERABSCHIEDUNG 215

8 GÜLTIGKEITSDAUER UND AKTUALISIERUNGSVERFAHREN 216

9 VERWENDETE ABKÜRZUNGEN 217

10 LITERATURVERZEICHNIS 221

1 Geltungsbereich und Zweck

1.1 Zielsetzung und Fragestellung

Die Leitlinie soll durch Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei opioidbezogenen Störungen zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität und der interdisziplinären Kooperation in der Versorgung betroffener Patient:innen beitragen. Vorrangige Ziele sind einheitliche Empfehlungen für Behandlungsplanung (z.B. Abstinenzorientierung vs. Opioid-Agonisten-Therapie), Akut- und Postakutbehandlung (pharmakologische Therapien, psychosoziale Therapien, Behandlung von Komorbiditäten) Rehabilitation und Nachsorge. Gruppen mit speziellen Bedarfen (z.B. Schwangere, Eltern, ältere Patient:innen) und besonderen Versorgungsaspekten (z.B. in Haft und Maßregelvollzug) werden gesondert berücksichtigt. Patient:innennahe Endpunkte (z.B. somatische und psychische Gesundheit, subjektive Lebensqualität, Reduktion von Substanzgebrauch, Haltequote) werden in Bezug auf ihre Eignung für das Qualitätsmonitoring und die aktuellen Versorgungsangebote im Rahmen der Evidenzbewertung auf ihren Nutzen geprüft.

1.2 Versorgungsbereich

- ⊗ Ambulant
- ⊗ Stationär
- ⊗ Teilstationär
- ⊗ Früherkennung
- ⊗ Diagnostik
- ⊗ Therapie
- ⊗ Rehabilitation
- ⊗ Primärärztliche Versorgung
- ⊗ Spezialärztliche Versorgung

In dieser Leitlinie wird der Bereich der Prävention nicht thematisiert.

1.3 Patient:innenzielgruppe

Die Zielpopulation dieser Leitlinie sind Erwachsene, die bei denen die Diagnose einer Störung durch illegale Opioide (nicht ärztlich verschriebene Opioide; ICD-10 F11; ICD-11 6C43) vorliegt oder der Verdacht einer solchen Diagnose besteht. Zielgruppen mit speziellen Bedarfen und Versorgungsaspekten (z.B. Schwangere, Stillende, Eltern, ältere Patient:innen, Patient:innen in Haft und Maßregelvollzug, Geflüchtete) werden gesondert berücksichtigt.

1.4 Adressaten

Diese Leitlinie richtet sich an Fachpersonal in Versorgungsbereichen mit Kontakt zur Zielgruppe, z.B.Ärzt:innen, Psycholog:innen, ärztliche und psychologische Psychotherapeut:innen, Gesundheits- undKrankenpfleger: innen und Sozialarbeiter:innen/-pädagog:innen und dient zur Information fürSpezialtherapeut:innen (z.B. Ergotherapie,

Physiotherapie Logopädie, Kreativtherapie), Apotheker: innenund Medizinische Fachangestellte sowie nichtärztliche Berufe in der vertragsärztlichen Versorgung.

1.5 Weitere Dokumente zu dieser Leitlinie

- Leitlinienreport
- Klinische/ PICO-Fragen (Anhang 1)
- Suchstrategien (Anhang 2)
- Flowcharts der Suche (Anhang 3)
- Evidenztabellen und GRADE-Profile (Anhang 4)
- Zusammenfassung der Angaben zu den Interessen sowie Angaben zur Bewertung und zum Umgang mit Interessenkonflikten (Anhang 5)
- Tabellen der Kapitel (Anhang 6)
- Informationsblatt und Flyer für Betroffene (Anhang 7)

2 Leitlinienkapitel

2.1 Diagnostik

Ulrich W. Preuß, Maurice Cabanis

2.1.1 Einleitung

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird der Begriff Sucht oft gleichbedeutend mit Abhängigkeit verwendet, wobei sich Sucht als eine umfassendere psychische und verhaltensbezogene Dimension extremer Substanzbezugsverhalten manifestiert. Bereits 1964 wurde von der WHO der Terminus Sucht zugunsten des präziseren Begriffs Abhängigkeit aufgegeben. Dieses Kapitel orientiert sich an den Kriterien der von der WHO herausgegebenen ICD (1), die im Gegensatz zum US-amerikanischen DSM (2) zwischen schädlichem Konsum und Abhängigkeit differenziert. Das vorliegende Kapitel befasst sich explizit mit der Diagnostik opioidbezogener Störungsbilder. Ziel ist es, die spezifischen diagnostischen Herausforderungen in diesem Bereich klar herauszuarbeiten und dabei sowohl die Bedeutung einer differenzierten Diagnostik als auch deren Relevanz für die Behandlungsplanung zu unterstreichen. Eine fundierte Diagnostik stellt nicht nur die Basis für eine zielgerichtete Therapie dar, sondern ist auch essenziell, um Langzeitfolgen – wie etwa die Chronifizierung der Erkrankung oder behandlungsbedingte Komplikationen – frühzeitig zu erkennen und zu vermeiden. Insbesondere vor dem Hintergrund der häufig komplexen Symptomatik und des Vorliegens multipler psychosozialer Belastungen ist es unabdingbar, dass Diagnostikverfahren nicht nur die opioidbezogene Problematik, sondern auch zugrundeliegende psychische und somatische Störungen systematisch erfassen.

2.1.2 Klinische Fragestellungen

1. Welches Screeninginstrument zur Diagnostik einer opioidbezogenen Störung weist die höchste Sensitivität, Spezifität, Validität oder Reliabilität auf?
2. Führt die Anwendung sozialdiagnostischer Verfahren (Reso-MAP (Instrument der psychosozialen Diagnostik im Resozialisierungsprozess) und/oder MATE (Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation) und/oder ICF (International Classification of Functioning) bei Personen mit opioidbezogenen Störungen zu einer höheren Retention oder höheren Form sozialer Teilhabe im Vergleich zu keiner Anwendung sozialdiagnostischer Verfahren?

3. Führt das Diagnostizieren von weiteren psychischen Störungen (Angststörungen, ADHS, bipolare Erkrankungen, Depression, Persönlichkeitsstörungen, PTBS, schizophrene Psychose) bei Personen mit opioidbezogenen Störungen zu einer höheren Quote von Aufnahmen einer Opioid-Agonisten-Therapie (OAT), höheren Retention oder geringeren Rückfällen in den Gebrauch illegaler Opioide im Vergleich zu einer ausschließlichen Diagnostik von opioidbezogenen Störungen?
4. Führt das Diagnostizieren von weiteren Suchterkrankungen bei Personen mit opioidbezogenen Störungen zu einer höheren Quote von Aufnahmen einer OAT oder höheren Retention im Vergleich zu einer ausschließlichen Diagnostik einer opioidbezogenen Störung?

2.1.3 Empfehlungen

1.1	Empfehlung	Neu (2025)
	Die Diagnose einer opioidbezogenen Störung soll den diagnostischen Kriterien der ICD-10 bzw. ICD-11 folgen.	
EK	DGPPN & DG-Sucht (2020), DG-Sucht & DGPPN (2021)	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

1.2	Empfehlung	Neu (2025)
	Eine interdisziplinäre Beurteilung der opioidbezogenen Störung unter Einbeziehung von weiteren Sozial-, Gesundheits- und/oder Therapieberufen sollte erfolgen.	
EK	DGPPN & DG-Sucht (2020), DG-Sucht & DGPPN (2021)	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

1.3	Empfehlung	Neu (2025)
	Bei Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen sollen bestehende psychische und substanzbezogene Komorbiditäten diagnostiziert werden.	
EK	DGPPN & DG-Sucht (2020), DG-Sucht & DGPPN (2021)	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

1.4	Statement	Neu (2025)
	Derzeit können keine spezifischen Screeninginstrumente für das Risiko, die Entwicklung oder das Vorliegen einer opioidbezogenen Störung empfohlen werden.	
EK	DGPPN & DG-Sucht (2020)	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

2.1.4 Hintergrund der Evidenz

Für die Formulierung von Empfehlungen zur Diagnostik einer opioidbezogenen Störung sowie für die Bewertung der Kriterien für die Diagnosestellung nach ICD-10 (1) wurde eine systematische Recherche durchgeführt, aber keine relevanten Studien und damit keine relevante Evidenz gefunden.

2.1.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 1.1 und zum Statement 1.4

Darlegung der Evidenzgrundlage

Die diagnostische Empfehlung 1.1 wird aus dem aktuell gültigen Klassifikations- und Diagnosesystem (ICD-10) (1) abgeleitet. Für die Ermittlung möglicher unterstützender diagnostischer Instrumente (Fragebögen/standardisierte Interviews) bei opioidbezogenen Störungen im Rahmen einer medizinisch indizierten Therapie, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Es wurden zahlreiche, vor allem englischsprachige Instrumente ermittelt, die im Bereich des Substanzmissbrauchs Einsatz finden, darunter das Composite International Diagnostic Interview (CIDI, CIDI-SAM oder M-CIDI), der European Addiction Severity Index (EuropASI) oder das strukturierte klinische Interview zur Diagnostik psychischer Störungen nach DSM-IV (SKID-I/SCID-I)(3). Allerdings konnte mit der Recherche sowie ergänzenden Handsuchen kein publiziertes, validiertes, deutschsprachiges Instrument, welches die Einschlusskriterien erfüllte, gefunden werden (Statement 1.4).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Eine Diagnostik von opioidbezogenen Störungen ist in allen Gesundheitssystemen Voraussetzung dafür, dass eine Behandlung der Erkrankung und ebenfalls eine Diagnostik und Behandlung von komorbiden Erkrankungen eingeleitet werden kann. Dafür sind valide, reliable und objektive Kriterien angezeigt. Eine Nicht-Diagnose führt zu einer weiteren Chronifizierung der Erkrankung, auch zu Todesfällen und ist daher als große Schädigung für die Betroffenen anzusehen.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Es wurde im Expert:innenkreis festgestellt, dass ein fließender Übergang zwischen den verschiedenen Formen opioidbezogener Störungen (schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit) besteht. Weiter bestand angesichts der Verankerung der substanzbezogenen Störungen in der Suchtmedizin und Psychiatrie Konsens darüber, dass eine interdisziplinäre Beurteilung, eine suchtmedizinische und psychiatrische Mitbehandlung sowie eine über die

opioidbezogene Störung hinausgehende psychische und somatische Abklärung, inklusive einer psychopathologischen und körperlichen Untersuchung erfolgen sollte.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Eine substanzbezogene Störung/Abhängigkeitserkrankung beinhaltet sowohl biologische als auch psychosoziale Aspekte. Die Therapie ist daher ein multidisziplinäres Geschehen, das sowohl die Ärzt:innen, als auch die psychologische und medizinische psychotherapeutische Unterstützung und die soziotherapeutische/sozialpädagogische Einbeziehung erfordert. Substanzbezogene Störungen sind in hohem Maße mit komorbiden psychischen Störungen und körperlichen/somatischen Störungen als Folgeerkrankungen oder zum Medikamentenkonsum führenden ausgehenden Erkrankungen verbunden; dies begründet die interdisziplinäre Diagnostik.

2.1.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 1.2

Darlegung der Evidenzgrundlage

Hinsichtlich der klinischen Fragestellung 2 gab es aus der Literatur keine Hinweise, dass sozialdiagnostische Verfahren (Reso-MAP, ICF) zu einer höheren Retention in der Behandlung oder sozialer Teilhabe geführt haben.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Dass keine Evidenz eingeschlossen werden konnte, soll bei Personen mit indiziertem sozialen Hilfebedarf nicht dazu führen, dass diese diagnostischen Instrumente im Einzelfall nicht angewendet werden. Allerdings ist eine umfassende Evaluation der opioidbezogenen Störungen, auch von sozialtherapeutischer Seite, empfehlenswert, um den sozialen Hilfebedarf der betroffenen Person einzuschätzen und entsprechende sozialarbeiterische Unterstützung anzubieten.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Insbesondere die Empfehlung 2 soll bei der Interpretation der ICD-10-Kriterien unterstützend zur Kenntnis genommen werden.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.1.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 1.3

Darlegung der Evidenzgrundlage

Die Diagnostik von komorbiden psychischen und anderen substanzbezogenen Erkrankungen bei Personen mit opioidbezogenen Störungen ist dringend indiziert. Die jeweiligen diagnostischen Kriterien und Instrumente sind den Leitlinien zu komorbiden Störung (etwa S3-Leitlinie Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression (2022) (4), S3-Leitlinie Schizophrenie (2019) (5), S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen (2021) (6)) zu entnehmen. Analog sind die ICD-Kriterien der jeweiligen Leitlinie bei komorbiden alkohol- und substanzbezogenen Störungen anzuwenden (z.B. DG-Sucht & DGPPN 2021 (7), DGPPN & DG-Sucht 2020 (8), DG-Sucht, DGKJP & DGPPN in Erstellung (9)). Hinweise auf eine erhöhte Aufnahmerate in die OAT ergeben sich durch die Diagnose von komorbiden Störungen bisher nicht. Die diagnostische Empfehlung zur Abklärung opioidbezogener Störungen stützt sich auf das aktuell gültige Klassifikationssystem (ICD-10 /ICD-11 (1, 10)). Eine systematische Literaturrecherche zeigte jedoch, dass insbesondere im deutschsprachigen Raum validierte Instrumente für die spezifische Diagnostik dieser Störungsbilder bislang fehlen. Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist die Notwendigkeit der Erfassung von Komorbiditäten. Es ist mittlerweile hinreichend belegt, dass sowohl psychische als auch somatische Komorbiditäten bei Opioid- und Opiatabhängigen sowie OAT-Patient:innen in hoher Prävalenz auftreten. So berichten Studien, dass bis zu 70 % der Betroffenen zusätzlich an psychischen Störungen wie Depressionen, Angststörungen oder Persönlichkeitsstörungen leiden (11, 12), während somatische Erkrankungen – etwa Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis C, HIV) oder kardiovaskuläre Erkrankungen – in bis zu 50 % der Fälle zu beobachten sind (13, 14). Diese hohe Komorbiditätsrate unterstreicht, dass die Diagnostik opioidbezogener Störungsbilder nicht isoliert erfolgen darf. Vielmehr ist es klinisch geboten, im Rahmen einer interdisziplinären Evaluation auch komorbide psychische und somatische Erkrankungen systematisch zu erfassen. Eine derartige Vorgehensweise ermöglicht es, gezielt therapeutische Interventionen einzuleiten, die nicht nur die opioidbezogene Problematik adressieren, sondern auch die Behandlung von Begleiterkrankungen verbessern und somit die Prognose der Patient:innen nachhaltig positiv beeinflussen.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die Empfehlung wurde als Expert:innenkonsens formuliert. Aus klinischer Sicht sind komorbide somatische Erkrankungen bei opioidbezogenen Störungen häufig und haben in der Therapie eine große Bedeutung bei der Lebenserhaltung, Lebensqualität und Besserung der Prognose, auch der Grunderkrankung. Entsprechend spielt die Diagnostik und Therapie komorbider somatischer Erkrankungen eine zentrale Rolle bei der OAT, was einen starken Empfehlungsgrad unterstützt. Allerdings sind die empirischen Studien zu dieser Komorbidität bisher noch spärlich, die aktuellen Empfehlungen etwa zur somatischen Komorbidität basieren im Wesentlichen auf einer einzigen Metaanalyse (14).

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Hinsichtlich Labordiagnostik ist zu ergänzen, dass laborchemische Analysen von Blut, Urin und Haaren bei Patient:innen mit schweren opioidbezogenen Störungen und Verdacht auf weitere Substanzgebrauchsstörungen und/oder Verdacht auf Intoxikation hilfreich sein können. Diese können der Prüfung einer zeitnahen/aktuellen Aufnahme von Substanzen beziehungsweise einer retrospektiven Darstellung der Substanzeinnahme dienen. Diese bieten auch eine Hilfestellung, um das Ausmaß und die Qualität eines schädlichen Gebrauchs beziehungsweise einer Abhängigkeit abzuschätzen. Haare bieten gegenüber Urin den Vorteil, eine grobe Abschätzung der Einnahmemenge vorzunehmen, Änderungen im Einnahmeverhalten nachzuverfolgen und möglicherweise die Adhärenz zu Therapieverfahren zu unterstützen. Plasmaspiegel bieten zusammen mit Hilfe von entsprechenden Tabellen von Schulz et al. und Hiemke et al. (15, 16) die Möglichkeit zwischen therapeutischen Spiegeln von Substanzen und toxischen Blutspiegeln zu unterscheiden.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.1.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Entwicklung und psychometrische Evaluation von sensitiven und validen Instrumenten/Tests oder Interviews zur Diagnostik von opioidbezogenen Störungen (schädlicher Konsum und Abhängigkeit) für den deutschsprachigen Raum. Ebenfalls Evaluation der Instrumente hinsichtlich höherer Haltequote.

- Evaluation von Instrumenten zur Diagnostik von komorbiden psychischen und substanzbezogenen Störungen (deutschsprachiger Raum), Ebenfalls Evaluation der Instrumente hinsichtlich höherer Haltequote.
- Validität und Relevanz von Labortests zur Diagnostik von opioidbezogenen Störungen.
- Validierung sozialdiagnostischer Verfahren (Reso-MAP (Instrument der psychosozialen Diagnostik im Resozialisierungsprozess) und/oder MATE (Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation)) und/oder ICF (International Classification of Functioning) hinsichtlich der Haltequote und sozialer Teilhabe bei opioidbezogenen Störungen.

2.2 Therapieplanung

Wilma Funke, Markus Backmund, Maurice Cabanis, Nikolaus Lange, Christel Lüdecke, Diana Plörer

2.2.1 Einleitung

Dieses Kapitel behandelt die sequentielle Therapieplanung für Menschen mit opioidbezogenen Störungen, die sich einer Opioid-Agonisten-Therapie (OAT)-gestützten oder abstinenzbasierten Behandlung unterziehen. Dies beinhaltet in erster Linie die selektive Indikationsstellung (welche Behandlungsschritte in welcher Reihenfolge) und wie einzelne Behandlungskomponenten miteinander vernetzt werden können (Therapiestrategie). Die adaptive Therapieplanung basiert auf den Ergebnissen im Verlauf einer Behandlung und ist nicht Gegenstand dieses Kapitels. Fünf klinische Fragestellungen dienten als Grundlage für die Erarbeitung von sechs klinischen Empfehlungen für die Therapieplanung, die im Folgenden dargestellt werden.

2.2.2 Klinische Fragestellungen

1. Führt eine Qualifizierte Entzugsbehandlung von Opioiden mit Direktaufnahme in anschließende ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation bei Personen mit opioidbezogenen Störungen zu einer höheren Haltequote in der Behandlung, einem geringeren Rückfallrisiko in den Gebrauch illegaler Opioide während der Maßnahme, einer häufigeren regulären Maßnahmenbeendigung oder einer höheren Abstinenz von zusätzlich konsumierten Substanzen (bzgl. Drogen, nicht-verschriebenen Medikamenten und Alkohol) nach einem Jahr im Vergleich zu einer medizinischen Rehabilitation ohne vorherige Qualifizierte Entzugsbehandlung von Opioiden?

2. Führt eine vorherige Abklärung der Behandlungsziele hinsichtlich Abstinenz von illegalen Opioiden bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in OAT oder Abstinenz von Opioiden zu einer höheren Haltequote, einem geringeren Rückfallrisiko in den Gebrauch illegaler Opioide während der Behandlung, einem geringeren Gebrauch von zusätzlich konsumierten Substanzen (Gebrauch von Drogen, nicht-verschriebenen Medikamenten und Alkohol) oder einer häufigeren regulären Behandlungsbeendigung im Vergleich zu einer zieloffenen Behandlung (kontrolliertem Opioidkonsum)?

3. Führt der Behandlungsansatz eines komplexen biopsychosozialen Gesamtkonzepts bei Personen mit opioidbezogenen Störungen zu einer höheren Antrittsquote oder Haltequote, einem geringeren Rückfallrisiko in den Gebrauch illegaler Opioide während der Maßnahme oder einer häufigeren regulären Maßnahmenbeendigung im Vergleich zu einem aufbauenden Behandlungsplan (sequentielle Bausteine nach Therapiezielhierarchie)?

4. Führt ein zertifiziertes, qualitätszirkelgesteuertes Behandlungsnetz bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in Behandlung/Maßnahme/Betreuung zu einer höheren Haltequote, einem verbesserten psychischen oder körperlichen Gesundheitszustand, einem geringeren Rückfallrisiko in den Gebrauch illegaler Opioide während und nach der Behandlung/Maßnahme/Betreuung oder zu einer geringeren Mortalität im Vergleich zu Treatment-As-Usual (TAU)?

5. Führt eine ambulante oder stationäre teilhabeorientierte Intervention bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in OAT zu einer höheren Retention/Haltequote im Vergleich zu einer ambulanten oder stationären teilhabeorientierten Intervention nach ambulantem und/oder stationärem Entzug von OAT-Medikamenten?

2.2.3 Empfehlungen

2.1a	Empfehlung	Neu (2025)
	Personen mit opioidbezogenen Störungen sollte vor einer abstinenzorientierten Entwöhnungsmaßnahme (medizinische Rehabilitation) eine qualifizierte Entzugsbehandlung angeboten werden.	
EK	DGPPN & DG-Sucht 2020, DG-Sucht & DGPPN 2021	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

2.1b	Empfehlung	Neu (2025)
	Personen mit opioidbezogenen Störungen sollte vor einer substitutionsgestützten medizinischen Rehabilitation eine qualifizierte Entzugsbehandlung komorbider Störungen durch Substanzgebrauch angeboten werden.	
EK	DGPPN & DG-Sucht 2020, Funke et al. 2020, DG-Sucht & DGPPN 2021	
	Konsensstärke: 96,4 % (Starker Konsens)	

2.2	Empfehlung	Neu (2025)
	Für Personen mit opioidbezogenen Störungen sollte ein nahtloser Übergang zwischen Entzugs- und teilhabeorientierter Maßnahme gewährleistet sein.	
EK	Funke et al. 2020, DG-Sucht & DGPPN 2021	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

2.3	Empfehlung	Neu (2025)
	Die konsumbezogenen Behandlungsziele „Abstinenz“ bzw. „Substitution“ sollten zu Beginn einer Behandlungsmaßnahme (ambulant oder stationär) mit dem/der Patient:in abgeklärt werden.	
EK	Funke et al. 2020	
	Konsensstärke: 92,6 % (Konsens)	

2.4	Empfehlung	Neu (2025)
	Ein standardisiertes Therapieplanungsinstrument für Personen mit opioidbezogenen Störungen kann eingesetzt werden (z.B. Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation; MATE).	
EK	Buchholz et al. 2009	
	Konsensstärke: 81,5 % (Konsens)	

2.5	Empfehlung	Neu (2025)
	Personen mit opioidbezogenen Störungen kann eine teilhabeorientierte Maßnahme unter Opioid-Agonisten-Therapie angeboten werden.	
EK	Specka et al. 2017, Kuhlmann et al. 2019, Zippel-Schultz et al. 2019	
	Konsensstärke: 88,9 % (Konsens)	

2.6	Empfehlung	Neu (2025)
	Personen mit opioidbezogenen Störungen sollte eine zentrale Therapieplanung angeboten werden (z.B. Coreshell-Projekt).	
EK	Zippel-Schultz et al. 2019, Kemmann et al. 2020, 2022	
	Konsensstärke: 77,8 % (Konsens)	

2.2.4 Hintergrund der Evidenz

Durch die Recherche wurden bzgl. aggregierter Evidenz (allen Formen von systematischen Übersichtsarbeiten) keine aussagefähigen Veröffentlichungen gefunden, die zur Evidenz der

Wirksamkeit von Therapieplanung bei Menschen mit opioidbezogenen Störungen gesicherte Aussagen zulassen. Auch eine Primärdatenanalyse, die randomisiert kontrollierte Studien (Randomized controlled trials – RCTs) und Kohortenstudien einbezog, ergab keine relevanten Treffer. Derzeit konnten nur sehr wenige, in der Regel versorgungs- und praxisbezogene, nicht-experimentelle Befunde aus Feldstudien herangezogen werden. So lagen einige klinische Studien zur Wirksamkeit medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit opioidbezogenen Störungen vor, besonders zu nennen sind die seit Jahren durchgeführten Katamnesen des Fachverbands Sucht+ (FVS+; (17, 18)) sowie die statistischen Überblicksarbeiten der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (19, 20) auf der Basis der Deutschen Suchthilfestatistik. Auf der Basis dieser Studien kann die grundsätzliche Effektivität der gesamten Behandlung zwar angenommen werden, die Erfassung differentieller Wirksamkeit bedarf jedoch der Kontrolle vieler Rahmenbedingungen, die u. a. aufgrund des differenzierten Versorgungs- und Zuständigkeitssystems (Krankenversicherung, Rentenversicherung, Sozialhilfeträger) nur sehr schwierig umsetzbar sein dürften. Aus diesem Grund sind auch Befunde aus Ländern mit anderen Sozialleistungssystemen nur eingeschränkt übertragbar. Die Empfehlungen 2.1 bis 2.6 wurden deshalb in einem systematischen Konsensbildungsprozess aus klinischer Erfahrung abgeleitet.

2.2.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 2.1 a und b

Darlegung der Evidenzgrundlage

Empfehlungen 2.1a und 2.1b beziehen sich im Sinne der aufbauenden Behandlungsstrategie auf das Vorschalten einer Qualifizierten Entzugsbehandlung vor abstinenzorientierter oder OAT-gestützter Entwöhnung, die hinsichtlich psychischer Abhängigkeitsaspekte und sozialer Folgeprobleme die weiterführende Behandlung darstellt. Dieses Vorgehen erwies sich aus klinischer Erfahrung als positiv hinsichtlich der Quoten des Antretens und der planmäßigen Beendigung einer Folgemaßnahme sowie einer geringeren Rückfallwahrscheinlichkeit während der Behandlung. Es konnten keine belastbaren Daten hinsichtlich einer höheren Abstinenzquote in einem Katamnesezeitraum von sechs oder zwölf Monaten gefunden werden.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Da keine empirisch belastbaren Befunde eruiert werden konnten, wurde auf ein Empfehlungspapier zurückgegriffen, dass von Expert:innen im Auftrag der Deutschen Suchtgesellschaft mit Vertreter:innen der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie erarbeitet wurde (21). In dieses Positionspapier flossen die klinischen

Erfahrungen von Wissenschaftler:innen und Behandler:innen aus der Akutbehandlung, der Rehabilitation sowie von Berater:innen aus der Sozialen Arbeit ein. Sie spiegeln den derzeitigen Stand kontrollierter Praxis wider. In Analogiebildung zu den Empfehlungen der S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen (7) sowie der S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen (8) zeigte sich ein starker Konsens (100 % bzw. 96,4 %) für die Durchführung einer vorherigen Qualifizierten Entzugsbehandlung bei Menschen mit opioidbezogenen Störungen vor abstinenzorientierter medizinischer Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung ambulant, ganztags ambulant und stationär) sowie für eine Qualifizierte Entzugsbehandlung vor weiterführender psychotherapeutischer bzw. psychosozialer Behandlung bzgl. zusätzlich gebrauchter Substanzen bei Menschen in OAT.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

In einer Qualifizierten Entzugsbehandlung werden in der Regel neben somatisch-medizinisch notwendigen Behandlungen und der Begleitung des körperlichen Entzugs auch motivationale und psychodedukative Bausteine angeboten. Die Patient:innen werden aufgeklärt über Nutzen und Kosten der Behandlung und auf eine eventuell geplante Reduzierung des OAT-Medikaments vorbereitet. Es wird ein Schutz vor möglicher Rückfallgefährdung durch die peer-group bzw. ein ungünstiges soziales Umfeld geboten.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Personen, die sich in dauerhaft erforderlicher beschützender Umgebung befinden also einen besonderen Schutz und Unterstützung benötigen, und bei denen eine Abstinenz- bzw. Teilabstinenzzielsetzung als nicht erreichbar eingeschätzt wird, werden voraussichtlich nur dann von einer Qualifizierten Entzugsbehandlung profitieren können, wenn eine ausreichende Belastbarkeit für die Folgemaßnahmen sowie eine relativ stabile Veränderungsmotivation erreicht werden kann.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Eine qualifizierte Entzugsmaßnahme sollte günstigenfalls parallel oder sukzessiv gemeinsam mit weiterführenden Einrichtungen erfolgen, um einerseits den/die Patient:in konkret auf Folgemaßnahmen vorzubereiten und ihm/ihr ein Spektrum an Möglichkeiten anbieten zu können. Zum Anderen erweist es sich aus klinischer Erfahrung als prognostisch günstig, wenn möglichst zeitnah zur Qualifizierten Entzugsbehandlung eine weiterführende Behandlungsmöglichkeit organisiert werden kann. Falls es die körperliche und psychische Befindlichkeit des/der Patient:in zulässt, ist es zielführend und unterstützend für die nachfolgenden Maßnahmen, wenn psychodiagnostische Einschätzungen (psychometrisch und klinisch) vorgenommen werden, die die Planung der Folgemaßnahmen unterstützen und

deren Ergebnisse im Abschlussbericht an weiterbehandelnde Einrichtungen/Personen nach Zustimmung des/der Patient:in mitgeteilt werden (z.B. medizinische Rehabilitation oder Psychotherapeut:in).

2.2.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 2.2

Darlegung der Evidenzgrundlage

Eine nahtlose Übernahme in Anschlussmaßnahmen erweist sich aus klinischer Erfahrung als sinnvoll (Empfehlung 2.2), um Rückfallrisiken, erneuten Konsum und Nichtantritt folgender Behandlungskomponenten zu minimieren. Die entsprechende Fragestellung ist laut Literaturrecherche nicht systematisch untersucht worden, wird aber durch das genannte Positionspapier der Deutschen Suchtgesellschaft (21) zur medizinischen Rehabilitation für Menschen mit opioidbezogenen Störungen und unter OAT gestützt und als bedeutende Rahmenbedingung in einem Positionspapier der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (19) beschrieben. Die Zeit zwischen Entzug und weiterführender Behandlung wird als hoch risikoreich bzgl. erneuten Konsums und daraus folgend weiterer Schädigung und Chronifizierung angesehen.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aufgrund der hochriskanten Zeitspanne zwischen Entzug und weiterführenden Maßnahmen bzgl. erneutem Konsum und damit des Risikos weiterer Chronifizierung und Mortalität wird der Nutzen dieser Empfehlung als hoch eingeschätzt. Der erhöhte organisatorische Aufwand für die Umsetzung ist aus klinischer Erfahrung als vertretbar anzusehen.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Aus den vorangehenden Überlegungen ergibt sich die Notwendigkeit einer zeitlich ausreichend langen, in aller Regel stationär durchgeführten Qualifizierten Entzugsbehandlung. Die Dauer der Maßnahme sollte sich an den individuell notwendigen Erfordernissen orientieren, so dass eine variable Behandlungsdauer sinnvoll erscheint.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Die alternative Möglichkeit einer ganztags ambulanten (Tagesklinik) oder ambulanten Qualifizierten Entzugsbehandlung ist in Deutschland nicht erprobt, da auch die psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung der Patient:innen in dieser Zeit in der Regel nicht gewährleistet ist.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Die nahtlose Übergabe an nachfolgende Behandlungsmaßnahmen erfordert eine frühzeitige Einbeziehung und Motivierung der betroffenen Patient:innen, ohne diese zu überfordern. Es sollten immer mehrere Möglichkeiten der Weiterbehandlung mit Für und Wider erarbeitet werden, so dass der/die Patient:in konsensuell an der Erarbeitung einer Entscheidung beteiligt wird und diese dann schließlich auch treffen kann.

2.2.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 2.3

Darlegung der Evidenzgrundlage

Die frühzeitige Abklärung und Vereinbarung der Behandlungsziele Abstinenz bzw. Fortführung, Beginn oder Beendigung der OAT (Empfehlung 2.3) wird als klinisch empfehlenswert angesehen. Auch hierzu konnten in der Literaturrecherche keine empirischen Untersuchungen gefunden werden, so dass sich die differentielle Wirksamkeit zieloffener Maßnahmen daraus nicht ableiten ließ. Bzgl. eines kontrollierten Konsums von Opioiden bei Menschen mit opioidbezogenen Störungen liegen derzeit ebenfalls keine empirisch gesicherten Befunde zur Wirksamkeit vor (7, 22). In der somatischen wie psychotherapeutischen Behandlung ebenso wie in der psychosozialen Beratung ist es fachlich-ethischer Konsens sowie gesetzliche Vorgabe, dass einsichtsfähige Patient:innen einer jeweiligen Behandlung informiert zustimmen müssen. Dies betrifft die Behandlungsziele und die Schritte zu deren Erreichung. Dies ist daher ebenfalls als Grundlage in der Behandlung von Menschen mit opioidbezogenen Störungen umzusetzen im Sinne der Normerfüllung.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Informierte und an der Entscheidung maßgeblich beteiligte Patient:innen zeigen aus klinischer Erfahrung eine erhöhte Mitwirkungsbereitschaft und einen stabileren Behandlungsverlauf. Nicht erwünschte Nebenwirkungen sind nicht beobachtbar. Der benötigte höhere Zeitaufwand dient einem respektvollen und wertschätzenden Umgang. Insbesondere für Menschen mit noch vorhandenen körperlichen oder psychischen Entzugserscheinungen sind gegebenenfalls wiederholte Informationen und ein Austausch über Pro und Contra verschiedener Behandlungswege erforderlich.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Eine gute Dokumentation, auch als Grundlage einer Überprüfung der Effekte der Interventionen, sollte vorgehalten werden. Diese kann in standardisierter Form erfolgen, um den Aufwand für Behandler:innen bzw. Berater:innen zu minimieren.

2.2.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 2.4, 2.5 und 2.6

Darlegung der Evidenzgrundlage

Die strategische Therapieplanung im Sinne der Allokation sowie der Hierarchisierung von Behandlungsbedarfen kann aus klinischer Erfahrung erleichtert werden durch standardisierte Planungsinstrumente. Hierzu wird in Empfehlung 2.4 eine entsprechende Aussage getroffen und als Beispiel für ein solches Instrument die Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE) genannt, die sich noch in der weiteren Überprüfung befinden (23). Eine zentrale Therapieplanung im Sinne eines Fallmanagements führt hierbei nach neueren Ergebnissen der Evaluation von Modellprojekten in Skandinavien, den USA, den Niederlanden und Deutschland (s. Coreshell-Projekte) zu guten Erfolgen und sollte Menschen mit opioidbezogenen Störungen angeboten werden (Empfehlung 2.6,(24, 25)). Die OAT bietet für die Stabilisierung von Menschen mit opioidbezogenen Störungen eine Chance, komorbiden Substanzkonsum zu reduzieren bzw. einzustellen, körperliche und psychische Folgeerkrankungen zu vermeiden oder zu verringern sowie das Risiko (weiterer) sozialer Desintegration zu vermindern (26). Zur Unterstützung der sozialen Integration und verbesserter Teilhabe kann die OAT einen nächsten Schritt in rehabilitative abstinenzorientierte oder OAT-gestützte Behandlungsmaßnahmen ermöglichen. Die Wirksamkeit OAT-gestützter medizinischer Rehabilitation im Hinblick auf teilhabe- und konsumorientierte Ziele scheint dabei einer abstinenzorientierten Maßnahme nicht unterlegen zu sein (27). Gemäß dem Expert:innenkonses in Empfehlung 2.5 kann diesen Personen mit opioidbezogenen Störungen eine teilhabeorientierte Maßnahme unter OAT angeboten werden.

Die Wirksamkeit einer zentralen Therapieplanung (Empfehlung 2.6) wurde in ersten Modellprojekten (z.B. Coreshell; (25)) geprüft mit erfolgsversprechenden ersten Ergebnissen. Weitere diesbezügliche Hinweise sind den katamnestischen Untersuchungen nach stationärer teilhabeorientierter Rehabilitation zu entnehmen (17, 18).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Eine strukturierte Therapieplanung nach einer konsentierten Ablaufliste ermöglicht den beteiligten Behandler:innen Planungssicherheit und einen guten Überblick, unabhängig vom

jeweiligen Behandlungssektor, über einen möglichen Behandlungsverlauf. Es werden alle Komponenten im Hinblick auf die Passung für den/die Patient:in geprüft. Für den/die Patient:in ergibt sich daraus eine sichere und dem Stand der Erkenntnis angepasste Behandlungsabfolge.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Eine Vernetzung der beteiligten Institutionen z.B. im Sinne eines externen Qualitätszirkels und die Durchführung von Fallkonferenzen (auch elektronisch in datenschutzgeprüften Meetingprogrammen) sind sachlich weiterführend und unterstützen die Kooperationsqualität.

2.2.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Forschung bzgl. geeigneter Therapieplanung für Patient:innen mit und ohne OAT muss gefördert werden, um die empirische Evidenz für Maßnahmen und Interventionen aufzubauen.
- Sektorenübergreifende Forschung ist auszubauen, um die Bedeutung verschiedener Behandlungs- und Beratungskomponenten besser abschätzen zu können sowie Langzeitverläufe zu begleiten (Ergebnisqualität, Komponentenevaluation).
- Spezifische, veränderungssensible Messinstrumente zur Erfassung der Auswirkungen verschiedener Therapiebausteine sind neu zu entwickeln bzw. in ihrer Reliabilität und Validität zu überprüfen.

2.3 Opioid-Agonisten-Therapie

Markus Backmund, Christopher Baethge, Hans Haltmayer (verstorben), Christel Lüdecke, Elisabeth Müller, Henrike Paternoga, Oliver Pogarell, Jens Reimer, Michael Rinecker, Norbert Scherbaum, Michael Soyka, Markus Stuppe

2.3.1 Einleitung

Gesetzliche Regelung

Opioide sind Betäubungsmittel. Sie unterliegen in Deutschland dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und somit dem Strafrecht. Opioide fallen unter Anlage III des BtMG. Ihre Abgabe regelt die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV). Die BtMVV regelt auch den Umgang mit Betäubungsmitteln, die zur Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) eingesetzt werden (§ 5 Substitution, Verschreiben von Substitutionsmitteln) sowie die Vorschriften zum Substitutionsregister (§ 5 b). Die Kontrolle über die Abgabe von Betäubungsmitteln unterliegt der Bundesopiumstelle beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Die BtMVV wurde 2017 dahingehend richtungsweisend verändert, dass die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse mehr berücksichtigt werden können. Dies schlägt sich in den Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) nieder (28). Folgerichtig wird die Bedeutung der OAT für die Senkung der Mortalität und Verringerung der Morbidität herausgestellt und das Abstinenzparadigma relativiert: „Opioidabhängigkeit ist eine schwere chronische Krankheit. Sie bedarf in der Regel einer lebenslangen Behandlung, bei der körperliche, psychische und soziale Aspekte gleichermaßen zu berücksichtigen sind. Die substitutionsgestützte Behandlung ist eine wissenschaftlich gut evaluierte Therapieform und stellt für die Mehrheit der Patient:innen die Therapie der Wahl dar.

Ziele der substitutionsgestützten Behandlung sind:

- Sicherstellung des Überlebens,
- Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes,
- Unterstützung der Behandlung somatischer und psychischer Begleiterkrankungen,
- Reduktion riskanter Applikationsformen von Opioiden,
- Reduktion des Konsums unerlaubt erworbener oder erlangter Opioide,
- Reduktion des Gebrauchs weiterer Suchtmittel,
- Abstinenz von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden,
- Verringerung der durch die Opioidabhängigkeit bedingten Risiken während einer Schwangerschaft sowie während und nach der Geburt,
- Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität,

- Reduktion der Straffälligkeit,
- Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben.“ (28)

Zur OAT zugelassene Medikamente sind in Deutschland aktuell Methadon (34,5 %), Levomethadon (37,8 %), retardiertes Morphin (2 %), Heroin (spezielle Indikationskriterien; 1,8 %), Buprenorphin (23,7 %) und als Medikament zweiter Wahl (in begründeten Ausnahmefällen) Codein (0,1 %). (In Klammern Häufigkeit der Verschreibung in 2022 von 81.200 Patient:innen; Substitutionsregister des BfArM 2023).

Pharmakologische Wirkungen der Opioide

Aufgrund ihrer pharmakologischen Eigenschaften sind Opioide wie Methadon und Buprenorphin weltweit die am häufigsten verwendeten Opioide. In Dosierungen über 60 mg pro Tag verbessert Methadon gegenüber Placebo die Therapieadhärenz und reduziert den illegalen Opioidkonsum (29). Niedrige Dosierungen von weniger als 60 mg unterdrücken zwar erfolgreich Entzugssymptome, sind aber in der Regel nicht ausreichend, um Drogenverlangen (Craving) zu reduzieren. Auch Buprenorphin zeigte gegenüber Placebo einen Rückgang der Entzugssymptome und des illegalen Opioidkonsums. Ein gewisser Unterschied zu Methadon ist die geringere Sedierung. Obwohl Buprenorphin bereits in niedriger Dosierung eine starke Affinität zum Opiodrezeptor besitzt, flacht die Dosis-Wirkungs-Kurve im Sinne eines „Deckeneffekts“ ab, sodass Atemdepressionen seltener auftreten (30).

Methadon ist ein synthetisch hergestelltes, starkes Analgetikum. Es ist ein Agonist am μ-Opioidrezeptor und ein chirales Molekül. Es existieren zwei spiegelbildliche Enantiomere. International wird meist ein 1:1 Gemisch (Racemat) verwendet. In Deutschland ist auch Levomethadon zur Schmerztherapie und zur OAT zugelassen. Es existieren verschiedene pharmakologische Präparationen: Tabletten und Trinklösungen. Einige wenige Prozente der Bevölkerung gehören zu den so genannten fast metabolizern, die Methadon sehr schnell abbauen. Bei dieser Personengruppe können höhere Dosierungen notwendig werden. Typische Dosierungen sind 60 - 120 mg Methadon beziehungsweise 30 - 60 mg Levomethadon pro Tag. Toleranzentwicklung und auch Euphorie sind unter Methadon häufig, wenn gleich nicht so stark ausgeprägt wie bei Heroin. Typische Nebenwirkungen sind Benommenheit, Übelkeit, Erbrechen, Ödeme, gelegentlich Harnverhalt und Obstipation. Bei Überdosierungen kann es zum Atemstillstand und konsekutiv zum Herz-Kreislauf-Stillstand kommen. Selten sind Arrhythmien bis hin zu den lebensgefährlichen Torsade-de-Pointes-Arrhythmien.

Auch Buprenorphin ist ein stark wirksames Analgetikum. Buprenorphin wirkt am μ-Opioidrezeptor agonistisch und am κ-Opioidrezeptor gemischt agonistisch / antagonistisch.

Übliche Dosierungen liegen zwischen 8 und 16 mg. Die Tageshöchstdosis beträgt 24 mg. Aufgrund der langen Wirkdauer ist es möglich, eine oral eingenommene Tagesdosis nach Erreichen einer stabilen Erhaltungsdosis zu verdoppeln oder zu verdreifachen und das Medikament nur alle 48 bzw. 72 Stunden einzunehmen. Buprenorphin steht auch als Kombinationsmedikament mit Naloxon im Verhältnis 4:1 sowie als Depotpräparat zur Verfügung. Eine Sublingualtablette mit 8 mg Buprenorphin enthält 2 mg Naloxon. Naloxon soll den i. v.-Konsum verhindern.

Morphin wird bei starken und stärksten Schmerzen angewandt. Morphin ist ein starker Agonist am μ-Opioidrezeptor. Morphin wird nach oraler Einnahme relativ gut resorbiert. Wegen eines hohen First-Pass-Effekts ist die Bioverfügbarkeit jedoch nur 20 bis 40 %. Nach intravenöser oder intramuskulärer Applikation liegt die Bioverfügbarkeit dagegen bei fast 100 %. Morphin ist dem Originalstoff Heroin (Diacetylmorphin) sehr ähnlich. Erst 2015 wurde retardiertes Morphin zur OAT zugelassen.

Diacetylmorphin oder auch Diamorphin (Heroin) ist ein sehr starkes, halbsynthetisches Opioid. Es wurde ursprünglich als Analgetikum entwickelt. Heroin kann geraucht, geschnupft, aber auch intravenös konsumiert werden. Diamorphin ist für die OAT aufgrund der Ergebnisse des heroingestützten Modellprojekts unter bestimmten Bedingungen zugelassen (31).

Opioidabhängigkeit ist eine schwere, behandlungsbedürftige, chronisch verlaufende Krankheit mit hoher Morbidität und Mortalität. Die Lebenszeitprävalenz beträgt etwa 0,4 % (32). 1965 wurde die OAT als erfolgreiche Therapie erstmals beschrieben (33). In mehreren retro- und prospektiven Studien, für Deutschland insbesondere auch in der PREMOS-Studie (Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatment), die in mehr als 200 Praxen über 2.200 Patient:innen über sechs Jahre untersuchte (34-36), konnte gezeigt werden, dass während einer OAT die Mortalität deutlich niedriger ist im Vergleich zum Leben in der Drogenszene ohne OAT oder nach einer Abstinenzphase wie z.B. nach einem Haftaufenthalt oder einer Entwöhnungsbehandlung (30, 37, 38). Besonders hoch ist die Mortalität nach einer disziplinarischen Entlassung aus der OAT (39). Das Warten auf einen Behandlungsplatz ist ebenfalls mit einem hohen Mortalitätsrisiko behaftet (40).

Durch den regelmäßigen Ärzt:innen-Patient:innenkontakt ermöglicht die OAT die Diagnostik und Behandlung weiterer psychiatrischer und somatischer Erkrankungen. Opioidabhängige leiden häufig an zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen wie Angsterkrankungen, Depressionen und Psychosen (41-43). Auch kompliziert zu behandelnde chronische Krankheiten wie HIV- oder HCV-Infektion können während der OAT sehr erfolgreich behandelt werden (44, 45). Die WHO und die Weltkommission für Drogenpolitik (Global Commission on Drug Policy) forderten die Implementierung und Förderung von OAT und die Reduktion von

Repression zur Verhinderung der Infektionskrankheiten durch HIV und HCV (46, 47). In 2022 befanden sich in Deutschland 81.200 Patient:innen in einer OAT (48).

2.3.2 Klinische Fragestellungen

Im Rahmen des Leitlinienprozesses wurden die folgenden fünf klinische Fragen formuliert, wobei nach Diskussion Frage 4 und 5 in Frage 3 integriert wurde.

1. Führt eine OAT bei opioidabhängigen Personen zu einer höheren Retention, verbesserten psychischen oder körperlichen Gesundheit oder Lebensqualität oder einem geringeren Substanzkonsum oder geringerer Mortalität im Vergleich zu keiner OAT?

2. Welches OAT-Medikament ist für opioidabhängige Personen hinsichtlich einer höheren Retention, verbesserten psychischen oder körperlichen Gesundheit, geringerem Substanzkonsum oder geringerer unerwünschter Wirkungen oder Mortalität am geeignetsten?

3. Welche Applikationsform von OAT-Medikamenten ist für opioidabhängige Personen hinsichtlich einer höheren Retention, verbesserten psychischen oder körperlichen Gesundheit, geringerem Substanzkonsum oder geringerer unerwünschter Wirkungen oder Mortalität am geeignetsten?

4. Führt eine OAT bei opioidabhängigen Personen mit kurzer Suchtdauer (unter zwei Jahren, < 24 Monate) zu einer höheren Retention, Abstinenz von illegalen Opioiden, einem geringeren Substanzkonsum oder geringerer Mortalität im Vergleich zu einer abstinenzorientierten Behandlung oder einem Ausschleichen der OAT? *(Diese klinische/PICO-Frage wird aufgrund von mangelnder Evidenz nicht mit einer Empfehlung beantwortet und in Frage 3 integriert.)*

5. Führt eine OAT mit Buprenorphin depot (monatliche oder wöchentliche Anwendung) bei opioidabhängigen Personen zu einer höheren Retention, verbesserten psychischen oder körperlichen Gesundheit, geringeren unerwünschten Wirkungen oder geringerer Mortalität im Vergleich zu einer OAT mit Buprenorphin per sublingualer Gabe? *(Diese klinische/PICO-Frage wird aufgrund von mangelnder Evidenz nicht mit einer Empfehlung beantwortet und in Frage 3 integriert.)*

2.3.3 Empfehlungen

3.1	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad A ⇑⇑	Die Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) soll jedem Menschen mit Störungen durch illegale Opioide (nicht ärztlich verschriebene Opioide) angeboten werden.	
Moazen-Zadeh et al. 2021, Buresh et al. 2021, Lim et al. 2022		
Qualität der Evidenz		
Retention: Niedrig ⨁⨁⊖⊖	Psychische Gesundheit: Niedrig ⨁⨁⊖⊖	AMSTAR 2 Kritisch niedrige Qualität
	Konsensstärke: 95,5 % (Starker Konsens)	

3.2	Empfehlung		Neu (2025)	
Empfehlungsgrad A ⇑⇑	Zur Opioid-Agonisten-Therapie sollen Methadon, Buprenorphin, Buprenorphin/Naloxon, retardiertes Morphin oder Diamorphin eingesetzt werden.			
Hickman et al. 2018, Klimas et al. 2019, Klimas et al. 2021, Moazen-Zadeh et al. 2021, Lim et al. 2022				
Qualität der Evidenz				
Retention: Niedrig ⨁⨁⊖⊖	Retention Methadon vs Buprenorphin: Niedrig ⨁⨁⊖⊖	Retention Methadon vs Naltrexon: Sehr niedrig ⨁⊖⊖⊖	Retention Methadon vs retardiertes Morphin: Sehr niedrig ⨁⊖⊖⊖	Retention Buprenorphin vs Naltrexon: Niedrig ⨁⨁⊖⊖
Psychische Gesundheit: Niedrig ⨁⨁⊖⊖	Psychische Gesundheit Methadon vs Diacetylmorphin: Moderat ⨁⨁⨁⊖	Psychische Gesundheit Methadon vs Buprenorphin: Sehr niedrig ⨁⊖⊖⊖	Psychische Gesundheit Methadon vs retardiertes Morphin: Sehr niedrig ⨁⊖⊖⊖	Körperliche Gesundheit Methadon vs retardiertes Morphin: Sehr niedrig ⨁⊖⊖⊖
Lebensqualität Methadon vs Diacetylmorphin: Sehr niedrig ⨁⊖⊖⊖	Lebensqualität Methadon vs retardiertes Morphin: Sehr niedrig ⨁⊖⊖⊖	Substanzkonsum/drug use Methadon vs retardiertes Morphin: Sehr niedrig ⨁⊖⊖⊖	Mortalität Methadon vs Buprenorphin: Sehr niedrig ⨁⊖⊖⊖	-
	Konsensstärke: 94 % (Konsens)			

3.3	Empfehlung	Neu (2025)
	In der Opioid-Agonisten-Therapie kann der Einsatz sowohl von D, L-Methadon als auch Levomethadon sowie der Ersatz der einen Substanz durch die andere gleichermaßen erwogen werden.	
EK	Scherbaum et al. 1996, Mitchell et al. 2004, Verthein et al. 2005, Eap et al. 2007	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

3.4	Empfehlung	Neu (2025)	
Empfehlungsgrad B ⇑	Die Auswahl des Arzneimittels zur Opioid-Agonisten-Therapie (OAT-Medikation) sollte sich nach der von Betroffenen präferierten und zugelassenen Applikationsform richten.		
Lofwall et al. 2018, Shephard et al. 2019, Lintzeris et al. 2021, Farrell et al. 2022, Vogel et al. 2023			
Qualität der Evidenz			
Retention: Moderat ⊕⊕⊕⊖	Substanzkonsum: Niedrig ⊕⊕⊖⊖	Nebenwirkungen: Moderat ⊕⊕⊕⊖	Mortalität: Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
	Konsensstärke: 90 % (Konsens)		

2.3.4 Hintergrund der Evidenz

Aktuell verdeutlicht die Überdosiskrise vor allem mit opioidhaltigen Schmerzmitteln in Nordamerika die Gefährlichkeit der Opioidabhängigkeit gerade im Hinblick auf die Mortalität (49, 50). Auch in Deutschland sind weit über die Hälfte der Drogentoten opioidabhängig (51). Die Behandlung opioidabhängiger Menschen stellt aufgrund der hohen Morbidität und Mortalität eine besondere Herausforderung dar. Nachdem Anfang der 1970er-Jahre „Heroin“ (Diamorphin) auf den deutschen Schwarzmarkt gebracht worden war, wurde allein die abstinenzorientierte Therapie der opioidabhängigen Menschen als fachlich richtig angesehen und als Behandlung erlaubt. Das seit 1965 existierende Wissen um die Wirksamkeit von Methadon wurde zunächst nicht beachtet (33). Erst 2002 wurde die OAT von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgrund der Diagnose einer Opioidabhängigkeit für Erwachsene ab 18 Jahren als erstattungsfähige Leistung anerkannt. Die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin veröffentlichte 2014 bis heute gültige Leitlinien für die OAT (52). Die Bayerische Akademie für Suchtfragen (BAS) hat einen praktischen Leitfaden publiziert und 2018 aktualisiert (53). Dort wird dargestellt, unter welchen Bedingungen es zu erwägen ist, als Heilversuch auch 16 Jährigen eine OAT anzubieten. International wird die OAT in allen Leitlinien als Mittel der ersten Wahl angesehen (siehe z.B. Leitlinien der American Society of Addiction Medicine – ASAM; siehe auch (36, 54, 55)). Es konnte immer wieder in

verschiedenen Studien gezeigt werden, dass eine OAT die Morbidität und die Mortalität verringert (56).

Es ließen sich für die ersten drei Fragestellungen internationale Reviews, die 4 bis 71 Studien inkludieren, finden. Nach dem AMSTAR 2-Instrument wurden mit Ausnahme einer Arbeit (Bewertung *niedrig*) alle weiteren Studien als methodisch *kritisch niedrig* bewertet. Degenhardt et al. (37) publizierten aktuell die Ergebnisse eines Vergleichs zwischen Methadon und Buprenorphin. Es liegen auch Cochraneanalysen zur Wirksamkeit von Methadon und Buprenorphin vor (38, 55).

2.3.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 3.1

Darlegung der Evidenzgrundlage

Die Recherche in den genannten wissenschaftlichen Datenbasen ergaben insgesamt drei systematische Reviews und Metaanalysen (57-59), welche für die erste klinische Fragestellung herangezogen werden. Zusätzlich wird auf ein aktuelles Review verwiesen, welches nicht über die Datenbankrecherchen eingeschlossen wurde (37).

Alle drei systematischen Reviews zeigen eine Überlegenheit von Pharmakotherapie gegenüber Placebo, keiner Therapie oder Warteliste. Wie schon in den Leitlinien der DGS ausführlich erläutert, führt eine OAT zur Reduktion der Morbidität und Mortalität (60). Diese Reduktion der Morbidität und Mortalität wurde auch in einem Review mit hoher Qualität (59)und dem aktuellen Review (37)erneut bestätigt. Wenn Morbidität und Mortalität durch eine Intervention reduziert werden können, muss diese Behandlung bei gestellter Diagnose angeboten werden. Folgerichtig wird die Pharmakotherapie mit den zugelassenen Medikamenten mit starkem Empfehlungsgrad empfohlen. Ein Schaden kann für die opioidabhängigen Menschen bei unsachgemäßer Eindosierung und unfreiwilliger Unterbrechung der Therapie, zum Beispiel durch Haftaufenthalt, entstehen, wenn die Toleranz bei einem Rückfall falsch eingeschätzt wird und eine Überdosierung resultiert (37, 59).

Im Verlauf der OAT ist es sinnvoll, nachfolgend genannte Aspekte regelmäßig zu überprüfen und dabei die Vor- und Nachteile der jeweiligen Optionen aufzuzeigen:

- die Dosishöhe,
- die Applikationsform (siehe Empfehlung 3),
- die Art des OAT-Medikaments (siehe Empfehlung 2),
- Alternative oder ergänzende Behandlungs- und Betreuungsformen (bspw. Qualifizierte Entzugsbehandlung, Entwöhnungsbehandlung, psychosoziale Betreuung, Assistenz im Rahmen der Eingliederungshilfe).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Ein starker Empfehlungsgrad wurde trotz teilweise kritisch niedriger Evidenz gewählt, da die Reduktion der Mortalität und der Morbidität während der OAT in früheren Studien (siehe Einleitung) deutlich nachgewiesen worden ist und mitunter Grund für die Etablierung der OAT bei Opioidabhängigkeit war.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Für die Variablen Retention und psychische Gesundheit zeigte sich eine gute Evidenz (57-59).

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Jugendliche ab 16 Jahren dürfen nur im Heilversuch mit OAT-Medikamenten behandelt werden. Mit Ausnahme von Diamorphin sind die OAT-Medikamente ab 18 Jahren zugelassen. Diamorphin darf Patient:innen nur ab vollendetem 23. Lebensjahr zum sofortigen Gebrauch verabreicht werden (§ 5 a BtMVV).

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.3.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 3.2

Darlegung der Evidenzgrundlage

In den vier eingeschlossenen systematischen Reviews (58, 59, 61, 62) wurden die zugelassenen Medikamente Methadon, retardiertes Morphin und Buprenorphin nicht alle miteinander verglichen. Es fanden sich nur Ergebnisse im Vergleich zweier Substanzen. Insgesamt zeigte sich bei allen, wenn auch teilweise mit kritisch niedriger Evidenz eine Verbesserung hinsichtlich Retention, psychischer Gesundheit, körperlicher Gesundheit, Substanzkonsum, Nebenwirkungen und Mortalität. Methadon hat gegenüber Buprenorphin eine höhere Retentionsrate (58, 59, 61, 62). Während der verschiedenen Phasen der OAT, z.B. Eindosierung, Abdosierung, zeigte Buprenorphin gegenüber Methadon eine geringere Mortalität (63). Aufgrund der deutlich kürzeren Retention von Buprenorphin gegenüber Methadon wird jedoch kein größerer Gesamtschutz erreicht (63). Zwischen Methadon und retardiertem Morphin zeigte sich kein signifikanter Unterschied in den untersuchten Variablen. In den genannten Reviews sowie in dem aktuellen von Degenhardt zeigte sich im direkten Vergleich D,L-Methadon versus sublingual verabreichten Buprenorphin eine leichte Überlegenheit von Methadon. Neuere Vergleichsstudien mit Diamorphin fanden in den genannten Reviews keine Erwähnung. Im Anhang 6 ist eine Tabelle mit

Äquivalenzdosierungen der OAT-Medikamente Methadon, Levomethadon und retardiertes Morphin zu finden.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Methadon, Levomethadon, Buprenorphin, Buprenorphin/Naloxon, retardiertes Morphin, Codein und Diamorphin sind in Deutschland für die OAT zugelassen. Bei der Verschreibung von Diamorphin müssen die spezifischen gesetzlichen Anforderungen nach § 5 a BtMVV beachtet werden. Der Opioidantagonist Naltrexon stellt aus klinischer Sicht keine Vergleichssubstanz als OAT-Medikament dar. Naltrexon ist in Deutschland nicht als OAT-Medikament, sondern aufgrund seiner blockierenden Wirkung von Opioiden als Antidot zugelassen. Es handelt sich um einen reinen Antagonisten am μ-Opioidrezeptor mit sehr hoher Affinität und keiner intrinsischen Aktivität.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Jugendliche ab 16 Jahren können nur im Heilversuch mit OAT-Medikamenten behandelt werden. Mit Ausnahme von Diamorphin sind die OAT-Medikamente ab 18 Jahren zugelassen. Diamorphin darf Patient:innen nur ab vollendetem 23. Lebensjahr zum sofortigen Gebrauch verabreicht werden (§ 5 a BtMVV).

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine

2.3.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 3.3

Darlegung der Evidenzgrundlage

Nur in Deutschland ist auch Levomethadon zugelassen. Daher ließ sich eine evidenzbasierte Empfehlung zur Anwendung von Levomethadon aus der Literatur nicht ableiten. Es gibt aber Studien, die die Wirksamkeit und das Auftreten von Nebenwirkungen in der Anwendung von Methadon bzw. Methadonracemat und Levomethadon vergleichen. Mitchel et al. (64) zeigten, dass das rechtsdrehende Enantiomer D-Methadon im Vergleich zum linksdrehenden Levomethadon mit signifikant mehr potenziellen Nebenwirkungen (u. a. Stimmungsschwankungen, Anspannung, Müdigkeit, Verwirrung, Depression) assoziiert ist. Beide Stoffe können klinisch dennoch unproblematisch ausgetauscht werden, wobei dabei

auftretende Entzugserscheinungen und Nebenwirkungen nur vorübergehend auftreten (65, 66). Bedeutsam ist der Hinweis, dass D-Methadon und Methadonracemat die QT-Zeit stärker verlängert, als Levomethadon, was zu einer höheren Mortalität und Morbidität führen könnte. Eap et al. (67) wiesen dieses in einer grundlagenwissenschaftlichen Untersuchung an 179 Patient:innen nach, jedoch ist die Aussagekraft dieser nicht randomisierten Studie gering (68). Vor diesem Hintergrund ist der Einsatz von Levomethadon als wirksames Enantiomer des D-L-Methadons im Rahmen der OAT möglich.

Im Rahmen einer Umstellung muss die Dosis dennoch adaptiert werden. Als Faktoren müssen die bisherige Levomethadon- oder D-L-Methadon-Dosis der/des Patient:in, die individuelle Reaktion der/des Patient:in auf Levomethadon, die gewünschte Wirkung der OAT und Nebenwirkungen berücksichtigt werden.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Da Levomethadon nur in Deutschland zugelassen ist, fehlt es an aktuellen Studien bzw. fand Levomethadon keine Berücksichtigung in den Metaanalysen. In Deutschland allerdings wurde primär Levomethadon seit Ende der 1980er-Jahre auch in Studien verschrieben. Die Wirksamkeit hinsichtlich Verringerung der Mortalität und Morbidität, Retention, Lebensqualität, psychische und physischer Gesundheit wurde in früheren Studien beschrieben (64-67). Daher konnte ein Expert:innenkonsens mit 100 %-iger Zustimmung für den gleichberechtigten Einsatz von Levomethadon mit Methadon, Buprenorphin und ret. Morphin getroffen werden.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Trifft nicht zu.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.3.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 3.4

Darlegung der Evidenzgrundlage

Es wurden vier Primärstudien (69-72) eingeschlossen und ausgewertet. Ein weiteres Review mit vier inkludierten Studien wurde gefunden (73). In diesem wurde lediglich die Gabe von subdermalem Implantat von Buprenorphin versus sublingual verabreichtem Buprenorphin

verglichen. Ein signifikanter Unterschied konnte nicht gefunden werden, was auch der Hypothese entsprach (gleiche Wirksamkeit). Direkte Vergleichsstudien zwischen den Applikationsformen konnten nicht gefunden werden. Lofwall et al. (69) zeigten, dass monatliches subkutanes Buprenoprhin Depot der täglichen Gabe von Buprenorphin hinsichtlich zusätzlichem illegalem Konsum nicht unterlegen ist. Lintzeris et al. (70) und Farrell et al. (72) zeigten eine Überlegenheit vom subkutanem Depot-Buprenorphin gegenüber täglichem Buprenorphin hinsichtlich der Zufriedenheit bei höherem Vorkommen leichter Nebenwirkungen. Vogel et al. (71) zeigten, dass inhalatives Heroin eine sichere, alternative Applikationsform zur intravenösen Gabe darstellt.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Der Empfehlungsgrad B wurde aufgrund der relativ geringen Datenlage und fehlendem Vergleich mit anderen Substanzen gewählt. Nur Buprenorphin und Diamorphin wurden in verschiedener Applikationsform untersucht.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Trifft nicht zu.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.3.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Direkte randomisierte Vergleichsstudien zwischen allen zugelassenen Substanzen/OAT-Medikamenten mit gleichen priorisierten Zielvariablen und Responderkriterien (Prädiktion des Therapieverlaufs) wären wünschenswert.
- Dringend notwendig sind Vergleichsstudien der unterschiedlichen Substanzen einschließlich Applikationsformen jeweils mit gleichen und unterschiedlichen OAT-Medikamenten bei gleichen Zielvariablen.

2.4 Entzug

Norbert Wodarz, Ursula Havemann-Reinecke, Tobias Link, Markus Stuppe

2.4.1 Einleitung

Dieses Kapitel behandelt den Umgang mit Entzugsbehandlungen bei opioidbezogenen Störungen. Ein Entzugssyndrom setzt sich aus einem Komplex aus psychischen und körperlichen Symptomen zusammen und kann je nach verwendetem Opioid bereits vier bis sechs Stunden nach der letzten Aufnahme auftreten (zwei bis drei Halbwertszeiten nach der letzten Einnahme des Opioids) und den Höhepunkt nach zwei bis drei Tagen erreichen. Dies ist unter anderem abhängig von der Dosis, der Dauer der Einnahme, der Halbwertszeit des Opioids und der Geschwindigkeit des Absetzens/der Reduktion. Ein Entzugssyndrom kann z.B. mit Hilfe der „Opiate Withdrawl Scale“ (OWS) qualitativ und orientierend quantitativ erfasst werden (22). Eine Entzugsbehandlung lässt sich unterscheiden in eine *körperliche Entgiftung* und eine *Qualifizierte Entzugsbehandlung*:

- Eine *körperliche Entgiftung* umfasst die Behandlung der Intoxikation mit körperlich-internistisch-neurologischen Ausfallerscheinungen und/oder von substanzspezifischen Entzugssymptomen. Ziel ist die Sicherstellung der Vitalfunktionen und die Vermeidung von Entzugskomplikationen sowie die Reduzierung/Linderung von Entzugserscheinungen.
- Die *Qualifizierte Entzugsbehandlung* ist eine suchtpsychiatrische bzw. suchtmedizinische Akutbehandlung, die über die körperliche Entgiftung hinausgeht. Grundsätzlich erfolgt eine Behandlung der Intoxikations- und Entzugssymptome und eine Diagnostik und Behandlung der psychischen und somatischen Begleit- und Folgeerkrankungen. Essentiell für eine Qualifizierte Entzugsbehandlung sind psycho- und soziotherapeutische, weitere psychosoziale sowie psychotherapeutische Interventionen einschließlich Körper- und Ergotherapie zur Förderung der Änderungsbereitschaft und der Änderungskompetenz (z.B. Stabilisierung einer evtl. angestrebten Abstinenz). Im Rahmen der Qualifizierten Entzugsbehandlung soll die Bereitschaft zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen gesteigert und entsprechende Kontakte in das regionale Hilfesystem gebahnt werden (z.B. Selbsthilfe, Psychotherapie, psychosoziale Hilfen). Bei entsprechender Indikation erfolgt die Vermittlung in spezifische Behandlungsangebote, wie z.B. in die soziale oder medizinische Rehabilitation. Aufgrund der multidisziplinär zu erbringenden Behandlungsleistungen und zur suffizienten Differenzialdiagnostik und Behandlung psychischer und somatischer

Folge- und Begleiterkrankungen ist die Dauer einer Qualifizierten Entzugsbehandlung deutlich länger als bei einer körperlichen Entgiftung.

Vor der Durchführung einer Entzugsbehandlung, egal ob von einem OAT-Medikament, einem Konsum illegaler Opioide oder einem Konsum zusätzlicher Substanzen, ist individuell die Indikation kritisch zu prüfen und zu dokumentieren. Abdosierungsversuche können mit einem erhöhten Rückfall- und Mortalitätsrisiko verbunden sein (56, 74, 75). Eine vollständige Opioidabstinenz kann nach bisherigem Stand nur bei einer Minderheit erreicht werden. In der deutschen PREMOS-Studie konnte eine völlige Opioidfreiheit am Ende des 6-jährigen Beobachtungszeitraums lediglich bei 8 % der in OAT Behandelten temporär und bei 4 % stabil festgestellt werden (76). In vielen Fällen ist die Fortführung einer OAT einer Entzugsbehandlung zur Erreichung der Behandlungsziele vorzuziehen (77). Die Ergebnisse sowie die methodische Durchführung einer Entzugsbehandlung auf den Verlauf der Behandlung werden daher hier anhand der Prüfung folgender Fragestellungen dargelegt.

2.4.2 Klinische Fragestellungen

5. Führt eine Entzugsbehandlung vom OAT-Medikament oder illegalen Opioid bei opioidabhängigen Personen in OAT und/oder mit Konsum von illegalen Opioiden zu einer höheren Retention, geringerem Craving, geringerem Rückfall in illegalen Opioidkonsum, geringerem Substanzkonsum, verbesserten psychischen Gesundheit oder Lebensqualität im Vergleich zu keiner Entzugsbehandlung vom OAT-Medikament (Weiterführung der OAT) oder illegalen Opioid?
6. Führt eine graduelle Dosisreduktion von illegalen Opioiden oder des OAT-Medikaments mittels Gabe eines Opioids bei opioidabhängigen Personen in einer Entzugsbehandlung von illegalen Opioiden oder vom OAT-Medikament zu einer geringeren Rückfallquote in den illegalen Opioidkonsum, einer höheren Abstinenz von illegalen Opioiden oder einer häufigeren OAT-Medikamentenfreiheit im Vergleich zu einem radikalen nicht-opioidgestützten (OAT-Medikamenten-)Entzug?
7. Führt eine Entzugsbehandlung von illegalen Opioiden oder dem OAT-Medikament mit einer Ko-Medikation (Neuroleptika, Clonidine, Lofexidine, Benzodiazepine, Antidepressiva) bei opioidabhängigen Personen zu einer höheren Retention, verringertem Craving, geringerem Rückfall in den Substanzkonsum, besserer psychischer Gesundheit, häufigerer OAT-Medikamentenfreiheit oder besserer Lebensqualität im Vergleich zu einer Entzugsbehandlung ohne Ko-Medikation?
8. Führt eine stationäre Entzugsbehandlung von illegalen Opioiden oder von einem OAT-Medikament bei opioidabhängigen Personen zu einer höheren Retention, verringertem

Craving, geringerem Rückfall in den Substanzkonsum, besserer psychischer Gesundheit, häufigerer OAT-Medikamentenfreiheit oder besserer Lebensqualität im Vergleich zu einer ambulanten oder tagesklinischen Entzugsbehandlung?

9. Führt eine Entzugsbehandlung von der/den zusätzlich konsumierten Substanz(en) wie nicht-verschriebenen Medikamenten, Stimulantien, Cannabis, Alkohol, neuen psychoaktiven Stoffen (synthetische Cannabinoide, Stimulantien, synthetische Opioide) oder Kratom bei opioidabhängigen Personen zu einer höheren Retention in der OAT, stärkeren Reduktion des Konsums der zusätzlichen Substanzen oder einer häufigeren Abstinenz von den zusätzlichen Substanzen im Vergleich zu keiner Entzugsbehandlung von der/den zusätzlich konsumierten Substanz(en)?

2.4.3 Empfehlungen

4.1	Empfehlung	Neu (2025)
	Eine Qualifizierte Entzugsbehandlung soll bei Patient:innen, die sich in einer Opioid-Agonisten-Therapie befinden, insbesondere bei zusätzlichem Konsum illegaler Opioide, nur angeboten werden: • wenn ansonsten die Ziele der Opioid-Agonisten-Therapie gefährdet erscheinen. • als mögliche Alternative vor einem Abbruch einer Opioid-Agonisten-Therapie. • bei anhaltendem, explizitem Patient:innenwunsch.	
EK	Sordo et al. 2017, Davis et al. 2020, Zweben et al. 2021	
	Konsensstärke: 94,74 % (Konsens)	

4.2	Empfehlung	Neu (2025)
	Eine Entzugsbehandlung von (illegalen) Opioiden statt der Opioid-Agonisten-Therapie soll vermieden werden bei instabilen Patient:innen und bei Patient:innen ohne realistischen Plan zur Aufrechterhaltung der Abstinenz.	
EK	Sordo et al. 2017, Davis et al. 2020, Zweben et al. 2021	
	Konsensstärke: 94,44 % (Konsens)	

4.3	Empfehlung	Neu (2025)
	Wenn der Entzug von einem Opioid-Agonisten-Therapie (OAT)-Medikament oder von illegalen Opioiden indiziert ist, dann soll dieses langsam ausschleichend erfolgen, um eine höhere Retention in der Behandlung zu erreichen.	
EK	Gowing et al. 2017, Mumba et al. 2018, DGPPN & DG-Sucht 2020	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

4.4	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad 0 ⇔	Bei opioidabhängigen Personen kann in der Entzugsbehandlung die Gabe eines Alpha-2-Agonisten erwogen werden, um die Schwere des Entzugssyndroms zu mindern und die Retention in der Behandlung zu erhöhen. Dabei handelt es sich jedoch um einen Off-Label-Use.* *Siehe Ausführungen dazu im Hintergrundtext.	
Gowing et al. 2016, Gorodetzky et al. 2017		
Qualität der Evidenz		
Retention: Moderat ⊕⊕⊕⊖	RoB 2: Geringes Verzerrungsrisiko	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

4.5	Empfehlung	Neu (2025)
	Insbesondere opioidabhängigen Patient:innen mit schweren psychischen Begleiterkrankungen und langer Opioidabhängigkeit sollte zum Opioidentzug (illegale Opioide oder Opioid-Agonisten-Therapie (OAT)-Medikamente) eine stationär Qualifizierte Entzugsbehandlung in einer suchtmedizinischen, psychiatrischen Einrichtung zur Erhöhung der Retention angeboten werden.	
EK	Hartung et al. 2022	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

4.6	Empfehlung	Neu (2025)
	Die Dauer der Entzugsbehandlung soll sich individuell an der Schwere der Entzugserscheinungen und der körperlichen und psychischen Begleit- oder Folgeerkrankungen orientieren.	
EK	DGPPN & DG-Sucht 2020, DG-Sucht & DGPPN 2021	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

4.7	Empfehlung	Neu (2025)
	Da ein körperlicher Entzug alleine keine hinreichende Therapie der Abhängigkeitserkrankung darstellt, sollen weitere suchtmedizinische/-therapeutische Hilfen vorgehalten bzw. vermittelt werden.	
EK	*DGPPN & DG-Sucht 2020*	
	Konsensstärke: 94,74 % (Konsens)	

4.8	Empfehlung	Neu (2025)
	Während einer Entzugsbehandlung sollen Motivational Interviewing/Psychoedukation, psychosoziale Therapien und kurzfristig entlastende Maßnahmen (z.B. Entspannungstechniken) angeboten werden.	
EK	DGPPN & DG-Sucht 2020	
	Konsensstärke: 94,44 % (Konsens)	

4.9	Empfehlung	Neu (2025)
	Patient:innen in einer Opioid-Agonisten-Therapie und einem Konsum zusätzlicher Substanzen, der die Ziele der Opioid-Agonisten-Therapie gefährdet, soll eine Qualifizierte Entzugsbehandlung der zusätzlich konsumierten Substanzen angeboten werden, um die Retention in der Opioid-Agonisten-Therapie zu erhöhen und die Rückfallquote zu verringern.	
EK		
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

4.10	Empfehlung	Neu (2025)
	Betroffene sollen zu Beginn, bei etwaigem Abbruch sowie nach (Teil-)Entzug, darüber informiert werden, dass die Toleranz bzgl. der entzogenen Substanz vermindert ist, sodass im Fall eines Rückfalls in Abhängigkeit von der Dosis der vorher entzogenen Substanz die Mortalität erhöht sein kann.	
EK	Strang et al. 2003, White et al. 2015, Sordo et al. 2020, Santo et al. 2021	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

2.4.4 Hintergrund der Evidenz

2.4.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 4.1

Darlegung der Evidenzgrundlage

Zur klinischen Fragestellung 1 konnten in der Primärdatenanalyse sowie in der aggregierten Evidenz keine Studieneinschlüsse erfolgen. Grundlage für den Expert:innenkonsens war, dass eine Entzugsbehandlung von illegalen Opioiden, auch im Rahmen einer OAT nur dann sinnvoll erscheint, wenn mittels einer OAT keine Stabilisierung erreicht werden kann und sogar die Ziele der OAT gefährdet sind (78, 79). In der Regel lassen sich die Behandlungsziele bei opioidabhängigen Patient:innen mit einer ausreichend dosierten OAT mit den zu diesem Zweck zugelassenen Opioiden (OAT-Medikamenten) besser erreichen.Insbesondere bei

einem drohenden Abbruch der OAT (egal ob von Seiten der Patient:innen oder von Seiten der Behandler:innen) ist in Erwägung zu ziehen, alternative Behandlungen anzubieten, z.B. ein Wechsel der Einrichtung/Praxis oder notfalls eine Qualifizierte Entzugsbehandlung, da ansonsten ein deutlicher Anstieg des Mortalitätsrisikos droht (56). Zur Erreichung einer Opioidfreiheit ist eine Qualifizierte Entzugsbehandlung eine Option bei ausreichend stabilen opioidabhängigen Patient:innen mit einem anhaltenden, expliziten Abstinenzwunsch, der jedoch im Rahmen einer ambulanten Behandlung nicht erfolgreich erreichbar erscheint (78). Anhang 6 enthält eine Checkliste zur Unterstützung der behandelnden Person, um negative Prädiktoren zu identifizieren, die Hinweise darauf geben können, ob eine Dosisreduktion bzw. ein Entzug von OAT-Medikamenten realistisch erreicht und aufrechterhalten werden könnte. Je mehr negative Prädiktoren (Ja-Antworten), desto geringer die Erfolgswahrscheinlichkeit und desto weniger sinnvoll ist eine Entzugsbehandlung, da danach ein sehr hohes Rückfallrisiko zu befürchten ist mit entsprechend erhöhtem Überdosierungs-/Mortalitätsrisiko.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Der hohe Empfehlungsgrad ergibt sich einerseits aus den klinischen Erkenntnissen, dass eine qualitativ gut durchgeführte OAT bei von illegalen Opioiden abhängigen Menschen vielfach medizinisch sicherer ist als eine abstinenzorientierte Therapie, insbesondere im Hinblick auf das Mortalitätsrisiko. Insofern kann eine Beendigung einer OAT zugunsten einer Entzugsbehandlung besonders bei instabilen Patient:innen ein höheres Risiko als einen Nutzen darstellen, s. auch Empfehlung 4.2. Dies wird auch durch die hier zitierte Literatur unterstützt. Bei den hier genannten Studien handelt es sich methodisch u. a. um einen systematischen Review von Kohortenanalysen (56) und zwei qualitative Reviews zum Umgang mit dem Reduzieren und Absetzen von Opioiden (78, 79).

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Diese Empfehlung gilt für opioidabhängige Patient:innen in OAT.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.4.4.2.Hintergrundtext zur Empfehlung 4.2

Darlegung der Evidenzgrundlage

Wie schon bei der Empfehlung 4.1 dargelegt, konnten zur klinischen Fragestellung 1 in der Primärdatenanalyse sowie in der aggregierten Evidenz keine Studieneinschlüsse erfolgen. Die weiterführende Literatur sowie klinische Erfahrungen zeigen, dass eine Entzugsbehandlung von OAT-Medikamenten in der Regel dann wenig erfolgversprechend ist, wenn die opioidabhängigen Patient:innen aktuell sehr instabil bzw. ohne realistischen Plan zur Aufrechterhaltung der Abstinenz sind (78, 79). Auch hinsichtlich dieser Empfehlung hilft die Checkliste in Anhang 6, um Risikofaktoren und negative Prädiktoren zu identifizieren, ob sich mittels einer Entzugsbehandlung tatsächlich das angestrebte Ziel erreichen lässt. Insbesondere ist auch zu berücksichtigen, dass instabile Opioidabhängige und/oder Opioidabhängige ohne realistischen Plan zur Aufrechterhaltung der Abstinenz sowohl nach der Beendigung einer OAT als auch nach einer Entzugsbehandlung ein höheres Mortalitätsrisiko aufweisen (56).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Siehe Empfehlung 4.1.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.4.4.3.Hintergrundtext zur Empfehlung 4.3

Darlegung der Evidenzgrundlage

Zur klinischen Fragestellung 2 konnten in der Primärdatenanalyse sowie in der aggregierten Evidenz keine Studieneinschlüsse erfolgen. Weiterführende Literaturrecherchen und klinische Erfahrungskenntnisse führten zu einem Expert:innenkonsens auf der folgenden Grundlage: Die opioidgestützte Behandlung von Opioidentzugssymptomen bei Opioidabhängigkeit ist empfehlenswert, um Craving zu vermeiden und damit eine höhere Retention zu erreichen (80, 81). Ein plötzlicher Anstieg von Craving würde mit einer erhöhten Rückfallrate einhergehen.

So sollen mind. 25 % der vorher konsumierten Menge des Suchtmittels gegeben werden, um akute Entzugssymptome zu verhindern (82). Sandhu et al. (83) empfehlen ein Ausschleichen von 10-20 % der Dosis des Opioids pro Woche. Der limitierende Faktor für die Geschwindigkeit der Reduktion ist häufig die hohe psychische Abhängigkeit der Patient:innen von Opioiden, sodass es sinnvoll sein kann, die pharmakologische Entzugsbehandlung deutlich langsamer durchzuführen, um Rückfälle zu vermeiden (22, 84). Anfangs rascher und zum Ende hin langsamer auszuschleichen kann ebenfalls sinnvoll sein, wie auch Entzugsbehandlungsdaten mit therapeutischem Drug Monitoring (TDM) des Opioids im Plasma und Messung der Entzugssymptomatik zeigen (85). Es gibt bislang keine Evidenz, dass eine bestimmte Entzugsmedikation die Aussicht auf eine Langzeit-Abstinenz von Opioiden erhöht (86). Allerdings fehlen neuere Studien mit anderen Ansätzen zu dieser Fragestellung.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Es fanden sich in der Primärdatenanalyse sowie in der aggregierten Evidenz keine Studieneinschlüsse, was allerdings auf den auf fünf Jahre begrenzten Suchzeitraum zurückzuführen ist. Es liegen früher publizierte Cochrane-Analysen (81, 86), ein Review (80) sowie die Darlegungen in der S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen (22) vor. Auf dieser Basis, sowie auch wegen hoher klinischer Plausibilität, erhielt die Empfehlung einen hohen Empfehlungsgrad. Bei einem langsam ausschleichenden Entzug überwiegt wie oben dargelegt der Nutzen in Form von geringeren Entzugssymptomen und eher geringerer Rückfallrate. Ein Schaden hierdurch kann nicht benannt werden.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.4.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 4.4

Darlegung der Evidenzgrundlage

Zur klinischen Fragestellung 3 konnte mittels der Primärdatenrecherche eine Publikation (87) gefunden werden, auf aggregierter Ebene konnten keine Studieneinschlüsse erfolgen.

Darüber hinaus führende Literaturrecherchen ergaben dennoch das Ergebnis einer evidenzbasierten Empfehlung. So ergab die Bewertung des von Gorodetzky et al. (87) durchgeführten Placebo-kontrollierten RCT an 264 Opioidabhängigen zum Einsatz des Alpha-2-Agonisten Lofexidin in der Opioidentzugsbehandlung eine *moderate* Qualität der Evidenz nach GRADE bezüglich der Retention in der Entzugsbehandlung sowie ein geringes Verzerrungsrisiko nach RoB 2. Alternativ zu Lofexidin (in Deutschland nicht auf dem Markt und nicht zugelassen) und additiv zur ausschleichenden Reduktion der Opioide kommt die Gabe des Alpha-2-Agonisten Clonidin (in Deutschland nicht in der Indikation Opioidentzug zugelassen!) in Betracht. Alpha-2-Agonisten sind in der Reduktion von Entzugssymptomen von Heroin oder Methadon wirksamer im Vergleich zu Placebo. Clonidin ist dabei im Wesentlichen ähnlich wirksam wie Lofexidin (81, 87, 88). Bei der Gabe von Clonidin werden orale Dosierungen von 4 x 75 ug/24 Stunden verabreicht. Dosissteigerungen sind nach Maßgabe des klinischen Bildes möglich (22). Grundsätzlich ist beim Einsatz von Alpha-2-Agonisten in der Behandlung eines Opioidentzugssyndroms zu beachten, dass diese Substanzen entweder in Deutschland gar nicht auf dem Markt sind (Lofexidine) oder nach unserem Wissen keine Zulassung für die Indikation Opioidentzugssyndrom besteht. Es handelt sich also um einen off-label-use. Rein formal bedarf es der Erfüllung der Kriterien für einen individuellen Heilversuch, z.B. begründete Aussicht auf Wirksamkeit (s. hier diskutierte Studien). Einschränkend muss erwähnt werden, dass gemäß Empfehlung 4.3 eine wirksame Alternative zur Verfügung steht (langsames Ausschleichen des Opioids). Daher kann die Behandlung mit einem Alpha-2-Agonisten als ergänzende und nicht als alleinige Behandlungsmaßnahme bei einem Opioidentzugssyndrom eingesetzt werden, was nach klinischer Erfahrung gerade beim und nach Abdosieren der letzten verbliebenen Opioiddosis sehr hilfreich sein kann. In Deutschland ist das trizyklische Antidepressivum Doxepin für die Behandlung eines leichten Opioidentzugssyndroms zugelassen und kann ergänzend eingesetzt werden. Hierauf weist eine deutlich ältere Studie hin (Täschner 1986), die entsprechend nicht in der Literaturrecherche erfasst wurde. Weitere Darlegungen hierzu finden sich in der S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen (22) im Kapitel Opioide (S. 59).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die Qualität der Evidenz bezüglich der Wirkungen auf das Entzugssyndrom ist nach GRADE, sowohl für Patient:innen in der OAT als auch für Patient:innen, die von illegalen Opioiden abhängig sind, *moderat* (81). Darüber hinaus konnte nur ein geringes Verzerrungsrisiko nach RoB 2 gefunden werden. Da die Ergebnisse der Gabe eines Alpha-2-Agonisten auf die Retention (Zielparameter der klinischen Fragestellung 3) auf Studien zu Lofexidin erhoben worden waren (87), wurde der Empfehlungsgrad einer offenen Empfehlung (kann-

Empfehlung) gewählt. Nach den gegenwärtigen klinisch praktischen Erfahrungen (s.u.) ist bei einem additiven Einsatz von Clonidin (und/oder Doxepin) zur Opioidmedikation von einem deutlich überwiegenden Nutzen auszugehen.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Wie die Diskussion zur Empfehlung 4.4 deutlich machte, wird die orale Gabe von Clonidin zur Unterstützung der Behandlung von Opioidentzugssymptomen in Deutschland bereits vielfach mit Erfolg angewandt. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) wurden in der Diskussion nicht benannt. Auch ist der additive Einsatz von Doxepin im klinischen Alltag häufig, wenngleich durch Studien nur unbefriedigend abgesichert.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Die Gabe von Clonidin soll nur im stationären Setting und mit regelmäßigen und anlassbezogenen Blutdruckmessungen durchgeführt werden.

2.4.4.5 Hintergrundtext zur Empfehlung 4.5

Zur klinischen Fragestellung 4 konnten konnten durch die Primärdatenrecherche sowie der Suche nach aggregierter Evidenz keine Studieneinschlüsse erfolgen. Weiterführende Literaturrecherchen ergaben eine Publikation zum Setting einer Entzugsbehandlung (89). Auf der Basis dieser Publikation und klinischer Erfahrungen wurden Empfehlung 4.5 und drei weitere Empfehlungen konsentiert (4.6, 4.7. und 4.8). Besonders bei Patient:innen mit schweren psychischen Begleiterkrankungen und langer Opioidabhängigkeit sind die Aussichten auf den erfolgreichen Abschluss einer Opioidentzugsbehandlung begrenzt. Neben den reinen körperlichen Symptomen des Opioidentzugs sind auch die psychischen Symptome und komorbide Störungen zu berücksichtigen (z.B. Depressionen, Angststörungen etc.). Liegt eine langdauernde Abhängigkeitserkrankung und/oder eine ausgeprägte psychische Störung vor, ist ein stationärer Qualifizierter Entzug in einer suchtmedizinischen, psychiatrischen Einrichtung empfehlenswert. Eine Qualifizierte Entzugsbehandlung wird von einem multiprofessionellen Team, bestehend aus Ärzt:innen, psychiatrischem Pflegepersonal, Sozialarbeiter:innen, Psycholog:innen und anderen Spezialtherapeut:innen durchgeführt. Eine Qualifizierte Entzugsbehandlung beinhaltet nicht nur die Medikamentenreduktion und die Therapie der dabei auftretenden körperlichen und psychischen Symptome, sondern auch die Motivationsarbeit sowie die Anbahnung von weiterführenden Hilfen (s. Kapitel 2.4.1). Eine

stationäre Entzugsbehandlung zeigte in einer retrospektiven Kohortenuntersuchung eine erhöhte Retention in der Behandlung auch nach sechs Monaten (89).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aufgrund der klinischen Erfahrung und ähnlicher Ergebnisse bei Entzugsbehandlungen von Alkohol (7) und einer angloamerikanischen retrospektiven Kohortenuntersuchung (89) wurde der Empfehlungsgrad B für den Expert:innenkonsens gewählt. Aus klinischer Sicht überwiegt bei der Durchführung einer stationären Qualifizierten Entzugsbehandlung deutlich der Nutzen für die Patient:innen. Ein Schaden kann hierdurch nicht benannt werden.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.4.4.6 Hintergrundtext zur Empfehlung 4.6

Zur klinischen Fragestellung 4 konnten konnten durch die Primärdatenrecherche sowie die Suche nach aggregierter Evidenz keine Studieneinschlüsse erfolgen. Weiterführende Literaturrecherchen ergaben eine Publikation zum Setting einer Entzugsbehandlung (89). Auf der Basis dieser Publikation und klinischer Erfahrungen wurden Empfehlung 4.6 und drei weitere Empfehlungen konsentiert (4.5, 4.7. und 4.8). Für Empfehlung 4.6 wurde zudem auf die S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen (22) und die S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen (7) Bezug genommen und analog ein Expert:innenkonsens mit starkem Empfehlungsgrad formuliert.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die Dauer der Behandlung orientiert sich individuell an der Schwere der Entzugserscheinungen und den körperlichen und psychischen Begleit- oder Folgeerkrankungen. Dabei kann die Dauer der Entzugssymptome sehr unterschiedlich sein, insbesondere in Abhängigkeit von der Dauer der Vorbehandlung mit Opioiden und unter Berücksichtigung deren verschiedener Halbwertszeiten. Die Geschwindigkeit des

Ausschleichens des Medikaments orientiert sich ebenfalls an den individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt auftretenden körperlichen und psychischen Entzugssymptomen. Im Weiteren sind auch körperliche beziehungsweise psychische Begleiterkrankungen, welche den Entzug erschweren können zu berücksichtigen. Insofern ist die Dauer der Behandlung im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung mit den Patient:innen individuell festzulegen. Ein fixer Standard für die Dauer der Behandlung würde der Komplexität des Störungsbilds nicht gerecht (7, 22).

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

In der Diskussion wurde festgestellt, dass der Nutzen einer flexiblen Dauer der Behandlung im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung deutlich überwiegt. Risiken diesbezüglich wurden nicht gesehen, jedoch im Fall von starr vorgegebenen Behandlungszeiten.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.4.4.7 Hintergrundtext zur Empfehlung 4.7

Zur klinischen Fragestellung 4 konnten konnten durch die Primärdatenrecherche sowie die Suche nach aggregierter Evidenz keine Studieneinschlüsse erfolgen. Weiterführende Literaturrecherchen ergaben eine Publikation zum Setting einer Entzugsbehandlung (89). Auf der Basis dieser Publikation und klinischer Erfahrungen wurden Empfehlung 4.7 und drei weitere Empfehlungen konsentiert (4.5, 4.6. und 4.8).

Ein ausschließlicher körperlicher Entzug von Opioiden ist keine ausreichende Therapie der Abhängigkeit. Neben der reinen körperlichen Entzugsbehandlung (d. h. Entgiftung) sind weitere suchtmedizinische Hilfen wichtig. Dabei ist der Terminus „suchtmedizinisch“ grundsätzlich interdisziplinär zu verstehen. Dazu gehören beispielsweise psychotherapeutische Methoden zur Förderung der Motivation, Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartungen, Behandlungszuversicht, etc. in einem multiprofessionellen Team. Weiterhin erforderlich sind Information über und Organisation von weiterführenden Hilfen, um die Aufrechterhaltung einer Abstinenz nach erfolgreicher Entzugsbehandlung zu unterstützen. Hierzu können u. a. Selbsthilfegruppen und psychosoziale Interventionen einschließlich einer psychotherapeutischen Behandlung vorteilhaft sein, insbesondere im Vergleich zu einer rein körperlichen Entgiftung der Patient:innen (79, 90).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aufgrund der klinischen Bedeutung wurde auf das Kapitel Opioide der S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen (22) Bezug genommen und analog ein Expert:innenkonsens mit starkem Empfehlungsgrad formuliert.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

In der Diskussion wurden der deutliche Nutzen des Angebots und der Durchführung von weiteren suchtmedizinische/-therapeutischen Hilfen additiv zur körperlichen Entzugsbehandlung gesehen.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.4.4.8 Hintergrundtext zur Empfehlung 4.8

Zur klinischen Fragestellung 4 konnten konnten durch die Primärdatenrecherche sowie die Suche nach aggregierter Evidenz keine Studieneinschlüsse erfolgen. Weiterführende Literaturrecherchen ergaben eine Publikation zum Setting einer Entzugsbehandlung (89). Auf der Basis dieser Publikation und klinischer Erfahrungen wurden Empfehlung 4.8 und drei weitere Empfehlungen konsentiert (4.5, 4.6. und 4.7). Auch in Bezug auf Empfehlung 4.8 wurde zudem auf die S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen (22) Bezug genommen und analog ein Expert:innenkonsens mit starkem Empfehlungsgrad formuliert. Motivational Interviewing (MI), welches sich in der Beratung und Behandlung von Menschen mit substanzbezogenen Störungen sehr bewährt hat, soll auch im Rahmen der Entzugsbehandlung von Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen zur Anwendung kommen. Es liegen vielfältige Studien zur Wirksamkeit des MI vor. Schädigende Auswirkungen werden nicht beschrieben (91). Psychoedukation meint die therapeutisch angeleitete Begleitung von Patient:innen, um diesen ein vertieftes Problem- und Störungsverständnis zu ermöglichen. Es kann im Rahmen von Einzelgesprächen und als Gruppenangebot, auch für begleitende Schmerzstörungen oder psychische Erkrankungen, durchgeführt werden. Den Teilnehmenden können auch schriftliche Informationen begleitend oder auch Videos zur Verfügung gestellt werden. Psychoedukation und MI können erfolgreich kombiniert werden. Kognitiv verhaltenstherapeutische Techniken beinhalten während der Entzugsphase auch das

Erlernen von Entspannungstechniken oder Biofeedback-Techniken und den Aktivitätenaufbau, insbesondere auch, wenn ggf. begleitende Schmerzstörungen oder psychische Störungen bestehen (22).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aufgrund der klinischen Bedeutung wurde auf das Kapitel Opioide der S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen (22) Bezug genommen und analog ein Expert:innenkonsens mit starkem Empfehlungsgrad formuliert. Wie oben dargelegt, wurden Risiken im Sinne von schädigenden Auswirkungen nicht beschrieben (91). Der klinische Nutzen ist deutlich vorhanden.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.4.4.9 Hintergrundtext zur Empfehlung 4.9

Darlegung der Evidenzgrundlage

Zur klinischen Fragestellung 5 konnten in der Primärdatenanalyse sowie in der aggregierten Evidenz keine Studieneinschlüsse erfolgen. Weiterführende Literaturrecherchen und klinische Erfahrungskenntnisse ergaben, dass der begleitende Konsum oder die Abhängigkeit von zusätzlichen Substanzen bei Opioidabhängigen in seinem Ausmaß und seinen Folgen das Erreichen der Behandlungsziele einer OAT, ggf. sogar den Verbleib in einer OAT gefährden können (92, 93). Wenn sich dies nicht durch andere Behandlungsmaßnahmen in den Griff bekommen lässt (94, 95), soll eine (stationäre) Qualifizierte Entzugsbehandlung angeboten werden, um die Aussicht auf einen Verbleib in der OAT zu verbessern und die Rückfallquote in den Konsum zusätzlicher Stoffe zu vermindern im Vergleich zu einer reinen körperlichen Entgiftung.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aufgrund der hohen klinischen Bedeutung wurde ein Expert:innenkonsens mit starkem Empfehlungsgrad formuliert. Zudem konnte ein systematisches Review zu fortgesetztem (Meth-)Amphetaminmissbrauch zeigen, dass die Behandlungsziele darunter schlechter erreicht werden konnten (92). In einer großen retrospektiven Kohortenstudie an mit Buprenorphin substituierten Opioidabhängigen zeigte sich bei Benzodiazepinkonsumenten ein deutlich erhöhtes Risiko einer tödlichen Opioidüberdosis (93). Obgleich es sich in den beiden vorgenannten Untersuchungen jeweils um spezifische Untergruppen handelte, soll unter Fortführung der OAT bei dem vergleichsweise niedrigen Risiko einer stationären Qualifizierten Entzugsbehandlung eine solche als Möglichkeit angeboten werden, um einerseits die Schäden durch die zusätzlich konsumierten Substanzen sowie andererseits das erhöhte Risiko eines Abbruchs einer opioidgestützten Behandlung und das ggf. erhöhte Mortalitätsrisiko zu reduzieren. Der Nutzen eines solchen Angebots und der Durchführung einer Qualifizierten Entzugsbehandlung überwiegen deutlich, Risiken werden nicht gesehen.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.4.4.10 Hintergrundtext zur Empfehlung 4.10

Darlegung der Evidenzgrundlage

Zu Empfehlung 4.10 wurde keine klinische Fragestellung formuliert. Demnach hat keine systematische Recherche stattgefunden und es wurde aufgrund der hohen klinischen Bedeutung ein Expert:innenkonsens mit starkem Empfehlungsgrad formuliert. Grundsätzlich gilt, dass nach einem (Teil-)Entzug von Opioiden die individuelle Toleranz für die (teil-)entzogene Substanz vermindert ist. Sollte es zu einem Rückfall mit Opioidkonsum kommen besteht dann ein deutlich erhöhtes Risiko für eine ggf. tödlich verlaufende Überdosierung. Dies gilt für alle Settings, in denen es zu einem (Teil-)Entzug kommt bzw. die Opioidabhängigen abstinent werden, z.B. Haft, Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung (96, 97). Dies gilt auch zu Beginn und bei Beendigung einer OAT, insbesondere, wenn letztere ungeplant erfolgt (56,

98). Die Empfehlung soll dafür sensibilisieren und durch die entsprechende Psychoedukation über das dann bestehende erhöhte Risiko aufklären. Auch in der Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen (22) wird im Kapitel Diagnostik (1.2.8. Abhängigkeitssyndrom) bezogen auf OAT-Medikamente dargelegt, dass es bei einer Opioidentzugsbehandlung zu einer sich zurückentwickelnden Toleranz gegenüber den Opioiden kommt und es bei erneutem Konsum der Opioide in der früheren hohen Dosis zur Atemdepression bis hin zum Tod kommen kann (22).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Es wurde keine klinische Fragestellung formuliert und demnach hat keine systematische Recherche stattgefunden. Aufgrund der hohen klinischen Bedeutung sowie der oben dargelegten Literatur zu den Risiken von Mortalität Opioidabhängiger wurde dennoch ein Expert:innenkonsens mit starkem Empfehlungsgrad formuliert.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.4.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Grundsätzlich besteht Bedarf an einer stärkeren Standardisierung der Methodik (z.B. bezüglich Terminologien, Interventionen, Einschlusskriterien, Follow-up-Methoden und Erfolgsindizes), damit die Ergebnisse vergleichbarer werden und auf spezifische Behandlungssituationen übertragen werden können.
- Künftige Studien sollten längere Nachbeobachtungszeiträume und eine Verblindung der Teilnehmer:innen und des Personals hinsichtlich der Dosierung oder der Interventionsgruppe vorsehen.
- Erforderlich sind Studien zu Prädiktoren für den Abschluss eines Entzugs von illegalen Opioiden oder einer opioidgestützten Behandlung und der dauerhaften Abstinenz von Opioiden.

- Es fehlen systematische Studien zum Einsatz von Doxepin mit und ohne Clonidin in der Opioidentzugsbehandlung.
- Zum Setting einer erfolgreich abgeschlossenen (Qualifizierten) Entzugsbehandlung (ambulant, (teil-)stationär) liegen für das deutsche Hilfesystem keine systematischen Daten vor.
- Bislang liegt nur wenig Literatur zur Frage vor, inwieweit der Konsum/die Abhängigkeit von weiteren Substanzen den Erfolg/Misserfolg einer Opioidentzugsbehandlung beeinflussen. So geben Konsument:innen häufig an, dass ein Alkohol- und/oder Stimulantienkonsum nicht die Rückfallgefahr in einen Opioidkonsum erhöhe. Zu Cannabiskonsum liegen bislang nur Studien mit eher schlechter Qualität und widersprüchlichen Ergebnissen vor.

2.5 Rückfallprophylaxe

Norbert Wodarz, Ursula Havemann-Reinecke

2.5.1 Einleitung

Dieses Kapitel befasst sich mit Behandlungen zu Verringerung eines Rückfallrisikos in den Gebrauch illegaler Opioide und zwar hier mit dem Vergleich kombinierter Behandlungsmethoden im Vergleich zu alleinigen medikamentösen, psychotherapeutischen oder psychosozialen Behandlungen. Zielgruppen sind sowohl Menschen in einer OAT, als auch abstinente opioidabhängige Menschen. Es wurden hierfür die für einen rückfallprophylaktischen Effekt wichtigen Outcomekriterien durch die Literatur geprüft: Abstinenz/Teilabstinenz, Verbesserung der Mortalität, Lebensqualität, Morbidität und Retention in der Behandlung. Ferner beschäftigt sich dieses Kapitel damit, ob und welche Abstinenzkontrollen von Opioiden und anderen Suchtstoffgruppen zu einer Rückfallprophylaxe beitragen können. Es wurde für opioidabhängige Patient:innen mit und ohne Entzugsbehandlung, mit und ohne OAT, mit und ohne Konsum zusätzlicher Substanzen sowie mit und ohne somatischer und psychiatrischer Komorbidität geprüft, inwiefern eine Intervention zu Verbesserung der Mortalität, Lebensqualität, Morbidität, Abstinenz/Teilabstinenz, Retention in der Behandlung und zu einer niedrigeren Rückfallquote in den Konsum illegaler Opioide führt. Zum besseren Verständnis der Fragestellungen und der Empfehlungen erfolgen zunächst die Begriffsbestimmungen für Abstinenz und Rückfallprophylaxe.

Definition Abstinenz

Ziel ist das Einstellen jeglichen zusätzlichen Konsums illegaler Opioide, entweder im Rahmen einer opioidgestützten Behandlung (Opioid-Agonisten-Therapie; OAT) oder bei bereits erreichter vollständiger Opioidabstinenz. Im Rahmen einer OAT ist häufig, insbesondere bis zur Erreichung einer stabilen Dosis der OAT-Medikation, nur eine sukzessive Reduktion zusätzlicher Opioide möglich. Nach welcher Zeitdauer nach Beginn einer OAT das Erreichen einer Abstinenz von zusätzlichen Opioiden erreicht werden kann, ist von vielen individuellen und Umgebungsfaktoren (z.B. überwiegend konsumierendes Umfeld) abhängig. Die Aufrechterhaltung einer Abstinenz von (zusätzlichen) Opioiden stellt eine eigene Herausforderung dar. Es können die therapeutischen Hilfen einer Post-Akutbehandlung (z.B. Entwöhnung) eingesetzt werden, die zwischenzeitlich auch unter einer opioidgestützten Behandlung möglich sind. Gemäß der S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen (22) sollen bei der Behandlung opioidbezogener Störungen in der Postakutbehandlung (zur

Aufrechterhaltung der erworbenen Abstinenz) jene Verfahren angeboten werden, die in der Behandlung anderer substanzbezogener Störungen Wirksamkeit gezeigt haben (z.B. kognitive Verhaltenstherapie; KVT).

Definition Rückfallprophylaxe

Unter Rückfallprophylaxe sind Maßnahmen zu verstehen, die das Aufrechterhalten einer z.B. durch einen Entzug erworbenen Abstinenz oder Teilabstinenz unterstützen. Eine Teilabstinenz kann z.B. bei opioidabhängigen Patient:innen in OAT vorliegen, wenn diese frei von zusätzlich konsumierten Opioiden (Heroin oder Opioidmedikamenten wie z.B. Tramadol oder Fentanyl), oder abstinent z.B. von Alkohol und/oder Benzodiazepinen sind. Bei Teilabstinenz oder erreichter vollständiger Opioidabstinenz kann die Aufrechterhaltung der Abstinenz unterstützt werden durch psychotherapeutische, psychosoziale und medikamentöse Unterstützungsmaßnahmen, die immer angepasst an die individuellen Bedürfnisse mit den Klient:innen vereinbart werden. Hier können auch die spezifischen Behandlungsangebote der Postakutbehandlung (z.B. Entwöhnungstherapie) eingesetzt werden.

Dieses Kapitel berücksichtigt opioidabhängige Patient:innen mit und ohne Entzugsbehandlung, mit und ohne OAT, mit und ohne Konsum zusätzlicher Substanzen sowie mit und ohne somatische und psychiatrische Komorbidität.

2.5.2 Klinische Fragestellungen

10. Führt eine kombinierte medikamentöse, psychotherapeutische und/oder psychosoziale Behandlung bei opioidabhängigen Personen zu einer geringeren Mortalität, besseren Lebensqualität, verminderten Morbidität, Abstinenz/Teilabstinenz oder höheren Retention im Vergleich zu einer alleinigen medikamentösen, psychotherapeutischen oder psychosozialen Behandlung?
11. Führt eine Abstinenzkontrolle unter Sicht oder markerbasiert bei opioidabhängigen Personen zu einer geringeren Mortalität, besseren Lebensqualität, verminderten Morbidität, Abstinenz/Teilabstinenz oder höheren Retention im Vergleich einer zu nicht-klinisch durchgeführten Abstinenzkontrolle?
12. Führt eine der folgenden Interventionen bei opioidabhängigen Personen mit illegalem Opioidkonsum zu einer geringeren Mortalität, besseren Lebensqualität, verminderten Morbidität, Abstinenz/Teilabstinenz oder höheren Retention?
    (1) Dosisanpassung oder Wechsel der OAT-Medikation

(2) Diagnostik und Behandlung einer somatischen und/oder psychischen Komorbidität *(Diese klinische/PICO-Frage wird aufgrund von mangelnder Evidenzlage nicht mit einer Empfehlung beantwortet.)*

(3) Entzugsbehandlung des illegalen Opioidkonsums ambulant/teilstationär/stationär

(4) Motivational Interviewing (Diese klinische/PICO-Frage wird aufgrund von mangelnder Evidenzlage nicht mit einer Empfehlung beantwortet.)

(5) Psychotherapie

(6) Psychosoziale Diagnostik und Unterstützung

(7) OAT-Einnahme unter Sicht

(8) Take-Home Naloxon Verordnung *(Diese klinische/PICO-Frage wird aufgrund von inhaltlichen Überschneidungen mit dem Kapitel Schadensminimierung hier nicht mit einer Empfehlung beantwortet. Für die entsprechende Empfehlung siehe Empfehlung 12.5 im dortigen Kapitel.)*

2.5.3 Empfehlungen

5.1	Empfehlung	Neu (2025)
	Patient:innen in Opioid-Agonisten-Therapie können ergänzend Anreize zur Erreichung einer Take-Home-Vergabe zur Verbesserung der Abstinenz von illegalen Opioiden angeboten werden.	
EK	Elarabi et al. 2021	
	Konsensstärke: 87,5 % (Konsens)	

5.2	Empfehlung	Neu (2025)
	Wegen einer Opioidabhängigkeit behandelten Personen kann zur Unterstützung ihrer zuvor erreichten Abstinenz Naltrexon im Rahmen eines suchtmedizinischen Behandlungskonzeptes angeboten werden.	
EK	Ma et al. 2019, Zangiabadian et al. 2022, Lim et al. 2022	
	Konsensstärke: 92,31 % (Konsens)	

5.3	Empfehlung	Neu (2025)
	Eine urinmarker- oder speichelbasierte Möglichkeit der Abstinenzkontrolle sollte zur Reduktion der Mortalität angeboten werden sowie anlassbezogen erweiterte Verfahren der Analytischen Chemie zur Identifizierung von sonst nicht erfassten oder neuen psychoaktiven Stoffen (NPS), z.B. mittels gaschromatografischer/massenspektroprafischer (GC/MS) liquid chromatography-high-resolution time-of-flight mass spectrometry (LC-TOFMS).	
EK	McCowan et al. 2009, Kunkel et al. 2015 Heikman et al. 2017	
	Konsensstärke: 87,5 % (Konsens)	

5.4	Empfehlung	Neu (2025)
	Bei Patient:innen in einer Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) sollte bei ungenügender Reduktion des Konsums illegaler Opioide oder anderer illegaler Stoffe eine Dosisanpassung und/oder ein Wechsel des OAT-Medikaments geprüft und in Folge angeboten werden.	
EK	Heikman et al. 2017, Peng et al. 2018, Bell et al. 2020	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

5.5	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad 0 ⇔	Zur Verbesserung der Retention in der Behandlung von Patient:innen mit einer opioidbezogenen Störung können bei für die Patient:innen nicht zeitnah effektiver ambulanter Behandlung stationäre suchtmedizinische Behandlungen angeboten werden.	
Hartung et al. 2022		
Qualität der Evidenz		
Retention 6 Monate und 12 Monate: Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖		SIGN: Annehmbar (+)
	Konsensstärke: 78,57 % (Konsens)	

<table>
<tr><th>5.6</th><th colspan="4">Empfehlung</th><th>Neu (2025)</th></tr>
<tr><td>Empfehlungsgrad
B ⇑</td><td colspan="5">Zur Rückfallprophylaxe (Verbesserung der Retention in der Behandlung) von Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen in der Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) sollte kognitive Verhaltenstherapie, besonders Kontingenzmanagement und Mindfulness-Based-Stress-Reduction (MBSR, Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion) angeboten werden.</td></tr>
<tr><td colspan="6">Marsden et al. 2019, Rice et al. 2020</td></tr>
<tr><td colspan="6">Qualität der Evidenz</td></tr>
<tr><td>Morbidität (psychische Gesundheit: Niedrig
⊕⊕⊖⊖</td><td>Abstinenz/Teilabstinenz: Niedrig
⊕⊕⊖⊖</td><td>Retention: Niedrig
⊕⊕⊖⊖</td><td>AMSTAR 2: Hohe Qualität</td><td>RoB 2: Geringes Verzerrungsrisiko</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="5">Konsensstärke: 93,33 % (Konsens)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>5.7</th><th colspan="4">Empfehlung</th><th>Neu (2025)</th></tr>
<tr><td>Empfehlungsgrad
B ⇑</td><td colspan="5">Zur Rückfallprophylaxe (Verbesserung der Retention in der Behandlung) und Abstinenz von illegalen Opioiden sollte in der Behandlung von besonders schwer erkrankten Menschen mit opioidbezogenen Störungen in einer Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) individuell angepasste psychotherapeutische Unterstützung angeboten werden.</td></tr>
<tr><td colspan="6">Marsden 2019, Rice et al. 2020</td></tr>
<tr><td colspan="6">Qualität der Evidenz</td></tr>
<tr><td>Morbidität (psychische Gesundheit): Niedrig
⊕⊕⊖⊖</td><td>Abstinenz/Teilabstinenz: Niedrig
⊕⊕⊖⊖</td><td>Retention: Niedrig
⊕⊕⊖⊖</td><td>AMSTAR 2: Hohe Qualität</td><td>RoB 2: Geringes Verzerrungsrisiko</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="5">Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)</td></tr>
</table>

5.8	Empfehlung		Neu (2025)	
Empfehlungsgrad B ⇑	Zur Rückfallprophylaxe und Verbesserung der Abstinenz bzw. Teilabstinenz, der Lebensqualität sowie der Morbidität (psychische Gesundheit) von Patient:innen mit einer opioidbezogenen Störung in einer Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) sollte eine begleitende psychosoziale Intervention angeboten werden.			
Rice et al. 2020				
Qualität der Evidenz				
Lebensqualität: Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Morbidität (psychische Gesundheit): Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Abstinenz/ Teilabstinenz: Niedrig ⊕⊕⊖⊖	Retention: Niedrig ⊕⊕⊖⊖	AMSTAR 2: Hohe Qualität
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)			

5.9	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad B ⇑	Eine Einnahme des Opioid-Agonisten-Therapie (OAT)-Medikaments unter Sicht sollte insbesondere zu Beginn einer Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) zur Erhöhung der Retention in der Behandlung angeboten werden.	
Cousins et al. 2017		
Qualität der Evidenz		
SIGN: Annehmbar (+)		
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

2.5.4 Hintergrund der Evidenz

2.5.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 5.1

Darlegung der Evidenzgrundlage

Elarabi et al. (99) randomisierten 141 mit Buprenorphin (sublingual) behandelte Patient:innen entweder in ein Treatment-As-Usual (TAU) oder ein Überwachungsprogramm mit Anreizen für Adhärenz und Abstinenz, inkl. Therapeutischem Drug Monitoring (TDM) in den Vereinigten Arabischen Emiraten. Zu den entscheidenden Anreizen zählte die Möglichkeit für eine Take-Home-Vergabe. Zu den Entscheidungskriterien ob eine Take-Home-Vergabe als Anreiz angeboten werden konnte, zählten u. a. regelmäßiges Wahrnehmen der Kontakte, und wiederholt negative Drogenscreenings. In dieser Gruppe zeigten sich deutlich höhere Abstinenzraten von illegalen Opioiden im Vergleich zur Gruppe TAU.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Basis der EK-Empfehlung mit einem offenen Empfehlungsgrad sind z.B. die Studien von Laffont et al. (100) zum Einsatz von TDM des OAT-Medikaments (Höhe des Plasmaspiegels von Buprenorphin) auf die klinische Effektivität in Form einer doppelblinden Efficacy-Studie, einer single center Open-label-Studie sowie einer doppelblinden, placebokontrollierten Studie. Ferner zeigte die o.g. randomisiert kontrollierte Studie von Elarabi et al. (99) in der OAT mit Bupenorphin in der Kombination von TDM des OAT-Medikaments und dem Anreiz einer Take-Home-Vergabe signifikant höhere Abstinenzraten von illegalen Opioiden im Vergleich zur Gruppe TAU ohne diese Maßnahmen.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppe, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Diese Empfehlung trifft nicht zu für heroinabhängige Patient:innen, die sich nicht in einer opioidgestützten Behandlung befinden.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Für das Therapeutische Drug Monitoring soll der *Talspiegel* des Medikaments zur Beurteilung verwendet werden, d. h. die Blutabnahme soll i.d.R. unter steady state-Bedingungen und wenn möglich am besten direkt vor dem nächsten Einnahmezeitpunkt des Medikaments erfolgen. Wie das Therapeutische Drug Monitoring qualitativ im Einzelnen gut durchgeführt und beurteilt werden kann, ist im TDM-Konsensus (16) ausführlich beschrieben und für jede Substanz in den entsprechenden Tabellen einfach zu entnehmen.

2.5.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 5.2

Darlegung der Evidenzgrundlage

Zangiabadian et al. (101) konnten in einer Metaanalyse von 18 Studien mit insgesamt 2.280 Opioidabhängigen zeigen, dass der Verbleib in der Behandlung außerhalb einer opioidgestützten Behandlung, in der mit dem Opioidantagonisten Naltrexon behandelten Gruppe im Vergleich zu Kontrollen 63 % höher war. Abstinenz von illegalen Opioiden fand sich mit einem OR von 1,63 (95 % CI, 0,57 - 4,72). Aufgrund der hohen Schwankungsbreite zeigte sich jedoch keine statistische Signifikanz. Die Dauer der Behandlung in den eingeschlossenen Studien bis zur Evaluation des Outcome lag zwischen 21 Tagen und 2 Jahren, meist bei 6 Monaten. Unterschiedlich war auch die aufgrund der längeren Halbwertszeit des aktiven

Metaboliten von Naltrexon mögliche Verteilung der Dosierung. Vereinzelt wurde Naltrexon langsam aufdosiert bzw. nach einer Stabilisierungsphase mit niedrigeren Dosierungen weitergeführt. Naltrexon und der aktive Metabolit 6 beta-Naltrexol sind reine μ-Opioidrezeptor-Antagonisten mit Affinität zu den μ-Opioidrezeptoren. Zu den pharmakokinetischen Daten im Einzelnen siehe Brünen et al. (102). Lim et al. (58) fanden in einem systematischen Review und einer Netzwerk Metaanalyse von 79 RCTs eine absteigende Rangfolge im Hinblick auf Abstinenz von illegalen Opioiden und Adhärenz in der Behandlung von Methadon zu Buprenorphin zu Naltrexon zu Placebo. Für slow-release Morphin konnte aufgrund der geringen Zahl an Studien und des hohen Bias-Risikos keine Einstufung erfolgen. Grundsätzliches Problem war die Heterogenität der Bestimmung der Freiheit von illegalen Opioiden in den eingeschlossenen RCTs und die meist begrenzten Beobachtungszeiten. Zusätzlich relevant erscheint das systematische Review mit Metaanalyse von 21 Studien durch Ma et al. (75), die eine deutliche Reduktion der Mortalität in der Gruppe der mit Naltrexon behandelten abstinenten Opioidabhängigen zeigte. Grundsätzlich ist zu beachten, dass eine Behandlung mit dem Opioidantagonisten Naltrexon erst nach völliger Opioidfreiheit beginnen kann, um eine Provokation von Entzugssymptomen zu vermeiden.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Basis der EK-Empfehlung sind klinische Erfahrungen und die Ergebnisse der o.g. systematischen Reviews und Metaanalysen (75, 101), die in der Gruppe der mit Naltrexon behandelten abstinenten Opioidabhängigen im Vergleich zu den mit Methadon oder Buprenorphin behandelten Patient:innen eine deutliche Minderung der Mortalität zeigten. Darüber hinaus verblieben die mit Naltrexon behandelten Patient:innen länger in der Behandlung. Die Ergebnisse beider Reviews sprechen für die Empfehlung und den Nutzen einer Therapie mit Naltrexon, wenn die Patient:innen eine Opioidabstinenz erreicht haben, weswegen ein Expert:innenkonsens mit offenem Empfehlungsgrad erfolgte. Schaden kann in Form des Auftretens eines Opioidentzugssyndroms entstehen, wenn die behandelten Patient:innen bei Gabe von Naltrexon nicht bereits komplett abstinent von Opioiden sind.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppe, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Für opioidabhängige Patient:innen, die nicht abstinent sind, kann diese Empfehlung nicht angewandt werden. Diese Gruppe von Patient:innen müssten alternativ, wenn motiviert und

hierfür geeignet, entweder von Opioiden entzogen oder in eine opioidgestützte Behandlung eingeschlossen werden.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Vor und während einer Naltrexonbehandlung müssen die Patient:innen regelmäßig hinsichtlich einer Opioidabstinenz untersucht werden. Auch wird die Überprüfung des Plasmaspiegels von Naltrexon und seines Metaboliten empfohlen (102).

2.5.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 5.3

Darlegung der Evidenzgrundlage

Heikman et al. (103) untersuchten 60 finnische Opioidabhängige monozentrisch, die entweder mit Methadon oder Buprenorphin behandelt wurden und deren Urin mit einer High-Resolution Massenspektrometrie untersucht wurden. Darüber hinaus wurden die Plasmaspiegel des OAT-Medikaments gemessen. Die Autor:innen fanden insbesondere in der Gruppe von OAT-Patient:innen mit niedrigen Plasmaspiegeln der OAT-Medikamente signifikant häufiger einen begleitenden Poly-Drogengebrauch, insbesondere auch in knapp 10 % von neuen psychoaktiven Stoffen (NPS). McCowan et al. (104) untersuchten die Mortalität in einer retrospektiven Kohortenstudie bei 2.378 schottischen Methadonpatient:innen über einen durchschnittlichen Beobachtungszeitraum von 12 Jahren. Prädiktoren für eine erhöhte Mortalität waren u. a. psychiatrische und somatische Komorbiditäten, sowie die Verschreibung von Benzodiazepinen. Eine signifikant und deutlich reduzierte Mortalität fand sich insbesondere, wenn regelmäßige Drogenscreenings durchgeführt wurden (OR 0,33). Kunkel et al. (105) konnten bei 4.560 nicht beobachteten Urinabgaben im Vergleich zu 2.368 speichelbasierten Screenings für die häufigsten illegalen Drogen zeigen, dass eine speichelbasierte Untersuchung häufiger positiv auf ein breites Spektrum illegaler Stoffe war im Vergleich zur nicht-beobachteten Urinabgabe.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Basis der EK-Empfehlung mit dem Empfehlungsgrad B sind besonders klinische Erfahrungen aber auch die oben genannten unterschiedlichen Studien an OAT-Patient:innen (103-105), die für den Einsatz von urinmarkerbasierten oder speichelbasierten Analysen zur Erfassung von Konsum von nicht verordneten psychoaktiven Substanzen sprechen. Der Nutzen für die Patient:innen (Erhöhung der Sicherheit der Behandlung der Patient:innen) überwiegt deutlich. Von einem Schaden für diese Maßnahmen ist im Wesentlichen nicht auszugehen.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine

Nennen von Personengruppe, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Literatur zu dieser Fragestellung wurde nur für Opioidabhängige in OAT gefunden. Jedoch ist es möglich, diese Empfehlung auch für nicht OAT-Patient:innen anzuwenden.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Die Vorgaben der jeweiligen Hersteller des markerbasierten Verfahrens oder der Speichelabnahme sind zu berücksichtigen.

2.5.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 5.4

Darlegung der Evidenzgrundlage

Bell und Strang (106) fassten in ihrem Review zusammen, dass unter niedrigen Dosen von Methadon oder Buprenorphin in den Drogenscreenings sehr viel häufiger ein begleitender Konsum von illegalen Opioiden aufrechterhalten wird. Zur Reduktion des Konsums bzw. zur Abstinenz von illegalen Opioiden waren Dosierungen von 60 - 100 mg Methadon oder > 16 mg Buprenorphin pro Tag deutlich effektiver als niedrigere Dosierungen. Heikman et al. (103) untersuchten 60 finnische Opioidabhängige monozentrisch, die entweder mit Methadon oder Buprenorphin behandelt wurden und konnten mit erweiterten Verfahren der Analytischen Chemie (High-Resolution Massenspektrometrie) bei zu niedrig dosierten OAT-Patient:innen deutlich höhere Raten an positiven Drogenscreenings beobachten. Peng et al. (107) beschrieben in einer monozentrischen, prospektiven Untersuchung an einem Kollektiv 240 chinesischer Methadonbehandelter eine Verbesserung der Abstinenz von illegalen Opioiden mit höherer Dosierung und Plasmaspiegel von Methadon und höhere Rückfallraten bei niedrigem Plasmaspiegel über einen Beobachtungszeitraum von 6 Monaten. Ein ähnlicher Befund ergab sich in einer RCT an 489 Teilnehmenden mit Buprenorphin-Depot. Auch hier zeigten OAT-Patient:innen höhere Abstinenzraten von zusätzlichen Opioiden unter höheren Buprenorphin-Blutspiegeln, insbesondere, wenn zuvor ein i. v. Konsum stattgefunden hat. Neben höherer Abstinenz von illegalen Opioiden zeigte sich auch eine höhere Rate an Arbeitstätigkeit, Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit nach 12 Monaten (100). Für sublinguales Buprenorphin liegen hierzu bislang nur wenige Studien mit sehr kleiner Fallzahl vor, sodass dieser Zusammenhang hier bislang nicht valide beurteilt werden kann.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Basis der EK-Empfehlung 5.4 mit dem Empfehlungsgrad B sind besonders klinische Erfahrungen wie aber auch die oben genannten unterschiedlichen Studien an OAT-Patient:innen (100, 103, 106, 107). Die Anwendung der Empfehlung bedeutet einen potenziellen Nutzen und bei medizinisch sachgemäßem Vorgehen keinen Schaden.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppe, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Diese Empfehlung trifft auf opioidabstinente Patient:innen nicht zu.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Therapeutisches Drug Monitoring (16) der OAT-Medikation und anderer ggf. rezeptierter oder eingenommener Medikamente wie z.B. Antidepressiva, Neuroleptika oder Gabapentinoide etc. könnte für die klinische Einschätzung hilfreich sein.

2.5.4.5 Hintergrundtext zur klinischen Fragestellung 3.2

Bei der klinischen Fragestellung 3.2 geht es um die Frage, ob die Behandlung einer psychischen Komorbidität opioidabhängiger Patient:innen zur Verbesserung von Mortalität, höheren Lebensqualität, verminderten Morbidität, Abstinenz/Teilabstinenz oder höheren Retention in der Behandlung und zur Reduktion des begleitenden Konsums von illegalen Stoffen führt. Aufgrund der Datenlage konnte keine evidenzbasierte Empfehlung formuliert werden, wie im Folgenden dargelegt wird. Auch wurde keine Empfehlung im Expert:innenkonsens verabschiedet.

Darlegung der Evidenzgrundlage

Die systematische Literatursuche ergab hier nur einen Treffer zur Behandlung eines komorbiden ADHS. In ihrem Scoping Review aus 18 Studien fassten Ramey et al. (108) die verfügbare Evidenz zur Behandlung eines komorbiden ADHS bei einer Opioidabhängigkeit zusammen. Sie schlussfolgern, dass das Erkennen und die Behandlung eines ADHS die Retention in der OAT erhöhen und zur Reduktion eines begleitenden Konsums von zusätzlichen illegalen Stoffen beitragen können. Einschränkend ist anzumerken, dass aufgrund des hohen Anteils an reinen Beobachtungs- und Querschnittsstudien, der Variabilität in den Beobachtungszeiträumen und Studiendesigns, sowie der unterschiedlichen

Qualität der Darstellung der Medikation und womöglich interferierender Behandlungsmaßnahmen die Qualität der Evidenz als *sehr niedrig* bewertet wurde (AMSTAR 2-Bewertung: *kritisch niedrig*). Insgesamt fehlen hier gut geplante und prospektiv durchgeführte Studien an ausreichend großen Kollektiven. Insbesondere fehlten Studien zu der konkreten Frage, inwiefern die Behandlung des ADHS von Opioidabhängigen zu einer Verbesserung der Retention in der Behandlung und zur Reduktion des Konsums zusätzlicher illegaler Stoffe führt. Informationen und Empfehlungen zum Vorgehen bei der Diagnostik und Behandlung finden sich im Kapitel Psychische Komorbiditäten (ADHS) in dieser Leitlinie.

2.5.4.6 Hintergrundtext zur Empfehlung 5.5

Darlegung der Evidenzgrundlage

Hartung et al. (89) berichteten in einer retrospektiven Kohortenstudie aus dem staatlichen Medicaid-Programm in den USA bei 3.293 Menschen mit einer opioidbezogenen Störung, dass stationäre Behandlungen zu einer signifikant höheren Retention in der Behandlung beitragen können, allerdings nicht zwangsläufig bei Patient:innen mit einer opioidgestützten Behandlung. Dieser Effekt war 6 Monate nach der Behandlung signifikant. Eine stationäre Behandlung führte jedoch nicht zu einer Reduktion des Überdosierungsrisikos oder der opioidbedingten Kontakte mit Notaufnahmen. Da sich die Ergebnisse aus dem US-amerikanischen Versorgungssystem nicht zwangsläufig auf die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten in Deutschland übertragen lassen, wurden die Ergebnisse an die Versorgungslandschaft in Deutschland angepasst.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Der offene Empfehlungsgrad ergibt sich daraus, dass die Qualität der Evidenz bezüglich des positiven Effektes durch eine vorherige stationäre Behandlung nach sechs Monaten nach GRADE *sehr niedrig* war. Der Risk of Bias (SIGN Methodology Checklist 3; cohort studies) war akzeptierbar. Insgesamt überwiegt aus klinischer Sicht der Nutzen eines Angebotes und der Durchführung einer stationären suchtmedizinischen Behandlung deutlich. Ein Schaden ist durch eine stationäre suchmedizinische Behandlung i.d.R. nicht zu erwarten.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppe, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Die stationären (und ambulanten) suchtmedizinischen Behandlungen sollen gemäß den Vorgaben suchtmedizinischer AWMF-Leitlinien durchgeführt werden.

2.5.4.7 Hintergrundtext zur klinischen Fragestellung 3.4

Zur klinischen Fragestellung 3.4., ob Motivational Interviewing (MI) bei opioidabhängigen Personen zu einer geringeren Mortalität, höheren Lebensqualität, verminderten Morbidität, Abstinenz/Teilabstinenz oder höheren Retention im Sinne einer rückfallprophylaktischen Therapie führen kann, konnte keine Literatur gefunden werden. Bei schädlichem Gebrauch oder Abhängigkeit von Benzodiazepinen konnte in einer großen Cochrane-Metaanalyse von Darker et al. 2015 kein Hinweis auf die Wirksamkeit von MI in der rückfallprophylaktischen Behandlung im Vergleich zu Treatment-As-Usual (TAU) gefunden werden (22). Es wurde daher keine Empfehlung formuliert.

2.5.4.8 Hintergrundtext zur Empfehlung 5.6

Darlegung der Evidenzgrundlage

Rice et al. (109) berichteten in einer großen systematischen Metaanalyse, welche Formen der psychosozialen Unterstützung und/oder Psychotherapie das Outcome einer opioidgestützten Psychotherapie verbessern können. Dabei wurden verschiedene Outcomeparameter berücksichtigt, wie Opioidgebrauch, Rückfall in den Opioidkonsum, Opioidabstinenz, Konsum anderer Drogen, Abstinenz von anderen Drogen, Psychische Begleiterkrankungen, Adhärenz zur OAT (Retention), Risikoverhalten (HIV/HCV). Bezüglich *Opioidgebrauch* fanden 2/3 der Studien keinen signifikanten Unterschied zwischen Kontroll- (psychosoziale Unterstützung und/oder Psychotherapie) und Behandlungsgruppe. 1/3 der Studien berichtete einen signifikant reduzierten Opioidgebrauch in der Behandlungsgruppe verglichen mit opioidgestützter Behandlung allein. Erfolgreicher waren hier dialektisch behaviorale Therapie, kognitive Verhaltenstherapie (KVT), KVT plus Paartherapie, KVT plus Familientherapie plus Arbeitsvermittlung. *Rückfall in den Opioidkonsum* wurde nur in zwei Studien untersucht. Beide fanden eine signifikant niedrigere Rückfallrate in der jeweiligen Behandlungsgruppe (KVT oder Mindfulness-Based-Stress-Reduction). *Opioidabstinenz*, meist basierend auf Urinanalysen: Es konnten zwar 35 Studien identifiziert werden, jedoch fand sich eine ausgeprägte Heterogenität in den berichteten Angaben, sodass keine metaanalytische Signifikanzberechnung erfolgen konnte. Jedoch berichtet die Mehrheit der Einzelstudien (72,7 %) keinen signifikanten Unterschied zwischen Kontroll- (psychosoziale Unterstützung und/oder Psychotherapie) und Behandlungsgruppe. Zum *Konsum anderer Drogen* berichteten 74 % der Studien keinen signifikanten Unterschied zwischen Kontroll- und

Behandlungsgruppe. 26 % berichteten einen signifikanten Unterschied, davon in der Hälfte der Fälle, wenn in der Behandlungsgruppe belohnungsbasierte Komponenten, wie Kontingenzmanagement oder ein Community Reinforcement Approach (CRA) eingesetzt wurden. Einzelne Studien mit signifikanter Reduktion des Konsums zusätzlicher Substanzen setzten z.B. KVT, KVT plus Paartherapie oder skillsbasiertes Elterntraining ein. Zur *Abstinenz von anderen Drogen* mittels Urinanalysen berichtete die Hälfte der Studien keinen signifikanten Unterschied zwischen alleiniger opioidgestützter Behandlung und einer zusätzlichen psychosozialen/psychotherapeutischen Behandlung. In der überwiegenden Mehrheit der Studien, die einen signifikanten Unterschied fanden, wurde zusätzlich Kontingenzmanagement eingesetzt. *Alkoholkonsum* wurde in 11 Studien berücksichtigt Nur in einer davon wurde ein signifikanter Vorteil von KVT im Vergleich zur Kontrollgruppe beschrieben. Von den Studien zu *psychischen Begleiterkrankungen* untersuchten neun als Begleiterkrankung eine Depression. Nur in zwei fand sich ein signifikanter Unterschied zur Kontrollgruppe, jeweils bei Einsatz von KVT in der Behandlungsgruppe. Nur zwei von zwölf Studien berichteten eine signifikant bessere *Adhärenz zur opioidgestützten Behandlung*, einmal mit psychosozialer Beratung und einmal mit Kontingenzmanagement. Von den Studien zu *Risikoverhalten (HIV/HCV)* untersuchten drei drogenbezogenes Risikoverhalten ohne signifikante Unterschiede zwischen Kontroll- und Behandlungsgruppe (KVT, Kontingenzmanagement). Zwei Studien untersuchten sexuelles Risikoverhalten, wobei eine Studie eine signifikante Abnahme des sexuellen Risikoverhaltens in der Behandlungsgruppe als Ergebnis hatte. Zusammenfassend untersuchten die Autor:innen in den eingeschlossenen Studien den Einfluss von psychotherapeutischen Methoden auf die Endpunkte Morbidität (psychische Gesundheit), Abstinenz/Teilabstinenz und Retention in der Behandlung. Bezüglich des Endpunktes Retention (Verbleib in der Behandlung; 15 Studien mit insgesamt N = 1.594) zeigte sich in der Netzwerkmetaanalyse, dass kognitive Verhaltenstherapie besser als alleinige OAT sein könnte, wenn sie mit Kontingenzmanagement kombiniert wird. Hinsichtlich der Endpunkte Morbidität und Abstinenz/Teilabstinenz fanden die Autor:innen, dass Psychotherapie im Vergleich zur Standardbehandlung keinen oder einen sehr kleinen Effekt auf die mentale Gesundheit sowie auf Abstinenz/Teilabstinenz haben könnte. Keine relevanten Unterschiede zeigten sich zwischen Kontroll- und Behandlungsgruppe in einzelnen Studien, die weitere Outcomes berücksichtigten, wie Schwere eines Entzugssyndroms, vorzeitige Beendigung einer Psychotherapie, Nebenwirkungen einer Psychotherapie, Craving und Lebensqualität. Einige Limitationen begrenzen die Aussagen dieser Metaanalyse. Erstens unterschieden sich die Ein- und Ausschlusskriterien teilweise erheblich (z.B. Schwangere, komorbide psychische Erkrankung, Inhaftierte). Auch bestanden die Patient:innengruppe überwiegend aus Männern (mind. 75 %). Somit sind die erzielten Ergebnisse teilweise nicht auf typische Behandlungssettings übertragbar. Zweitens war für mehr als die Hälfte der

gefundenen Studien unklar, ob wirklich das primär geplante Outcomekriterium berichtet wurde (RoB). Drittens war erkennbar, dass die Umsetzung psychosozialer/psychotherapeutischer Maßnahmen zwischen den Studien zum Teil sehr unterschiedlich war (z.B. CRA) und sich auch die Häufigkeit und Dauer der Interventionen teilweise deutlich unterschieden. Darüber hinaus wurde als Kontrollgruppe häufig Treatment-As-Usual verwendet, ohne dass erkennbar wurde, was neben der opioidgestützten Behandlung dazu gehörte. Zu den Langzeiteffekten liegen keine Untersuchungen vor, die Beobachtungszeit war limitiert auf entweder Ende der Intervention, zwölf oder maximal 24 Wochen.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Gemäß der Beurteilung nach GRADE haben die genannten psychotherapeutischen Methoden im Vergleich zu Standardtherapie (OAT) einen positiven Effekt auf die Retention mit niedriger Evidenz, weswegen der Empfehlungsgrad mit B eingestuft wurde. Dies gilt insbesondere in Kombination mit Kontingenzmanagement (109). Aus klinischer Sicht dürfte der Nutzen eines Angebots und einer Durchführung von kognitiver Verhaltenstherapie einen derzeit nicht zu benennenden Schaden überwiegen. Wie die Metaanalyse von Rice et al. (109) gezeigt hat, fehlen Studien zu potenziellen Langzeitnebenwirkungen von Psychotherapie.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppe, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Die psychotherapeutischen Methoden sollen durch für die genannten Methoden nachweislich geschultes Personal durchgeführt werden.

2.5.4.9 Hintergrundtext zur Empfehlung 5.7

Darlegung der Evidenzgrundlage

Die National Institute for Health and Care Excellence (NICE)-Guidelines empfehlen kein regelhaftes Angebot einer kognitiven Verhaltenstherapie, da sich meist keine Überlegenheit zu einer Standardbehandlung zeigte (110). Marsden et al. (110) konnten jedoch zeigen, dass schwer erkrankte Opioidabhängige, die trotz einer OAT einen fortgesetzten Opioid- oder Crack-/Kokaingebrauch zeigten („Non-Responder“) sehr wohl signifikant von auf die

individuellen Bedürfnisse abgestimmten Interventionen zu einer Verhaltensänderung profitieren, sobald sie an mehr als einem Drittel der angebotenen Termine teilnahmen. Dies wurde gemessen an einer Zunahme der opioid-/kokainfreien Tage im Beobachtungszeitraum (primärer Zielpunkt 18 Wochen) im Vergleich zu Opioidabhängigen in einer OAT ohne diese spezifischen Interventionen. US-amerikanische Studien zeigten, dass 15 bis 26 % der Opioidabhängigen in einer opioidgestützten Behandlung weiterhin Opioide konsumierten (111, 112). Basierend auf ihren Ergebnissen empfehlen daher Marsden et al. (110), dass vor allem Opioidabhängigen, die auch nach Erreichen der Erhaltungsdosis im Rahmen der OAT weiterhin häufig Opioide oder Crack-/Kokain konsumieren, eine psychosoziale Unterstützung angeboten werden sollte. Besonders betont wird hierbei die notwendige Flexibilität und Möglichkeit die psychosoziale (psychotherapeutische) Unterstützung an die individuellen Bedürfnisse der Opioidabhängigen anzupassen. Zur Darstellung der Ergebnisse der großen systematischen Metaanalyse von Rice et al. (109) zur Retention in der Behandlung wird auf den Hintergrundtext zur Empfehlung 5.6 verwiesen.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Wie bereits für die Empfehlung 5.6 dargelegt, haben gemäß der Beurteilung nach GRADE verhaltenstherapeutische psychotherapeutische Methoden im Vergleich zu Standardtherapie (OAT) einen positiven Effekt auf die Retention mit niedriger Evidenz, weswegen der Empfehlungsgrad mit B eingestuft werden konnte. Dies gilt insbesondere in Kombination mit Kontingenzmanagement (109) . Hinsichtlich der Endpunkte Morbidität und Abstinenz/Teilabstinenz fanden die Autor:innen (109) mit niedriger Evidenz nach GRADE, dass Psychotherapie im Vergleich zur Standardbehandlung keinen oder einen sehr kleinen Effekt auf die mentale Gesundheit sowie auf Abstinenz/Teilabstinenz haben könnte. In der Studie von Marsden et al. (110) wurde mit sehr niedriger Evidenz nach GRADE und niedriger RoB 2-Bewertung gezeigt, dass besonders schwer erkrankte Patient:innen in OAT hinsichtlich Abstinenz/Teilabstinenz von einer individuell angepassten psychotherapeutischen Unterstützung profitieren können.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

In der Studie von Marsden et al. (110) handelt es sich um die Untersuchung von psychotherapeutischen Methoden in der OAT, die in der englischen Sprache als „psychosocial“ bezeichnet wurden. Diese sind nicht zu verwechseln mit der deutschen Psychosozialen Therapie (PSB).

Nennen von Personengruppe, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Die psychotherapeutischen Methoden sollen durch für die genannten Methoden nachweislich geschultes Personal durchgeführt werden.

2.5.4.10 Hintergrundtext zur Empfehlung 5.8

Darlegung der Evidenzgrundlage

Zur Darstellung der Ergebnisse wird auf die systematische Metaanalyse von Rice et al. (109) verwiesen, zur Rückfallprophylaxe und Verbesserung der Abstinenz bzw. Teilabstinenz, der Lebensqualität sowie der Morbidität (psychische Gesundheit; s. Empfehlung 5.7). In dieser Empfehlung geht es um die Ergebnisse aus der Metaanalyse von Rice et al. (109), dass *psychosoziale Interventionen* im Vergleich zur Standardbehandlung in der OAT einen Effekt auf die Lebensqualität, die Morbidität (mentale Gesundheit) sowie auf Abstinenz/Teilabstinenz haben.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Hinsichtlich der Endpunkte Lebensqualität, Morbidität und Abstinenz/Teilabstinenz fanden die Autor:innen (109), dass *psychosoziale Interventionen* im Vergleich zur Standardbehandlung mit sehr niedriger Evidenz nach GRADE einen positiven Effekt auf die Lebensqualität, mentale Gesundheit sowie auf Abstinenz/Teilabstinenz haben und mit niedriger Evidenz nach GRADE auch auf die Retention in der Behandlung. Aus diesem Grund erfolgte die Empfehlung 5.8 mit dem Empfehlungsgrad B.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

In dieser Empfehlung geht es um das Angebot einer psychosozialen Therapie, nicht explizit um psychotherapeutische Verfahren, wie z.B. kognitive Verhaltenstherapien.

Nennen von Personengruppe, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Zur Durchführung einer psychosozialen Therapie siehe das gleichnamige Kapitel dieser Leitlinie (Kapitel 2.7 Psychosoziale Betreuung; PSB).

2.5.4.11 Hintergrundtext zur Empfehlung 5.9

Darlegung der Evidenzgrundlage

Cousins et al. (113) untersuchten retrospektiv eine nationale irische Kohorte von 6.393 Menschen in einer methadongestützten Behandlung. Die Retention in der Behandlung war definiert als keine Unterbrechung der Methadonvergabe für mehr als sieben Tage. Am niedrigsten war die Retention in der Methadongestützten Behandlung, wenn weniger als 20 % der Methadonvergaben unter Sicht erfolgten. Sie stieg an, wenn 20 bis 60 % der Einnahmen unter Sicht erfolgten. Die Retention in der Behandlung reduzierte sich jedoch wieder hochsignifikant, wenn mehr als 80 % der Einnahmen unter Sicht erfolgten. Nebenbefundlich erhöhte sich die Retention bei einer medianen Methadondosierung zwischen 60 - 120 mg/Tag im Vergleich zu niedrigeren und höheren Dosierungen. Interessant erscheint auch, dass wiederholte methadongestützte Behandlungen in den nachfolgenden Behandlungsepisoden eher zu einer erhöhten Retention in der Behandlung führten. Eine Stärke der Untersuchung ist, dass alle irischen Patient:innen in einer methadongestützten Behandlung über einen Zeitraum von sechs Jahren erfasst wurden. Limitationen bestehen darin, dass der gewählte 7-Tage-Zeitraum ohne erneute Methadonverschreibung ggf. die Retention in der Behandlung unterschätzt. Allerdings zeigte eine Ausweitung auf einen Zeitraum von 28 Tagen keine relevante Veränderung der Retentionsraten. Einschränkend ist auch, dass die Qualität oder Intensität der begleitenden Behandlungsmaßnahmen nicht erfasst werden konnten, die aber einen relevanten Einfluss auf die Retention in der Behandlung haben können. Unter Berücksichtigung der möglichen Limitationen zeigte sich, dass sowohl sehr wenige Einnahmen unter Sicht (< 20 %), als auch zu langdauernde Einnahmen unter Sicht (vor allem > 80 %) zu einer deutlich verminderten Retention in der methadongestützten Behandlung beizutragen scheinen. Für die Praxis ließe sich daraus ableiten, dass vor allem zu Beginn, also in den ersten Wochen einer opioidgestützten Behandlung, eine Einnahme unter Sicht die Retention in der Behandlung erhöht. Über längere Zeiträume sollte jedoch die Frequenz der Einnahmen unter Sicht an den individuellen Verlauf angepasst und reduziert werden, um die Retention in der Behandlung zu erhöhen.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die Studie von Cousins et al. (113) hat nach der SIGN Methodology Checklist 3 (cohort studies) einen akzeptierbaren Risk of Bias, sodass eine evidenzbasierte Empfehlung für eine Einnahme des OAT-Medikaments unter Sicht zu Beginn einer OAT zur Erhöhung der Retention in der Behandlung mit einem Empfehlungsgrad B gegeben werden konnte.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Diese Empfehlung entspricht auch der klinischen Erfahrung in der Durchführung der OAT.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Diese Empfehlung trifft nicht auf opioidabhängige Patient:innen zu, die sich *nicht* in einer OAT befinden.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Zur Methode der Einnahme eines OAT-Medikaments unter Sicht siehe das Kapitel OAT.

2.5.4.12 Hintergrundtext zur klinischen Frage 3.8

Diese klinische Frage wird aufgrund von inhaltlichen Überschneidungen mit dem Kapitel Schadensminimierung hier (trotz des Einschlusses einer Primärstudie (114)) nicht mit einer Empfehlung beantwortet. Für die entsprechende Empfehlung siehe Empfehlung 12.5 im dortigen Kapitel.

Darlegung der Evidenzgrundlage

Katzman et al. (114, 115) beschrieben in einer prospektiven Kohortenstudie, dass die Vergabe von Take-Home Naloxon nach einer entsprechenden Schulung an Menschen mit einer opioidbezogenen Störung einen relevanten Beitrag zur Reduktion der Überdosierungsbedingten Mortalität leisten kann. 98 % der Patient:innen befanden sich in einer OAT. 73 (18 %) der 395 Studienteilnehmer:innen setzten 114-mal bei einer Opioidüberdosis, meist Heroin, ihr Take-Home Naloxon erfolgreich ein. Die Qualität der Evidenz (Primärstudie) war nach der SIGN Methodology Checklist 3 (cohort studies) annehmbar. In Deutschland berichteten analog Wodarz von Essen (116), dass 17 % des an 537 Opioidabhängige nach einer manualisierten Schulung vergebenen Take-Home Naloxon im Rahmen von Überdosierungsnotfällen erfolgreich eingesetzt wurde. Für ergänzende Informationen und die entsprechende Empfehlung sei hier auf das Kapitel Schadensminimierung verwiesen.

2.5.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Durchführung von solide konzipierten, prospektiven RCTs, die wichtige, zwischen den Studien konsistent gemessene Ergebnisse umfassen, Ein- und Ausschlusskriterien genau definieren (z.B. Schwangere, komorbide psychische Erkrankungen, Inhaftierte), Personen mit komorbiden psychiatrischen und körperlichen Erkrankungen einschließen,

geschlechtsspezifische Besonderheiten berücksichtigen und angemessen berichten, wie konkret die psychosoziale/psychotherapeutische Unterstützung umgesetzt wurde (Häufigkeit, Durchführung, Dauer und inhaltlichen Gestaltung der psychosozialen/psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen). Dabei sollten die unterschiedlichen OAT-Medikamente und -Dosierungen angemessen berücksichtigt werden. Auch sollte die Kontrollgruppe genau definiert werden, insbesondere im Hinblick darauf, ob und welche begleitenden Behandlungsmaßnahmen in dieser Gruppe erfolgen. Die Studien sollte längere Beobachtungsdauern umfassen (mind. sechs Monate bis zu einem Jahr).

- Kontrollierte, prospektiver Untersuchungen, die den Effekt der folgenden Aspete auf das Risiko eines Rückfalls in den illegalen Opioidkonsum prüfen: Dosisanpassung oder Wechsel der OAT-Medikamente; angemessenen Diagnostik und Behandlung somatischer und/oder psychischer Begleiterkrankungen; definierte Methoden eines Drogenscreenings; Einsatz von Therapeutischem Drug Monitoring (TDM); TDM von Naltrexon und wirksamem Metabolit.
- Kontrollierte Untersuchungen, welche Anreize die Retention in einer OAT erhöhen und das Rückfallrisiko in einen Konsum illegaler Opioide reduzieren können.
- Kontrollierte, prospektiver Untersuchungen für das deutsche Hilfesystem, in welchem Setting (ambulant, (teil-)stationär) Entzugsbehandlungen bei Opioidabhängigen die höchsten Erfolgsraten haben.
- Kontrollierte Untersuchungen, wie und welche psychotherapeutischen Interventionen zusätzlich zu einer Naltrexongabe bei opioidabstinenten Patient:innen die Rückfallprophylaxe unterstützen können.
- Entwicklung und Etablierung kostengünstiger qualitativer und/oder quantitativer Nachweisverfahren für NPS sowie die Etablierung kostengünstiger speichelbasierter bzw. urinmarkerbasierter Drogenscreenings.
- Kontrollierte, prospektive Untersuchungen, in welcher Häufigkeit und Dauer die Einnahme eines OAT-Medikaments unter Sicht die Retention in der Behandlung erhöht und zur Vermeidung eines Rückfalls in den Konsum illegaler Opioide beiträgt.
- Kontrollierte, prospektive Untersuchungen, ob MI bei Opioidabhängigen die Therapieadhärenz erhöht und/oder zur Rückfallprophylaxe in den Konsum illegaler Opioide beiträgt.

2.6 Psychotherapie

Anil Batra, Markus Backmund, Nikolaus Lange, Henrike Paternoga, Denis Paul, Norbert Scherbaum

2.6.1 Einleitung

„Psychotherapeutische Interventionen“ sind psychologisch basierte Verfahren, Methoden und Techniken, die in einem interaktionellen Prozess zwischen Therapeut:innen und Klient:innen bzw. Patient:innen als Mittel zur Behandlung von psychischen und psychosomatischen Beschwerden und Leiden eingesetzt werden. In Deutschland sind als „Verfahren“ die (kognitive) Verhaltenstherapie (KVT), die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die analytische Psychotherapie und die Systemische Therapie zugelassen. Darunter zu subsumieren sind methodische und störungsspezifische Entwicklungen, z.B. der Verhaltenstherapie wie Community Reinforcement Approach (CRA), Akzeptanz und Commitment Therapie (ACT), aber auch Techniken wie die Psychoedukation oder die motivationale Gesprächsführung (Motivational Interviewing – MI).

Erst seit dem Jahre 2011 ist eine ambulante Psychotherapie für Patient:innen mit einer Abhängigkeitserkrankung „in Ausnahmefällen“ möglich. Die Ausnahmeregelung bezieht sich darauf, dass die Patient:innen Schritte unternommen haben müssen, um eine baldige Abstinenz zu erreichen. Die Suchtmittelfreiheit muss parallel zur Behandlung innerhalb von max. zehn Behandlungsstunden angestrebt und erreicht werden. Auch Menschen mit opioidbezogenen Störungen in einer Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) dürfen in einer ambulanten Psychotherapie bei Ausschluss eines begleitenden Konsums von zusätzlichen Substanzen im Sinne eines zusätzlichen Konsums nicht verordneter psychotroper Substanzen behandelt werden.

Ein hoher Anteil der Abhängigen weist eine komorbide psychische Störung in Form einer Depression, Angststörung oder Posttraumatischen Belastungsstörung auf (98), die den Erkrankungsverlauf einer Abhängigkeitserkrankung negativ beeinflussen kann. Nichtsdestotrotz werden de facto viele ambulante, suchtkranke OAT-Patient:innen kaum in ambulante Psychotherapien vermittelt, da das Kriterium der Abstinenz von zusätzlich konsumierten Substanzen („Beigebrauchsfreiheit“) oder der gänzlichen Abstinenz schwer zu erreichen bzw. schwer zu stabilisieren ist. Eine kontinuierliche suchttherapeutische Mitbehandlung i. S. einer OAT bzw. einer regelmäßigen Abstinenzkontrolle könnte die Patient:innen allerdings so weit stabilisieren, dass eine ambulante Psychotherapie realisierbar wird.

Mögliche Erfolgsparameter einer psychotherapeutischen Begleitbehandlung (im Unterschied zu einer ärztlichen Gesprächsführung) sind neben einer stabilen Abstinenz bzw. einer stabilen OAT mit geringem oder ohne begleitenden Konsum von zusätzlichen Substanzen, Parameter, die das Konsumverlangen (Craving), die Reduktion der Belastung durch eine komorbide Störung oder die Lebensqualität abbilden. Interventionen, die in erster Linie der Verbesserung einer komorbiden psychischen Störung dienen, werden im Kapitel *Psychische Komorbiditäten* behandelt (2.10).

Psychotherapeutische Interventionen verbergen sich in der internationalen Interventionsforschung häufig unter dem Begriff „Psychosoziale Interventionen“. Gemeint sind dabei Verfahren wie die KVT, aber auch Methoden und Techniken wie das Kontingenzmanagement, Community Reinforcement Approach (CRA), Akzeptanz und Commitment Therapy (ACT) oder das Motivational Interviewing (MI). Eindeutig nicht als psychotherapeutisch zu interpretierende psychosoziale Interventionen werden im Kapitel *Psychosoziale Betreuung* betrachtet (2.7).

Dieses Kapitel behandelt den Einsatz von psychotherapeutischen Interventionen bei Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen. Untersucht wurde die Bedeutung der Psychotherapie bei Personen mit und ohne OAT mit Blick auf Abstinenz, komorbide substanzbezogenen Störungen (begleitenden Konsum von zusätzlichen Substanzen), Lebensqualität und Komorbidität.

2.6.2 Klinische Fragestellungen

13. Führt eine Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Systemische Therapie) bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in OAT zu einer Verbesserung der komorbiden psychischen Störung(en) und Lebensqualität, zu einem geringeren Gebrauch weiterer Suchtmittel (begleitender Konsum von zusätzlichen Substanzen) oder höherer Abstinenzraten im Vergleich zu ärztlichen Gesprächen, einem Treatment-As-Usual (TAU), Kurzinterventionen oder keiner psychotherapeutischen Begleitbehandlung?
14. Führt eine Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Systemische Therapie) bei Personen mit opioidbezogenen Störungen ohne OAT zu einer Verbesserung der komorbiden psychischen Störungen oder Lebensqualität oder einem geringeren Gebrauch weiterer Suchtmittel (begleitender Konsum von zusätzlichen Substanzen) oder höheren Abstinenzraten im Vergleich zu ärztlichen Gesprächen, einem Treatment-As-Usual (TAU), Kurzinterventionen oder keiner psychotherapeutischen Begleitbehandlung?

2.6.3 Empfehlungen

6.1	Empfehlung			Neu (2025)
Empfehlungsgrad B ⇑	Geeignete Psychosoziale Interventionen* sollten Personen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie angeboten werden. *dazu gehören: Kontingenzmanagement, Community Reinforcement Approach (CRA), kognitive Verhaltenstherapie (KVT), Akzeptanz und Commitment Therapie (ACT), Motivationale Gesprächsführung (MI), Beratung			
Rice et al. 2020				
Qualität der Evidenz				
Komorbidität (mentale Gesundheit): Niedrig ⨁⨁⊖⊖	Begleitender Konsum von zusätzlichen Substanzen (Opioide): Niedrig ⨁⨁⊖⊖	Abstinenz (Opioide): Niedrig ⨁⨁⊖⊖	Unerwünschte Ereignisse: Sehr niedrig ⨁⊖⊖⊖	AMSTAR 2: Hohe Qualität
	Konsensstärke: 81 % (Konsens)			

6.2	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad 0 ⇔	Eine (nicht-individualisierte) kognitive Verhaltenstherapie kann zur Reduktion des Opioidkonsums bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie angeboten werden.	
Gregory & Ellis 2020		
Qualität der Evidenz		
Begleitender Konsum von zusätzlichen Substanzen: Sehr niedrig ⨁⊖⊖⊖	AMSTAR 2: Hohe Qualität	
	Konsensstärke: 90 % (Konsens)	

6.3	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad B ⇑	Kognitive Verhaltenstherapie sollte bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie zur Behandlung einer begleitenden Depression angeboten werden.	
Gregory & Ellis 2020, Rezaie et al. 2021		
Qualität der Evidenz		
Komorbidität (Depression gemessen mit dem Beck Depression Inventory (BDI II)): Niedrig ⨁⨁⊖⊖	Begleitender Konsum von zusätzlichen Substanzen: Sehr niedrig ⨁⊖⊖⊖	RoB 2: Hohes Verzerrungsrisiko
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

6.4	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad 0 ⇔	Kognitive Verhaltenstherapie kann bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie zur Reduktion des begleitenden Konsums von zusätzlichen Substanzen angeboten werden.	
Rice et al. 2020		
Qualität der Evidenz		
Begleitender Konsum von zusätzlichen Substanzen: Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	RoB 2: Hohes Verzerrungsrisiko	
	Konsensstärke: 90 % (Konsens)	

6.5	Empfehlung	Neu (2025)
	Psychosoziale Interventionen können Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie zur Förderung der Lebensqualität angeboten werden.	
EK	Zhong et al. 2015, Marsden et al. 2019, Wild et al. 2021	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

6.6	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad 0 ⇔	Zur Verbesserung von Depressivität, Emotionsregulation und Stresstoleranz sowie zur Reduktion des Cravings können bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie Techniken der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) angeboten werden.	
Rezaie et al. 2020		
Qualität der Evidenz		
Komorbidität (Depression gemessen mit Beck Depression Inventory (BDI II)): Niedrig ⊕⊕⊖⊖	RoB 2: Hohes Verzerrungsrisiko	
	Konsensstärke: 95 % (Starker Konsens)	

6.7	Empfehlung	Neu (2025)
	Ambulante Psychotherapie sollte abstinenten, nicht in Opioid-Agonisten-Therapie befindlichen Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen zur Unterstützung der Abstinenz, zur Behandlung der Komorbidität mit psychischen Störungen und/oder zur Förderung der Lebensqualität angeboten werden.	
EK	Barry et al. 2018, Shahzadi & Mahmood 2024	
	Konsensstärke: 90 % (Konsens)	

2.6.4 Hintergrund der Evidenz

Zur ersten klinischen Fragestellung wurden vier Metaanalysen/systematische Reviews (109, 117-119) eingeschlossen. Mittels einer ergänzenden Primärdatenrecherche konnte eine weitere Originalarbeit zu einem RCT identifiziert werden (120), weitere Publikationen waren bereits in den erwähnten Metaanalysen/systematischen Reviews inkludiert. Die AMSTAR-Bewertung ergibt wegen zu geringer Qualität negative Bewertungen für Wyse et al. (118) sowie Sokol et al. (119). Die Auswertung der Evidenz stützt sich daher auf Rice et al. (109) sowie Gregory & Ellis (117). Zur zweiten klinischen Fragestellung wurden weder Metaanalysen oder systematische Reviews noch RCTs oder Kohortenstudien gefunden. Die Empfehlungen konnten deshalb nur auf der Basis klinischer Erfahrung formuliert werden.

2.6.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 6.1

Darlegung der Evidenzgrundlage

Rice et al (109) legten eine umfassende Netzwerk-Metaanalyse zur Wirksamkeit diverser – zusammenfassend als „psychosozial“ beschriebener – Interventionen (Kontingenzmanagement (CM), Community Reinforcement Approach (CRA), kognitive Verhaltenstherapie (KVT), Beratung, Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) und motivierende Gesprächsführung etc.) als Ergänzung zur OAT vor mit dem Ziel der Förderung der Abstinenz und Retention. 72 RCTs wurden ausgewertet und 48 in die Metaanalyse aufgenommen, mit dem Ergebnis eines signifikanten Unterschieds zwischen psychosozialen Interventionen + OAT vs. OAT allein. So sind belohnungsbasierte Interventionen (z.B. Kontingenzmanagement) + OAT erfolgreicher und führten zu längerer Fortsetzung der Behandlung als OAT allein. Unterschiede zwischen verschiedenen psychosozialen Interventionen sind erkennbar. OAT + psychosoziale Interventionen führten zu weniger Rückfällen in zwei Studien. KVT + verhaltensorientierte Paartherapie hatte mit 0,85 den höchsten Surface Under the Cumulative Ranking Curve (SUCRA)-Wert. Bei den restlichen paarweisen Vergleichen wurde wenig statistische Signifikanz gefunden. Die strukturierte Synthese ergab, dass der Großteil der Studien in Bezug auf Opioidkonsum und Opioidabstinenz wenig statistische Unterschiede zwischen OAT allein und OAT mit psychosozialen Interventionen fanden.

Im Rahmen der GRADE-Bewertung weist das Ergebnis, die Psychotherapie im Vergleich zur Standardbehandlung (OAT) oder zu Beratung und OAT habe keinen oder einen sehr kleinen Effekt auf die mentale Gesundheit, eine niedrige Sicherheit auf. Gleiches gilt für den begleitenden Konsum von zusätzlichen Opioiden und die Opioidabstinenz (keinen oder einen sehr kleinen Effekt). Nach GRADE-Bewertung ist es sehr unsicher, ob eine Psychotherapie im

Vergleich zu einer Standardbehandlung (OAT) oder zu Beratung und OAT zu mehr oder weniger unerwünschten Ereignissen führt. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass in der Netzwerk-Metaanalyse von Rice et al. (109) lediglich spezifische Ergebnisse für einzelne Behandlungsmethoden vorliegen, nicht für die Gesamtaussage. Daher werden keine Effektstärken berichtet.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aus Rice et al. (109) ergibt sich eine ausreichend sichere Evidenz für den Einsatz von Kontingenzmanagement, KVT und CM sowie Hinweise auf einen Einsatz weiterer Verfahren, die als psychosoziale Interventionen zusammengefasst und als solche einzeln aufgezählt werden, für die Unterstützung der Abstinenz. Aufgrund der klinischen Bedeutung wird ein starker Empfehlungsgrad verwendet. Aus den Metaanalysen oder ergänzenden Primärdatenrecherche ergibt sich keine sichere Evidenz für den in der Fragestellung benannten klinischen Endpunkt der „Besserung komorbider psychischer Störungen“. Im Einzelfall wäre zu prüfen, ob der klinische Einsatz einer psychotherapeutischen Maßnahme sinnvoll und aussichtsreich ist. Neben dem potenziellen Nutzen besteht bei sachgerechter Durchführung der Intervention kein Risiko für einen Schaden infolge der Intervention. Die evidenzbasierte Empfehlung wird durch die klinischen Erfahrungen der Arbeitsgruppe gestützt. Die Zielgruppe ist erheblich psychisch belastet und wird durch eine psychosoziale Intervention wirksam unterstützt. Ein Behandlungsrisiko ist im Rahmen einer fachgerecht durchgeführten psychosozialen Intervention für die behandelte Person nicht zu erwarten. Schwerwiegende Nebenwirkungen einer Psychotherapie (u. a. Suizidalität, Verschlechterung der Symptomatik, negativer Einfluss auf Lebensentscheidungen) sind selten und im Vergleich mit den positiven Auswirkungen der psychosozialen Intervention von untergeordneter Relevanz.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Trifft nicht zu.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.6.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 6.2

Darlegung der Evidenzgrundlage

Das Review (117) zur Frage, ob Personen mit der Diagnose einer opioidbezogenen Störung nach DSM-5 von einer Kognitiv-Behavioralen Therapie (KVT; 2. Welle-Verfahren) profitieren, zeigte, dass die Kombination von nicht-individualisierter KVT + Buprenorphin-OAT zu einer moderaten (Hedges' g Effekt = .598) sowie statistisch signifikanten Reduktion des Opioidkonsums führte. Eine nicht-individualisierte, standardisierte KVT erzielte signifikante Effektivitätswerte (p = .006), während bei individueller KVT keinerlei zusätzliche Effekte verzeichnet wurden (Hedges' g Effekt = −0.010 (p = .936). Der Unterschied zwischen den beiden Bedingungen ist signifikant (Q = 5.85, df = 1, p = .016). Die Datenlage deutet darauf hin, dass bei opioidbezogenen Störungen die Ergänzung der Buprenorphintherapie durch eine nicht-individualisierte KVT von gewissem Nutzen sein könnte.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Neben der Abstinenz ist die Reduktion des Opioidkonsums ein relevantes klinisches Ziel im Einzelfall. Aus Gregory & Ellis (117) ergibt sich eine ausreichende Evidenz für den Einsatz von KVT zur Unterstützung der Reduktion. Aufgrund der klinischen Einschränkung, dass die Opioidreduktion nicht für jede Person das geeignete Ziel der Behandlung ist, wird der Empfehlungsgrad „sollte“ verwendet. Neben dem potenziellen Nutzen besteht bei sachgerechter Durchführung der Intervention kein Risiko für einen Schaden infolge der Intervention. Die evidenzbasierte Empfehlung wird durch die klinischen Erfahrungen der Arbeitsgruppe gestützt. Die Zielgruppe ist erheblich psychisch belastet und wird durch den Einsatz der KVT wirksam unterstützt. Ein Behandlungsrisiko ist im Rahmen einer fachgerecht durchgeführten KVT für die behandelte Person nicht zu erwarten. Schwerwiegende Nebenwirkungen einer Psychotherapie (Suizidalität, Verschlechterung der Symptomatik, negative Einfluss auf Lebensentscheidungen u. a.) sind selten und im Vergleich mit den positiven Auswirkungen der KVT von untergeordneter Relevanz.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Trifft nicht zu.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.6.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 6.3

Darlegung der Evidenzgrundlage

Das Review von Gregory & Ellis (117) zur Frage, ob Personen mit der Diagnose einer opioidbezogenen Störung nach DSM-5 von einer Kognitiv-Behavioralen Therapie (KVT; 2. Welle-Verfahren) profitieren, zeigte, dass die KVT Depressionen reduzieren könnte, sowohl direkt nach Therapieende, als auch im Verlauf nach drei Monaten (niedrige Certainty of the evidence nach GRADE für die Behandlung der Depressivität), sie könnte auch leicht den begleitenden Konsum von zusätzlichen Substanzen reduzieren, aber die Evidenz nach GRADE ist hierfür sehr unsicher. Sehr unsicher ist, ob sich dieser Effekt insbesondere auf die nicht-individualisierte kognitive Verhaltenstherapie bezieht. Auf der Basis von zwei Studien finden Gregory& Ellis (117) bei fehlender Spezifizierung in individuelle bzw. individuelle CBT keinen signifikanten Effekt (REM Hedges' g =.22, Z = 1.27, p = .206, 95 % CI: −0.12–0.56) – die Teilanalyse identifiziert eine nicht-individuelle CBT als wirkungsvoll. Aufgrund der klinischen Relevanz wird in der Empfehlung nicht zwischen den beiden Varianten unterschieden. Rezaie et al.(120) zeigen für DBT (3. Welle-Verfahren) einen positiven Effekt auf depressive Symptome (F = 35.44, p = 0.002).

Rezaie et al. (120) untersuchten die Effekte einer Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT; 3. Welle-Verfahren der Verhaltenstherapie) u. a. auf die Emotionsregulation und Merkmale der Depression an Patient:innen mit einer opioidbezogenen Störung in einem RCT mit N = 50 im Iran rekrutierten Männern mit der Diagnose einer opioidbezogenen Störung, die mind. 8 Schuljahre absolviert hatten, in den vergangenen sechs Monaten keine Psychotherapie erhalten hatten und keine schwere psychiatrische Störung (Suizidgedanken, Schizophrenie, Bipolare Störung) oder chronische körperliche Erkrankung (Hepatitis, AIDS etc.) aufwiesen. Je 25 Patienten erhielten entweder ein Medical Management (MMT) und eine DBT mit 16 wöchentlichen Sitzungen zu je 90 min. oder eine TAU-Behandlung (Methadon). Die Bedingung mit MMT + DBT bewirkte u. a. eine verbesserte Emotionsregulation und ein reduziertes Ausmaß der Depression.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aus Gregory & Ellis (117) sowie Rezaie et al. (120) ergibt sich eine schwache Evidenz für den Einsatz der KVT für die Behandlung einer begleitenden komorbiden Depression bei OAT-Patient:innen. Aufgrund der klinischen Bedeutung wird der Empfehlungsgrad „sollte"

verwendet. Neben dem potenziellen Nutzen besteht bei sachgerechter Durchführung der Intervention kein Risiko für einen Schaden infolge der Intervention. Die evidenzbasierte Empfehlung wird durch die klinischen Erfahrungen der Arbeitsgruppe gestützt. Die Zielgruppe ist erheblich psychisch belastet und wird durch den Einsatz der KVT wirksam unterstützt. Ein Behandlungsrisiko ist im Rahmen einer fachgerecht durchgeführten KVT für die behandelte Person nicht zu erwarten. Schwerwiegende Nebenwirkungen einer Psychotherapie (u. a. Suizidalität, Verschlechterung der Symptomatik, negative Einfluss auf Lebensentscheidungen) sind selten und im Vergleich mit den positiven Auswirkungen der KVT von untergeordneter Relevanz.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Trifft nicht zu.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.6.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 6.4

Darlegung der Evidenzgrundlage

Das Review von Gregory & Ellis (117) zur Frage, ob Personen mit der Diagnose einer opioidbezogenen Störung nach DSM-5 von einer Kognitiv-Behavioralen Therapie (KVT; 2. Welle-Verfahren) profitieren, zeigte, dass die Kombination von nicht-individualisierte KVT + Buprenorphin-OAT den begleitenden Konsum von zusätzlichen Substanzen leicht reduzieren könnte, aber die Evidenz nach GRADE ist hierfür sehr unsicher. Sehr unsicher ist, ob sich dieser Effekt insbesondere auf die nicht-individualisierte KVT bezieht.

In der unter 2.6.4.3 dargestellten Studie von Rezaie et al. (120) bewirkte die Bedingung mit MMT + DBT eine verbesserte Emotionsregulation und Stresstoleranz, ein reduziertes Craving und verminderte Depression.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aus Gregory & Ellis (117) sowie Rezaie et al. (120) ergibt sich eine schwache Evidenz für den Einsatz der KVT (2. Welle und DBT) für die Reduktion des begleitenden Konsums von zusätzlichen Substanzen (bei Rezaie: indirekt über ein reduziertes Craving) bei Patient:innen

in OAT. Aufgrund der klinischen Bedeutung wird eine Empfehlung mit dem Empfehlungsgrad „kann“ ausgesprochen. Neben dem potentiellen Nutzen besteht bei sachgerechter Durchführung der Intervention kein Risiko für einen Schaden infolge der Intervention. Die evidenzbasierte Empfehlung wird durch die klinischen Erfahrungen der Arbeitsgruppe gestützt. Die Zielgruppe ist erheblich psychisch belastet und wird durch den Einsatz der KVT wirksam unterstützt. Ein Behandlungsrisiko ist im Rahmen einer fachgerecht durchgeführten KVT für die behandelte Person nicht zu erwarten. Schwerwiegende Nebenwirkungen einer Psychotherapie (Suizidalität, Verschlechterung der Symptomatik, negative Einfluss auf Lebensentscheidungen u. a.) sind selten und im Vergleich mit den positiven Auswirkungen der KVT (2. Welle und DBT) von untergeordneter Relevanz.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Trifft nicht zu.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.6.4.5 Hintergrundtext zur Empfehlung 6.5

Darlegung der Evidenzgrundlage

Obgleich Teil der ersten klinischen Fragestellung, lässt sich für diesen spezifischen Endpunkt (Lebensqualität) keine sichere Evidenz aus den eingeschlossenen Metaanalysen oder der ergänzenden Primärdatenrecherche ableiten. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde nur selten als Endpunkt von Interventionsstudien identifiziert (121)(Wild et al. 2021), wenngleich die klinische Erfahrung den Nutzen als gegeben annehmen lässt. Wenige randomisierte Untersuchungen a) zur Wirksamkeit einer psychosozialen Intervention unter Berücksichtigung des EuroQol (Measure of health-related quality of life, (110)) und b) auf der Grundlage einer kognitiven Verhaltenstherapie und motivierender Interviewtechniken (122) fanden eine Verbesserung in der Interventionsgruppe.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aus der klinischen Erfahrung kann abgeleitet werden, dass abstinente Suchtpatient:innen von psychosozialen Interventionen im Hinblick auf die Lebensqualität erheblich profitieren können.

Die Zielgruppe ist erheblich psychisch belastet. Lebensqualität hat sowohl auf die psychische Komorbidität als auch die Einsatz von Strategien zur Aufrechterhaltung der Abstinenz Einfluss. Da die klinische Auswirkung einer psychosozialen Intervention auf die Lebensqualität trotz fehlender Evidenz mit großer Wahrscheinlichkeit bei einer störungsspezifischen und individualisierten Vorgehensweise anzunehmen ist, schlägt die Expert:innengruppe eine EK-Empfehlung als offene Empfehlung vor. Ein Behandlungsrisiko ist im Rahmen einer fachgerecht durchgeführten Psychotherapie für die behandelte Person nicht zu erwarten. Schwerwiegende Nebenwirkungen einer Psychotherapie (Verschlechterung der Symptomatik, Suizidalität, negative Einfluss auf Lebensentscheidungen u. a.) sind selten und im Vergleich mit den positiven Auswirkungen der Psychotherapie von untergeordneter Relevanz.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Trifft nicht zu.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.6.4.6 Hintergrundtext zur Empfehlung 6.6

Darlegung der Evidenzgrundlage

In der unter 2.6.4.3 dargestellten Studie von Rezaie et al. (120) bewirkte die Bedingung mit MMT + DBT eine verbesserte Emotionsregulation und Stresstoleranz, ein reduziertes Craving und Depression (Ergebnisse nach vier Monaten: Verbesserung von Craving: $F = 31.24$, $P < 0.001$; Emotionsregulation: $F = 15.08$, $P < 0.001$; Stresstoleranz: $F = 49.22$, $P < 0.001$; Depressivität: $F = 35.44$, $P = 0.002$).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die Ergebnisse sprechen für einen Effekt einer spezifischen Psychotherapie (DBT) bei der gewählten Zielgruppe, gleichwohl ist einschränkend anzumerken, dass die Untersuchungsgruppe sehr klein und die Kontrollbedingung sehr minimalistisch angelegt war. Das Risk of Bias Tool 2 für randomisierte Studien weist zudem ein hohes Verzerrungsrisiko auf (u. a. geringe Probandenzahl, keine Intention-to-Treat-Analyse, unklare Gründe für Drop-outs, unvollständig berichteter Analyseplan). Dies rechtfertigt daher – bei noch sehr schwacher

Evidenz – nur eine offene Empfehlung. Kritisch angemerkt wird, dass die Studienpopulation keine schweren psychischen Störungen aufwies. Ein Behandlungsrisiko ist im Rahmen einer fachgerecht durchgeführten Psychotherapie für die behandelte Person nicht zu erwarten. Schwerwiegende Nebenwirkungen einer Psychotherapie (Verschlechterung der Symptomatik, Suizidalität, negative Einfluss auf Lebensentscheidungen u. a.) sind selten und im Vergleich mit den positiven Auswirkungen der Psychotherapie von untergeordneter Relevanz.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Trifft nicht zu.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.6.4.7 Hintergrundtext zur Empfehlung 6.7

Darlegung der Evidenzgrundlage

Die systematische Literaturrecherche konnte keine Studien an abstinenten Personen identifizieren, die sich nicht in einer OAT befanden. Ein aktuelles Review (123) untersucht nach Identifikation von 314 Studien auf der Basis von zehn für die Analysen geeigneten Studien die Wirksamkeit der KVT. Nur in einer der analysierten Studien (an wenigen Schmerzpatient:innen mit einer Abhängigkeit von illegalen Opioiden) wurde die KVT ohne begleitende OAT im Vergleich zu einer methadonbasierten Behandlung untersucht und zeigte sich dabei wirksam (124).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aus der klinischen Erfahrung kann abgeleitet werden, dass abstinente Suchtpatient:innen von einer ambulanten Psychotherapie im Hinblick auf die Komorbidität, Aufrechterhaltung der Abstinenz und Lebensqualität erheblich profitieren können. Diese Zielgruppe ist erheblich psychisch belastet und weist nicht selten auch eine psychische Komorbidität auf, die sonst nicht ausreichend behandelt werden könnte. Lebensqualität hat sowohl auf die psychische Komorbidität als auch den Einsatz von Strategien zur Aufrechterhaltung der Abstinenz Einfluss. Die Aufrechterhaltung der Abstinenz bedarf in einzelnen Fällen einer Unterstützung der betroffenen Person, die im Setting einer Psychotherapie strukturiert störungsspezifisch

vermittelt werden kann. Die klinische Bedeutung der Stabilisierung einer Abstinenz rechtfertigt nach Ansicht der Expert:innengruppe den Empfehlungsgrad „sollte“. Ein Behandlungsrisiko ist im Rahmen einer fachgerecht durchgeführten Psychotherapie für die behandelte Person nicht zu erwarten. Schwerwiegende Nebenwirkungen einer Psychotherapie (Verschlechterung der Symptomatik, Suizidalität, negative Einfluss auf Lebensentscheidungen u. a.) sind selten und im Vergleich mit den positiven Auswirkungen der Psychotherapie von untergeordneter Relevanz.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Trifft nicht zu.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.6.4.8 Abschließende Anmerkungen

Aus klinischer Sicht ist eine OAT oftmals hilfreich, um Menschen mit einer opioidbezogenen Störung in einer ambulanten oder stationären Psychotherapie wirksam zu behandeln.

Aus klinischer Sicht ist der/dem ambulanten Therapeut:in im Einzelfall die Entscheidung über die Indikation, das Ziel der Intervention und die Einschätzung der Erfolgsaussichten zu überlassen.

Es wird zudem darauf hingewiesen, dass nach Ansicht der Expert:innengruppe die ambulanten Psychotherapierichtlinien mit der Vorgabe, nach zehn Stunden eine Abstinenz von zusätzlich konsumierten Substanzen („Beikonsumfreiheit“) zu erreichen, die Behandlung erschweren. In der Realität sind viele Patient:innen nicht anhaltend frei von begleitendem Konsum von zusätzlichen Substanzen und dennoch sowohl psychotherapiebedürftig als auch psychotherapiefähig.

Klinischen Erfahrungen zufolge sind OAT mit Buprenorphin oder mit niedrigen Dosierungen von Methadon/L-Methadon geeigneter für die Durchführung einer Psychotherapie. Aktuell werden Obergrenzen für die Dosis einer stationären oder teilstationären OAT definiert, die die individuelle Situation der Betroffenen unzureichend berücksichtigt. Eine zu geringe Dosis kann zu einer Destabilisierung und erschwerten Rahmenbedingungen für eine stationäre oder ambulante Psychotherapie führen.

Eine besondere Aufmerksamkeit sollte – angesichts der Bedeutung früher traumatisierender Erfahrungen vieler Patient:innen – bei entsprechender Komorbidität der Psychotraumatologie inklusive spezieller Techniken wie Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) gewidmet werden. Auch die Möglichkeit, EMDR gegen Craving einzusetzen, sollte aufgrund der Hinweise aus der klinischen Erfahrung in Studien geprüft werden.

Die Sicherstellung eines Versorgungsangebotes, das einen Anspruch auf Psychotherapie erfüllen und Zugangsmöglichkeiten für ambulante Patient:innen schaffen und sichtbar machen müsste, ist eine der großen Herausforderungen in der Versorgung dieser Zielgruppe. Die Qualifikation der Anbieter:innen insbesondere innerhalb multiprofessioneller Teams, die Erstellung störungsspezifischer Behandlungsmanuale und flexible Settings könnten Schritte zur Verbesserung der Versorgungssituation sein.

2.6.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Rahmenbedingungen einer psychotherapeutischen Behandlung bei einer opioidbezogenen Störung: Geeignetes Setting, Dauer, Frequenz, Dosis sowie die differentielle Wirksamkeit und Geeignetheit analytischer, behavioural er, akzeptanzorientierter oder systemischer/familientherapeutischer Ansätze mit dem Fokus auf die Abhängigkeitserkrankung oder die o.g. komorbiden psychischen Erkrankungen.
- Unter welchem OAT-Medikament (Methadon/Levomethadon, Buprenorphin, Morphin, Diamorphin) wird eine Psychotherapie eher in Anspruch genommen?
- Unter welchem OAT-Medikament (Methadon/Levomethadon, Buprenorphin, Morphin, Diamorphin) und unter welcher Dosierung ist eine Psychotherapie besser durchführbar?
- Welche differentiellen Effekte haben unterschiedliche psychotherapeutische Verfahren und Methoden auf Abstinenz, Lebensqualität und zusätzlichen Substanzgebrauch?
- Hat EMDR eine Wirkung auf Abstinenz und Craving?

.

2.7 Psychosoziale Betreuung

Dirk Gastauer, Frank Bannasch, Philip Gerber, Sarah Huff, Tina Nagel, Patrick Plötzke, Denis Schinner, Stefan Sondermann, Steffen Wendeln, Nobert Wittmann

2.7.1 Einleitung

Sowohl im nationalen als auch im internationalen Diskurs ist bislang keine einheitliche Definition für eine psychosoziale Betreuung (PSB) von Menschen mit opioidbezogenen Störungen in OAT zu finden. Insofern war es für die Arbeit des Expert:innengremiums wichtig, zunächst eine begriffliche Fundierung vorzunehmen (weitergehende Ausführungen s. 2.7.4): Die psychosoziale Betreuung unterstützt Menschen mit opioidbezogenen Störungen in OAT bei der Bewältigung suchtbezogener und psychosozialer Problemlagen. Sie findet innerhalb eines strukturierten Prozesses mit klar definierten Ziel- und Erfolgsdefinitionen statt und unterstützt und flankiert die medizinisch-therapeutischen Behandlungsziele. Zur Zielerreichung ist eine durchgängige beidseitige, kommunikative Kooperation zwischen psychosozialer Betreuung und den behandelnden Ärzt:innen sowie ggf. weiteren Akteur:innen notwendig. Der Schwerpunkt der psychosozialen Betreuung liegt in der Stabilisierung und Verbesserung der selbstbestimmten Lebensführung und gesellschaftlichen Teilhabe, so dass sie sich auf mehrere Lebensbereiche zugleich auswirkt, wie etwa die soziale und gesundheitliche Lebenslage. Instrumente sind Case Management mit einer ganzheitlichen Fallbetrachtung und Interventionen wie motivierende Gesprächsführung und Gruppenarbeit. Die psychosoziale Betreuung wird von qualifizierten Fachkräften der Sozialen Arbeit durchgeführt.

2.7.2 Klinische Fragestellung

1. Führt eine begleitende psychosoziale Betreuung (PSB) bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in einer OAT zu einer höheren Retention, stabileren Wohnsituation, Arbeitssituation, verbesserten psychischen Gesundheit, einer geringeren häuslichen Gewalt oder kriminellen Aktivität im Vergleich zu keiner begleitenden psychosozialen Betreuung?

2.7.3 Empfehlungen

7.1	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad A ⇑⇑	Personen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie sollen innerhalb eines strukturierten Prozesses eine individuelle bedarfsgerechte psychosoziale Betreuung erhalten.	
Marsden et al. 2019		
Qualität der Evidenz		
Retention: Niedrig ⊕⊕⊖⊖	Kriminelle Aktivität: Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Arbeitssituation: Niedrig ⊕⊕⊖⊖
Psychische Gesundheit: Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	RoB 2: geringes Verzerrungsrisiko	
	Konsensstärke: 85,7 % (Konsens)	

2.7.4 Hintergrund der Evidenz

In der sog. PSB-Studie (125) wurde die psychosoziale Belastung in der Kombination der Lebensbereiche Arbeit, Wohnen, juristische Probleme, Finanzen und familiäre Situation betrachtet. Personen mit opioidbezogenen Störungen in OAT waren hier dreieinhalb Mal höher psychosozial belastet als die Vergleichsgruppe der Nicht-Drogenabhängigen (126), wodurch die Notwendigkeit einer psychosozialen Betreuung hervorgehoben wurde. In einer Expertise stellt das European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (127) heraus, dass psychosoziale Interventionen Drogennutzer:innen dabei helfen können, drogenbezogene Probleme zu identifizieren, ihre Veränderungsbereitschaft zu stärken und die Behandlung beizubehalten. Ebenso können sie eine wichtige Rolle dabei spielen, Unterstützungsnetzwerke aufzubauen und Familienmitglieder zu unterstützen.

Auch aus Sicht einer mittlerweile langjährigen fachlichen Expertise erscheint es bei der Zielgruppe von Personen mit opioidbezogenen Störungen in OAT einleuchtend, die rein stoffliche Vergabe eines OAT-Medikaments mit einer psychosozialen Leistung zu verbinden, um die medizinische Behandlung zu stabilisieren und den Genesungsprozess zu unterstützen. Zusammen mit Problemen in der OAT-Versorgung geriet auch der Einsatz von psychosozialer Betreuung immer mehr in den Hintergrund. Dies liegt unter anderem daran, dass die Betreuung vielerorts mit einer Vermittlung an die örtliche Suchtberatung verbunden ist, welche für diese Leistung keine zusätzliche Vergütung erhält und damit die Intervention von der Ausstattung und dem Leistungskatalog der jeweiligen Beratungsstelle abhängig ist.

2.7.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 7.1

Darlegung der Evidenzgrundlage

Aufgrund international unterschiedlicher Ansätze zur ambulanten psychosozialen Betreuung von Personen mit opioidbezogenen Störungen in OAT stellt die Übertragung der Studienergebnisse mit diesem Forschungsgegenstand auf Deutschland eine größere Herausforderung dar. Dies ist insbesondere in Metaanalysen wie Wyse et al. (118) zu erkennen, die sowohl sehr unterschiedliche Leistungsformen als auch Zielgruppen betrachten, weswegen sie zur Beantwortung der klinischen Frage keine ausreichenden Daten lieferten.

Auch die in der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (128) benannten Interventionen sind breiter angelegt als der hier definierte Ansatz der psychosozialen Betreuung. Jene Leitlinie schließt psychosoziale Hilfen bei Menschen mit Suchterkrankungen zwar ein, jedoch konnte zu dieser Zielgruppe keine eigene Evidenzrecherche und -bewertung durchgeführt werden, weswegen hierzu eine eigene Recherche und Bewertung der klinischen Erfahrung angeregt wird. So kann diese Leitlinie lediglich als eine Orientierung gelten.

Die Studie von Marsden et al. (110) liefert jedoch hinreichende Ergebnisse bzgl. der gewählten Fragestellung. Teilnehmende waren hier OAT-Patient:innen (mit opioidbezogener Störung- und/oder Kokainabhängigkeit) über 18 Jahren aus London. Die psychosozialen Interventionen bestanden in der Interventionsgruppe (n = 135) in einer jeweils einstündigen Einzelsitzung pro Woche über einen Zeitraum vom 12-14 Wochen. Dafür stand eine Toolbox mit unterschiedlichen, v.a. verhaltensbezogenen Methoden zur Verfügung, die fallbezogen nach einer ausführlichen Fallanamnese ausgewählt und angewendet wurden. Die Kontrollgruppe (n = 135) erhielt die übliche Behandlung und zusätzlich 30 Minuten Drogenberatung pro Woche. Das zentrale Ergebniskriterium war die „Behandlungsreaktion“, also das Ansprechen auf die Behandlung nach 18 Wochen, was einer Abstinenz von illegalen und nicht verschriebenen Opioiden und Kokain in den letzten 28 Tagen entspricht. Gemessen wurde dies durch die Behandlungsergebnisse und Urinscreenings. Das Ergebnis war, dass 22 Personen (16 %) der Interventionsgruppe eine Behandlungsreaktion zeigten, in der Kontrollgruppe 9 Personen (7 %). Zudem liefert die Studie Ergebnisse zu 4 von 6 der in der klinischen Fragestellung (2.7.2) genannten Outcomes. Betrachtet man den „Behandlungserfolg“ (response) als Kriterium für Retention, so zeigt sich ein signifikant besseres Ergebnis bei der Interventionsgruppe. Zudem zeigte sich in der Interventionsgruppe eine geringe Verbesserung sowohl bei der Erwerbssituation als auch bei der psychischen Gesundheit. Hinsichtlich der kriminellen Aktivität konnte kein Unterschied zwischen beiden Gruppen festgestellt werden, ebenso wenig in der Nutzung weiterer sozialer Dienste. Nicht gemessen wurden Entwicklungen in der häuslichen Gewalt und der Wohnsituation.

Insgesamt sprach die Interventionsgruppe signifikant besser auf die Behandlung an (Marsden et al. 2019), was für die OAT grundsätzlich wünschenswert ist. Der durchschnittliche Marginaleffekt lag hier bei 0.108 (SE 0.048; 95 % CI 0.012-0.238; p = 0.025). Unterschiede zeigten sich ebenfalls beim Vergleich der qualitätskorrigierten Lebensjahre (QALYs), die bei der Interventionsgruppe signifikant höher waren als bei der Kontrollgruppe (Mittelwertdifferenz 0.048 (95 % CI 0.016-0.080; p = 0.004). Da bei der Kontrollgruppe allerdings eine Intervention in Form einer wöchentlichen Drogenberatung angewendet wurde, ist anzunehmen, dass gegenüber einer Patient:innengruppe, die gänzlich ohne psychosoziale Intervention behandelt wird, weitaus größere Behandlungseffekte sichtbar werden würden.

Das Risk of Bias Tool 2 für randomisierte Studien bewertet das Biasrisiko der Studie sowohl insgesamt als auch in den einzelnen Bias-Domänen als gering.

An diese Ergebnisse lassen sich die Ergebnisse mehrerer anderer Studien anschließen. In der deutschen Heroinstudie (129) wurden Patient:innen mit einer psychosozialen Betreuung versorgt, die einerseits Drogenberatung und Psychoedukation und andererseits ein strukturiertes Case-Management inklusive Hilfeplanung sowie motivierende Gesprächsführung beinhaltete. Patient:innen, „die beide Behandlungsformen genutzt haben, verbesserten ihren Gesundheitszustand um bis zu 20 % im Vergleich zu jenen, die der alleinigen medikamentösen Behandlung folgten“ (129). Diese Effekte traten beim Einsatz von Case Management und motivierender Gesprächsführung insbesondere bei Patient:innen in Methadonsubstitution auf. Weitere Effekte waren die Reduktion des illegalen Konsums sowie eine bessere soziale Situation als bei der Vergleichsgruppe. Die Autor:innen weisen darauf hin, dass „sich signifikant höhere Responderraten dann [zeigen], wenn mit dem höheren Aufwand auch eine strukturierte und umfassende Umsetzung des CM-Konzeptes, insbesondere mit Hilfeplanung, verbunden ist“ (129). Patient:innen, die ein umfassendes Case Management bis zur Hilfeplanung erhielten, verbesserten ihren Gesundheitszustand und reduzierten ihren illegalen Drogenkonsum deutlich stärker als Patient:innen ohne Hilfeplanung und konnten häufiger wieder in den Arbeitsmarkt integriert werden.

Walter et al. (130) betrachteten die Effekte motivierender Gesprächsführung und zeigten auf, dass sie in „metaanalytischen Untersuchungen bei allen Suchterkrankungen insgesamt moderate Effekte in Bezug auf ihre Wirksamkeit erzielen“ konnten (129). Am deutlichsten war der Effekt auf die Reduktion des Substanzkonsums direkt nach Behandlungsende, selbst wenn die Intervention nur 15 Minuten als sog. „brief intervention“ angewendet wurde.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Zusammenfassend muss aus den o.g. Gründen eine deutliche Empfehlung für die psychosoziale Betreuung ausgesprochen werden. Negative Effekte wurden nicht beobachtet. Positive Effekte wurden insbesondere durch ein strukturiertes Vorgehen, u. a. im Rahmen eines Case-Managements, sowie begleitende motivierende Interventionen zur Stärkung der Veränderungsbereitschaft erzielt. Unter der begründeten Annahme, dass Personen mit opioidbezogenen Störungen eine höhere soziale Problembelastung aufweisen können, werden keine Ausnahmen definiert. Der jeweilige Interventionsgrad ist jedoch im Rahmen der fallbezogenen Anamnese personenbezogen festzulegen.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Psychosoziale Betreuung von Personen mit opioidbezogenen Störungen in OAT soll von Sozialpädagog:innen (BA, MA, Diplom) oder äquivalent qualifizierten Fachkräften der Sozialen Arbeit innerhalb eines strukturierten Prozesses mit klar definierten Ziel- und Erfolgsdefinitionen durchgeführt werden. Das bedeutet beispielsweise, dass auf der Grundlage einer psychosozialen Anamnese und Situationsanalyse ein individueller Hilfeplan unter hinreichender Mitgestaltung der Patient:innen entwickelt und umgesetzt werden sollte. Zentrale Gelingensfaktoren sind dabei:

- die stigmafreie Wahrung der Autonomie der Patient:innen kombiniert mit motivierenden und ressourcenstärkenden Interventionen sowie
- die durchgängige gute beidseitige, kommunikative Kooperation zwischen psychosozialer Betreuung und den behandelnden Ärzt:innen sowie ggf. weiterer fallbeteiligter Akteur:innen.

2.7.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Untersuchung der Wirkungen von psychosozialer Betreuung mit jeweils vergleichbaren Leistungsformen in einer angemessenen Breite, unter Einsatz unterschiedlicher, interdisziplinärer Studiendesigns.
- Diskussion der Grenzen der Forschung, die sich aus forschungsethischen Erwägungen ergeben.
- Einsatz qualitativer Designs um das Forschungsfeld hinreichend zu explorieren und weitergehende Forschungsansätze zu entwickeln.
- Auswahl angemessener Outcomes (aktuell wenige Befunde für relevante Endpunkte).

2.8 Rehabilitation

Nikolaus Lange, Christian Muhl, Henrike Paternoga, Peter Raiser, Denis Schinner Sebastian Winkelnkemper, Nadine Wussow-Rothhaar

2.8.1 Einleitung

Das deutsche Rehabilitationswesen ist weltweit in dieser Differenzierung und Zugänglichkeit für die Durchschnittsbevölkerung einmalig. Daher gibt es außerhalb Deutschlands wenig vergleichbare Studien zur Wirkungsforschung im Rehabilitationsbereich. Ethische und versorgungsrechtliche Gründe lassen im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen für Abhängigkeitserkrankungen RCTs zu Forschungszwecken nicht zu**.** Ebenfalls sind Designs mit Wartegruppen nicht umsetzbar, da gerade im illegalen Bereich durch das Risiko von Überdosierungen und somit hohen gesundheitlichen Risikofaktoren eine bewusste Verzögerung der Rehabilitationsmaßnahme zu Forschungszwecken ethisch nicht vertretbar ist. Daher basieren unsere Empfehlungen auf der Grundlage deskriptiver Literatur der Versorgungsforschung im Bereich der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen in Deutschland. Die systematische Literaturrecherche ergab, dass keine systematischen Übersichtsarbeiten oder Primärstudien zur Beantwortung der klinischen/PICO-Fragen eingeschlossen werden konnten. Infolgedessen sprechen wir sechs Empfehlungen ausschließlich auf der Grundlage von Expert:innenkonsensen (EKs) aus.

2.8.2 Klinische Fragestellungen

2. Führt eine ambulante, ganztags ambulante und/oder stationäre Rehabilitation bei opioidabhängigen Personen (mit oder ohne zusätzlichen Gebrauch von psychoaktiven Substanzen) nach einer erfolgreichen Behandlung der opioidbezogenen Störung zu einer geringeren Rückfallquote, einer verbesserten Erwerbssituation, verbesserten sozialen Outcomes oder einer verbesserten psychischen oder körperlichen Gesundheit im Vergleich zu keiner Rehabilitationsbehandlung?
3. Führt eine ganztags ambulante oder stationäre Rehabilitation bei opioidabhängigen Personen in OAT (mit oder ohne zusätzlichen Gebrauch von psychoaktiven Substanzen) zu geringeren Rückfällen oder einem höheren Maß an Reduzierung der OAT-Medikation im Vergleich zu einer reinen OAT-Vergabe?
4. Führt ein differenziertes Reha-Angebot (inklusive Kombi-Angeboten) bei opioidabhängigen Personen (in OAT) zu einer höheren Weitervermittlungsrate in professionelle Behandlung,

einer verbesserten Erwerbssituation, einer stabilen Partnerschaft, geringeren Rückfallen oder einer verkürzten Behandlungsdauer im Vergleich zu keiner Intervention oder reiner OAT-Medikamentenvergabe?

2.8.3 Empfehlungen

8.1	Empfehlung	Neu (2025)
	Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen sollte eine ganztags-ambulante und/oder stationäre Rehabilitation angeboten werden.	
EK	Bundesverband Suchthilfe 2021, 2022a, Fachverband Sucht+ 2022a, 2022b	
	Konsensstärke: 92,9 % (Konsens)	

8.2	Empfehlung	Neu (2025)
	Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen kann eine ambulante Rehabilitation angeboten werden.	
EK	DG-Sucht & DGPPN 2021, Fachverband Sucht+ 2022a, Becker et al. 2022	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

8.3	Empfehlung	Neu (2025)
	Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie sollte eine ganztags-ambulante oder stationäre Rehabilitation angeboten werden.	
EK	Wittchen et al. 2011, Scherbaum et al. 2017, Bundesverband Suchthilfe 2021, 2022a, 2022b, DRV-Bund 2022, BfArM 2023	
	Konsensstärke: 92,9 % (Konsens)	

8.4	Empfehlung	Neu (2025)
	Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie kann eine ambulante Rehabilitation angeboten werden.	
EK	Wittchen et al. 2011, Scherbaum et al. 2017, DG-Sucht & DGPPN 2021, Bundesverband Suchthilfe 2021, 2022a, 2022 b, DRV Bund 2022, BfArM 2023	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

8.5	Empfehlung	Neu (2025)
	Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen sollte ein differenziertes Rehabilitationsangebot (inklusive Kombi-Angeboten) angeboten werden.	
EK	DG-Sucht & DGPPN 2021	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

8.6	Empfehlung	Neu (2025)
	Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie kann ein differenziertes Rehabilitationsangebot angeboten werden.	
EK	DG-Sucht & DGPPN 2021	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

8.7	Statement	Neu (2025)
	Sofern Menschen mit einer opioidbezogenen Störung eine suchtspezifische Rehabilitationsbehandlung Opioid-Agonisten-Therapie (OAT)-gestützt wahrnehmen, sollte die Dauer und die Dosis des OAT-Medikaments bei vorliegender Indikation partizipativ zwischen den Behandler:innen und den Betroffenen vereinbart werden.	
EK	Schönthal et al. 2013, Funke et al. 2020	
	100 % (Starker Konsens)	

2.8.4 Hintergrund der Evidenz

Die systematische Recherche ergab weder Ergebnisse zu Primärstudien (RCTs oder Kohortenstudien) noch zu vorhandener Sekundärliteratur in Form von systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen. Die Empfehlungen in diesem Kapitel sind getrennt nach den beiden Behandlungsansätzen ohne und mit der Unterstützung von OAT-Medikation formuliert. Die Empfehlungen basieren neben der Expert:innenmeinung auf einer überschaubaren Anzahl von Arbeiten zum Versorgungssystem. Basisdokumentationen auf der Grundlage des Deutschen Kerndatensatzes und Wirksamkeitsstudien werden seit Jahren vom Fachverband Sucht (FVS+) und dem Bundesverband Suchthilfe (bus.) für den Behandlungsansatz ohne OAT durchgeführt. Durch die Vollerhebung der Entlassjahrgänge aller Rehabilitationseinrichtungen in Bezug auf Basisdokumentation und Einjahreskatamnese ergeben sich für diesen Behandlungsansatz hohe Fallzahlen, deren Ergebnisse die Expert:innenmeinung untermauern.

Die Datenlage zur Rehabilitation von Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen in OAT ist dagegen gering. Scherbaum et al. (131) haben Daten aus vier Rehabilitationskliniken in

Deutschland ausgewertet und veröffentlicht. Schönthal et al. (132) haben mit der Begleitstudie zu *SURE – Substitutionsgestützte Rehabilitation in abstinenzorientierter Therapie* ebenfalls Daten eingebracht. Aufgrund der noch zu geringen Anzahl von Rehabilitationsbehandlungen unter OAT im ganztägig-ambulanten und stationären Rehabilitationsbereich liefern die Fachverbände bus. e. V. und FVS+ noch keine differenzierten Daten zur OAT-gestützten Rehabilitation Die Datenlage aus der ambulanten Versorgung von Patient:innen in OAT ist gleichwohl umfangreicher. Insbesondere die PREMOS-Studie hat entscheidende Hinweise zur Versorgung von OAT-Patient:innen und zum Behandlungsverlauf beigetragen (76). Seit 1996 wird das Behandlungsspektrum in der ganztägig-ambulanten und stationären Rehabilitation langsam, aber kontinuierlich durch OAT-gestützte Rehabilitation erweitert.

2.8.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 8.1

Darlegung der Evidenzgrundlage

Die Ergebnisse der Basisdokumentation und Katamnese der unten aufgeführten Suchtfachverbände beziehen sich auf Rehabilitand:innen aus Drogenfachkliniken, ganztägig-ambulanten Reha- und Adaptionseinrichtungen. Die Adaption ist Teil der medizinischen Rehabilitation mit dem Ziel, veränderte Verhaltensweisen zu festigen und im Alltag zu verankern. Sie unterstützt die berufliche Integration, die Verselbstständigung im Wohn- und Lebensbereich und erfolgt in spezialisierten Einrichtungen. Eine stoffgruppenspezifische Auswertung liegt nicht vor. Zur Fundierung der Empfehlungen wird der Anteil opioidbezogener Störungen und der Polytoxikomanie berücksichtigt. Klinische Erfahrungen zeigen keine signifikanten Unterschiede in den Behandlungsergebnissen von Rehabilitand:innen mit opioidbezogenen Störungen im Vergleich zu anderen stoffbezogenen Störungen. Daher sind die Gesamtergebnisse der Rehabilitation übertragbar.

In der Auswertung der Basisdaten zum Entlassungsjahrgang 2021 des Bundesverbandes Sucht (133) erhielten 13,6 % der Rehabilitand:innen die Hauptdiagnose Störungen durch Opioide (ICD-10 F11) und 26,3 % die Hauptdiagnose Polytoxikomanie (ICD-10 F19). 69,7 % wurden planmäßig aus der stationären Rehabilitation und 88,4 % planmäßig aus der ganztägig ambulanten Rehabilitation entlassen. Im Verlauf der Adaptionsbehandlung konnte die Erwerbstätigkeit von Behandlungsbeginn (8,9 %) zum Behandlungsende (21.7 %) um 12,8 % gesteigert werden (26,6 % mit einer opioidbezogenen Störung oder Polytoxikomanie).

In 2021 sind nach der Basisdokumentation des Fachverbandes Sucht (134) insgesamt 3.197 Rehabilitand:innen in Fachkliniken für Drogenabhängigkeit behandelt worden. Eine planmäßige Entlassung lag für den Entlassjahrgang 2021 bei einer Gesamtstichprobe von

N = 3.197 mit n = 1.555 Rehabilitand:innen ohne psychische Komorbidität bei 66,2 % vor, bei Rehabilitandi:innen mit mindestens einer komorbiden psychischen Störung bei 65,3 %.

Die Katamneseanalysen zeigen eine deutliche Verbesserung der Erwerbstätigkeit nach der Rehabilitation. In der stationären & ganztägig-ambulanten Drogenrehabilitation steigerte sich die Erwerbstätigkeit um 20,6 %, in den Adaptionseinrichtungen besonders deutlich von 12,6 % auf 44,7 % und in der ganztägig-ambulanten Rehabilitation kam es zu keiner Veränderung (~50 % Erwerbstätige), jedoch war langfristig (2018–2019) ein positiver Trend mit +13,0 % zu beobachten (DGSS 3). Die Erfolgsquoten blieben über die Jahre stabil (max. Schwankung 5 %). Besonders in Adaptionseinrichtungen zeigt sich ein klarer Effekt auf die berufliche Wiedereingliederung.

Bei der Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen zeigen die durchgehend abstinenten Rehabilitand:innen im Vergleich zu den abstinenten Rehabilitand:innen nach Rückfall und den rückfälligen Rehabilitand:innen für alle abgefragten Items bessere Ergebnisse (135). Insbesondere die Items Umgang mit Suchtverhalten (abstinent 98,7 %, abstinent nach Rückfall 59,3 %, rückfällig 48,5 %), psychische Gesundheit/seelischer Zustand (abstinent 86,9 %, abstinent nach Rückfall 48,1 %, rückfällig 51,5 %) und beruflicher Lebensbereich (abstinent 76,6 %, abstinent nach Rückfall 57,7 %, rückfällig 54,8 %) zeigen deutliche Unterschiede. Die katamnestische Erfolgsquote nach DGSS 4 und DGSS 3 im Vergleich „keine psychische Komorbidität“ (DGSS 4: 18,0 % und DGSS 3: 72,4 %) vs. „mindestens eine psychische Komorbidität“ (DGSS 4: 18,2 % und DGSS 3: 71,8 %) zeigen fast identische Ergebnisse.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die o.g. Katamneseergebnisse zeigen deutlich eine Verbesserung in verschiedenen Lebensbereichen (135).

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Bei Menschen, die aus somatischen, psychischen, kognitiven Gründen hinsichtlich den Anforderungen einer ganztägig-ambulanten oder stationären Reha-Maßnahme eingeschränkt oder nicht belastbar sind, sollte geprüft werden, ob es für sie spezielle Reha-Einrichtungen mit einem passenden Reha-Angebot, z.B. Abhängigkeit und Psychose, gibt. Trifft dies nicht zu,

sollten ambulante, ganztägig-ambulante oder stationäre Maßnahmen zur Schadensbegrenzung (harm reduction) eingeleitet werden.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Es ist darauf zu achten, dass in der Vorbereitung auf Rehabilitationsmaßnahmen seitens der Suchtberatung und der Rehabilitand:innen rechtzeitig Kontakt zur Reha-Einrichtung aufgenommen wird. Dabei sind die Rehabilitand:innen über die Rahmenbedingungen der Rehabilitationsmaßnahme zu informieren, Behandlungsbedarfe zu klären und die aktuelle Medikation sowie deren Fortführung zu besprechen. Es ist hinsichtlich der sucht- und psychotherapeutischen Behandlung eine gesetzlich verpflichtende Risikoaufklärung durch die leitende Ärztin oder den leitenden Arzt vorzunehmen. Eine vorläufige Gesamtrehaplanung, die neben der geplanten Reha-Maßnahme auch Fragen der Weiterbehandlung umfasst, sollte ebenfalls mit Rehabilitand:innen erörtert werden. Des Weiteren sollten Rehabilitand:innen und Reha-Einrichtung gegenseitig Kontakt halten, um die Aufnahmen in die qualifizierte Entgiftung und den nahtlosen Aufnahmetermin in die Reha-Einrichtung zu koordinieren. Die o.g. Prozesse gelten ebenso für das Entlassmanagement der Reha-Einrichtung in Bezug auf die Weiterbehandlung. Ein Übergabegespräch mit der/dem Weiterbehandler:in vor Entlassung ist zu empfehlen.

2.8.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 8.2

Darlegung der Evidenzgrundlage

Zur Prozess- und Ergebnisqualität in der ambulanten Rehabilitation opioidbezogener Störungen finden sich in der Literatur nur geringe Stichproben (134, 136). Im klinischen Alltag finden sich ebenfalls deutlich weniger ambulante Reha-Gruppen für illegale Drogen. Aus Expert:innensicht ist die Prozess- und Ergebnisqualität zwar geringer als für die ambulanten Reha-Gruppen „Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit“ einzuschätzen, jedoch kann grundsätzlich eine ambulante Rehabilitation für opioidbezogene Störungen empfohlen werden. Als Grundlage unserer EK-Entscheidung beziehen wir uns auf die Ergebnisse der S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen (7) und die darin ausgesprochenen Empfehlung zur generellen Wirksamkeit der postakuten Interventionsformen, die die ambulante Rehabilitation beinhalten (Kapitel 8, S. 325).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die ambulante Rehabilitation wird indikationsgeleitet bei Patient:innen mit kürzerer Abhängigkeitserkrankung und geringen psychischen, körperlichen und sozialen Folgen durchgeführt. Der Behandlungserfolg ist daher mit höherer Wahrscheinlichkeit als bei der

Behandlung einer chronifizierten Abhängigkeitserkrankung mit der damit einhergehenden sozialen Desintegration zu erwarten. In diesem Sinne kann eine frühzeitige ambulante Rehabilitation eine Chronifizierung der Abhängigkeitserkrankung vermeiden.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Siehe entsprechender Gliederungspunkt zur Empfehlung 8.1.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Siehe entsprechender Gliederungspunkt zur Empfehlung 8.1.

Zudem sei darauf hingewiesen, dass eine umfassende teilhabeorientierte Anamnese und Befundung Fehlzuweisungen von Rehabilitand:innen, die die Behandlungskriterien für eine ambulante Rehabilitation nicht erfüllen und aufgrund von Kontraindikationen eher einer ganztägig-ambulanten oder stationären Rehabilitation bedürfen, verhindert. Außerdem sei bei nicht eindeutiger Indikation für eine Reha-Maßnahme auf die Möglichkeit einer Kombi-Behandlung hingewiesen.

2.8.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 8.3

Darlegung der Evidenzgrundlage

Im Jahr 2022 waren in Deutschland ca. 81.200 Menschen mit einer opioidbezogenen Störung in einer OAT (48). PREMOS zeigt, dass stabile Abstinenz in dieser Gruppe mit weniger als 4 % selten ist und die gleichzeitige Behandlung psychischer Störungen oft unzureichend bleibt. Patient:innen in OAT gehören häufig zu den Schwerstkranken mit chronischen Verläufen. Die langfristige Substitution wird als komplexer Prozess beschrieben, der sich durch Phasen von Stabilität und Krisen auszeichnet (76).
PREMOS formuliert weiterhin: “Die Interaktion zwischen … psychosozialen, psychischen und somatischen Aspekten und Problemlagen sowie ihren Interaktionen mit den eigentlichen Suchtprozessen bestimmt einen inter- und intraindividuellen höchst komplexen und variablen Langzeitverlauf, bei denen sich Phasen relativer Stabilität und Besserung mit krisenhaften Zuspitzungen und Verschlechterungen selbst bei positiv verlaufender OAT abwechseln können. Diese variable Krankheitsdynamik bedingt einen kontinuierlichen und fortdauernden individualisiert hochspezifischen Behandlungsbedarf.“ (76).

Die Datenlage zu Behandlungsergebnissen ist begrenzt, insbesondere für Rehabilitanden, die während der Langzeitbehandlung (LRT) ein OAT-Medikament absetzen. Eine Studie der Deutschen Rentenversicherung Bund aus 2017 zeigte, dass 37 % der OAT-Patient:innen eine Nulldosierung erreichten und 28 % die LRT abschlossen, was im Vergleich zu einer Kontrollgruppe zufriedenstellend war (27).

Im 1. und 2. Jahr nach der medizinischen Rehabilitation werden 88,2 Beschäftigungstage von der DRV Bund erwartet. Die Fachklinik Release, die OAT-gestützte Rehabilitation anbietet, verzeichnete 85 Beschäftigungstage, was nur 3,17 Tage unter dem erwarteten Wert liegt (137).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die o.g. Ergebnisse geben Hinweise, dass auch OAT-gestützte Rehabilitationsmaßnahmen von den Patient:innen erfolgreich abgeschlossen werden, insbesondere von denen, die das OAT-Medikament vollständig abdosiert haben. Auch im Outcome nach 12 Monaten und 24 Monaten schlossen die Patient:innen der OAT-orientierten Rehabilitation in Bezug auf die Beschäftigungstage nur geringfügig schlechter im Vergleich zu den nicht OAT-gestützen Patient:innen ab (133, 138).

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Siehe entsprechender Gliederungspunkt zur Empfehlung 8.1.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Siehe entsprechender Gliederungspunkt zur Empfehlung 8.1.

Zudem sei auf den Kontakt zwischen Rehabilitand:innen und Reha-Einrichtung bzgl. des OAT-Medikaments (ggf. Reduzierung) und auch ggf. im Rahmen eines Übergabegesprächs noch vor der Entlassung im Hinblick auf die weiterbehandelnde Reha-Einrichtung und/oder OAT-Praxis, hingewiesen.

2.8.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 8.4

Darlegung der Evidenzgrundlage

Siehe entsprechender Gliederungspunkt zur Empfehlung 8.2. in Bezug auf OAT-gestützte Patient:innen.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Siehe entsprechender Gliederungspunkt zur Empfehlung 8.2.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Siehe entsprechender Gliederungspunkt zur Empfehlung 8.1 bezogen auf die Anforderungen einer OAT-gestützten Reha-Maßnahme.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Siehe entsprechender Gliederungspunkt zur Empfehlung 8.2 bezogen auf eine OAT-gestützte Rehabilitation.

2.8.4.5 Hintergrundtext zur Empfehlung 8.5

Darlegung der Evidenzgrundlage

Für diese Empfehlung haben wir keine spezifische Literatur hinsichtlich eines differenzierten Reha-Angebots (inkulsive Kombi-Angeboten) für opioidbezogene Störungen gefunden und beziehen uns als Grundlage unseres EK auf die Ergebnisse der S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen (7) und der darin ausgesprochenen Empfehlung zur Komplexbehandlung (Kapitel 8, S. 328).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Auch wenn die Literaturrecherche keine wissenschaftlichen Veröffentlichungen zu einem differenzierten Reha-Angebot bei opioidbezogenen Störungen ergeben hat, zeigt die klinische Erfahrung, dass eine Kombination verschiedener Reha-Leistungsformen auch bei opioidbezogenen Störungen die Rückfallwahrscheinlichkeit während der Kombination der verschiedenen Rehabilitationsmaßnahmen senken und eine teilhabeorientierte soziale und berufliche Reintegration wahrscheinlicher machen kann.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Siehe entsprechender Gliederungspunkt zur Empfehlung 8.1 bezogen auf die Anforderungen einer OAT-gestützten Reha-Maßnahme.

Zudem sollte eine anschließende Weiterbehandlung im ambulanten, ganztätig-ambulanten oder stationären (Adaption) Reha-Setting berücksichtigt werden.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Siehe entsprechender Gliederungspunkt zur Empfehlung 8.1.

2.8.4.6 Hintergrundtext zur Empfehlung 8.6

Darlegung der Evidenzgrundlage

Siehe entsprechender Gliederungspunkt zur Empfehlung 8.5.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Auch wenn die Literaturrecherche keine wissenschaftlichen Veröffentlichungen zu einem differenzierten Reha-Angebot bei OAT-gestützten Patient:innen ergeben hat, zeigt die klinische Erfahrung, dass eine Kombination verschiedener Reha-Leistungsformen auch bei diesen Patient:innen die Rückfallwahrscheinlichkeit während der Kombination der verschiedenen Rehabilitationsmaßnahmen senken und eine teilhabeorientierte soziale und berufliche Reintegration wahrscheinlicher machen kann. Siehe entsprechender Gliederungspunkt zur Empfehlung 8.5.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Siehe entsprechender Gliederungspunkt zur Empfehlung 8.5.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Siehe entsprechender Gliederungspunkt zur Empfehlung 8.3.

2.8.4.7 Hintergrundtext zum Statement 8.7

Darlegung der Evidenzgrundlage

Es gibt bisher im deutschsprachigen Raum kaum Literatur zur OAT-gestützten stationären Rehabilitation. Eine Arbeit von Schönthal et al. (132) beschreibt den Verlauf eines Förderprojektes in Baden-Württemberg, welches dort erstmalig in Absprache mit den Leistungsträgern eine OAT-gestützte Rehabilitation mit dem Ziel der vollständigen Abdosierung bei Entlassung durchgeführt werden konnte. Erste Erfahrungen zeigten, dass eine OAT-gestützte Reha-Maßnahme im Klinik-Setting einer Reha-Klinik, die die Mehrheit ihrer Rehabilitand:innen ohne OAT-Medikament behandelt, möglich ist. Die recht kleine Stichprobe ließ eine statistisch aussagekräftige Auswertung nicht zu. Als erstes Ergebnis konnte jedoch festgestellt werden, dass die Vorbereitung für diese Form der Behandlung und die Beachtung von Indikationen- wie Kontraindikationen ausschlaggebend für eine passgenaue Reha-Maßnahme sind. Aufgrund dieses Projektes, welches in Baden-Württemberg in dieser Fachklinik von dem federführenden Leistungsträger als Regelbehandlung zugelassen wurde, wird inzwischen sogar die Entscheidung über eine komplette bzw. teilweise Abdosierung des OAT-Medikaments als Reha-Ziel in die Hände der ärztlichen und therapeutischen Behandler gelegt.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aufgrund der aktuellen Praxis der Rahmenbedingungen für OAT-gestützte Reha der Reha-Leistungsträger ist die Barrierefreiheit für den Zugang und die Behandlung von Menschen in OAT eingeschränkt. Daraus ergeben sich negative Folgen von der Unterversorgung somatischer und psychischer Folgeerkrankungen über das Ausgrenzen von der Teilnahme notwendiger aktivitäts- und teilhaberorientierter Behandlungsmaßnahmen bis hin zur vermeidbaren Letalität im Vorfeld der Behandlung. Auch während der Reha-Maßnahmen können rigide Abdosierungsprogramme zu unnötigen somatischen, wie psychischen Krisen führen, die unter Umständen Behandlungsabbrüche zur Folge haben. Behandlungsabbrüche führen wiederum nach den Ergebnissen der Katamneseforschung mittel- bis langfristig meist zu einem schlechteren Outcome.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die das Statement nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Schlussfolgernd bedarf es der oben geforderten partizipativen Entscheidung zwischen Patient:innen/Rehabilitand:innen in Bezug auf die OAT-Medikation. Dabei ist insbesondere bei Behandler:innenwechsel eine umfassende Übergabe zu gewährleisten.

2.8.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Spezifische Auswertungen von Fällen mit opioidbezogenen Störungen als Einzeldiagnose und im Rahmen der Polytoxikomanie in den einzelnen Formen der Reha-Behandlung (ambulant, ganztägig-ambulant, stationär).
- Einrichtungsübergreifende Auswertungen für opioidbezogene Störungen in Bezug auf ambulante, ganztägig-ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen im Rahmen von Komplexbehandlungen.
- Spezifische Auswertungen von Fällen mit opioidbezogenen Störungen als Einzeldiagnose und im Rahmen der Polytoxikomanie in den einzelnen Formen der OAT-gestützten Reha-Behandlung (ambulant, ganztägig-ambulant, stationär).
- Einrichtungsübergreifende Auswertungen für opioidbezogene Störungen in Bezug auf ambulante, ganztägig-ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen im Rahmen von OAT-gestützten Komplexbehandlungen.

2.9 Somatische Komorbiditäten

Ulrich W. Preuß, Markus Backmund, Elisabeth Müller, Nadja Nestler, Michael Rinecker

2.9.1 Einleitung

Die Raten von komorbiden somatischen Störungsbildern sind bei Personen mit opioidbezogenen Störungen hoch. Generell kann bei Personen mit intravenösem Drogenkonsum, inklusive der intravenösen Applikation von Opioiden (z.B. Heroin, Fentanyl), aber auch kombiniert mit Stimulanzien wie Methamphetamin und Kokain, ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von Infektionserkrankungen festgestellt werden. Dies trifft insbesondere auf das menschliche Immunschwächevirus (Human Immunodeficiency Virus; HIV), Hepatitis-C-Virus (HCV) und infektiöse Endokarditis zu (139, 140).

Gemeinsam genutztes oder verwendetes Injektionsmaterial erhöht die Infektion über durch Blut übertragbare Virusinfektionen, wie HIV und Hepatitis B und C und erhöht zudem das Risiko von bakteriellen und Pilzinfektionen, die eine Endokarditis verursachen können (139, 141). Im Jahr 2018 wurden 10 % der neuen HIV-Diagnosen auf intravenösen Drogenkonsum oder sexuellen Kontakt von Mann zu Mann zurückgeführt (141). In den letzten zehn Jahren haben virale Hepatitis, HIV sowie bakterielle und Pilzinfektionen aufgrund des intravenösen Drogenkonsums in den USA zugenommen (142). In einer Studie aus dem Jahr 2019 machte die infektiöse Endokarditis 14 % der bakteriellen oder Pilzinfektionen bei Personen, die Drogen injizieren aus (143).

Zusätzlich zu Spritzenaustauschprogrammen, die Ausbrüche von Infektionskrankheiten verringern (144), wurde die Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) als möglicher Therapieansatz zur Verringerung von Infektionskrankheiten identifiziert.

2.9.2 Klinische Fragestellungen

1. Führt eine OAT bei Personen mit opioidbezogenen Störungen, die sich in Therapie für eine somatischen Erkrankung befinden, zu einem höheren Therapieerfolg der somatischen Erkrankung, einer erfolgreicheren Symptomreduktion der somatischen Erkrankung, verbesserten körperlichen Gesundheit, höheren Behandlungsretention oder geringeren Nebenwirkungen im Vergleich zu keiner OAT?
2. Führt der Einsatz von Add-on-Medikamenten (Nichtsteroidale Antiphlogistika, Gabapentinoide, andere Opioide) bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in OAT

und chronischen Schmerzen (tumor- und nicht-tumorbedingt, akute Schmerzen, neuropathische Schmerzen) zu einer höheren Retention, einer geringeren Schmerzintensität, einer höheren Lebensqualität, geringerem Craving oder einem geringeren Konsum zusätzlicher Substanzen im Vergleich zu einer Vergleichsmedikation oder Placebo? *(Diese klinische/PICO-Frage wird aufgrund von mangelnder Evidenz nicht mit einer Empfehlung beantwortet.)*

2.9.3 Empfehlungen

<table>
<tr><th>9.1</th><th colspan="2">Empfehlung</th><th>Neu (2025)</th></tr>
<tr><td>Empfehlungsgrad
0 ⇔</td><td colspan="3">Eine Opioid-Agonisten-Therapie kann angeboten werden, um in der Behandlung der somatischen Komorbidität die Wahrscheinlichkeit der HIV-Virussuppression, die Adhärenz zur HIV-Therapie und die fortgesetzte Virus Response bei HCV zu verbessern.</td></tr>
<tr><td colspan="4">McNamara et al. 2021</td></tr>
<tr><td colspan="4">Qualität der Evidenz</td></tr>
<tr><td>HIV-Virussuppression: Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</td><td>Therapieadhärenz der HIV-Therapie (antiretroviral treatment (ART) adherence): Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</td><td>HCV sustained virologic response (SVR): Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</td><td>AMSTAR 2: niedrige Qualität</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)</td></tr>
</table>

2.9.4 Hintergrund der Evidenz

Eine Metaanalyse wurde identifiziert (14), die sich mit der Wirkung von Opioid-Agonisten-Medikamenten bei opioidbezogenen Störungen auf die Behandlungsergebnisse bei durch Opioidkonsum bedingten Infektionskrankheiten beschäftigte. Darunter zählten die Adhärenz bei antiretroviraler Therapie (ART), virale Suppression des HIV, anhaltendes virologisches Ansprechen des HCV, HCV-Reinfektionen, neue Hepatitis-B-Virus-Infektionen und infektiöse endokarditisbedingte Folgen.

2.9.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 9.1

Darlegung der Evidenzgrundlage und Begründung des Empfehlungsgrades

Ziel der systematischen Übersichtsarbeit und Metaanalyse ist die Untersuchung der Beziehung zwischen einer OAT und den vier am häufigsten in der Literatur erwähnten Infektionskrankheiten bei opioidbezogenen Störungen (HIV, Hepatitis-C-Virusinfektion,

Hepatitis-B-Virusinfektion und infektiöse Endokarditis) sowie die Adhärenz bei ART sowie HIV-Virussuppression bei Menschen mit HIV, anhaltendes virologisches Ansprechen und Reinfektion bei Personen Hepatitis-B-Virus (HBV)-Erkrankungen. Aus der systematischen Literaturrecherche der McNamara-Studie (14) konnten aus N = 17.180 ursprünglich recherchierten Artikeln n = 9 für die abschließende Auswertung eingeschlossen werden.

Die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien waren homogen für die beiden Endpunkte, für die die Metaanalyse durchgeführt werden konnte: HIV-Virussuppression und ART-Einhaltung. Durch die Analyse wurden keine Studien zur Wirkung einer OAT auf neue HBV-Infektionen eingeschlossen.

Alle fünf Studien, in denen die Wirkung einer OAT auf die HIV-Virenreduktion untersucht wurde, berichteten über eine signifikante Beziehung im Sinne einer Reduktion (140, 145-148). Reddon et al.(145), Roux et al. (146) und Socías et al. (147) berichteten über signifikante Auswirkungen der Methadonbehandlung auf die Virussuppression nach sechs Monaten. Beide Studien von Springer et al. (140, 148) berichteten über virale Suppression als HIV-1-Ribonukleinsäure (RNA) < 50 Kopien/ml mit statistisch signifikanter Verbesserung mit Buprenorphin (BPN) oder extended-release Naltrexon (XR-NTX). Von Springer et al. (148) wurde festgestellt, dass die Einnahme von Methadon mit keinem signifikanten Einfluss auf das Erreichen einer maximalen Virussuppression assoziiert ist.

Analysen von Viruslastwerten von < 400 Kopien/ml wurden ebenfalls verwendet, allerdings konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen der Nicht-BPN/Naloxon (NLX)-Gruppe und der BPN/NLX Gruppe über 24 Wochen gefunden werden (148). Reddon et al. (145) und Socías et al. (147) verwendeten HIV-1-RNA < 500 Kopien/ml als Grenzwert für die virale Suppression.

Roux et al. (146) maß die Virussuppression auf den „HIV-1“ RNA-Gehalt unterhalb der „unteren Nachweisgrenze des Assays“. Der verwendete Test wurde allerdings nicht spezifiziert. Springer et al. (140) war der einzige RCT, der alle Kriterien für diese Überprüfung erfüllte. In dieser Studie wurde ein signifikanter Anstieg der Virussuppression bei sechsmonatiger Nachbeobachtung (60,6 %) im Vergleich zum Ausgangswert (37,9 %) bei randomisierten Teilnehmer:innen auf XR-NTX gemessen. Die Placebo-Gruppe zeigte eine verminderte Virussuppression. Die Werte nach sechs Monaten waren aber nicht statistisch signifikant (55,6 % zu Studienbeginn und 40,7 % nach sechs Monaten). Die gesamte 24-wöchige Verweildauer auf BPN/NLX war statistisch signifikant. Zusammengenommen konnte die Metaanalyse belegen, dass eine OAT die Wahrscheinlichkeit einer Virussuppression signifikant (OR = 2,19; 95 % CI = 1,88-2,56; Q = 3,78; p = 0,580) erhöht. Nach GRADE wurde das Vertrauen in die Evidenz aber als *sehr niedrig* bewertet. Entsprechend wird empfohlen,

dass eine OAT für bessere Behandlungserfolge bei der HIV-Therapie angeboten werden kann. In einer weiteren Auswertung wurde die Studie von Reddon et al. (145) ausgeschlossen, da die dort berechneten Wirkungsabschätzungen nicht bereinigt waren und die Studie auf Daten der HIV-RNA-Bewertungen statt durch Proband:innen basierte. Nach Ausschluss von Reddon et al. (145) blieb die Verwendung von OAT weiterhin signifikant mit einer viralen Suppression verbunden (OR = 2,03; 95 % CI = 1,60-2,59).

Adhärenz zur antiviralen Therapie

Drei Studien untersuchten die Wirkung einer OAT auf die ART (146, 149, 150). Obwohl zwei Studien einen positiven Zusammenhang zwischen OAT und ART zeigten (149, 150) und eine Studie keine Effektschätzungen darstellte (146), konnte insgesamt kein signifikanter Zusammenhang zwischen OAT und ART gefunden werden.

Mazhnaya et al. (149) und Uhlmann et al. (150) definierten als optimale Einhaltung der ART die Einnahme von > 95 % der verordneten Dosen, während die Studie von Roux et al. 2009 die 100 %ige ART als Outcome bewertete. Auch die Methoden zur Erhebung von Compliancedaten zur Ermittlung der ART waren über die Studien unterschiedlich, obwohl alle validierte Maßnahmen verwendeten. Mazhnaya et al. (149) und Roux et al. (146) verwendeten validierte Fragebögen zur Selbstberichterstattung für die Einhaltung in den letzten 30 Tagen. Uhlmann et al. 2010 bewerteten die ART anhand von Rezeptabholungen in den letzten sechs Monaten. Die Metaanalyse (14) ergab, dass unter einer OAT die Wahrscheinlichkeit der ART signifikant anstieg (OR = 1,55; 95 % CI = 1,12-2,15). Insgesamt wurde aber ein OR für die Besserung der Therapiecompliance von 1,85 (CI = 0,80-4,26) angegeben, bei einer GRADE-Bewertung von *sehr niedrig*.

Ansprechen der Hepatitis-C-Virus-Therapie bei Opioid-Agonisten-Therapie

In einer Studie wurden die Wirkungen von Buprenorphin auf eine anhaltende Reduktion des HCV-Virus untersucht (151). Diese Studie zeigte, dass Teilnehmer:innen mit HCV und opioidbezogenen Störungen, die auf Buprenorphin zur OAT eingestellt waren, nach 12 Wochen signifikant häufiger eine anhaltende Besserung der HCV-Virusmenge aufwiesen (gemessen anhand des HCV-RNA-Spiegels; 92 %) verglichen mit denjenigen, die nie Buprenorphin einnahmen (64 %) und Patient:innen, die mit Buprenorphin begonnen, aber dieses abgesetzt hatten (63 %). Dieser Befund blieb auch nach Anpassung der HCV-Therapie-Adhärenz signifikant (151). Laut der Metaanalyse kann das Outcome „Therapieerfolg bei HCV-Therapie“ unter OAT zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit des Erfolges der HCV-Therapie nach 3 Monaten führen (gemessen als „HCV sustained virologic response“; RR = 1.46, CI = 1.10-1.93). Die GRADE Bewertung war *sehr niedrig*.

Infektiöse Endokarditis („antimicrobial completion“)

Eine Studie bewertete die „antimicrobial completion“ der infektiösen Endokarditis (152). Diese Studie berichtete, dass kein signifikanter Unterschied bei Beendigung der antimikrobiellen Behandlung hinsichtlich der Besserung der Endokarditis bei Patient:innen in OAT im Vergleich zu denen, die keine OAT erhielten, gemessen wurde. Von den 16 Teilnehmer:innen, die eine OAT zum Zeitpunkt des Index-Krankenhausaufenthalts erhielten, wiesen n = 14 (87 %) eine durchgehende Antibiose auf vs. n = 10 (100 %) der Nicht-OAT-Proband:innen, die Antibiotika absetzten. Wie bereits erwähnt, waren in der Studie 50 % der Nicht-OAT-Proband:innen während der Nachbeobachtung auf eine OAT eingestellt, was diese Ergebnisse möglicherweise beeinflusst haben könnte. Für Empfehlungen konnte abgeleitet werden, dass die OAT im Vergleich zu keiner OAT zu keinem Unterschied in Bezug auf den Therapieerfolg der Endokarditis führte (gemessen als „antimicrobial completion“, OR = 0,88, CI = 0,73-1,05). Die GRADE-Bewertung war *sehr niedrig*, eine Empfehlung für die Praxis daraus aber nicht ableitbar.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.9.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Mehr RCTs oder Kohortenstudien zur Behandlung der Endokarditis bei Personen in OAT.
- Mehr RCTs oder Kohortenstudien zu komorbiden Infektionserkrankungen bei Personen in OAT.
- Mehr RCTs oder Kohortenstudien zu komorbiden somatischen Erkrankungen anderer Organsysteme (Herz-Kreislauf, Leber, Gehirn) bei Personen in OAT.
- Beobachtungsstudien zum Monitoring der Beschwerden unter Therapie.

2.10 Psychische Komorbiditäten

2.10.1 Allgemeiner Teil

Ulrich W. Preuss

2.10.1.1 Einleitung

Komorbide psychische Begleiterkrankungen treten häufig bei Personen mit opioidbezogenen Störungen auf. Epidemiologische Studien haben aufgezeigt, dass die Prävalenz des Drogenkonsums bei Menschen mit psychischen Störungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht ist (153).

In einer aktuellen Studie mit N = 208 opioidabhängigen i. v. Drogenkonsument:innen (154) erfüllten 48 % der Befragten das Kriterium für mindestens eine akute Achse-I-Störung nach DSM. 38 % der Befragten hatten mindestens eine affektive Störung, 32 % wiesen Angststörungen auf. Major Depression (17 %) und bipolare Depressionen (I und II; 17 %) hatten eine ähnliche Prävalenz, während die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) die häufigste Traumafolgestörung (oder spezifisch Belastungs-assoziierte Störung) war (21 %). Eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung (38 %) war in dieser Stichprobe häufiger als die Borderline-Persönlichkeitsstörung (11 %) vertreten. 67 % der Stichprobe erfüllten die Kriterien für mindestens eine weitere Substanzkonsumstörung neben der opioidbezogenen Störung.

Gründe für das gehäufte gemeinsame Auftreten von psychischen Erkrankungen sowie Substanzkonsumstörungen (im spezielle opioidbezogene Störungen) können sein: (1) dass die Doppeldiagnosen aus Risikofaktoren resultieren, die beiden Störungen gemeinsam sind (z.B. negative Kindheitserfahrungen), (2) gemeinsame genetische Anfälligkeit, die zur Fehlregulation von Neurotransmittersystemen beiträgt (z.B. Dopamin und Glutamat) und das Risiko für die jeweils andere Störung erhöht (155, 156) und (3) Substanzen können als Mittel der Selbstmedikation verschiedener akuter Symptome bei Patient:innen mit psychischen Störungen verwendet werden (157).

Die hohen Raten der psychischen und substanzbedingten Störungen in verschiedenen Stichproben (153) und in Stichproben von i. v. Drogenkonsument:innen (154, 158) haben negative Folgen, die sich auf das Risiko der Selbst- und Fremdgefährdung und eine Beeinträchtigung der Wirksamkeit von kommunalen Programmen (z.B. Spritzenaustauschprogramme) beziehen (158). Studien über andere Stichproben von Opioidabhängigen haben gezeigt, dass psychische Komorbidität bei opioidbezogenen

Störungen zu höherem zusätzlichen Substanzkonsum und größere Raten von HIV-Risikoverhaltensweisen führt (159, 160). Außerdem sind bei komorbidem Substanzkonsum die Behandlungsergebnisse einer psychiatrischen Therapie deutlich schlechter (161) und die Gefahr eines Therapieabbruches oder eines Ausschlusses der Betroffenen signifikant erhöht.

Die folgenden allgemeinen Empfehlungen werden vor die Empfehlungen für spezifische komorbide psychische Erkrankungen bei opioidbezogenen Störungen gestellt, da sie diagnoseübergreifend Hinweise zur Diagnostik und Therapie geben. Spezifische Empfehlungen zur Diagnostik, Psychopharmaka- und Psychotherapie sowie Setting-Bedingungen zu den jeweiligen komorbiden Störungsbildern finden sich in den folgenden Abschnitten dieses Kapitels (2.10.2 bis 2.10.6).

2.10.1.2 Klinische Fragestellung

1. Führt eine Psychotherapie, Pharmakotherapie oder Kombination beider Therapien bei opioidabhängigen Personen (in qualifiziertem Entzug oder OAT) mit psychischer Komorbidität von Angststörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), Bipolaren Erkrankungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen oder Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) zu einer größeren Verbesserung der Komorbidität oder der Konsummuster im Vergleich zu einem Treatment-as-usual (TAU) oder Placebobedingungen?

2.10.1.3 Empfehlungen

10.1.1	Empfehlung	Neu (2025)
	Bei Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen sollte eine (erstmalige) Diagnose einer komorbiden psychischen Erkrankung erst nach Abklingen einer akuten und schweren Entzugssymptomatik oder nach Einstellung auf eine Opioid-Agonisten-Therapie gestellt werden.	
EK	DGPPN & DG-Sucht 2020, DG-Sucht & DGPPN 2021	
	Konsensstärke: 66,7 % (Mehrheitliche Zustimmung)	

10.1.2	Empfehlung	Neu (2025)
	Bei Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen soll die Diagnostik und Therapie einer komorbiden psychischen Erkrankung* in Anlehnung an die Leitlinie zur jeweiligen Erkrankung erfolgen. *Angststörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Schizophrenie, Bipolare Störung, Unipolare Depression, Borderline-Persönlichkeitsstörung	
EK	DGPPN & DG-Sucht 2020, DG-Sucht & DGPPN 2021	
	Konsensstärke: 85,3 % (Konsens)	

10.1.3	Empfehlung	Neu (2025)
	Patient:innen mit Opioidabhängigkeit und (schweren) komorbiden psychischen Erkrankungen soll eine stationäre Behandlung angeboten werden.	
EK	Australian National Guidelines for Medication Assisted Treatment of Opioid Dependence 2014	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

10.1.4	Empfehlung	Neu (2025)
	Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen und komorbiden psychischen Erkrankungen soll eine integrierte Behandlung angeboten werden. Ist eine integrierte Behandlung nicht möglich, so soll eine Koordination der Behandlungen gewährleistet werden.	
EK	Charney et al. 2001, Kidorf et al. 2013, 2015, Wüsthoff et al. 2014, Alegria et al. 2019, DGPPN & DG-Sucht 2020, DG-Sucht & DGPPN 2021	
	Konsensstärke: 93,6 % (Konsens)	

10.1.5	Empfehlung	Neu (2025)
	In der Akutsituation soll, neben der Behandlung der Suchterkrankung, die Schwere der jeweiligen komorbiden psychischen Erkrankung (z.B. akutes ausgeprägtes psychotisches Syndrom) die Priorität/Reihenfolge bestimmen.	
EK	DG-Sucht & DGPPN 2021	
	Konsensstärke: 81,3 % (Konsens)	

10.1.6	Empfehlung	Neu (2025)
	Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen und komorbider psychischer Erkrankung können psychotherapeutische Verfahren, Methoden und Techniken angeboten werden, deren Wirksamkeit und Sicherheit auch im Zusammenhang mit anderen Substanzgebrauchsstörungen nachgewiesen wurde (z.B. Kognitive Verhaltenstherapie, Motivational Interviewing, Psychoedukation).	
EK	DGPPN & DG-Sucht 2020, DG-Sucht & DGPPN 2021	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

10.1.7	Empfehlung	Neu (2025)
	Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen, komorbider psychischer Erkrankung und hohem Teilhabebedarf sollte eine medizinische Rehabilitation angeboten werden.	
EK	DG-Sucht & DGPPN 2021	
	Konsensstärke: 93,1 % (Konsens)	

2.10.1.4 Hintergrund der Evidenz

Da sich die oben genannten Empfehlungen nicht auf die Beantwortung der klinischen Fragestellung beziehen, wurde zu diesen keine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Daher basieren die Empfehlungen auf der klinischen Erfahrung der teilnehmenden Expert:innen mit der Intention, den praktisch Tätigen in der suchtmedizinischen und suchttherapeutischen Versorgung praxisnahe Empfehlungshinweise zur Behandlung komorbider psychischer Störungen bei opioidbezogenen Störungen zu geben.

2.10.1.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 10.1.1

Darlegung der Evidenzgrundlage

Wie bereits bei der Leitlinie zu verschiedenen Leitlinien zu Alkohol- und medikamentenbezogenen Störungen festgehalten (7, 22), können durch die Intoxikation von psychotropen Substanzen oder durch das Absetzen der Substanz nach längerem und hochdosiertem Konsum (mindestens mehrere Monate) substanzspezifische psychische und

Verhaltensstörungen auftreten, die denen einer affektiven, bipolaren oder anderen psychischen Störung ähneln können.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aufgrund der fehlenden Studienevidenz wurde die Empfehlung als Expertenkonsens formuliert. Der Nutzen einer abwartenden Haltung besteht in einer präziseren Diagnostik bei potenziell verzögertem Stellen von Diagnosen.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Damit die Diagnostik einer komorbiden psychischen Störung jeweils nach den spezifischen Empfehlungen der entsprechenden Leitlinien erfolgen kann (z.B. S3-Leitlinie Schizophrenie (5); S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen (6); S3-Leitlinie Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression (4); S3-Leitlinie ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen (162); S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung (163); S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (164)), sollte diese nach dem Abklingen der Entzugssymptomatik oder nach Einstellung auf eine OAT angeboten werden. Außerdem sind die dort dargestellten Empfehlungen zu berücksichtigen.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Um einen geeigneten Zeitpunkt für die Diagnostik komorbider psychischer Störungen zu finden, ist die klinische Erfassung von möglichen Symptomen eines Entzugs von Opioiden (ICD-10 F11.3) und einer Intoxikation relevant (ICD-10 F11.0).

2.10.1.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 10.1.2

Darlegung der Evidenzgrundlage

In Referenz auf die S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen (22) und die S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen (7) sind allgemeine Grundsätze bei der Behandlung komorbider psychischer Erkrankungen bei opioidbezogenen Störungen zu beachten. Dies gilt vor allem für mögliche klinische Fragestellungen, die in der aktuellen Leitlinie nicht dargestellt werden. Dann sind die Empfehlungen der jeweiligen spezifischen Leitlinie der komorbiden Erkrankung zu beachten.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aufgrund der fehlenden Studienevidenz wurde die Empfehlung als Expert:innenkonsens formuliert. Der Nutzen besteht in einer Mitbehandlung weiterer psychischer Störungen während ein potenzieller Schaden nicht erkennbar ist.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Die Empfehlung wurde in Analogie zur S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen (7) und der S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen (22) formuliert. Analoge Empfehlungen zur Mitbehandlung weiterer Störungen finden sich auch in anderen Leitlinien (z.B. S3-Leitlinie Schizophrenie (5); S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen (6); Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression (4); S3-Leitlinie ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen (162); S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung (163); S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (164)).

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Die jeweiligen Empfehlungen der o.g. Leitlinien zur Durchführung der Diagnostik sind zu beachten.

2.10.1.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 10.1.3

Darlegung der Evidenzgrundlage

Da es keine spezifischen Studien zur adäquaten Settingzuordnung (stationär, ambulant, teilstationär) bei Personen mit opioidbezogenen Störungen und komorbiden psychischen Erkrankungen gibt, wurde bei dieser Empfehlung die australischen Leitlinien zur OAT (Australian National Guidelines for Medication Assisted Treatment of Opioid Dependence, Empfehlung A3, „Settings for detoxification“(165)) berücksichtigt. Dort wird empfohlen, eine stationäre Behandlung anzubieten, wenn ein „instabiler medizinischer oder psychiatrischer Zustand“ gesehen wird, eine Abhängigkeit von mehreren Substanzen vorliegt oder eine Vorgeschichte von instabilen medizinischen oder psychischen Zuständen festgestellt wird, die ein engmaschiges Monitoring indiziert erscheinen lässt.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aufgrund der fehlenden Studienevidenz wurde die Empfehlung als Expert:innenkonsens formuliert. Der Nutzen besteht in der Möglichkeit einer intensiveren Behandlung weiterer psychischer Störungen im stationären Setting während ein potenzieller Schaden nicht erkennbar ist.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Der Empfehlungsgrad folgt in Analogie der S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen (7). Dort wird für ähnliche Bedingungen eine stationäre Therapie bei komorbiden Patient:innen ebenfalls mit starkem Empfehlungsgrad empfohlen.

Nennen von Personengruppe, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Idealerweise wird die Entscheidung zur Zuweisung in das adäquate Setting durch eine:n (in der Diagnostik und Therapie) erfahrenen Fachärzt:in für Psychiatrie und Psychotherapie oder eine:n andere:n einschlägig erfahrene:n (Fach-)Ärzt:in gestellt.

2.10.1.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 10.1.4

Darlegung der Evidenzgrundlage

Als optimales Behandlungssetting ist aus klinischer Sicht eine „integrierte Behandlung“ (integrierte Behandlungsprogramme; IBP) für komorbide psychische Störungen bei opioidbezogenen Störungen empfehlenswert. Unter einer integrierten Behandlung wird ein Setting verstanden, bei dem Interventionen zur Behandlung der psychischen Erkrankung und der Substanzkonsumstörung kohärent zusammenfügt und flexibel auf die individuellen Patient:innenbedürfnisse abgestimmt werden können. In der Regel werden diese Interventionen zur selben Zeit, im selben Setting und durch dieselben Therapeut:innen durchgeführt (166).

Behandlungselemente der IBP umfassen unter anderem motivierende Interventionen, insbesondere die motivationale Gesprächsführung, die kognitive Verhaltenstherapie, die Rückfallprävention und das Kontingenzmanagement, Familieninterventionen, störungsspezifische Interventionen und eine störungsspezifische Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie (166). Bisherige Studienergebnisse zu Behandlung von Doppeldiagnosen unterscheiden sich allerdings in den Patient:innen-, Behandlungssetting-

und Ergebnisvariablen so stark, dass kaum zwei vergleichbare Studien zur selben Fragestellung zu finden sind. Deshalb fehlen aussagekräftige Untersuchungen, um wissenschaftlich fundierte Schlussfolgerungen zur Wirksamkeit von IBP ziehen zu können (166).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aufgrund der fehlenden Studienevidenz wurde die Empfehlung als Expert:innenkonsens formuliert. Der Nutzen besteht in der Möglichkeit einer intensiveren Behandlung beider Störungsbereiche und ihrer Interaktionen, während ein potenzieller Schaden nicht erkennbar ist.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Patient:innen sollten sich nicht in einem Zustand der akuten Intoxikation oder des schweren Entzuges befinden, außerdem keine schwere akute psychiatrische Symptomatik aufweisen (z.B. schwere psychotische oder affektive Symptome, Selbst- oder Fremdgefährdung), um an einem integrierten Therapieprogramm teilnehmen zu können (167).

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Optimalerweise liegen manualisierte Therapieabläufe für die Durchführung von integrierten Therapien vor (166, 168).

2.10.1.4.5 Hintergrundtext zur Empfehlung 10.1.5

Darlegung der Evidenzgrundlage

Die Empfehlung wird an der S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen (7) orientiert. Im Vordergrund der Behandlung steht im Einzelfall jeweils die akute Symptomatik (akute Psychose, Suizidalität, Fremdgefährdung, akute Intoxikation). Nach Abklingen der akuten Symptomatik soll im Verlauf eine erneute Entscheidung über Behandlungsansatz (z.B. integrierte Therapie) und geeignetes Setting (stationär, Rehabilitation) getroffen werden.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die Empfehlung, wie auch der Empfehlungsgrad, wurde in Analogie zur o.g. Leitlinie formuliert.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Idealerweise wird die Entscheidung zur Zuverweisung in das adäquate Setting durch eine:n (in der Diagnostik und Therapie) erfahrene:n Fachärzt:in für Psychiatrie und Psychotherapie oder eine:n anderen einschlägig erfahrene:n Fachärzt:in gestellt.

2.10.1.4.6 Hintergrundtext zur Empfehlung 10.1.6

Darlegung der Evidenzgrundlage

Die Empfehlung zu psychotherapeutischen Verfahren, Methoden und Techniken wurde in Analogie zu den S3-Leitlinien Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen (7) und Medikamentenbezogene Störungen (22) formuliert. Dort werden die Verfahren der kognitiven (Verhaltens-)Therapie, der Psychoedukation und der motivationalen Gesprächsführung (Motivational Interviewing) empfohlen.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Auch der Empfehlungsgrad wurde in Analogie zu den S3-Leitlinien Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen (7) und Medikamentenbezogene Störungen (22) gewählt.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Idealerweise werden die o.g. Therapieverfahren durch in dem jeweiligen Verfahren ausgebildeten Psycholog:innen und Ärzt:innen angeboten.

2.10.1.4.7 Hintergrundtext zur Empfehlung 10.1.7

Darlegung der Evidenzgrundlage

Wie in der S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen (7) festgehalten, soll nach der Teilnahme an einem qualifizierten Entzug möglichst eine nahtlose Postakutbehandlung angeboten werden. Diese Postakutbehandlung soll in verschiedenen Settings (ambulant, ganztägig ambulant bzw. teilstationär oder stationäre Rehabilitationsbehandlung) erfolgen. Weitere Formen postakuter Interventionen sind Angebote von Einrichtungen, insbesondere soziotherapeutische Einrichtungen für Menschen mit einer Abhängigkeit, die chronisch mehrfach geschädigt sind (chronisch mehrfach beeinträchtigenden Abhängigkeitserkrankung; CMA). Angebote der Eingliederungshilfe, niedrigschwellige Hilfeangebote, Beratungsangebote sowie Maßnahmen der Arbeitsförderung und beruflichen Rehabilitation. Weiter soll nach dieser S3-Leitlinie (7) Patient:innen mit einer Komorbidität und hohem Teilhabebedarf nach einer Akutbehandlung eine medizinische Rehabilitationsmaßnahmen angeboten werden. Sie erfolgen meist als Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation mit den Zielsetzungen Erhalt, Verbesserung oder Wiederherstellung der Funktions-, Leistungs- und Erwerbsfähigkeit der Person und zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben und in der Gesellschaft. Sie werden überwiegend im Auftrag der gesetzlichen Rentenversicherung unter dieser Zielsetzung durchgeführt. Die Rehabilitationsziele sind nur unter der Voraussetzung zu erreichen, dass es den suchtkranken Menschen durch die Rehabilitationsmaßnahme (Rehabilitations-behandlung) gelingt, dauerhaft abstinent zu leben bzw. die Rückfallhäufigkeit, die Rückfalldauer und die Rückfallschwere zu minimieren.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die Empfehlung zum Angebot einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme bei Komorbidität wurde in Analogie zu der S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen (7) formuliert.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Für Personen, die für diese Maßnahmen nicht geeignet sind, ist möglicherweise eine OAT im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes unter Berücksichtigung der psychischen Komorbidität, anzubieten oder zu ermöglichen.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.10.1.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Validität und Reliabilität von Instrumenten zur trennscharfen Diagnostik von komorbiden psychischen und Substanzkonsumstörungen (opioidbezogenen Störungen). Ziel ist die bessere Detektion und validere Diagnose der opioidbezogenen und komorbiden psychischen Störungen.
- Settingspezifische Zuweisung von Betroffenen mit opioidbezogenen und komorbiden psychischen Störungen abhängig von Art und Schwere der Komorbidität. Ziel ist die bessere Behandlungsallokation der Betroffenen.
- Wirksamkeit von IBP bei verschiedenen psychischen Komorbiditäten mit opioidbezogenen Störungen, vs. Kontrollbedingung (z.B. TAU oder sequentielle Behandlung). Ziel ist die Besserung der opioidbezogenen Störung, höhere Haltequoten in der OAT und Besserung der psychischen Störungsbilder.

2.10.2 Angsterkrankungen

Ulrich W. Preuss

2.10.2.1 Einleitung

Die Lebenszeitprävalenz von Angststörungen bei Personen mit einer opioidbezogenen Störung und auch bei Personen in OAT ist als hoch einzuschätzen. Eine Übersichtsarbeit (169) und eine Metaanalyse (170) schätzten die Raten über die eingeschlossenen Studien hinweg auf 26-35 % beziehungsweise 29 % und das Vorhandensein von Angstsymptomen auf 50 %. Eine weitere Metaanalyse fand bei „Opiatabhängigen“ eine Prävalenz von Angststörungen von 8 % (171). Es konnte gezeigt werden, dass die Angststörung der substanzbezogenen Störung häufig zeitlich voraus geht, was auf eine besondere Behandlungsrelevanz hinweist und eine frühzeitige leitliniengerechte Behandlung der Angststörung wesentlich erscheinen lässt. Die Überschneidungen mit einer zusätzlichen Depression sind als hoch einzuschätzen, wobei die Depression oft als Folge von Angststörung und Suchterkrankung angenommen werden kann. Der Verlauf der Angststörung kann durch fortlaufende Intoxikationen, Craving und Entzugssymptome deutlich verkompliziert werden. Am häufigsten zeigten sich spezifische Phobien, soziale Angststörungen und generalisierte Angststörungen. Eine Verallgemeinerung auf medikamentenabhängige opioidbezogene Störung ist jedoch schwierig, da in den Studien fast ausschließlich Patient:innen in OAT eingeschlossen wurden. Eine Metaanalyse zur Wirksamkeit von pharmakologischen Behandlungen von Angst bei opioidbezogenen Störungen (172) ist ebenfalls schwer verallgemeinerbar, da es sich bei den eingeschlossenen Studien ausschließlich um OAT-Patient:innen handelte und weniger Angststörungen als Angstsymptome ausgewertet wurden. Es ist davon auszugehen, dass eine einfache Opioidentgiftung verstärkte psychische Symptome und eine Verschlechterung der Angststörung mit sich bringen könnte, aufgrund der Komplexität der Störung ist eine Intervention ohne psychosoziale Maßnahme möglicherweise weniger effektiv.

2.10.2.2 Klinische Fragestellung

2. Führt eine Psychotherapie, Pharmakotherapie oder Kombination beider Therapien bei opioidabhängigen Personen (in qualifiziertem Entzug oder OAT) mit psychischer Komorbidität von Angststörungen zu einer größeren Verbesserung der Komorbidität oder der Konsummuster im Vergleich zu einem Treatment-as-usual (TAU) oder Placebobedingungen?

2.10.2.3 Empfehlungen

10.2.1	Empfehlung	Neu (2025)
	Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen und komorbider Angsterkrankung sollen keine Medikamente aus der Gruppe der Benzodiazepine erhalten. In Ausnahmefällen können Benzodiazepine unter sorgfältiger Risiko-Nutzen-Abwägung zeitlich befristet angewendet werden.	
EK	DGPM, 2021	
	78,95 % (Konsens)	

10.2.2	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad 0 ⇔	Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen und komorbiden Angststörungen kann im Rahmen einer Opioid-Agonisten-Therapie eine Therapie mit Trizyklischen Antidepressiva angeboten werden.	
Hassan et al. 2017		
Qualität der Evidenz		
Verbesserung der Komorbidität: Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	AMSTAR 2: Kritisch niedrige Qualität	
	Konsensstärke: 77,4 % (Konsens)	

2.10.2.4 Hintergrund der Evidenz

In die Beurteilung der Evidenz zur Behandlung komorbider Angststörungen wurden zwei Übersichtsarbeiten bzw. Metaanalysen einbezogen (172, 173). Letztere Metaanalyse berichtete allerdings keine Ergebnisse zur Behandlung von Angststörungen oder der Änderung des Konsums bei opioidbezogenen Störungen. Beide wurden mit einer kritisch niedrigen AMSTAR 2-Bewertung beurteilt.

2.10.2.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 10.2.1

Darlegung der Evidenzgrundlage

Auf dem Niveau einer Expert:innenmeinung ist das Risiko für einen vermehrten Gebrauch von Benzodiazepinen bei Patient:innen mit einer Angststörung signifikant erhöht, durch die anxiolytische und sedierende Wirkung dieser Substanzgruppe. Auch wenn die S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen (6) eine Anwendung von Benzodiazepinen nicht empfiehlt, ist aufgrund des schnell einsetzenden Effektes eine erhöhte Prävalenz bei Angstpatient:innen durch nicht leitlinienkonforme Verordnung anzunehmen und eine entsprechende Häufigkeit von Konsumstörungen (z.B. Abhängigkeiten). Entsprechend kann die Therapie von Angststörungen bei opioidbezogenen Störungen unter OAT mit Benzodiazepinen nicht empfohlen werden, auch aufgrund der möglicherweise synergistischen Wirkung von Opioiden und Benzodiazepinen (Sedierung, Atemdepression, klinischer Konsenspunkt). Abzuwägen ist

der Einsatz dieser Substanzen in Notfallsituationen (z.B. Kardiale Komorbidität, psychotische Ängste, aggressive Verhaltensweisen im Rahmen von Psychosen, Suizidalität). Empfehlenswert ist aber der Einsatz für definierte Zeit und schrittweiser Dosisreduktion im Verlauf. Ebenso ist an einen zeitlich begrenzten Einsatz von Benzodiazepinen zu denken, wenn bei komorbiden Personen mit Angsterkrankungen gleichzeitig eine komorbide Konsumstörung (Abhängigkeit) von Sedativa und Hypnotika besteht. Zur Akutbehandlung und ggf. auch zur schrittweisen Reduktion der Medikamentendosis können nach Abwägung aller Vor- und Nachteile Benzodiazepine eingesetzt werden.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Der Empfehlungsgrad folgt in Analogie der S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen (6). Dort ist für Angsterkrankungen eine starke Negativempfehlung hinsichtlich der Verwendung von Benzodiazepinen erwähnt.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Wie weiter oben erläutert, ist der Einsatz von Medikamenten dieser pharmakologischen Gruppe für definierte Zeit und schrittweiser Dosisreduktion im Verlauf denkbar, etwa bei Teilentzügen von Benzodiazepinen bei komorbider Abhängigkeit von Sedativa und Hypnotika. Dies gilt nach Abwägung aller Vor- und Nachteile auch für die Gruppe von Personen mit komorbider Angststörung und Opioidkonsumstörungen und komorbider Konsumstörung (Abhängigkeit) von Sedativa und Hypnotika und bei komorbiden psychotischen Ängsten.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Die S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen (22) ist hinsichtlich der Diagnostik und Therapie von Konsumstörungen bei Benzodiazepinen zu beachten.

2.10.2.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 10.2.2

Darlegung der Evidenzgrundlage

Der Metaanalyse von Fluyau et al. (173) kann entnommen werden, dass eine Besserung der Angstsymptome bei Personengruppen mit Alkohol-, Kokain-, Nikotin- und Cannabinoidkonsumstörungen unter Behandlung mit Selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SSRI) beobachtet wurde, allerdings nicht bei opioidbezogenen Störungen. Ebenfalls konnte in der Auswertung keine Wirksamkeit von SSRI auf den Gebrauch von

Opioiden (sowie Nikotin und Cannabinoiden) gefunden werden. Aus der Metaanalyse von Hassan et al. (172) geht hervor, dass drei RCTs die Wirksamkeit einer Pharmakotherapie bei der Behandlung von Angstsymptomen bei Patient:innen mit OAT untersuchten, darunter zwei Studien älteren Datums. In zwei dieser Studien wurden Angstsymptome als sekundäres Outcome neben den Depressionssymptomen bewertet. In der ersten Studie wurde Doxepin 50-200 mg/d verwendet und n = 46 Patient:innen in die Analyse einbezogen (174). Die Autor:innen verwendeten keine Skala zur Bewertung der Angstsymptome, sondern verließen sich auf die Selbsteinschätzung der "Nervosität" am Ende der Studie bei n = 49 Patient:innen. Die durchschnittliche monatliche Ausprägung der patient:innenberichteten "Nervosität" war in der Placebo-Gruppe (3,69) höher als in der Doxepingruppe (174). Die zweite Studie untersuchte Angstsymptome als Teil des „Profile of Mood States“ (POMS) und behandelte n = 35 Teilnehmer:innen mit Doxepin 100-150 mg/d (175). Die Autor:innen berichteten von "Angstsymptomen" bei 96 % der Patient:innen, allerdings wurden in dieser älteren Studie keine klinischen Diagnosen gestellt. Die Ergebnisse zeigten einen Vorteil für die Doxepin-Gruppe (n = 18) gegenüber der Placebo-Gruppe (n = 26) hinsichtlich der Reduktion von POMS Angst-Werten (175). Die dritte Studie (176) verglich Buspiron (5-60 mg/d) mit Placebo in einer kleinen Stichprobe (n = 23), bei der klinische Angstzustände diagnostiziert und die mindestens über vier Wochen mit Methadon behandelt wurden. Allerdings wurde nicht erläutert, wie opioidbezogene Störungen diagnostiziert wurden. Fast die Hälfte der Stichprobe litt an einer generalisierten Angststörung, die übrigen Studienteilnehmer:innen an verschiedenen Arten von Angststörungen. Nach 12 Wochen zeigte sich im Vergleich zu Placebo kein signifikanter Effekt der Behandlung auf die Werte der Hamilton Anxiety Scale ($p = 0.48$) oder des Beck Anxiety Inventory (BDI; $p = 0.28$). Eine weitere randomisierte Studie verglich Sertralin mit Olanzapin bei der Behandlung von depressiven und ängstlichen Symptomen bei Patient:innen, bei denen eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde (177). Die Autor:innen stützten sich auf die Diagnosen von Psychiater:innen und verwendeten den Fragebogen SCL-90 zur Bewertung der Symptome von Depression und Angst. Nach einer 12-wöchigen Behandlung wurden beide Medikamente mit einer signifikanten Verringerung der Depressions- und Angstsymptome in den SCL-90 Skalen in Verbindung gebracht. Sertralin war wirksamer bei der Verringerung der Depressionssymptome ($p = 0,017$), während Olanzapin wirksamer bei der Verringerung der Angstsymptome war (der durchschnittliche Angstwert auf der SCL-90 betrug in der Olanzapin-Gruppe 1,56-0,46 im Vergleich zu 2,14-0,56 in der Sertralin-Gruppe; $p < 0,001$). Da die Studienteilnehmer:innen an einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung litten, können die Ergebnisse der Studie nicht verallgemeinert werden. Zum Angebot einer spezifischen psychotherapeutischen Intervention liegen keine Studien und damit auch keine Evidenz vor.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aus den Studienergebnissen und der metaanalytischen Bewertung über die Studie von Hassan et al. (172) folgt bei niedriger Qualität der Evidenz nach GRADE eine offene Empfehlung für den Einsatz von trizyklischen Antidepressiva (TCA) zur Behandlung von komorbiden Angststörungen.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Zu berücksichtigen ist, dass die Studien zum Einsatz von TCA bereits mehrere Jahrzehnte alt sind und insgesamt eine kleine Fallzahl aufweisen. Allerdings zeichneten sich durch neuere Studien unter Verwendung von SSRI keine neuen Aspekte hinsichtlich der Wirksamkeit bei komorbiden Angststörungen und Depressionen ab. Somit bleibt Doxepin die einzige Substanz, die derzeit zur Behandlung komorbider Angststörungen, nach Abwägung aller Vor- und Nachteile, empfohlen werden kann.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Die Vor- und Nachteile eines Einsatzes von TCA (absolute und relative Kontraindikationen, Wechselwirkungen mit OAT-Medikamenten) sind zu beachten.

2.10.2.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Wirksamkeit von anderen Antidepressiva oder Psychopharmaka (z.B. Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SSNRI), Bupropion, Antiepileptika) bei der Behandlung komorbider Angststörungen bei Personen mit opioidbezogenen Störungen vs. Placebo oder aktiver Vergleichsmedikation. Ziel ist die Besserung der komorbiden Angsterkrankungen.
- Einsatz von spezifischen Psychotherapien (z.B. im Rahmen eines IBP, vs. TAU) zur Behandlung von Angstsymptomen und -störungen bei opioidbezogenen Störungen.
- Wirksamkeit von IBP bei verschiedenen psychischen Komorbiditäten mit opioidbezogenen Störungen, vs. Kontrollbedingung (z.B. TAU oder sequentielle Behandlung). Ziel ist die Besserung der opioidbezogenen Störung, höhere Haltequoten in der OAT und Besserung der Angststörung.

2.10.3 Affektive Störungen

Ulrich W. Preuss

2.10.3.1 Einleitung

Das Vorhandensein psychischer Störungen bei Menschen mit Opioidkonsum oder anderen Substanzkonsumstörungen wird häufig mit schlechteren Behandlungsergebnissen und höheren Raten von psychosozialen Beeinträchtigungen, HIV-Risikoverhaltensweisen, Drogenüberdosierungen und Mortalität in Verbindung gebracht, dies gilt auch für komorbide affektive Störungen (178). Dabei wurde in einer gemeindebasierten Stichprobe von i. v. Opioidabhängigen eine (Lebenszeit-)Prävalenz von je 17 % der Majoren Depression und der Bipolaren Depression (I und II) festgestellt (154). Bei Vorliegen der Komorbidität kann ein schwererer Krankheitsverlauf sowohl der Depressionen als auch opioidbezogenen Störungen angenommen werden (179). Patient:innen mit anderen Substanzkonsumstörungen und komorbiden affektiven Störungen werden motiviert, den Substanzmittelkonsum einzustellen oder sich einer (qualifizierten) Entzugstherapie zu unterziehen, um in der Folge die Art und das Ausmaß affektiver Symptome zu diagnostizieren (180). Allerdings ist die Erreichung einer Abstinenz ein ideales Therapieziel, um z.B. eine pharmakologische Behandlung affektiver Störungen einzuleiten, aber nicht ein notwendiges (181), sodass in vielen Fällen auch eine „Stabilisierung“ des Substanzkonsum (u. a. durch eine OAT) ein wichtiges Therapieziel für einen signifikanten Anteil der Patient:innen mit einer opioidbezogenen Störung ist (77, 182).

2.10.3.2 Klinische Fragestellung

3. Führt eine Psychotherapie, Pharmakotherapie oder Kombination beider Therapien bei opioidabhängigen Personen (in qualifiziertem Entzug oder OAT) mit psychischer Komorbidität von Bipolaren Erkrankungen oder Depressionen zu einer größeren Verbesserung der Komorbidität oder der Konsummuster im Vergleich zu einem Treatment-as-usual (TAU) oder Placebobedingungen?

2.10.3.3 Empfehlungen

10.3.1	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad B ⇑	Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen und komorbider depressiver Erkrankung sollte eine Psychotherapie angeboten werden.	
Hassan et al. 2017		
Qualität der Evidenz		
Verbesserung der Komorbidität: Niedrig ⊕⊕⊖⊖		AMSTAR 2: Kritisch niedrige Qualität
	Konsensstärke: 83,9 % (Konsens)	

10.3.2	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad 0 ⇔	Bei opioidbezogenen Störungen und komorbider depressiver Störung können trizyklische Antidepressiva angeboten werden.	
Hassan et al. 2017		
Qualität der Evidenz		
Verbesserung der Komorbidität: Niedrig ⊕⊕⊖⊖		AMSTAR 2: Kritisch niedrige Qualität
	Konsensstärke: 82,8 % (Konsens)	

2.10.3.4 Hintergrund der Evidenz

2.10.3.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 10.3.1

Darlegung der Evidenzgrundlage

Zur Therapie von affektiven Erkrankungen (Depression und bipolare Erkrankungen) bei opioidbezogenen Störungen wurden in der systematischen Literaturrecherche drei Übersichtsarbeiten aus den letzten Jahren identifiziert (172, 173, 183), von denen sich zwei (172, 173) mit der Behandlung von komorbiden depressiven Syndromen beschäftigten. Anhand der AMSTAR 2-Kriterien erreichen die Übersichten von Fluyau et al. (173) und Hassan et al. (172) jeweils eine kritisch niedrige Qualität. Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt festgestellt, erwähnte die Arbeit von Fluyau et al. (173) keine unpublizierten Daten, machte keine spezifischen Angaben über die ausgeschlossenen Studien und berücksichtige den möglichen Bias und das Verzerrungsrisiko der eingeschlossenen Studien nicht ausreichend. Im Unterschied dazu berücksichtigte die Publikation von Hassan et al.(172), neben der nicht Einbeziehung unpublizierter Daten und den fehlenden Referenzen ausgeschlossener Studie auch den möglichen Publikationsbias von eingeschlossenen Studien nicht ausreichend.

In der Metaanalyse von Fluyau et al. (173) wurden insgesamt 64 RCTs mit insgesamt N = 6.128 Personen eingeschlossen von denen sich vier Studien gezielt mit der Behandlung von Depressionen bei Patient:innen in OAT (184-187) beschäftigten. Studien zu Personen mit

komorbiden bipolaren Störungen werden in den Metaanalysen nicht berücksichtigt. Damit können zur spezifischen Pharmakotherapie bei komorbiden bipolaren Erkrankungen und opioidbezogenen Störungen keine Aussagen über die bereits bestehende S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen hinaus gemacht werden.

In den Untersuchungen zur Psychotherapie bei komorbiden depressiven Störungen und opioidbezogenen Störungen zeigen sich bisher keine klaren Ergebnisse aus den beiden Metaanalysen. „Acceptance Commitment Therapy“ (ACT) und kognitive Therapie (CBT) erscheinen noch am ehesten hilfreich als “bevorzugte Psychotherapieansätze”. Als Kontrollbedingungen wurden die Entspannungstherapie, Standardbehandlung und non-direktive Gruppentherapie verwendet. Auch die Art und Dauer der Psychotherapie variierte. Die Ergebnisse zu psychotherapeutischen Interventionen aus vier Studien (188-191) wurden in der Metaanalyse von Hassan et al. (172) zusammengefasst.

Die kombinierte Therapie von TCA und Kontingenzmanagement konnte keine Wirksamkeit der kombinierten Therapie nachweisen (192), während die Ergebnisse der Studie von Gonzalez et al. (193) den Einsatz von Kontingenzmanagement als hilfreich zur Verbesserung der Depression bewertet. Damit kann aufgrund der kontroversen Studienlage zum kombinierten Einsatz von TCA und Kontingenzmanagement derzeit keine Empfehlung abgeleitet werden.

Ansonsten ist es empfehlenswert, der S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen zu folgen, um eine Akutbehandlung der bipolaren Störung anzubieten und dann die allgemeinen Empfehlungen zur Therapie von komorbiden Störungen zu beachten. Spezifische psychotherapeutische Verfahren können (außer den allgemeinen Empfehlungen für kognitive Therapie, Psychoedukation und motivationale Gesprächsführung) für die komorbide bipolare Störung derzeit nicht empfohlen werden (166).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aus der Zusammenfassung der Studien zur Psychotherapie (172) kann bei niedrigem Vertrauen in die Evidenz die Empfehlung abgeleitet werden, dass zur Behandlung der komorbiden Depression eine Psychotherapie (CBT, ACT) angeboten werden sollte. Wie bereits im allgemeinen Teil erläutert, ist eine Ergänzung der kognitiven und Achtsamkeitsorientierten Therapie mit Psychoedukation oder motivationaler Gesprächsführung sinnvoll.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Idealerweise werden die o.g. Therapieverfahren durch in dem jeweiligen Verfahren ausgebildete Psycholog:innen und Ärzt:innen angeboten.

2.10.3.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 10.3.2

Darlegung der Evidenzgrundlage

Die Metaanalyse von Hassan et al. (172) identifizierte insgesamt 22 randomisierte kontrollierte Studien zu diesem Thema, von denen acht in die Auswertung eingeschlossen wurden. Sechs dieser Studien berichteten Ergebnisse der antidepressiven Therapie unter OAT, zwei verglichen Antidepressiva gegen Placebo. Insgesamt wurden über alle Studien n = 235 Personen mit TCA und n = 311 mit SSRI behandelt, eine Studie führte eine Bupropion-Augmentation durch. Zwei dieser Studien (175, 194) aus der gleichen Arbeitsgruppe zeigten einen Unterschied zwischen Doxepin (TCA) und Placebo hinsichtlich der Besserung der Depression. Die Studie von Stein et al. (195) zeigte demgegenüber keine Wirksamkeit von Citalopram. Zwei Studien kombinierten Kontingenz-Management mit antidepressiver Behandlung. Aus der Metaanalyse von Fluyau et al. (173) geht hervor, dass generell die SSRI Fluoxetin, Sertralin, Paroxetin, Citalopram, Escitalopram und Fluvoxamine depressive Symptome bei einer Reihe von Abhängigkeitserkrankungen, inklusive opioidbezogenen Störungen wirksam sind (173). Die Effektstärke (ES) wird allgemein mit 0.346 angegeben. Wenn die spezifischen Effekte der Therapie mit SSRI auf Depressionen bei opioidbezogenen Störungen (ES Sertralin 0.071,(184); ES Fluoxetin 0.178, (185); ES Fluoxetin 0.126, (186); ES Citalopram 0.359, (187)) zusammen berücksichtigt werden, ergibt sich eine kumulative ES von 0.207, die sich damit im unteren Bereich einer niedrigen ES befindet. Ähnlich groß ist die kumulative ES aus allen vier Studien für die Reduktion des Opioidkonsums (ES 0.21; CI = - 0.02-0.45, p = 0.08). Wirkungen auf den Alkoholkonsum, die Alkoholabstinenz und den Kokainkonsum befanden sich unterhalb der niedrigen ES und alle diese ES waren statistisch nicht signifikant.

Vier Studien, die trizyklische Antidepressiva vs. Placebo einsetzten, wurden von den Autoren (172) in die Metaanalyse eingeschlossen (174, 196-198), die insgesamt n = 235 Patient:innen umfassten. Ein signifikanter Effekt der Trizyklischen Antidepressiva (TCA; Impipramin 50-300 mg sowie 150-225 mg, Doxepin 50-200 mg/d und Desipramin 250-300 mg/d) konnte gefunden werden (Studiendauer zwischen 5 und 12 Wochen, standardisierte mittlere Differenz SMD -2.35, p = 0.022). Im Vergleich dazu konnten 4 Studien, die SSRI n = 311 Patient:innen

einsetzten, keinen signifikanten Effekt finden (SMD: 0.47, p = 0.263). Erwähnenswert ist, dass Personen unter Antidepressiva über mehr Nebenwirkungen berichteten und bei Drop-out vermehrt Sedierung, kardiale Beschwerden, Urinretention und epileptische Anfälle erwähnten.

Die inzwischen nahezu 20 Jahre alte Studien von Kosten et al. (192) und Gonzalez et al. (193) verwendeten jeweils trizyklische Antidepressiva zur Behandlung von depressiven Störungen bei Personen in OAT (beide Studien: Buprenorphin, Kosten außerdem Methadon). Beide Studien werden in der Metaanalyse von Hassan et al (172) eingeschlossen und ausgewertet. Kosten et al. (192) schlossen 124 männliche und 56 weibliche Personen mit einer komorbiden Kokainabhängigkeit ein. Die Studienteilnehmer:innen erhielten entweder Methadon oder Buprenorphin, jeweils mit und ohne Desipramin. Ergebnisvariablen umfassten die Behandlungsteilnahme, den Konsum von („illegalen“) Opiaten. und Kokain sowie die depressiven Symptome. Die Rate sowohl kokain-freier als auch kombiniert kokain- und opioidnegativer Urinproben waren bei Personen die entweder DMI (Desipramin) oder CM (Kontingenzmanagement) oder deren Kombination erhielten, signifikant erhöht (50 %) im Vergleich zu den anderen Behandlungsgruppen (25-29 %) (ANOVA (F-Wert = 3.2; df = 3.138; P<0.05).

Keine weiteren signifikanten Wirkungen zwischen den Behandlungsgruppen konnten festgestellt werden (u.a. auf Depression), niedrigere Plasmaspiegel von Desipramin waren mit höheren Raten von kokain-negativen Urintests assoziiert.

Die Studie von Gonzalez et al. (193) schloss 53 komorbide und 96 nicht komorbide Personen ein, alle unter Buprenorphin-OAT. Vier Gruppen wurden randomisiert zugeteilt: Desipramin oder Placebo, jeweils mit und ohne Kontingenzmanagement. Ergebnisvariablen umfassten nach 12 Wochen Kokain- und Opiaturine sowie das Ausmaß der Depression (HAMD) (22).

Die Behandlungsgruppe aus Personen mit Depression unter Kontingenzmanagement zeigte eine signifikante Erhöhung von drogenfreien Urinscreenings (Opioide und Kokain; Majore Depression mit CM vs. Majore Depression ohne CM und nicht-depressive Personen mit und ohne CM).

Hinsichtlich der Depressivität, gemessen mit dem HAMD, zeigten alle Proband:innen einen Rückgang der Symptome im Verlauf (Z = -12,58, P< 0,0001) auf. Allerdings ergaben sich keine signifikanten Behandlungseffekte von Desipramin oder Kontingenzmanagement hinsichtlich der depressiven Symptome (Z = -0,5, P = 0,5).

Damit kann eine allgemeine Wirkung des Kontingenzmanagements auf Abhängigkeit angenommen werden, allerdings keine spezifische Wirkung auf die depressive Symptomatik.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Für SSRI gibt es aus zwei Metaanalysen (172, 173) keinen Wirksamkeitsnachweis. Es zeigte sich zudem keine Besserung der Depression in Abhängigkeit des eingesetzten OAT-Medikaments, sowie keine Korrelation zwischen der Dosis des OAT-Medikaments und dem Ausmaß der Depression. Es konnte in zwei RCTs eine Wirksamkeit von trizyklischen Antidepressiva (Imipramin, (197), (196)) und Doxepin (174) vs. Placebo belegt werden. Zur Behandlung der komorbiden Depression bei substanzbezogenen Störungen sind TCA, unter Beachtung der Nebenwirkungen und des Interaktionsprofils, deshalb noch am Ehesten geeignet. Diese Wirksamkeit muss aber im Bereich der niedrigen ES angesehen werden. Die Metaanalyse von Hassan et al. (172) erhielt eine kritisch niedrige AMSTAR 2-Bewertung. Eine Behandlung depressiver Syndrome und Störungen mit TCA sollte daher, unter Beachtung der Nebenwirkungen und des Interaktionsprofils, angeboten werden.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Die Vor- und Nachteile eines Einsatzes von TCA (absolute und relative Kontraindikationen, Wechselwirkungen mit OAT-Medikamenten) sind zu beachten.

2.10.3.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Wirksamkeit von anderen Antidepressiva oder Psychopharmaka (z.B. SSNRI, Bupropion, Antiepileptika, vs. aktive Vergleichsmedikation und/oder Placebo) bei der Behandlung komorbider Depressionen oder bipolarer Erkrankungen bei Personen in einer OAT. Ziel ist die Besserung der opioidbezogenen Störung, erhöhte Haltequoten in der OAT und Besserung bzw. Stabilisierung der affektiven Störung.
- Einsatz von spezifischen Psychotherapien (z.B. im Rahmen eines integrierten Behandlungsprogramms (IBP) vs. TAU) zur Behandlung von depressiven (bzw. manischen/hypomanischen) Symptomen und bei OAT.
- Wirksamkeit von IBP bei verschiedenen psychischen Komorbiditäten mit opioidbezogenen Störungen, vs. Kontrollbedingung (z.B. TAU oder sequentielle Behandlung). Ziel ist die

Besserung der opioidbezogenen Störung, höhere Haltequoten in der OAT und Besserung der affektiven Störungen (Depression und Bipolar).

2.10.4 Persönlichkeitsstörungen

Anne Koopmann, Ulrich W. Preuss, Katharina Eidenmüller

2.10.4.1 Einleitung

Es besteht eine hohe Komorbidität zwischen opioidbezogenen Störungen und Persönlichkeitsstörungen, wobei es häufig zu einer gegenseitigen Beeinträchtigung hinsichtlich Krankheitsverlauf und Behandlungsergebnis beider Störungen kommen kann. In einer australischen Kohortenstudie mit n = 495 OAT-Patient:innen mit und ohne Borderline Persönlichkeitsstörung, zeigte sich, dass opioidabhängige Patient:innen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung in einem höheren Maß einen gemeinsamen Nadelkonsum betrieben (OR 3,21), mehr Gesundheitsprobleme im Zusammenhang mit Injektionen aufwiesen (OR 1,90), eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine Heroinüberdosis hatten (OR 1,92), eine schlechtere globale psychische Gesundheit (OR 2,43) aufwiesen, vermehrt schwere depressive Symptome (OR 3,19) zeigten und eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen Suizidversuch (OR 3,89) hatten als opioidabhängige OAT-Patient:innen ohne komorbide Persönlichkeitsstörungen (199). Eine aktuelle Metaanalyse (98) berichtet bei Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen eine Lebenszeitprävalenz von 48,3 % (CI = 39,1 - 57,5 %) für Persönlichkeitsstörungen, wobei die antisoziale Persönlichkeitsstörung mit 33,6 % (95 %CI: 29,1 - 38,0 %) und die Borderline-Persönlichkeitsstörung mit 18,2 % (95 % CI: 13,4 - 23,1 %) die Störungsbilder mit der höchsten Lebenszeitprävalenz darstellten. Eine komorbide antisoziale Persönlichkeitsstörung war bei opioidabhängigen Männern signifikant häufiger als bei Frauen, während für die Borderline-Persönlichkeitsstörung keine Geschlechtsunterschiede feststellbar waren.

2.10.4.2 Klinische Fragestellung

4. Führt eine Psychotherapie, Pharmakotherapie oder Kombination beider Therapien bei opioidabhängigen Personen (in qualifiziertem Entzug oder OAT) mit psychischer Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen zu einer größeren Verbesserung der Komorbidität oder der Konsummuster im Vergleich zu einem Treatment-as-usual (TAU) oder Placebobedingungen?

2.10.4.3 Empfehlungen

10.4.1	Empfehlung	Neu (2025)
	Bei Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen in einer Opioid-Agonisten-Therapie sollte bei Hinweisen auf eine Persönlichkeitsstörung die Diagnose systematisch abgeklärt werden.	
EK	Euler 2018, DGPPN 2022	
	Konsensstärke: 94,74 % (Konsens)	

10.4.2	Empfehlung	Neu (2025)
	Bei Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen und Persönlichkeitsstörungen in einer Opioid-Agonisten-Therapie sollen motivationale Interventionen in Kombination mit evidenzbasierten störungsspezifischen Psychotherapien für (Borderline-)Persönlichkeitsstörungen* angeboten werden. *Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach Linehan, Schematherapie, Übertragungsfokussierte Transference-Focused Psychotherapie (TFP) nach Kernberg, Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) nach Bateman & Fonagy	
EK	DGPPN 2022	
	Konsensstärke: 95 % (Konsens)	

2.10.4.4 Hintergrund der Evidenz

2.10.4.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 10.4.1

Darlegung der Evidenzgrundlage

Zur Frage der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen bei opioidbezogenen Störungen finden sich einzelne Empfehlungen in anderen Leitlinien. So gibt die Leitlinie der Californian Society of Addiction Medicine (200) Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung komorbider antisozialer Persönlichkeitsstörung bei opioidbezogenen Störungen. Hier gelte es im diagnostischen Prozess genau zu differenzieren, ob es sich bei antisozialen Verhaltensweisen wie beispielsweise Stehlen oder Lügen um tiefgreifende Verhaltensmuster im Sinne einer Persönlichkeitsstörung handelt, oder ob diese ausschließlich im Rahmen der Beschaffung von Drogen zur Vermeidung von Suchtdruck und unangenehmen Entzugssymptomen an den Tag gelegt werden. In der S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung (163) finden sich Vorschläge zum spezifischen diagnostischen Vorgehen, etwa der initialen Anwendung eines Persönlichkeits-Screeningfragebogens und entsprechenden strukturierten klinischen Interviews bei positivem Screening (163). Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die Empfehlung zur systematischen Diagnostik wurde aufgrund der nicht verfügbaren Studienevidenz als Expert:innenkonsens in Analogie zur S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung (163) formuliert. Dort finden sich auch Informationen zum spezifischen diagnostischen Vorgehen.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Training (Ratertraining) der o.g. Instrumente zur Diagnostik sind empfehlenswert.

2.10.4.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 10.4.2

Darlegung der Evidenzgrundlage

In Bezug auf die klinische Fragestellung konnte keine spezifische Studienevidenz identifiziert werden. Bisherige Studien zur Behandlung der Komorbidität von opioidbezogenen Störungen und Persönlichkeitsstörungen beziehen sich auf komorbide Persönlichkeitsstörungen aus Cluster B (antisoziale, histrionische, narzisstische und Borderline Persönlichkeitsstörung), oder spezifisch auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung wurden vornehmlich die folgenden Psychotherapien wurden empirisch untersucht: die »dialektisch-behaviorale Therapie – Sucht« (DBT-S) und die »dual-focused schema therapy« (DFST) (201). Die DBT-S wurde anderen Therapieverfahren gegenüber zum Teil als überlegen in der Behandlung von Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und komorbider Substanzabhängigkeit angesehen. Im Vergleich zu Kontrollproband:innen, die eine Standard-Suchtbehandlung erhielten, wiesen DBT-S Patient:innen nach vier und acht Monaten mehr abstinente Tage auf sowie ein höheres Maß an sozialer und allgemeiner Anpassung in der Katamnese nach 16 Monaten (202, 203). Neben der spezialisierten DBT-S lassen sich auch durch eine Behandlung mit Standard-DBT Emotionsregulationsstörungen und Borderline-Symptomatik bei Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und komorbider Abhängigkeitserkrankung reduzieren (204). Die Dual Focus Schematherapie (205) wurde für die gleichzeitige Behandlung von Persönlichkeitsstörungen und Substanzabhängigkeiten entwickelt. Es handelt sich um eine auf 24 Wochen angelegte manualisierte Adaption der Schematherapie. Studien zeigen teils positive Effekte der DFTS bei Patient:innen mit Suchterkrankung und komorbider Persönlichkeitsstörung (206), teils aber

auch ein geringeres Maß der Symptomreduktion als in einer TAU Vergleichsgruppe (207). Anpassungen beinhalten insbesondere zusätzliche evidenzbasierte Elemente der motivierenden Gesprächsführung und der Rückfallprävention (208).Weiter finden sich in der S3-Leitlinie Borderline Persönlichkeitsstörung (163) Angaben zu etablierten, evidenzbasierte Psychotherapien (Dialektisch-Behaviorale Therapie nach Linehan, Schematherapie, Mentalisierungsbasierte Therapie nach Bateman & Fonagy, Übertragungsfokussierte („Transference-Focused“) Psychotherapie nach Kernberg). Psychopharmakologische Behandlungen sind bei Persönlichkeitsstörungen grundsätzlich nur zur Behandlung komorbider psychischer Störungen, z.B. einer Abhängigkeitserkrankung oder von affektiven Störungen, indiziert, oder wenn im Sinne der Notfallmedikation bei Erregungszuständen und psychotischen Episoden Medikamente wie Mood-Stabilizer und Antipsychotika der zweiten Generation zum Einsatz kommen (163, 209). Jariani et al. (177) konnten in einer randomisierten klinischen Studie an 120 männlichen und weiblichen opioidabhängigen Patient:innen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung, welche sich in einer stabilen Methadon-OAT befanden, zeigen, dass sowohl Olanzapin als auch Sertralin depressive Symptome, pessimistische Gedanken, Somatisierungsstörungen und Zwangssymptome sowie Symptome von Angst und Aggressionen besserten.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die Empfehlung zur systematischen Diagnostik wurde aufgrund der nicht verfügbaren Studienevidenz als Expert:innenkonsens in Analogie zur S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung (163) formuliert. Trotz der hohen Komorbiditätsrate von opioidbezogenen Störungen und Persönlichkeitsstörungen und der Assoziation mit einem ungünstigen klinischen Verlauf ist die Evidenzlage zu den einzelnen Psychotherapieverfahren in diesem Patient:innenkollektiv derzeit noch gering. Zum aktuellen Zeitpunkt können deshalb noch keine empirisch gestützten Empfehlungen für die Komorbidität von opioidbezogenen Störungen und Persönlichkeitsstörungen gemacht werden.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Idealerweise werden die o.g. Therapieverfahren durch in dem jeweiligen Verfahren ausgebildeten Psycholog:innen und Ärzt:innen bzw. Behandlungsteams angeboten.

2.10.4.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Die Evidenz zu integrierten Behandlungsprogrammen mit störungsorientierter Psychotherapie für Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen und einer komorbiden Persönlichkeitsstörung ist begrenzt. Hier sollten weitere randomisierte kontrollierte Studien erfolgen (Psychotherapie vs. Vergleichsbedingung oder TAU). Ziele der Studien könnten die Besserung von dysfunktionalen Verhalten auf der Beziehungs- und Funktionsebene und Besserung der opioidbezogenen Störungen wie bessere Haltequoten in OAT beinhalten.
- Wirksamkeit von IBP bei dieser Komorbidität mit opioidbezogenen Störungen, vs. Kontrollbedingung (z.B. TAU oder sequentielle Behandlung) sollten untersucht werden. Ziel ist die Besserung der opioidbezogenen Störung, höhere Haltequoten in der OAT und Besserung dysfunktionaler Verhaltensweisen bei Persönlichkeitsstörungen.

2.10.5 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung

Mathias Luderer, Barbara Schneider, Ulrich Zimmermann

2.10.5.1 Einleitung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivität-Störung (ADHS) wird in DSM-5 und ICD-11 zu den Entwicklungsstörungen gezählt und besteht seit der Kindheit. Das Ausmaß der Symptomatik und die damit verbundene Beeinträchtigung kann im Laufe der Entwicklung fluktuieren, allerdings erreichen weniger als 10 % der Betroffenen eine stabile Remission (210). Kernsymptome der ADHS sind Defizite in der Aufmerksamkeitslenkung, erhöhte Impulsivität sowie motorische oder innere Unruhe. Auch Störungen der Emotionsregulation sind häufig, die denen bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ ähneln können. Die Verbesserung der emotionalen Dysregulation kann ein Therapieziel sein und verbessert sich unter medikamentöser Behandlung, meist aber nicht so deutlich wie die Kernsymptome der ADHS (162). Bei Patient:innen mit substanzbezogenen Störungen wirdeine Prävalenz der ADHS von etwa 15-20 % berichtet, wobei die zugrundeliegenden Metaanalysen keine Unterscheidung zwischen verschiedenen Substanzen zulassen (211, 212). Die Prävalenz der ADHS bei opioidbezogenen Störungen in internationalen Studien liegt ebenfalls bei 20 % (98). In einer deutschen Untersuchung an Patient:nnen in OAT wurde die ADHS-Prävalenz mit 18 % (orale OAT) bzw. 15 % (Diamorphin) angegeben (213). Hierbei sind als Differentialdiagnosen neben der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung auch Syndrome der kurz- bis mittelfristigen Abstinenz von Methamphetamin sowie aus dem Spektrum der fetalen Alkoholstörungen zu beachten (214).

Angesichts dieser hohen Komorbidität ist es besonders beachtenswert, dass die mit ADHS einhergehenden Verhaltensweisen sowohl die Diagnostik als auch die Therapie von Suchterkrankungen einschließlich der opioidbezogenen Störung erheblich erschweren können. Beispielsweise führt die ausgeprägte Impulsivität häufig zu Kontaktabbrüchen noch bevor Entzugszeichen soweit abgeklungen sind, dass die Voraussetzungen zur Diagnosesicherung gegeben sind. Deshalb beschreiben zwei der sechs folgenden Empfehlungen ein gestuftes Vorgehen zu möglichst frühzeitigem Diagnostikbeginn und den Voraussetzungen zur Diagnosesicherung. Auch nach Beginn einer Therapie von Suchterkrankungen ist bei Patient:innen mit komorbider ADHS das Risiko für Therapieabbrüche erhöht (215), kann durch eine medikamentöse Behandlung der ADHS jedoch verringert werden (216).

Die S3-Leitlinie ADHS empfiehlt als erste Behandlungsmaßnahme bei Erwachsenen die Pharmakotherapie. Deshalb behandeln die hier gegebenen Empfehlungen nicht die Frage, ob die Pharmakotherapie durchgeführt werden sollte, sondern wie dies am besten geschieht und welche Besonderheiten dabei beachtet werden müssen. Wesentliche Aspekte sind dabei, das Auftreten von drogenähnlichen Wirkungen, Missbrauch und Weitergabe der Stimulanzien zu minimieren. Diesbezüglich werden hier drei Gegenmaßnahmen empfohlen. Sie beruhen angesichts weitgehend fehlender Evidenz auf Expert:innenkonsensen, erscheinen jedoch gerade aufgrund der in den letzten Jahren im Erwachsenbereich neu zugelassenen medikamentösen Optionen erfolgreich umsetzbar. Dennoch werden sich diese Phänomene bei einzelnen Patient:innen nicht immer ausschließen lassen. Ob es in solchen Fällen erforderlich und richtig ist, eine begonnene Stimulanzienbehandlung wieder abzubrechen oder ob es nach Abwägung von Nutzen gegen Gefährdung sowohl der/des Patient:in als auch dessen Umfeldes besser erscheint, diese fortzusetzen, bedarf einer Einzelfallentscheidung.

2.10.5.2 Klinische Fragestellung

3. Führt eine Psychotherapie, Pharmakotherapie oder Kombination beider Therapien bei opioidabhängigen Personen (in qualifiziertem Entzug oder OAT) mit psychischer Komorbidität von Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) zu einer größeren Verbesserung der Komorbidität oder der Konsummuster im Vergleich zu einem Treatment-as-usual (TAU) oder Placebobedingungen?

2.10.5.3 Empfehlungen

10.5.1	Empfehlung	Neu (2025)
	Bei Menschen mit opioidbezogenen Störungen soll die Diagnostik im Hinblick auf das Vorliegen einer komorbiden ADHS frühzeitig begonnen werden (insb. Fremdanamnese, Kindheitsanamnese, ggf. Schulzeugnisse).	
EK	Crunelle et al. 2018, Luderer et al. 2019, DG-Sucht & DGPPN 2021, Santo et al. 2022, Rohner et al. 2023	
	Konsensstärke: 92,0 % (Konsens)	

10.5.2	Empfehlung	Neu (2025)
	Die endgültige Diagnose einer ADHS (nach ICD, unter Berücksichtigung der Kriterien für Erwachsene nach DSM) sollte gestellt werden, wenn 1. die Dosis des Opioid-Agonisten-Therapie (OAT)-Medikaments weitestgehend stabil ist, 2. kein relevanter begleitender Konsum von zusätzlichen Substanzen besteht* und 3. keine deutlichen Entzugs- oder Intoxikationssymptome bestehen. Die Diagnose sollte im Verlauf re-evaluiert werden. **Erläuterung: Keine körperlichen oder Verhaltensauffälligkeiten, die durch aktuellen begleitenden Konsum von zusätzlichen Substanzen erklärt werden können; Relevanz ist abhängig von Substanz, Menge und Frequenz.*	
EK	van Emmerik van Oortmerssen et al. 2017, Crunelle et al. 2018, Luderer et al. 2019, DG-Sucht & DGPPN 2021	
	Konsensstärke: 90,9 % (Konsens)	

10.5.3	Empfehlung	Neu (2025)
	Bei unsicherer Diagnose kann ein/e weitere/r Fachärzt:in für Psychiatrie und Psychotherapie hinzugezogen werden (second opinion).	
EK	Crunelle et al. 2018, Luderer et al. 2019, DG-Sucht & DGPPN 2021, Santo et al. 2022, Rohner et al. 2023	
	Konsensstärke: 95,7 % (Starker Konsens)	

10.5.4	Empfehlung	Neu (2025)
	Wenn die Entscheidung für eine medikamentöse Behandlung gefallen ist, soll die/der Behandler:in unter Beachtung der jeweiligen Kontraindikationen bei Patient:innen mit ADHS und opioidbezogener Störung mit erhöhtem Risiko für nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch der Medikation langwirksame Stimulanzien oder alternativ Atomoxetin oder Guanfacin wählen.	
EK	DGKJP, DGPPN & DGSPJ 2017, Crunelle et al. 2018, Luderer et al. 2019, DG-Sucht & DGPPN 2021, Kast et al. 2021, Mintz et al. 2022, Heikkinen et al. 2023, Young et al. 2023	
	Konsensstärke: 91,3 % (Konsens)	

10.5.5	Empfehlung	Neu (2025)
	Um das Risiko für Missbrauch oder Weitergabe bei Patient:innen mit ADHS und opioidbezogener Störung einzugrenzen, sollte die Einnahme der Stimulanzien zu Beginn der ADHS-Behandlung unter intensiver Beratung und Monitoring erfolgen (siehe Empfehlung 10.5.6 [Einnahme Lisdexamfetamin in Wasser aufgelöst]).	
EK	Ramey et al. 2023	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

10.5.6	Empfehlung	Neu (2025)
	Falls langwirksame Stimulanzien eingesetzt werden, sollen bevorzugt Präparate/Formulierungen verwendet werden, bei denen das Missbrauchsrisiko (insb. durch i. v. Konsum) geringer erscheint (z.B. Lisdexamfetamin in Wasser aufgelöst zur Einnahme unter Sicht, osmotic release oral system (OROS)-Methylphenidat).	
EK	Kaland et al. 2015, Cassidy et al. 2015, Carton et al. 2022	
	Konsensstärke: 88,0 % (Konsens)	

2.10.5.4 Hintergrund der Evidenz

Die systematische Literaturrecherche erbrachte keine Ergebnisse für die klinische Fragestellung, sodass alle Empfehlungen als Expert:innenkonsense (EK) getroffen wurden.

2.10.5.4.1 Hintergrundtext zu den Empfehlungen 10.5.1, 10.5.2 und 10.5.3

Darlegung der Evidenzgrundlage

Der Behandlung vorangestellt ist die Diagnostik. Die Diagnose einer ADHS wird klinisch gestellt und kann ggf. ergänzt werden durch Fragebögen, Grundschulzeugnisse, Fremdanamnesen etc. (7, 162, 217). Dabei ist zu beachten, dass insbesondere Patient:innen mit SUD in Fragebögen ihre ADHS-Symptome eher unterschätzen (218). Substanzkonsum oder Entzugsymptome können ADHS-Symptome imitieren, verstärken oder maskieren (219). Eine Studie zeigte hohe Reliabilität der ADHS-Diagnostik nach vierwöchiger Behandlung trotz Konsums (220), wobei die Publikation jedoch nicht auf die konsumierten Substanzen oder die Konsummenge und -häufigkeit eingeht.

Wenn keine deutlichen Entzugs- oder Intoxikationssymptome vorliegen, kann die Symptomatik als verhältnismäßig verlässlich eingeschätzt werden – also meist nach Erreichen einer stabilen Dosis der Opioidagonisten und ohne relevanten Beikonsum (221, 222). Beachtet werden muss die hohe Rate an komorbiden Störungen (223). Strukturierte Interviews wie DIVA-5 haben sich für die Diagnostik bewährt (224). Externe Quellen wie Schulzeugnisse sind unabhängig vom

aktuellen Konsum nutzbar. Die ADHS-Diagnostik bei SUD ist herausfordernd, weshalb eine Überprüfung und ggf. Revision der Diagnose sowie die Möglichkeit einer Zweitmeinung angeraten werden, insbesondere bei opioidabhängigen Patienten (221, 222). Für die Zweitmeinung Es bietet sich für den ambulanten Bereich die Zusammenarbeit mit spezialisierten Zentren (ADHS-Ambulanzen, spezialisierte stationäre Versorgungseinrichtungen) an.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die Empfehlungen wurden aufgrund der nicht verfügbaren Studienevidenz als Expert:innenkonsense in Analogie zu bestehenden Leitlinien formuliert. Empfehlung 10.5.1 wurde aufgrund der hohen Prävalenz der ADHS und der ungünstigen Auswirkungen insbesondere der unbehandelten ADHS auf den Krankheitsverlauf einer opioidbezogenen Störung durch Verzögerungen bei der Diagnostik mit einem starken Empfehlungsgrad formuliert. Empfehlung 10.5.2 wurde mit dem Empfehlungsgrad B formuliert, da es gleichzeitig für eine valide Erhebung der aktuellen ADHS-Symptome wichtig ist, Entzugs- und Intoxikationssymptome ausschließen zu können, zu hohe Anforderungen an die Abstinenz den Patient:innen mit oft multiplem Substanzkonsum jedoch nicht gerecht würden. Da die ADHS-Diagnose bei Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen erfahrungsgemäß oft mit einer Rest-Unsicherheit verbunden ist, wird die Möglichkeit zur Zweitmeinung in Empfehlung 10.5.3 explizit erwähnt. Die Abwägung, wie unsicher die Diagnose ist, hängt individuell von Patient:in und der Erfahrung der/des behandelnden Ärzt:in ab, sodass sie als offene Empfehlung formuliert wurde.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Die Diagnostik der ADHS besteht aus einer gründlichen longitudinalen Erhebung der Symptomatik sowohl in der Kindheit/Jugend, als auch im Erwachsenenalter. Der Fokus liegt dabei möglichst auf abstinenten Phasen bzw. Phasen mit stabilisiertem Konsum (s.o.). Aktuelle Symptome der ADHS werden am besten mit einem semi-strukturierten Interview (z.B. DIVA-5) erfasst.

2.10.5.4.2 Hintergrundtext zu den Empfehlungen 10.5.4, 10.5.5, 10.5.6

Darlegung der Evidenzgrundlage

Zur Behandlung der ADHS stehen Stimulanzien (Methylphenidat, Amphetamine) als Betäubungsmittel und Nicht-Stimulanzien (Atomoxetin, Guanfacin) zur Verfügung. Stimulanzien können missbraucht, weitergegeben oder verkauft werden. In den Fachinformationen sind Suchterkrankungen als relative Kontraindikation aufgeführt (225-228). In Leitlinien und internationale Expert:innenempfehlungen auf Konsensus-Niveau werden langwirksame Stimulanzien als first-line Therapie empfohlen, alternativ Atomoxetin oder Guanfacin. (7, 162, 221, 222, 229).

Allerdings stellen Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen eine besondere Gruppe dar mit höherem Risiko für Missbrauch oder Weitergabe von Betäubungsmitteln sowie erhöhtem Risiko für Mischkonsum (219).

Die Stimulanzienbehandlung bei opioidbezogenen Störungen und Buprenorphin-OAT erhöht das Risiko für "drug-related poisoning" (DRP), kann aber durch bessere Behandlungsadhärenz das Gesamtrisiko senken (230). Im Einzelfall kann das Intoxikationsrisiko den Nutzen überwiegen. Bei ADHS und SUD (inkl. opioidbezogener Störungen) zeigte eine Studie mit Stimulanzien eine bessere Haltequote als Atomoxetin (216). Lisdexamfetamine scheint bei komorbider Stimulanzienabhängigkeit neben der opioidbezogenen Störung (und ADHS) mit einem reduzierten erhöhtem Sterberisiko assoziiert zu sein (231).

Langwirksame Stimulanzien wirken schneller und stärker gegen ADHS-Symptome als Atomoxetin oder Guanfacin (217). Behandelnde müssen daher abwägen, ob eine schnelle Symptomreduktion wichtiger ist als die Minimierung des Missbrauchs- oder Weitergaberisikos.

Die Autor:innen haben sich dazu entschieden, den Formulierungen der S3-Leitlinie ADHS, der S3-Leitlinie alkoholbezogene Störungen und der Expert:innenkonsense zu folgen.

Für Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen und ADHS in OAT können Sicherheitsmaßnahmen wie tägliche Vergabe der Medikamente unter Sicht oder in flüssiger Form (Lisdexamfetamin) ergriffen werden, was besonders zu Behandlungsbeginn dringend notwendig ist. Auch bei Take-Home sollte anfangs mindestens wöchentlich ein Arztkontakt zur Minimierung von Missbrauch und Weitergabe erfolgen. Langwirksame Stimulanzien haben ein begrenztes Missbrauchsrisiko (221). OROS-Methylphenidat und Lisdexamfetamin sind aufgrund ihrer Eigenschaften weniger für nasalen oder intravenösen Konsum geeignet (232-236). Lisdexamfetamin kann in Wasser gelöst werden, was die Vergabe unter Sicht in der OAT

erleichtert (225). Aufgrund klinischer Erfahrung sollen auch bei Take-Home-Verordnungenen mindestens einmal wöchentliche Arztkontakte erfolgen.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Mit Blick auf die Empfehlung 10.5.4 und hinsichtlich des Risikos einer unzureichend behandelten ADHS muss abgewogen werden mit dem Risiko für Missbrauch und Weitergabe von ADHS-Medikamenten. Der Empfehlungsgrad wurde aus den anderen S3-Leitlinien (7, 162) übernommen. Wenn die Entscheidung zur Behandlung mit Stimulanzien gefallen ist, sind ausreichend Vorkehrungen zu treffen, um das Risiko für Weitergabe und Missbrauch (inklusive intravenösem Konsum) soweit wie möglich zu reduzieren. Daher wurde für die Empfehlung 10.5.6 ein starker Empfehlungsgrad gewählt.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Patient:innen mit einer Vorgeschichte von substanzinduzierten psychotischen Störungen sollten Stimulanzien nur unter größter Vorsicht erhalten. Patient:innen mit Schizophrenie oder ähnlichen anhaltenden Psychosen sollten keine Stimulanzien erhalten.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Oft ist im Verlauf eine Anpassung der ADHS-Medikation notwendig, um geänderten Lebensbedingungen Rechnung zu tragen. Das Risiko für Missbrauch/Weitergabe ist dabei weiterhin zu beachten. Bei der Verordnung von Atomoxetin kann eine langsamere Aufdosierung als in der Fachinformation (z.B. Beginn mit 10-20mg/d statt 40mg/d) das Risiko für Nebenwirkungen reduzieren und die Therapieadhärenz entscheidend verbessern. Guanfacin ist nur für die Behandlung der ADHS im Kindes- und Jugendalter zugelassen. Es treten vergleichsweise häufiger Nebenwirkungen auf, z.B. EKG-Veränderungen. Bei allen ADHS-Medikamenten ist eine regelmäßige Kontrolle von Blutdruck und Puls sinnvoll.

2.10.5.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Prospektive und kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von ADHS-Medikation bei Patient:innen mit ADHS und opioidbezogenen Störungen (Reduktion von ADHS-Symptomen und Substanzkonsum, optimale Dosis, Verbesserung der Therapieadhärenz).

- Prospektive und kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von weiteren Therapieverfahren (z.B. tDCS, TMS allein oder in Ergänzung zu ADHS-Medikation).
- Prospektive Studien zum Risiko für Missbrauch und Weitergabe von ADHS-Medikation bei Patient:innen mit ADHS und opioidbezogenen Störungen.
- Prospektive Studien zur Effektivität verschiedener OAT (Diamorphin, Methadon, Buprenorphin sublingual bzw. als Depot, Morpin retard) bei Patient:innen mit ADHS und opioidbezogenen Störungen.
- Prospektive und kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von psychotherapeutischen Verfahren bei Patient:innen mit ADHS und opioidbezogenen Störungen (Reduktion von ADHS-Symptomen und Substanzkonsum, Verbesserung der Therapieadhärenz).

2.10.6 Posttraumatische Belastungsstörung

Ingo Schäfer

2.10.6.1 Einleitung

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) gehört bei Personen mit opiodbezogenen Störungen zu den häufigsten Komorbiditäten (183). Ein epidemiologischer Survey aus Australien kam zu dem Ergebnis, dass 33 % der Personen mit opioidbezogenen Störungen in der Allgemeinbevölkerung eine komorbide PTBS aufwiesen (237). In der deutschen PREMOS-Studie lag die Punktprävalenz der PTBS bei 1.600 Patient:innen in OAT zu den 3 Erhebungszeitpunkten zwischen 7 % und 13 % (76). Nordamerikanische Studien bei Patient:innen in OAT berichteten in der Regel deutlich höhere Prävalenzen (238, 239). Eine naturalistische Längsschnittstudie bei 615 Patient:innen mit Heroinabhängigkeit in Australien („Australian Treatment Outcome Study“ – ATOS) berichtete, dass 41 % die Lebenszeitdiagnose einer PTBS aufwiesen (240).

Bei Patient:innen mit PTBS finden sich im Vergleich zu denen ohne PTBS eine schlechtere berufliche Funktionsfähigkeit, mehr Überdosierungen, sowie eine schlechtere körperliche und psychische Gesundheit (241). So fanden sich in einem 11-Jahres-Follow-up der ATOS-Studie bei Patient:innen mit PTBS signifikant mehr depressive Syndrome und Suizidversuche (240), was sich mit Studien bei Patient:innen in OAT deckt (239). Befunde zu Zusammenhängen mit Behandlungsaspekten, wie der Haltequote oder dem Ausmaß des Substanzkonsums, fielen dagegen uneinheitlich aus (238, 240).

2.10.6.2 Klinische Fragestellung

1. Führt eine Psychotherapie, Pharmakotherapie oder Kombination beider Therapien bei opioidabhängigen Personen (in qualifiziertem Entzug oder OAT) mit psychischer Komorbidität von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) zu einer größeren Verbesserung der Komorbidität oder der Konsummuster im Vergleich zu einem Treatment-as-usual (TAU) oder Placebobedingungen?

2.10.6.3 Empfehlungen

10.6.1	Empfehlung	Neu (2025)
	Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen und komorbider Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) sollte im Rahmen eines integrierten Konzepts eine traumafokussierte Psychotherapie angeboten werden.	
EK	Schiff et al. 2015, Schacht et al. 2017, DeGPT 2019	
	Konsensstärke: 91,7 % (Konsens)	

10.6.2	Empfehlung	Neu (2025)
	Bei Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen und Komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung (K-PTBS) sollten traumafokussierte Interventionen mit Techniken zur Emotionsregulation und zur Verbesserung von Beziehungsstörungen im Sinne der Bearbeitung dysfunktionaler zwischenmenschlicher Muster kombiniert werden.	
EK	DeGPT 2019	
	Konsensstärke: 92,3 % (Konsens)	

10.6.3	Empfehlung	Neu (2025)
	Eine Psychopharmakotherapie soll weder als alleinige noch als primäre Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Personen mit opioidbezogenen Störungen eingesetzt werden.	
EK	DeGPT 2019	
	Konsensstärke: 84,2 % (Konsens)	

2.10.6.4 Hintergrund der Evidenz

2.10.6.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 10.6.1

Darlegung der Evidenzgrundlage

Bei der Behandlung der PTBS kann zwischen traumafokussierten und nicht-traumafokussierten Interventionen unterschieden werden. Traumafokussierte Interventionen sind definiert als Behandlungsansätze, bei denen der Schwerpunkt auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder seiner Bedeutung liegt. Bei nicht-traumafokussierten Interventionen liegt stattdessen der Schwerpunkt dieser Ansätze auf der Vermittlung von Fertigkeiten der Emotionsregulation, des Umgangs mit posttraumatischen Belastungssymptomen oder der Lösung aktueller Probleme. Zur Behandlung der PTBS stellen traumafokussierte Interventionen aufgrund ihrer höheren Wirksamkeit die Therapie der Wahl dar (164). Mehrere Studien weisen darauf hin, dass traumafokussierte Interventionen auch bei

Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen sicher und effektiv eingesetzt werden können (242, 243).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Traumafokussierte Interventionen stellen bei Personen mit PTBS die Therapie der Wahl dar (164). Dies trifft auch auf Patient:innen mit substanzbezogenen Störungen zu (7, 22). Einzelne Studien belegen, dass sie auch bei Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen sicher und effektiv eingesetzt werden können (242, 243). Aufgrund der bislang noch begrenzten Studienlage wird Empfehlung 10.6.1 dennoch als Expert:innenkonsens formuliert. Wie auch bei anderen Gruppen von Patient:innen steht dem erwarteten Nutzen einer traumafokussierten Behandlung (Reduktion der PTBS-Symptomatik) ein potenzieller Schaden durch eine Intensivierung der Symptomatik mit Zunahme des Konsums gegenüber. Aufgrund der bislang noch begrenzten Studienlage zu dieser Frage bei opioidbezogenen Störungen wurde der Empfehungsgrad „B“ gewählt.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.10.6.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 10.6.2

Darlegung der Evidenzgrundlage

Nach schweren und wiederholten traumatischen Erfahrungen, etwa sexueller oder körperlicher Gewalt in der Kindheit, liegen neben den Kernsymptomen der PTBS oft weitere Symptome vor wie eine gestörte Affektregulation und Impulskontrolle, Störungen des Selbstbildes, sowie Gefühle von Scham und Schuld. Betroffene mit solchen zusätzlichen Symptomen erfüllen häufig die Diagnose der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (K-PTBS), die mit der Einführung des ICD-11 zu einer im Versorgungssystem anerkannten Diagnose geworden ist. Bei Vorliegen einer K-PTBS sollte die psychotherapeutische Behandlung zusätzlich zu traumafokussierten Interventionen auch Techniken zur Emotionsregulation und zur Verbesserung von Beziehungsstörungen im Sinne der Bearbeitung dysfunktionaler zwischenmenschlicher Muster umfassen (164).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Studien zur psychotherapeutischen Behandlung der K-PTBS bei Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen stehen bislang noch aus. Empfehlung 10.6.2 wird deshalb als Expert:innenkonsens formuliert. Wie auch bei anderen Gruppen von Patient:innen steht dem erwarteten Nutzen einer traumafokussierten Behandlung (Reduktion der PTBS-Symptomatik) ein potenzieller Schaden durch eine Intensivierung der Symptomatik mit Zunahme des Konsums gegenüber. Dieses Risiko wird in Bezug auf die anderen in Empfehlung 10.2 erwähnten Interventionen als deutlich geringer angesehen. Aufgrund der bislang noch begrenzten Studienlage zu dieser Frage bei opioidbezogenen Störungen wurde dennoch der Empfehungsgrad „B“ gewählt.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.10.6.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 10.6.3

Darlegung der Evidenzgrundlage

Die existierenden Metaanalysen und systematischen Reviews zur pharmakologischen Behandlung der PTBS kommen zu dem Ergebnis, dass die Effektstärken für traumafokussierte Psychotherapie im Vergleich zu aktiven psychotherapeutischen Kontrollbedingungen größer ausfallen als bei Medikamenten im Vergleich zu Placebos und größer als bei anderen Psychotherapien im Vergleich zu aktiven Kontrollbedingungen (164). Die Empfehlung eine Pharmakotherapie weder als alleinige noch als primäre Therapie der PTBS einzusetzen, entspricht auch den Empfehlungen internationaler Leitlinien (164).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Da keine spezifischen Studien zur psychopharmakologischen Behandlung der PTBS bei opioidbezogenen Störungen verfügbar sind, wird Empfehlung 10.6.3 als Expert:innenkonsens formuliert. Dem Nutzen aufgrund der grundsätzlich überlegenen Effekte einer Psychotherapie steht dabei ein potenzieller Schaden durch eine unterlassene Pharmakotherapie in Fällen

gegenüber, in denen auch keine Psychotherapie erfolgt. Um die Bedeutung einer Psychotherapie aufgrund der großen Menge an Befunden, die auf deutlich höhere Effektstärken im Vergleich zu einer Pharmakotherapie der PTBS hinweisen, zu betonen, wurde dennoch ein starker Empfehlungsgrad gewählt.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.10.6.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Methodisch hochwertige Studien zu den Effekten traumafokussierter Methoden bei Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen.
- Studien zu den Effekten zusätzlicher Therapieansätze (z.B. skillbasierter Verfahren) bei Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen und komplexer PTBS.
- Studien zu Möglichkeiten, die Haltequote in PTBS-Therapien bei Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen zu erhöhen.
- Studien zu niedrigschwelligen Therapieansätzen für Patient:innen, die durch traumafokussierte Ansätze schwer zu erreichen sind.

2.11 Besondere Populationen

Maurice Cabanis, Michael Soyka, Maren Dix, Mirjam N. Landgraf, Marc Lehmann, Ingo Schäfer, Dirk Schaeffer, Jan-Peter Siedentopf, Sebastian Winkelnkemper

2.11.1 Einleitung

Dieses Kapitel behandelt besondere Populationen bei opioidbezogenen Störungen: Schwangere und Stillende, Eltern oder erziehungsberechtigte Personen, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, Personen in Haft sowie geflüchtete Personen mit opioidbezogenen Störungen. Sie betreffen Menschen aus verschiedenen demografischen Gruppen und erfordern aufgrund ihrer besonderen Bedürfnisse und Umstände in bestimmten Bereichen spezifische Behandlungsstrategien, die auf deren besonderen Bedürfnisse eingehen.

Schwangere mit opioidbezogenen Störungen benötigen z.B. eine spezielle Betreuung, um das Wohlergehen sowohl der werdenden Mutter als auch des sich entwickelnden Fötus zu gewährleisten (244). Bei diesen Personen besteht ein erhöhtes Risiko für Geburtskomplikationen, Frühgeburten und das Neonatale Abstinenzsyndrom (NAS) (245) sowie für langfristige Entwicklungsstörungen und neuropsychologische Störungen aufgrund einer durch die Substanzen erfolgten Gehirnentwicklungsstörung des ungeborenen Kindes. Behandlungsstrategien für Schwangere können eine OAT, aber auch eine schonende Entgiftungsbehandlung, eine sorgfältige Abwägung von Nutzen und Risiken sowie eine genaue Überwachung der Gesundheit von Mutter und Kind umfassen (246). Gemeinsame Betreuungsmodelle, an denen Geburtshelfende, Suchtmediziner:innen, Gynäkolog:innen, Neonatolog:innen, Pädiater:innen und Neuropädiater:innen beteiligt sind, sind für eine umfassende pränatale Betreuung, die Behandlung von Substanzgebrauchsstörungen und die Unterstützung gesunder Schwangerschaften unerlässlich (247). Während der postpartalen Phase stellt das Stillen für Personen mit opioidbezogenen Störungen eine besondere Herausforderung dar. Während einer OAT sollten entsprechend die möglichen Risiken gegenüber den Vorteilen des Stillens abgewogen werden (248). Individualisierte Behandlungspläne können das Stillen unter einer OAT ermöglichen, gleichzeitig die neonatale Exposition gegenüber Opioiden minimieren und mit Hinweisen zu sicheren Stillpraktiken und zur Prüfung des Säuglings auf Zeichen von Sedierung oder Entzug einen besseren Behandlungsverlauf unterstützen (248). International wird für eine OAT in der Stillzeit die Anwendung von Methadon oder Buprenorphin empfohlen.

Bei Eltern oder erziehungsberechtigten Personen mit opioidbezogenen Störungen ist das Wohlergehen sowohl der Eltern als auch des Kindes wichtiger Bestandteil der Behandlung.

Auf die Eltern ausgerichtete Maßnahmen, die OAT, Steigerung der Elternkompetenzen und Familientherapie umfassen, erweisen sich als wirksam (249). Darüber hinaus unterstützen ggf. Krankenkassen, Jugendämter, Familienhilfen und kommunale Ressourcen Eltern während der Behandlung und fördern ein stabiles und sicheres Umfeld für die Kinder (250). Für Kinderschutzdienste ist von besonderer Bedeutung, ein Gleichgewicht zwischen der Sicherheit der Kinder und den Möglichkeiten des elterlichen Engagements und der Unterstützung der Genesung herzustellen, um zu verhindern, dass Kinder unnötigerweise aus ihren Familien entfernt werden (251). Dabei hat das Kindeswohl Vorrang vor den elterlichen Rechten. Entsprechend muss immer die Frage nach Kindern im Haushalt im Rahmen der Behandlung und Beratung gestellt werden.

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit opioidbezogenen Störungen benötigen ebenfalls spezielle Ansätze, die ihre besonderen Entwicklungsbedürfnisse berücksichtigen. Eine frühzeitige Erkennung und Intervention sind entscheidend, um die langfristigen Folgen der opioidbezogenen Störungen zu mildern. Die Behandlung umfasst eine Kombination aus Pharmakotherapie und psychosozialen Maßnahmen, die auf das Alter und den Entwicklungsstand der jeweiligen Person zugeschnitten sind (252). Dabei ist auch die Einbeziehung der Familie, schulische Unterstützung und psychosoziale Dienste wesentlich, um den komplexen Bedürfnissen junger Patient:innen gerecht zu werden und positive Ergebnisse zu erzielen (253). Junge Erwachsene, die sich im Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter befinden, sind häufig besonderen sozialen, emotionalen und umweltbedingten Stressfaktoren ausgesetzt, die zum Substanzkonsum beitragen können. Behandlungsstrategien für junge Erwachsene sind insbesondere dann hilfreich, wenn sie altersgerechte Interventionen, Peer-Support-Netzwerken, Berufsausbildung und pädagogische Unterstützung integrieren (252).

Menschen mit Opioidabhängigkeit können häufig straffällig werden. Oft handelt es sich hier um Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz oder sogenannte Beschaffungskriminalität. Viele Straftaten werden unter dem Einfluss berauschender Mittel, vor allem Alkohol, aber auch illegalen Substanzen verübt. Laut polizeilicher Kriminalstatistik beträgt bei Gewaltkriminalität der Anteil der Tatverdächtigen mit Konsum hochpotenter Substanzen etwa 6,5 % (2019). Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass etwa 20 % der in Haft befindlichen Menschen opioidabhängig sind. Dazu kommen viele Personen mit Substanzgebrauchsstörungen, die im Maßregelvollzug nach § 64 StGB behandelt werden. Es handelt sich um eine große Gruppe von Patient:innen (254). Nur relativ wenige Untersuchungen haben sich mit der Therapie inhaftierter Opioidabhängiger beschäftigt, insbesondere der OAT, und es gibt zahlreiche praktische Probleme (255). Das Thema hat die Europäische Kommission schon 2007 beschäftigt und es wurde ein Leitfaden zur OAT im

Gefängnis vorgelegt (256). Die wissenschaftliche Literatur zu dem Thema war bislang überschaubar.

Eine weitere Gruppe von Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen, die besondere Bedarfe im Rahmen ihrer Behandlung aufweisen, sind Personen mit Migrationshintergrund (257). Befunde aus verschiedenen europäischen Ländern (z.B. Belgien und Griechenland) weisen darauf hin, dass diese Gruppe in ambulanter OAT überrepräsentiert, in hochschwelligen stationären Behandlungsangeboten hingegen unterrepräsentiert ist (258). Für verschiedene Gruppen von Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen und Migrationshintergrund, etwa Geflüchtete, bestehen erhebliche Barrieren in Bezug auf eine angemessene Versorgung. Dazu zählen insbesondere fehlende Sprachmittlung und ein begrenzter Zugang zum gesamten Spektrum von Versorgungsangeboten (259). Zugleich stellen Geflüchtete mit substanzbezogenen Störungen aufgrund hoher Prävalenzen traumatischer Erfahrungen und entsprechenden psychischen Komorbiditäten eine besonders vulnerable Gruppe von Patient:innen dar (257, 260).

Zusammenfassend benötigen die genannten Patient:innengruppen mit opioidbezogenen Störungen personalisierte Behandlungsstrategien, um besonderen Bedürfnisse und Umständen Rechnung zu tragen. Dabei ist eine multidisziplinäre Versorgung einschließlich medizinischer, geburtshilflicher, suchtmedizinischer und psychosozialer Angebote und die Zusammenarbeit mit verschiedenen regionalen Institutionen und Unterstützungsnetzen entscheidend. Eine schnell verfügbare, kompetente und unterstützende Begleitung der genannten Gruppen führt zur Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität, zu gesunden Schwangerschaften und zur Förderung der kindlichen Entwicklung sowie eines erfolgreichen Übergangs ins Erwachsenenalter. Hierfür benötigt es v.a. spezifisches Wissen in den Bereichen Prävention, OAT, personalisierter, psychosozialer Behandlungsangebote sowie integrierter Versorgungsstrategien für Schwangere, Gebärende, Stillende, Eltern und deren pränatal exponierte Kinder sowie Kinder, Jugendliche und jungen Erwachsenen mit opioidbezogenen Störungen. Dafür ist die Vermittlung entsprechenden Wissens in die Aus- und Weiterbildung sowie die Förderung kontinuierlicher Forschung und Evaluierung in diesem Bereich notwendig.

2.11.2 Klinische Fragestellungen

4. Führt eine OAT mit razemischem Methadon bei schwangeren, gebärenden oder stillenden opioidabhängigen Personen zu geringeren Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen, einer verbesserten körperlichen Gesundheit des Kindes (inkl. Ausprägung des neonatalen Entzugssyndroms) oder einer verbesserten psychischen Gesundheit des Kindes im Vergleich zu einer OAT mit Levomethadon, Buprenorphin, depot Buprenorphin, retardiertem Morphin oder Diamorphin?
5. Führt eine OAT bei schwangeren, gebärenden oder stillenden opioidabhängigen Personen zu geringeren Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen, einer besseren körperlichen Gesundheit des Kindes (inkl. Ausprägung des neonatalen Entzugssyndroms) oder einer besseren psychischen Gesundheit des Kindes im Vergleich zu einer abstinenzorientierten Behandlung (Entwöhnungsbehandlung) oder kontrolliertem Konsum?
6. Führt eine OAT bei erziehungsberechtigten Personen/Eltern mit opioidbezogenen Störungen zu einer geringeren Gefährdung des Kindes, besseren psychischen oder körperlichen Gesundheit oder besseren Entwicklung des Kindes im Vergleich zu einer abstinenzorientierten Behandlung (Entwöhnungsbehandlung)?
7. Führt eine OAT bei opioidabhängigen Personen im Alter bis einschließlich 24 Jahren zu einer höheren Abstinenzrate von illegalen Opioiden, einer besseren Beschäftigungssituation, psychischen oder körperlichen Gesundheit, einer höheren Retention oder geringeren Mortalität im Vergleich zu einer abstinenzorientierten Behandlung (Entwöhnungsbehandlung)?
8. Führt eine OAT bei opioidabhängigen Personen in Haft oder mit gerichtlicher Therapieauflage zu geringerer Beschaffungskriminalität, geringeren Verurteilungen wegen Delikten nach dem BtMG, einer höheren Abstinenzrate von illegalen Opioiden, einer besseren körperlichen oder psychischen Gesundheit oder geringerem Substanzkonsum im Vergleich zu einer abstinenzorientierten Behandlung?
9. Führt eine OAT bei geflüchteten opioidabhängigen Personen zu einer Verbesserung der psychischen und körperlichen Gesundheit, Verringerung des Substanzkonsums, Verbesserung der Lebensqualität, Verringerung der Mortalität sowie besseren Haltequote im Vergleich zu keiner OAT?

2.11.3 Empfehlungen

11.1	Empfehlung		Neu (2025)
Empfehlungsgrad A ⇑⇑	Die Eindosierung und ggf. Anpassung der zur Verfügung stehenden Opioid-Agonisten soll bei Schwangeren, Gebärenden oder Stillenden mit opioidbezogenen Störungen angeboten werden.		
Towers et al. 2020, Kinsella et al. 2022			
Qualität der Evidenz			
Schwangerschaftskomplikation: angeborene Anomalie, Todesfälle (Mutter); Geburtskomplikation: Totgeburt; Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Psychische Gesundheit des Kindes: Entwicklung in Kindheit; Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Körperliche Gesundheit des Kindes: klein für Gestationsalter, Todesfälle (Kind); Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Ausprägung des neonatalen Entzugssyndroms: Behandlung des Entzugssyndroms: Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
Schwangerschaftskomplikation: Frühgeburt; Niedrig ⊕⊕⊖⊖	Körperliche Gesundheit des Kindes: Körperlänge bei Geburt, Gewicht bei Geburt: Niedrig ⊕⊕⊖⊖	AMSTAR 2: Niedrige Qualität	
	Konsensstärke: 89 % (Konsens)		

11.2	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad A ⇑⇑	Schwangere, Gebärende oder Stillenden mit opioidbezogenen Störungen sollen ausführlich über Risiken, Nebenwirkungen und Nutzen einer Opioid-Agonisten-Therapie, einer abstinenzorientierten Behandlung (Entwöhnungsbehandlung) sowie über Folgen von begleitendem Konsum von zusätzlichen Substanzen (inkl. Alkohol) für sich und für das Kind aufgeklärt werden und gemeinsam mit der behandelnden Person eine Behandlungsstrategie festlegen.	
Terplan et al. 2018, Wang et al. 2019, Towers et al. 2020		
Qualität der Evidenz		
Schwangerschaftskomplikationen: Frühgeburtlichkeit; Geburtskomplikationen: Totgeburt; Ausprägung des neonatalen Entzugssyndroms: Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	AMSTAR 2: Sehr niedrige bis niedrige Qualität	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

11.3	Empfehlung	Neu (2025)
	Die Opioid-Agonisten-Therapie soll neben Behandlungsalternativen, wie der Entwöhnungstherapie, erziehungsberechtigten Personen/Eltern mit einer opioidbezogenen Störung angeboten werden.	
EK	Winstanley et al. 2019, Romanowicz et al. 2019, Bullinger 2022	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

11.4	Empfehlung	Neu (2025)
	Die Opioid-Agonisten-Therapie soll neben Behandlungsalternativen, wie der Entwöhnungstherapie, bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit opioidbezogenen Störungen angeboten werden.	
EK	Carney et al. 2018, Borodkovsky et al. 2018, Pilarinos et al. 2022	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

11.5	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad A ⇑⇑	Straffälligen Personen mit opioidbezogenen Störungen soll eine Opioid-Agonisten-Therapie angeboten werden.	
Brinkley-Rubinstein et al. 2018		
Qualität der Evidenz (Studien, die nach GRADE beurteilt wurden)		
Beschaffungskriminalität gemessen als Re-arrest: Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Beschaffungskriminalität gemessen als Re-incarceration: Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Körperliche Gesundheit: fatale und nicht-fatale Überdosierung: Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
Körperliche Gesundheit: Notaufnahmebesuch: Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Substanzkonsum (Heroin): Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	RoB 2: geringes Verzerrungsrisiko
	91 % (Konsens)	

11.6	Empfehlung	Neu (2025)
	Bei geflüchteten Personen mit opioidbezogenen Störungen sollte im Rahmen einer kultursensitiven, dolmetschergestützten Diagnostik auf Komorbiditäten, wie die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), eingegangen werden.	
EK	Nikitin et al. 2023, Van Selm et al. 2023	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

2.11.4 Hintergrund der Evidenz

2.11.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 11.1 und 11.2

Darlegung der Evidenzgrundlage

Da die ersten beiden klinischen Fragestellungen sowie die dazugehörigen Empfehlungen miteinander verknüpft sind, werden beide Punkte im Folgenden gemeinsam diskutiert. OAT-Medikamente werden bei Schwangeren, Gebärenden oder Stillenden mit opioidbezogenen Störungen eingesetzt. Die verbreitetsten und meistuntersuchten OAT-Medikamente für die Behandlung von Schwangeren mit Opioidkonsumstörungen sind Methadon und Buprenorphin (261). Methadon wird am längsten zur Behandlung von Opioidkonsumstörungen in der Schwangerschaft eingesetzt (262). In den neuesten kanadischen Leitlinien wird Buprenorphin als Erstlinientherapie für Opioidkonsumstörungen empfohlen (263), in der Praxis finden jedoch alle OAT-Präparate ihren Einsatz, ohne schwerwiegende Folgen zu verursachen.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

OAT-Medikamente haben sich als sicher und wirksam für die Anwendung in der Schwangerschaft erwiesen (264). In den WHO-Leitlinien wird außerdem empfohlen, OAT-Medikamente als Erhaltungstherapie für Opioidkonsumstörungen bei Schwangeren einzusetzen (265). Die Behandlung mit OAT-Medikamenten trägt dazu bei, den Opioidkonsum zu reduzieren und den Verbleib in der Behandlung zu verbessern (266). Der Einsatz von OAT-Medikamenten kann darüber hinaus mit einer verbesserten Einhaltung der Schwangerschaftsvorsorge und damit verbunden geringeren Raten von Frühgeburten und niedrigem Geburtsgewicht sowie geringerer Raten von Rückfällen und Überdosierungen bei werdenden Müttern einhergehen (267). Gleichzeitig lässt sich jedoch festhalten, dass eine Entzugsbehandlung nicht grundsätzlich einer Behandlung mit OAT-Medikamenten unterlegen ist. Der putative Nachteil einer Entzugsbehandlung basiert auf dem indirekten Effekt, dass mit dieser Behandlungsstrategie ein höheres Risiko für erneuten Konsum und ein höheres Risiko für begleitenden Konsum von zusätzlichen Substanzen bestehen (267). Die Annahme, dass der mit der Entzugsbehandlung vermeintlich verbundene höhere Stress während der Schwangerschaft zu mehr Komplikationen führe, konnte nicht nachgewiesen werden (267).

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Die Expert:innengruppe hat sich dafür ausgesprochen, weder ein bestimmtes OAT-Medikament noch eine bestimmte Behandlungsstrategie bevorzugt zu empfehlen. Die aus der Literatur und der praktischen Erfahrung gewonnen Erkenntnisse legen nahe, Schwangeren,

Gebärenden oder Stillenden mit opioidbezogenen Störungen ausführlich über Risiken, Nebenwirkungen und Nutzen der verschieden OAT-Medikamente und Behandlungsstrategien (OAT/Entgiftung) aufzuklären und im Sinne des „Shared decision making“ gemeinsam mit der betroffenen Person die Behandlungsstrategie festzulegen.

Die existierende Literatur empfiehlt, dass Schwangere mit opioidbezogenen Störungen nach begleitendem Konsum von anderen illegalen Substanzen, Alkohol, Cannabis und Nikotin befragt und hinsichtlich deren konkreten Risiken für ihr Kind aufgeklärt werden. Studien empfehlen außerdem, dass Kinder, die pränatal Opioiden (mit oder ohne begleitenden Konsum von anderen Substanzen inkl. Alkohol) ausgesetzt waren, im gesamten Kindes- und Jugendalter entwicklungsdiagnostisch betreut werden (je nach klinischer Symptomatik pädiatrisch, neuropädiatrisch und/oder kinder- und jugendpsychiatrisch) (268-274). Hinsichtlich der Versorgung (zusätzlich) pränatal alkoholexponierter Kinder, verweist die Leitliniengruppe auf die S3 Leitlinie „Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) bei Kindern und Jugendlichen - Diagnostik & Intervention“ (275).

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Die Empfehlungen zur Eindosierung und gegebenenfalls Anpassung von Opioid-Agonisten sowie zur ausführlichen Aufklärung über Behandlungsoptionen, Risiken und begleitender Konsum von zusätzlichen Substanzen bei Schwangeren, Gebärenden oder Stillenden mit opioidbezogenen Störungen treffen nicht auf alle Personengruppen gleichermaßen zu. Beispielsweise können Frauen in hochakuten Krisensituationen, etwa bei psychischen Notfällen, extremer körperlicher Instabilität oder akutem begleitenden Konsum von potenziell lebensbedrohlichen Substanzen, vorübergehend nicht in der Lage sein, die Aufklärung oder die Eindosierung adäquat wahrzunehmen. Bei ihnen ist zunächst eine Stabilisierung der akuten Lage erforderlich, bevor die Empfehlungen umgesetzt werden können.

Darüber hinaus kann die Empfehlung zur Aufklärung und Mitentscheidung eingeschränkt sein, wenn Frauen aufgrund von kognitiven Einschränkungen, Sprachbarrieren oder psychischen Erkrankungen nicht in der Lage sind, die bereitgestellten Informationen vollständig zu verstehen oder eigenständig eine informierte Entscheidung zu treffen. In solchen Fällen sind spezifische Unterstützungsangebote erforderlich, um die Verständlichkeit der Aufklärung zu verbessern und gegebenenfalls rechtliche Vertreter:innen oder Übersetzer:innen einzubinden.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Die Eindosierung und gegebenenfalls Anpassung von Opioid-Agonisten bei Schwangeren, Gebärenden oder Stillenden mit opioidbezogenen Störungen erfordert ein sorgfältiges, multidisziplinäres Vorgehen, das sowohl die medizinischen Bedürfnisse der werdenden Mutter

als auch die Gesundheit des ungeborenen oder neugeborenen Kindes berücksichtigt. Ziel ist es, eine stabile Versorgung sicherzustellen und die Risiken für Mutter und Kind zu minimieren, und dabei die partizipative Entscheidungsfindung einzuhalten.

Die Eindosierung erfolgt unter engmaschiger ärztlicher Überwachung in einer spezialisierten Einrichtung. Hierbei ist besonders auf die Stabilisierung der Mutter zu achten, um Entzugssymptome zu vermeiden, die sowohl für die Schwangere als auch für das ungeborene Kind erhebliche Risiken bergen können. Gleichzeitig wird die Dosis so angepasst, dass das Risiko einer Überdosierung minimiert und eine optimale Wirksamkeit erzielt wird. Regelmäßige Kontrollen der Vitalparameter und gegebenenfalls die Anpassung der Dosis an den sich verändernden Stoffwechsel während der Schwangerschaft sind essenziell.

Während der Geburt ist eine eng abgestimmte Betreuung zwischen Geburtshelfer:innen, Anästhesist:innen und Suchtmediziner:innen notwendig. Schmerzmanagement und OAT müssen dabei sorgfältig aufeinander abgestimmt werden, um einerseits eine effektive Schmerzlinderung zu gewährleisten und andererseits Entzugssymptome zu vermeiden. Zudem sollte das medizinische Team auf mögliche Komplikationen vorbereitet sein, wie etwa das Neonatale Abstinenzsyndrom beim Neugeborenen, das durch die pränatale Exposition gegenüber Opioiden entstehen kann.

Für stillende Mütter ist die Fortsetzung der OAT in der Stillzeit möglich und oft sinnvoll, da die Menge der in die Muttermilch übergehenden Opioid-Agonisten gering ist und das Stillen positive Auswirkungen auf die Bindung zwischen Mutter und Kind sowie die Reduktion von NAS-Symptomen hat. Die genaue Dosierung sollte jedoch unter ärztlicher Aufsicht festgelegt und regelmäßig überprüft werden.

Zusätzlich zur medizinischen Betreuung ist die psychosoziale Unterstützung ein zentraler Bestandteil der Behandlung. Dazu gehören die Vermittlung von Beratungs- und Unterstützungsangeboten, die Förderung eines stabilen Umfelds für Mutter und Kind sowie die enge Zusammenarbeit mit Jugendhilfediensten, falls notwendig. Psychoedukative Maßnahmen zur Aufklärung über die Auswirkungen von OAT und Stillen sowie zur Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit der Substanz sind ebenfalls essenziell.

Abschließend ist eine langfristige Betreuung zu gewährleisten, die eine nahtlose Überleitung in weiterführende Behandlungs- und Unterstützungsangebote einschließt. Regelmäßige Evaluationen der Behandlungsergebnisse und die flexible Anpassung des Behandlungsplans tragen dazu bei, die Gesundheit und Stabilität von Mutter und Kind nachhaltig zu sichern.

2.11.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 11.3

Darlegung der Evidenzgrundlage

In mehreren Studien wurde untersucht, wie sich eine opioidgestützte Behandlung für Eltern auf ihre Kinder auswirkt. Opioidgebrauch der Eltern kann negative Folgen für die Eltern-Kind-Beziehung, die entwicklungs- und verhaltensbezogene sowie die psychosoziale Gesundheit der Kinder haben (276-278). Gleichzeitig hat sich die OAT als wirksam erwiesen, um den elterlichen illegalen Substanzgebrauch zu reduzieren sowie die psychische, somatische und soziale Verfassung zu verbessern und damit die negativen Auswirkungen des Konsums auf die Kinder zu reduzieren (279). Bullinger konnte in seiner Studie zeigen, dass sich der Zugang der Eltern zu medikamentengestützten Opioidbehandlungsprogrammen positive Effekte für das Wohlbefinden ihrer Kinder hat (280). Um das Wohlbefinden von Eltern und Kindern zu verbessern, ist es wichtig, ein Screening zu psychosozialen Faktoren und familienorientierte Ansätze zur Behandlung der Opioidabhängigkeit anzubieten (267, 281, 282). Es gibt jedoch immer noch erhebliche Lücken in der Forschung zu den Auswirkungen von Opioidkonsumstörungen auf die Entwicklungsergebnisse von Kindern, deren Eltern an opioidbezogenen Störungen leiden (282). Dabei ist auch der direkte toxische Effekt der pränatalen Opioidexposition auf die Gehirnentwicklung für den langfristigen neuropsychologischen Outcome der Kinder noch nicht ausreichend geklärt (283).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Zur dritten klinischen Fragestellung konnten durch die Primärdatenrecherche sowie die Suche nach aggregierter Evidenz keine Studieneinschlüsse erfolgen, so dass sie auf der Basis eines Expert:innenkonsens formuliert wurde. Aus der Literatur sowie aus praktischen Erfahrungen lässt sich ableiteten, erziehungsberechtigte Personen/Eltern mit opioidbezogenen Störungen ausführlich über Risiken, Nebenwirkungen und Nutzen der verschieden Behandlungsoptionen (OAT/Entwöhnung) aufzuklären. Auch hier gilt es im Rahmen des „Shared Decision Making"-Ansatzes die Entscheidung über die Wahl der Behandlungsstrategie gemeinsam mit den betroffenen Personen zu treffen.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Bei Eltern oder Erziehungsberechtigten mit opioidbezogenen Störungen spielt das Wohlergehen von Eltern und Kindern eine zentrale Rolle in der Behandlung. Wirksame Maßnahmen umfassen OAT, die Förderung elterlicher Kompetenzen und familientherapeutische Ansätze. Kinderschutzdienste müssen dabei ein Gleichgewicht

zwischen Sicherheit der Kinder und Unterstützung der elterlichen Stabilisierung wahren, um unnötige Trennungen von Familien zu vermeiden. Das Kindeswohl hat jedoch stets Vorrang vor elterlichen Rechten. Daher sollte im Behandlungsprozess systematisch die Situation der Kinder im Haushalt erfasst und berücksichtigt werden.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Erziehungsberechtigten Personen oder Eltern mit opioidbezogenen Störungen eine OAT neben alternativen Behandlungsoptionen wie der Entwöhnungstherapie anzubieten, erfordert ein patient:innenzentriertes und familienorientiertes Vorgehen. Ziel ist es, sowohl die gesundheitliche Stabilisierung der betroffenen Eltern als auch das Wohl des Kindes sicherzustellen, welches ggf. einen individuellen Behandlungsbedarf beinhaltet.

Die Durchführung der OAT sollte durch regelmäßige ärztliche Überwachung begleitet werden, um eine optimale Dosierung sicherzustellen, Entzugssymptome zu vermeiden und mögliche Nebenwirkungen frühzeitig zu erkennen. Parallel dazu ist die psychosoziale Unterstützung ein essenzieller Bestandteil der Behandlung. Diese umfasst Beratungsangebote zur Erziehungsunterstützung, den Aufbau stabiler Lebensumstände und die Förderung eines sicheren und unterstützenden Umfelds für das Kind. Die enge Zusammenarbeit mit Jugendhilfediensten, pädiatrischen Fachkräften und anderen sozialen Unterstützungsdiensten ist hierbei zentral, um eine ganzheitliche Versorgung zu gewährleisten.

2.11.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 11.4

Darlegung der Evidenzgrundlage

Im Bereich OAT bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit opioidbezogenen Störungen sind wissenschaftliche Veröffentlichungen begrenzt. Die österreichische Leitlinie beinhaltet eine Passage mit Empfehlung zur Behandlung der genannten Altersgruppe (284). Im Rahmen der Opioidkrise in Nordamerika wurden zudem wenige Studien und Leitlinienempfehlungen aus USA und Kanada veröffentlicht (282, 285, 286). OAT und abstinenzorientierte Behandlungsansätze sind bei diesen Altersgruppen nach Müller und Trabi „als unterschiedliche, diversifizierte und individuelle patientengerechte Angebote zu verstehen“, „schließen einander nicht aus“ und können aufeinanderfolgen (252). Dazu ist ein rascher, erleichterter (niedrigschwelliger) Zugang zu Beratung, Diagnostik und OAT von besonderer Bedeutung. Eine Vielfalt an unterschiedlichen Angeboten ist anzustreben: ambulante Suchthilfeeinrichtungen mit Spezialambulanzen, kinder- und jugendpsychiatrische

Einrichtungen mit niedrig-, aber auch höherschwelligen Angeboten sowie (teil-)stationäre Spezialeinrichtungen (279).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Auch zur vierten klinischen Fragestellung konnten durch die Primärdatenrecherche sowie die Suche nach aggregierter Evidenz keine Studieneinschlüsse erfolgen, so dass sie auf der Basis eines Expert:innenkonsens formuliert wurde, basierend auch auf den Erfahrungen der Überdosiskrise in Nordamerika sowie aus aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und praktischen Erfahrungen.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit opioidbezogenen Störungen erfordern alters- und entwicklungsgerechte Behandlungsansätze, die ihre spezifischen Bedürfnisse berücksichtigen. Eine frühzeitige Diagnostik und Intervention sind entscheidend, um langfristige Folgen zu reduzieren. Die Therapie kombiniert Pharmakotherapie mit psychosozialen Maßnahmen, die individuell an Alter und Entwicklungsstand angepasst werden. Zentral ist dabei die Einbindung der Familie sowie die Nutzung schulischer und psychosozialer Unterstützungssysteme, um die komplexen Anforderungen junger Patient:innen zu bewältigen und nachhaltige Therapieerfolge zu erzielen. Junge Erwachsene im Übergang ins Erwachsenenalter stehen häufig unter erhöhtem sozialem und emotionalem Druck, der den Substanzkonsum begünstigen kann. Für diese Gruppe sind Behandlungsansätze besonders wirksam, wenn sie altersgerechte Interventionen mit Peer-Support, beruflicher Qualifizierung und pädagogischer Förderung verknüpfen. Im Falle einer OAT ist eine umfassende Aufklärung dieser Patient:innengruppe über die Risiken, Nebenwirkungen und den Nutzen der unterschiedlichen Behandlungsansätze (OAT/Entwöhnung) notwendig. Im Sinne des „Shared Decision Making“-Prinzips soll die Wahl der Behandlungsstrategie in enger Abstimmung mit den Betroffenen sowie gegebenenfalls ihren Eltern oder Erziehungsberechtigten erfolgen.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Die genannte Empfehlung trifft nicht auf alle Personengruppen gleichermaßen zu. Insbesondere junge Menschen, deren Opioidgebrauch episodisch oder nicht regelmäßig erfolgt und die keine physische Abhängigkeit entwickelt haben, benötigen in der Regel keine medikamentöse OAT oder eine Entwöhnungsbehandlung. Für sie können psychosoziale Interventionen und Präventionsprogramme ausreichend sein, um den Substanzgebrauch zu adressieren und eine Stabilisierung zu fördern.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Die qualitativ hochwertige Umsetzung der Empfehlung erfordert ein alters- und entwicklungsorientiertes Vorgehen. Ziel ist es, sowohl die akute als auch die langfristige Stabilisierung zu fördern, indem die Therapie individuell an die Bedürfnisse und Lebensumstände der Betroffenen angepasst wird. Zu Beginn steht eine umfassende diagnostische Abklärung, die neben dem Ausmaß der opioidbezogenen Störung auch psychische, soziale und körperliche Begleitfaktoren erfasst. Besonders wichtig ist die Berücksichtigung des Entwicklungsstandes der Betroffenen, da Jugendliche und junge Erwachsene spezifische Herausforderungen, wie schulische Anforderungen, den Übergang ins Berufsleben und soziale Identitätsfindung, bewältigen müssen. Diese Faktoren beeinflussen die Therapieziele und -maßnahmen maßgeblich.

Neben der engmaschigen ärztlichen Begleitung und sorgfältigen Dosisanpassung ist bei der OAT von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine enge Verknüpfung mit psychosozialen Interventionen wichtig. Psychotherapie, sozialpädagogische Unterstützung und Angebote zur Förderung von Lebenskompetenzen tragen zusätzlich dazu bei, die Resilienz der Betroffenen zu stärken. Alternativ zur OAT ist auch eine abstinenzorientierte Entwöhnungstherapie anzubieten. Die Entscheidung für einen Behandlungsansatz sollte stets in enger Abstimmung mit den Betroffenen und gegebenenfalls deren Familien getroffen werden, um eine tragfähige Behandlungsstrategie zu entwickeln. Dabei ist eine umfassende Aufklärung über die Vor- und Nachteile der verschiedenen Ansätze, einschließlich der potenziellen Risiken, Nebenwirkungen und Erfolgsaussichten, unerlässlich.

Zusätzlich ist die Einbindung des sozialen Umfelds, insbesondere der Familie, ein wichtiger Bestandteil der Therapie. Familienbasierte Ansätze können die Behandlung unterstützen, indem sie das Verständnis der Angehörigen fördern und die soziale Stabilität der Betroffenen stärken. Bei Bedarf sollten auch schulische und berufliche Fördermaßnahmen sowie Peer-Support einbezogen werden, um die Wiedereingliederung in den Alltag zu erleichtern.

2.11.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 11.5

Darlegung der Evidenzgrundlage

Es gibt kaum deutsche und wenig internationale Therapiestudien und auch kaum Katamnesen zur Effizienz spezifischer Therapien bei straffällig gewordenen Opioidabhängigen bzw. solchen in Haft. In Deutschland sind etwa 20 % der Inhaftierten opioidabhängig (287). Ein systematischer Review von Malta et al. (288) schloss immerhin 22 randomisierte klinische Studien, drei nichtrandomisiere und 21 Beobachtungsstudien ein. Im Wesentlichen konnte nur eine gewisse Effizienz der OAT nachgewiesen werden. Eine Übersicht von Hedrich et al. (289)

über die Effizienz der OAT in „prison settings“ (sechs experimentelle, 15 Beobachtungsstudien) zeigte die prinzipielle Wirksamkeit der OAT. Generell wurde gezeigt, dass OAT unter Haftbedingungen möglich ist und die Prognose eher verbessert (290). Retrospektive Auswertungen belegen z.B. eine niedrigere Rate an Überdosierungen bei (ehemaligen) Häftlingen, die in OAT waren (291, 292). Die einzige randomisierte Studie stammt von Brinkley-Rubinstein et al. (293). Insgesamt ist die Datenbasis aber dürftig (294). In Deutschland existiert einige Literatur zur Wirksamkeit des Maßregelvollzugs bei Opioidabhängigen. Die einzige größere und relevante Erhebung zur Frage der Effizienz im Maßregelvollzug stammt von Schalast et al. (295). 16 Kliniken beteiligten sich. Kontrollierte Studien zur Wirksamkeit der OAT im Maßregelvollzug liegen nicht vor.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Therapiestudien bei Inhaftierten sind aus verschiedenen klinischen und ethischen Gründen ausgesprochen schwierig, insofern überrascht das Fehlen kontrollierter klinischer Studien nicht unbedingt. Verschiedene vor allem retrospektive Auswertungen haben aber gezeigt, dass OAT unter Haftbedingungen im Prinzip genauso wirksam sind wie außerhalb des Gefängnisses. Geringerer Substanzkonsum, eine niedrigere Rate z.B. an HIV und vor allem weniger tödliche Opiatintoxikationen auch nach Entlassung sind Hauptargumente für eine OAT (293).

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Besonderes Augenmerk ist bei Opioidabhängigen in Haft auf den Zeitraum nach Haftentlassung zu legen, da hier die Rate an tödlichen Intoxikationen besonders hoch ist.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Trifft nicht zu.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.11.4.5 Hintergrundtext zur Empfehlung 11.6

Darlegung der Evidenzgrundlage

In Bezug auf Geflüchtete mit opioidbezogenen Störungen ist die aktuelle Evidenz auf qualitative Studien und Befragungen von Expert:innen beschränkt (z.B.(257, 259)). Diese kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass Angebote für Geflüchtete Patient:innen

strukturelle Barrieren, wie fehlende Sprachmittlung berücksichtigen müssen, und aufgrund der großen Häufigkeit traumatischer Erfahrungen bei dieser Gruppe Screenings auf entsprechende Komorbiditäten indiziert sind.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Für andere Gruppen von opioidabhängigen Personen (z.B. (183, 240)) und Geflüchtete allgemein (z.B. (296)) wurden hohe Prävalenzen posttraumatischer Störungen berichtet. Allerdings liegen zu geflüchteten Personen mit opioidbezogenen Störungen bislang keine methodisch hochwertigen Studien vor, so dass die Empfehlung als Expertenkonsens formuliert wurde. Aufgrund der besonderen klinischen Relevanz (u. a. im Sinne einer Selbstmedikation posttraumatischer Störungen mit Opioiden) wurde der Empfehlungsgrad B gewählt.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.11.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Behandlungsansätze und -anforderungen sowie Risiken bei Schwangeren, Gebärenden oder Stillenden mit opioidbezogenen Störungen inkl. der biologischen Auswirkungen pränataler Opioidexposition und ggf. Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung auf die langfristige Entwicklung des Kindes.
- Behandlungsansätze und -anforderungen sowie Risiken bei Erziehungsberechtigten Personen/Eltern mit opioidbezogenen Störungen und deren Kindern unter besonderer Berücksichtigung der möglichen Gefährdung des Kindes, dessen psychischen und körperlichen Gesundheit sowie dessen Entwicklung.
- Behandlungsansätze und -anforderungen sowie Risiken bei Kindern, Jugendlichen, jungen Erwachsenen sowie Personen in höherem Alter und Personen mit chronischen Mehrfacherkrankungen mit opioidbezogenen Störungen und deren Therapieoutcomes bezogen auf die Abstinenzraten illegaler Opioide, die soziale Teilhabe, die psychische und körperliche Gesundheit sowie die Retention und Mortalität.

- Rechtliche und strukturelle Zugänge für geflüchtete Personen mit opioidbezogenen Störungen zu relevanten Versorgungsangeboten einschließlich der Behandlung komorbider psychischer Störungen.
- Behandlungsansätze und -anforderungen sowie Risiken bei Personen in staatlicher Freiheitsentziehung/Haft mit opioidbezogenen Störungen.
- Bei straffällige Personen mit opioidbezogenen Störungen sollte überprüft werden, ob die Initiierung oder Fortführung einer OAT bei Inhaftierten im Vergleich zu keiner OAT mit einer niedrigeren Mortalität während und nach der Haft, geringerem Opioidkonsum, einer niedrigeren Infektionsrate und besseren sozialen Integration einhergeht.
- Bei straffälligen Personen mit OUD sollten mögliche Vorteile einer Behandlung mit Depotpräparaten im Vergleich zu oraler OAT-Medikation hinsichtlich Retention, Opioidkonsum, Mortalität und Weitergabe von OAT-Medikamenten geprüft werden.

2.12 Schadensminimierung

Uwe Verthein, Olaf Ostermann, Oliver Pogarell

2.12.1 Einleitung

Unter schadensminimierenden Maßnahmen (gleichbedeutend mit dem international gebräuchlichen Begriff der Harm Reduction) werden nach einer Definition der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (297) alle Unterstützungsangebote, Interventionen und Hilfeleistungen verstanden, die das Überleben von drogenkonsumierenden Menschen sichern sowie die mit dem Konsum zusammenhängenden somatischen, psychischen, sozialen oder ökonomischen Folgen für die Betroffenen oder die Gesellschaft verringern oder vermeiden helfen. Dabei gilt folgendes Paradigma: Der Harm Reduction Ansatz zielt auf die Reduktion der (kurz- und langfristigen) negativen Folgen des Substanzkonsums (individuell und gesellschaftlich). Er ist nicht gerichtet auf die Reduktion des Konsums oder die Verringerung der Anzahl der Drogenkonsumierenden (298, 299).

Unterschiedliche Interventionen für Opioide konsumierende sowie illegale Drogen gebrauchende Menschen sind entwickelt worden und kommen mittlerweile, wenn auch nicht flächendeckend, in Deutschland zum Einsatz (300). Zu den relevantesten und am stärksten verbreiteten Interventionen und Maßnahmen zählen:

- Versorgungs- und Beratungsangebote in niedrigschwelligen (szenenahen) Einrichtungen, sogenannte Kontaktläden,
- die Informationsvermittlung und Kampagnen zum Safer Use,
- die bedarfsgerechte Konsumutensilien-Vergabe und Spritzentauschprogramme,
- Drogenkonsumräume sowie
- die niedrigschwellige OAT.

Ferner gibt es eine Reihe weiterer Interventionen und Maßnahmen/Angebote wie z.B. die ambulante medizinische Betreuung und Notfallversorgung (Screening auf Infektionen, Testung, ggf. Impfung), aufsuchende Straßen-Sozialarbeit (Prostituierende, Obdachlose, Migrant:innen), Ruheräume, Notschlafstellen oder die Naloxon-Vergabe (Opioid-Antagonist) zur Vermeidung von Überdosierungen. Auch das nach einem Beschluss des Deutschen Bundestags im Juni 2023 jetzt prinzipiell mögliche Drug-Checking ist den schadensminimierenden Maßnahmen zuzurechnen.

In den 2017 überarbeiteten klinischen Leitlinien zu Drogenmissbrauch und Abhängigkeit des Britischen Gesundheitsministeriums werden Harm Reduction-Maßnahmen explizit als

Bestandteil des Angebots an Interventionen für Drogenkonsumierende aufgeführt (301). Auch die Leitlinien der Amerikanischen Gesellschaft für Suchtmedizin (ASAM) erwähnen die Möglichkeit, Harm Reduction Interventionen als Elemente der psychosozialen (Begleit-)Behandlung von Menschen mit opioidbezogenen Störungen anzubieten (302). Besonders ausführlich werden Harm Reduction-Maßnahmen in den Leitlinien des British Columbia Centre on Substance Use und dem B.C. Gesundheitsministerium behandelt. In der Übersicht der Empfehlungen wird betont, dass z.B. die Take-Home-Naloxon-Vergabe oder andere Harm Reduction-Interventionen routinemäßig als Teil der Standardversorgung bei opioidbezogenen Störungen angeboten werden sollten, um konsumbezogenes Risikoverhalten zu minimieren, Infektionen (HIV, Hepatitis C) zu verringern sowie Überdosisrisiken zu reduzieren. Ferner können Harm Reduction Angebote dazu beitragen, die Aufnahme von Suchtbehandlungen zu fördern. Insgesamt handelt es sich dabei um einen starken Empfehlungsgrad („strong“) bei nach GRADE als moderat bewerteter Evidenz (303).

2.12.2 Klinische Fragestellungen

10. Führen bedarfsgerechte Konsumutensilienvergabe und/oder Spritzentauschprogramme für intravenös konsumierende opioidabhängige Personen zu einer verbesserten körperlichen Gesundheit im Vergleich zu keiner bedarfsgerechten Konsumutensilienvergabe und/oder keinen Spritzentauschprogrammen?
11. Führt die Nutzung von Drogenkonsumräumen durch opioidabhängige Personen zu einer höheren Reduktion von lebensbedrohlichen Überdosierungen, höheren Inanspruchnahme von suchttherapeutischen Interventionen oder Behandlungen oder verbesserten körperlichen Gesundheit im Vergleich zu keiner Nutzung von Drogenkonsumräumen?
12. Führen Take-Home Naloxon-Programme bei opioidabhängigen Personen zu geringeren drogenbedingten Todesfällen im Vergleich zu keinen Take-Home Naloxon-Programmen?
13. Führt Straßen-Sozialarbeit für opioidabhängige Personen zu einer höheren Vermittlungsquote an Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen der Suchthilfe im Vergleich zu keiner Straßen-Sozialarbeit?
14. Führen niedrigschwellige Versorgungs- und Beratungsangebote (Kontaktläden) für opioidabhängige Personen zu einer höheren Anbindung in das weitere Suchthilfesystem im Vergleich zu keinen niedrigschwelligen Versorgungs- und Beratungsangeboten (Kontaktläden)?

2.12.3 Empfehlungen

12.1	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad B ⇑	Bedarfsgerechte Konsumutensilienvergabe und Spritzentauschprogramme sollten intravenös konsumierenden opioidabhängigen Personen zur Verbesserung der Gesundheit angeboten werden.	
Platt et al. 2018, Puzhko et al. 2022, Palmateer et al. 2022		
Qualität der Evidenz		
Körperliche Gesundheit: Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	AMSTAR 2: niedrige – moderate Qualität	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

12.2	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad B ⇑	Drogenkonsumräume sollten opioidabhängigen Personen zur Reduktion von lebensbedrohlichen Überdosierungen zur Verfügung stehen.	
Levengood et al. 2021		
Qualität der Evidenz		
AMSTAR 2: Niedrige Qualität		
	Konsensstärke: 90,5 % (Konsens)	

12.3	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad B ⇑	Drogenkonsumräume sollten bereitgestellt werden, um die Inanspruchnahme von suchttherapeutischen Interventionen oder Behandlungen durch opioidabhängige Personen zu verbessern.	
Levengood et al. 2021		
Qualität der Evidenz		
AMSTAR 2: Niedrige Qualität		
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

12.4	Statement	Neu (2025)
Empfehlungsgrad 0 ⇔	Es gibt Hinweise darauf, dass die Nutzung von Drogenkonsumräumen bei opioidabhängigen Personen zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands führen kann.	
Levengood et al. 2021		
Qualität der Evidenz		
AMSTAR 2: Niedrige Qualität		
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

12.5	Empfehlung	Neu (2025)
	Take-Home Naloxon soll opioidabhängigen Personen zur Verringerung drogenbedingter Todesfälle zur Verfügung gestellt werden.	
EK	Lewis et al. 2017, Chimbar & Moleta 2018, Behar et al. 2018	
	Konsensstärke: 94,4 % (Konsens)	

12.6	Empfehlung	Neu (2025)
	Straßen-Sozialarbeit sollte für opioidabhängige Personen zur Vermittlung an Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen der Suchthilfe angeboten werden.	
EK	keine Primärstudien im 5-Jahres-Zeitraum	
	Konsensstärke: 95,7 % (Starker Konsens)	

12.7	Empfehlung	Neu (2025)
	Niedrigschwellige Versorgungs- und Beratungsangebote (Kontaktläden) sollten angeboten werden, um für opioidabhängige Personen den Zugang zum Suchthilfesystem zu verbessern.	
EK	keine Primärstudien im 5-Jahres-Zeitraum	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

2.12.4 Hintergrund der Evidenz

Dem Bereich der Schadensminimierung bzw. Harm Reduction ist eine Vielzahl von unterschiedlichen Interventionen und Maßnahmen zuzuordnen, deren Bedeutsamkeit in verschiedenen Leitlinien hervorgehoben wird (z.B. (301-303)). Auch die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht hat bereits vor 14 Jahren eine Monographie zu Hintergrund, Entwicklung, Wirkungen und zukünftigen Herausforderungen des Harm Reduction Ansatzes publiziert (297). In den hier vorgelegten Empfehlungen wird der Schwerpunkt auf jene Maßnahmen gelegt, die für die bundesdeutsche Versorgungsrealität (zum gegenwärtigen Zeitpunkt) bedeutsam sind und bei denen eine wissenschaftliche Evidenz vermutet wird. Aus diesem Grund werden zu dem seit Juni 2023 in Deutschland rechtlich erlaubten Drug-Checking noch keine Empfehlungen abgegeben, da es erst in wenigen Pilotprojekten (Thüringen, Berlin) umgesetzt wird. Die hier formulierten Empfehlungen beziehen sich auf fünf Maßnahmen und Interventionen: 1. Konsumutensilien-Vergabe und Spritzentauschprogramme, 2. Drogenkonsumräume, 3. Take-Home Naloxon-Programme, 4. Straßen-Sozialarbeit und 5. niedrigschwellige Versorgungs- und Beratungsangebote (Kontaktläden). Die wissenschaftliche Evidenz bezieht sich vorwiegend auf eine Metaanalyse (304) und zwei systematische Reviews (305, 306) für die Konsumutensilien-Vergabe und

Spritzentauschprogramme und auf ein systematisches Review (307) für die Wirkungen von Drogenkonsumräumen. Für die Empfehlungen zu den übrigen drei Maßnahmen und Interventionen muss auf ältere Literatur sowie klinische Erfahrungen zurückgegriffen werden.

2.12.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 12.1

Darlegung der Evidenzgrundlage

Der Empfehlung, bedarfsgerechte Konsumutensilien-Vergabe und Spritzentauschprogramme zur Verbesserung des Gesundheitszustands anzubieten, liegen drei systematische Reviews aus den letzten fünf Jahren zugrunde (304-306), von denen eines zugleich als quantitative Metaanalyse durchgeführt wurde (304) und es sich bei (305) um eine Übersicht von systematischen Reviews handelt. Wenngleich die Qualitätsbewertung nach AMSTAR 2 für die beiden erstgenannten Studien eine moderate und für die letztgenannte Studie (306) nur eine niedrige Gesamteinschätzung in das Vertrauen der Ergebnisse ergeben hat, kann aufgrund der zahlreichen Originalstudien von einer soliden Daten- und Erkenntnisbasis zu den Wirkungen der bedarfsgerechten Konsumutensilien-Vergabe und Spritzentauschprogramme gesprochen werden. Die Metaanalyse von Platt et al. (304) beinhaltet 28 Studien (Gesamt-N = 6.279), die überwiegend in Nordamerika und Europa durchgeführt wurden (keine in Deutschland). Bezogen auf die HCV-Inzidenz kommt die Metaanalyse auf Basis von neun einbezogenen Originalstudien für den Spritzentausch auf ein relatives Risiko von 0,77 (95 %-KI: 0,38-1,54), was somit auf eine Verringerung der Inzidenz hindeutet, insgesamt aber die statistische Signifikanzgrenze verfehlt. Im Einklang mit der GRADE-Bewertung einer sehr niedrigen Vertrauensbewertung der Evidenz, kann somit keine empirisch überzeugende Wirksamkeitsaussage getroffen werden. Wird zwischen nordamerikanischen und europäischen Studien unterschieden, lässt sich für Letztere jedoch ein signifikanter und zudem stärker ausgeprägter Effekt mit einem relativen Risiko von 0,44 (95%-KI: 0,24-0,80) nachweisen (304). In dem Review von Puzhko et al. (305) wurden zwölf systematische Reviews einbezogen, von denen nach AMSTAR 2 durch die Autor:innen vier mit einer hohen Qualität bewertet wurden (worunter sich auch die hier separat behandelte Metaanalyse von Platt et al. 2018 befindet), fünf als moderat und die übrigen drei als niedrig bzw. sehr niedrig eingestuft wurden. Die Studie von Palmateer et al. (306) schloss 13 Reviews und 61 Originalarbeiten in ihre Analysen ein und kommt zu dem Schluss, dass das Evidenzniveau mittlerweile als ausreichend für den Nachweis der positiven Wirkungen von Konsumutensilien-Vergabe und Spritzentauschprogrammen betrachtet werden kann.

Das Kriterium der Verbesserung der Gesundheit wird in den herangezogenen Studien in der Regel auf körperliche Störungen und Symptome bezogen, hier vor allem die Inzidenz von HIV- und HCV-Infektionen. Zu psychischen Störungen oder Symptomen liegen keine

vergleichbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse vor. Zudem wird das Konsum- und Risikoverhalten bezogen auf injizierenden Gebrauch und der Weitergabe oder gemeinsamen Verwendung von Nadeln und Spritzutensilien untersucht. Auch bezüglich dieses Kriteriums lassen sich positive Effekte nachweisen, die sich insgesamt auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands und Stabilisierung des Allgemeinzustands auswirken dürften (306).

Hervorzuheben ist zudem, dass alle drei systematischen Übersichtarbeiten auch die Kombination von OAT und Konsumutensilien-Vergabe bzw. Spritzentauschprogrammen untersuchten und für diesen umfassenden interventionellen Ansatz ebenfalls positive, teilweise über jene der Einzelmaßnahmen hinausgehende Wirkungen bezogen auf die Vermeidung von Infektionen und Verringerung des Risikoverhaltens festgestellt haben.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Der Empfehlungsgrad B wird nicht zuletzt dadurch untermauert, dass es sich bei den untersuchten Infektionen und entsprechenden chronischen Folgeerkrankungen um somatische Komplikationen handelt, die mit langfristigen Einschränkungen verbunden sind. Die Risiken der bedarfsgerechten Konsumutensilien-Vergabe sind insbesondere bei intravenös Opioide konsumierenden Personen gering im Vergleich zu ggf. nicht-sterilen oder nicht sachgemäß oder mehrfach verwendeten Utensilien, die die Ausbreitung von Infektionen und Folgeerkrankungen begünstigen.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Bei der institutionell ohne größeren Aufwand in bereits vorhandene Angebote der Suchthilfe zu integrierenden Maßnahme sind bedeutsame Effekte zu erzielen, die helfen, nicht nur die Gesundheit der Opioide (und andere Drogen) gebrauchenden Menschen selbst zu stabilisieren, sondern auch weitere Personengruppen vor einer möglichen Ausbreitung übertragbarer Krankheiten zu schützen.

Die Autor:innen aller drei in die Empfehlung einbezogenen Literaturübersichten stimmen aber darin überein, dass noch erheblicher Forschungsbedarf hinsichtlich der Wirkungen von Konsumutensilien-Vergabe und Spritzentauschprogrammen (sowie weiteren Maßnahmen der Schadensminimierung) für Drogenkonsumierende besteht.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.12.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 12.2, 12.3 und 12.4

Drogenkonsumräume sollten zur Verfügung stehen, um lebensbedrohliche Überdosierungen zu verringern bzw. zu vermeiden und die Inanspruchnahme weiterer Interventionen der Suchtkrankenhilfe zu verbessern. Trotz vergleichbar niedriger Evidenz – mit Levengood et al. (307) liegt nur eine systematische Übersichtsarbeit aus den letzten fünf Jahren vor – wird eine Sollte-Empfehlung ausgesprochen, da es sich bei den Wirkungen dieses Angebots um die Vermeidung lebensbedrohlicher Komplikationen handelt. Der Übersichtsarbeit liegen 22 Originalstudien zugrunde, wobei sich mit 16 Studien die Mehrheit auf einen Konsumraum in Vancouver bezieht. Aus Europa sind drei Studien dabei, zwei spanische und eine aus Norwegen. In dem zu Empfehlung 12.1 erwähnten Review von Palmateer et al. (306) werden zwar ebenfalls die Wirkungen von Drogenkonsumräumen ausgewertet und eine noch unzureichende bzw. vorläufige Evidenz festgestellt; die maßgebliche Literaturarbeit von Levengood et al. (307) sowie der Großteil der zugrunde liegenden Originalarbeiten wurden dort aber nicht berücksichtigt. Auch in der Übersichtsarbeit von Levengood et al. (307) werden psychische Störungen oder Symptome nicht separat analysiert, womit zu diesem Gesundheitsaspekt keine weiteren wissenschaftlichen Erkenntnisse vorliegen (lediglich in zwei untersuchten Studien wurde auf das Vorhandensein von psychischen Störungen unter Drogenkonsumierenden hingewiesen).

Seit Einführung von Drogenkonsumraumangeboten in Deutschland gibt es nur wenige Untersuchungen. Die Studie von Zurhold et al. (308), in der drei von sieben Hamburger Drogenkonsumräume einbezogen wurden, kommt zu dem Schluss, dass die Zielgruppe der vorwiegend intravenös und riskant Konsumierenden gut erreicht und die Drogenkonsumräume häufig genutzt wurden. Zudem zeigte sich, dass Konsumraumangebote zu einem gesundheitsbewussteren Konsumverhalten sowie zur Nutzung weiterführender Hilfsangebote beitragen. Eine umfassendere Untersuchung (unter 19 Konsumräumen), die sich u. a. ausführlich den unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen (Rechtsverordnungen) in den deutschen Bundesländern widmet, wurde von Poschadel et al. (309) durchgeführt. Aus den Befragungen der Nutzer:innen ergab sich eine hohe Inanspruchnahme der Einrichtungsangebote. Bei über der Hälfte der Fälle konnte der Kontakt zu weiterführenden Hilfeeinrichtungen hergestellt werden. Zudem ging in mehreren Städten die Zahl der Drogentoten nach der Eröffnung der Drogenkonsumräume signifikant zurück.

Eine internationale systematische Literaturübersicht aus 2014 fasst die Effekte der Drogenkonsumraumnutzung anhand von 75 Publikationen zusammen, wobei die oben genannten bundesdeutschen Studien nicht berücksichtigt wurden (310). Wenngleich sich die Mehrzahl der Drogenkonsumräume in Europa befindet, dort aber keine oder kaum qualitativ hochwertige Evaluationsstudien durchgeführt wurden, fußt die Literaturübersicht bis auf zwei Ausnahmen (Schweiz, Spanien) ausschließlich auf Ergebnissen von Studien aus Vancouver und Sydney. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass Konsumräume u. a. die Zielgruppe der riskanten Drogenkonsumierenden erreichen, Überdosierungen reduzieren, zu hygienischem, weniger gesundheitsgefährdendem Konsum beitragen und den Zugang zur medizinischen Versorgung verbessern.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Es wird eine Sollte-Empfehlung (B) ausgesprochen, da die Vermeidung lebensbedrohlicher Komplikationen (Überdosis, unerwartete Nebenwirkungen), die mit der Nutzung von Drogenkonsumräumen verbunden ist, gegenüber den sonstigen konsumbedingten Risiken einen bedeutenden Nutzen darstellt. Das Versorgungsangebot kann mit entsprechender räumlicher Planung in niedrigschwellige Versorgungs- und Beratungsangebote (Kontaktläden) integriert werden (siehe auch Empfehlung 12.7).

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.12.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 12.5

Bei der Mehrzahl der Überdosierungen sind opioidhaltige Substanzen maßgeblich beteiligt. Nach Kraus et al. (311) liegen bei bis zu 15 % der Überdosierungen Hinweise auf die Anwesenheit Dritter vor, und in etwa 20 % der Fälle wurden Rettungsversuche unternommen. Auf dieser Grundlage sei als schadensreduzierende Maßnahme zur Vermeidung von akuten Überdosierungen die Vergabe von Naloxon an Personen mit opioidbezogenen Störungen oder deren Angehörige sowie die Schulung der Betroffenen im Umgang mit Naloxon in Betracht zu ziehen.

In Deutschland steht (Stand 2024) das Präparat Nyxoid® Naloxon Nasenspray für die sofortige Anwendung als Notfalltherapie bei bekannter oder vermuteter Opioid-Überdosierung für eine ärztliche Verordnung zur Verfügung. Eine Patient:innen-Informationskarte ist verpflichtender Bestandteil der Zulassung und wurde als zusätzliche risikominimierende Maßnahme beauflagt (312). Bei Verordnung gilt u.a. der Hinweis der Fachinformation, dass Nyxoid® erst ausgehändigt werden sollte, nachdem die Eignung und Kompetenz der betreffenden Person festgestellt wurde. Patient:innen oder andere Personen, die Nyxoid® eventuell verabreichen müssen, seien in seiner ordnungsgemäßen Anwendung zu unterweisen und darin, dass es wichtig sei, den Rettungsdienst zu rufen (313).

Zur Evidenz der Wirksamkeit der Naloxon-Vergabe konnten keine als qualitativ ausreichend bewerteten, aktuellen systematischen Reviews oder Metaanalysen herangezogen werden. Es wurden in der Nachrecherche ältere Reviews identifiziert, die eine Beurteilung zu den Wirkungen der Naloxon-Vergabe erlaubten und auf denen der klinische Konsens dieser Empfehlung beruht (314-316).

Lewis et al. (314) stellten fest, dass mit der intranasalen Verabreichung von Naloxon auch medizinische Laien eine sichere und effektive Behandlungsmaßnahme bei überdosisbedingter Atemdepression durchführen können. Chimbar & Moleta (315) konnten ebenfalls aufzeigen, dass der Einsatz von Naloxon in Take-Home-Kits mit einer Reduzierung der Opioid-Überdosismortalität verbunden war. Naloxon-Take-Home-(NTH) Programme seien trotz der methodischen Limitationen als effektiv einzuschätzen, Take-Home-Kits sollten breit verfügbar sein. Behar et al. (316) untersuchten Akzeptanz und Durchführbarkeit von Naloxon-Verordnungen im Rahmen der medizinischen Grundversorgung. Die Autoren kamen zu der Einschätzung, dass der Einsatz von Naloxon und dessen Verordnung nach Schulung von Ärzt:innen, Apotheker:innen und Pflegekräften auch in diesem Setting durchführbar sei.

In einem systematischen Review zur Wirksamkeit von NTH-Programmen von McDonald & Strang (317) mit 22 Beobachtungsstudien, zeigte sich nach 2.336 Naloxonanwendungen eine gepoolte Überlebensrate von 96 % (Konfidenzintervall: 95,5 %-97,1 %). Dabei lag die Rate des Einsatzes der ausgegebenen Kits zwischen 4 % und 58 %. Eine vergleichbar hohe Überlebensrate konnte in einem Review von Clark et al. (318), das auf 14 Originalarbeiten mit 1.949 Naloxonanwendungen beruhte, festgestellt werden. In den von Chimbar et al. (315) referierten Studien wurden Überlebensraten von 89 % (319) und 98 % (320) berichtet.

McDonald & Strang (317) führten zur Nutzen-Risiko-Bewertung aus, dass NTH-Programme bei nur geringen Nebenwirkungsraten geeignet seien, die Mortalität von Überdosierungen zu reduzieren. Zu den Nebenwirkungen gehörten plötzliches Eintreten von Entzugssymptomen, Erbrechen, Agitiertheit und epileptische Anfälle. Die Häufigkeit dieser unerwünschten Wirkungen lag bei 2.336 Naloxon-Anwendungen unter 3 %.

Zur Durchführbarkeit von NTH-Schulungsprogrammen für die Naloxon-Vergabe an medizinische Laien lagen Ergebnisse des prospektiven und multizentrischen Modellprojekts „BayTHN“ vor. Es konnte gezeigt werden, dass Personen mit opioidbezogenen Störungen von spezifischen Drogennotfallschulungen profitierten. Die Schulungsprogramme führten zu Wissenserwerb und Fertigkeitszuwachs, die die Betroffenen in einem Drogennotfall kompetenter und effektiver handeln ließen. Eine Implementierung sei möglich und effektiv, NTH-Programme sollten fester Bestandteil der Drogenhilfe sein (116). Katzman et al. (114) legten eine prospektive Kohortenstudie mit 244 Personen mit opioidbezogenen Störungen in New Mexico, USA, vor. Es wurde ein Naloxon Einsatz von 13 % der Studienteilnehmenden berichtet, der in 38 Fällen eine Überdosis bei Angehörigen, Bekannten oder fremden Personen durchbrechen konnte. Die Autoren schlussfolgerten, dass die Bereitschaft zum Einsatz von Naloxon durch geschulte Personen hoch sei und Naloxon-Programme auch sekundäre Zielpersonen schützen könnten.
Fleißner et al. (321) kamen in einer Übersicht zu der Bewertung, dass NTH-Programme angesichts steigender Drogentodeszahlen als Maßnahme der öffentlichen Gesundheitsfürsorge ausgebaut werden sollten und auch in Deutschland zu einer Reduktion der Mortalität führen könnten. 2021 wurde das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte, auf drei Jahre angelegte Bundesmodellprojekt NALtrain (https://www.naloxontraining.de/naltrain) begonnen.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Es konnten durch Primärdatenrecherche und Suche nach aggregierter Evidenz keine Studieneinschlüsse erfolgen, so dass die Empfehlung auf Basis eines Expert:innenkonsens formuliert wurde. In der Gesamtbewertung ist der Einsatz von Naloxon in der besonders gefährdeten Gruppe von Menschen mit opioidbezogenen Störungen auch trotz der methodischen Einschränkungen als effektiv und sicher einzuschätzen. Die Durchführung von NTH-Programmen und die damit verbundenen Schulungsmaßnahmen sind einfach umzusetzen und akzeptiert. Dabei ist die Einstufung als Soll-Empfehlung (A) mit der hohen Mortalität der opioidbezogenen Störung und der positiven Risiko-Nutzen-Bewertung von Naloxon zu begründen. Die potenziellen (geringen) Risiken von Naloxon bzw. NTH-Programmen werden durch den Nutzen der potenziellen Überlebenssicherung mehr als aufgewogen.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Eine der Befürchtungen bezüglich negativer Auswirkungen von NTH-Programmen ist die Sorge, die Vergabe von Naloxon könnte kompensatorisch das Risikoverhalten von Personen

mit opioidbezogenen Störungen erhöhen und zu einer Zunahme riskanten Konsums führen. Eine Analyse von Jones et al. (322) fand hierzu keine Belege.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.12.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 12.6

Straßen-Sozialarbeit versteht sich als ein Handlungsfeld, welches primär durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit ausgefüllt wird, aber über das Handlungsfeld und die Profession hinaus vernetzt und kooperativ wirksam ist. Aufsuchende Arbeit schafft direkte Zugangsformen, agiert in den jeweiligen Lebenswelten, ist von Akzeptanz der jeweiligen Lebensweisen sowie durch eine Bereitschaft, sich parteilich für die Adressat:innen in gesellschaftspolitische Prozesse einzubringen, geprägt. Partnerschaften und Kooperationen in die medizinischen, sozialen und ordnungspolitischen Instanzen werden aktiv gesucht, um im Interesse der aufzusuchenden Menschen Ansatzpunkte zur Unterstützung zu finden. Gleichwohl nimmt Straßen-Sozialarbeit die Quartiersentwicklung und die Gemeinwesenarbeit, gerade auch im Sinne einer gesundheitsfördernden Gemeinwesenarbeit (323), in den Blick. Sie engagiert sich intersektional, partizipativ und ausgleichend. Straßen-Sozialarbeit ist aufgefordert, Schutz, Zuflucht und Entlastung zu organisieren und zu gestalten (324).

Auch wenn keine (aktuellen) aussagekräftigen wissenschaftlichen Untersuchungen vorliegen, spielt Straßen-Sozialarbeit (Streetwork) eine wichtige Rolle bei der Vermittlung von Menschen mit opioidbezogenen Störungen in weiterführende Betreuungs- und Behandlungsangebote. Praxiserfahrungen zeigen, dass die Vermittlungsarbeit ein zentraler Baustein von Straßen-Sozialarbeit ist und diese erfolgreich umgesetzt werden kann (325-327).

Die Gruppe der Menschen mit opioidbezogenen Störungen, die sich hauptsächlich im öffentlichen Raum aufhalten, ist für Hilfsangebote überwiegend schwer erreichbar. Der lebensweltorientierte Ansatz von Straßen-Sozialarbeit bietet hier Möglichkeiten, Beziehungen aufzubauen und Barrieren ins Suchthilfesystem abzubauen. Über die Kooperation mit dem Suchthilfesystem hinaus vermittelt Straßen-Sozialarbeit auch in andere Versorgungsbereiche wie z.B. Ambulanzen, Arztpraxen, Behörden (Jobcenter, Jugendamt usw.), soziale Dienste und Unterkünfte. Außerdem kann auch Begleitung zu Terminen in den entsprechenden Einrichtungen durch die Streetworker:innen angeboten werden.

Opioidbezogene Störungen erfordern oft eine kontinuierliche, langfristige Betreuung. Durch Vermittlung der betroffenen Personen an Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen der Suchthilfe, kann eine fortlaufende Unterstützung gewährleistet werden. Dies gelingt besonders gut, wenn Straßen-Sozialarbeit an niedrigschwellige Einrichtungen wie z.B. Kontaktläden oder offene Beratungsstellen angegliedert ist. Hier ist es zum einen möglich, die Betreuungskontinuität aufrechtzuerhalten und zum anderen kann das Vertrauen, das den Streetworker:innen entgegengebracht wird, auf die niedrigschwellige Einrichtung übertragen werden.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Es konnten durch Primärdatenrecherche und Suche nach aggregierter Evidenz keine Studieneinschlüsse erfolgen, so dass die Empfehlung auf Basis eines Expert:innenkonsens formuliert wurde. Bei der Straßen-Sozialarbeit handelt es sich um eine zwar in Teilen aufwändige, aber prinzipiell einfach zu implementierende Praxismaßnahme mit gutem Nutzen-Schaden-Verhältnis, in dem es den Zugang zur Versorgung erleichtert und zugleich die Akzeptanz im Umgang mit drogenkonsumierenden Personen im jeweiligen Umfeld oder Stadtteil verbessern dürfte. Besondere Risiken oder Schäden im Zusammenhang mit der Durchführung von Straßen-Sozialarbeit sind nicht bekannt.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Qualitativ gute Straßen-Sozialarbeit zeichnet sich aus durch Vertrauensaufbau und Beziehungspflege, individuelle Ansprache und Flexibilität, Niedrigschwelligkeit und Zugänglichkeit, Ressourcenorientierung, multidisziplinäre Zusammenarbeit, Kontinuität und Verlässlichkeit, Empowerment und Partizipation sowie Kompetenz und Weiterbildung. Dabei sind die Einhaltung ethischer Standards, Respekt vor der Würde der Klient:innen und professionelle Distanz unerlässlich.

2.12.4.5 Hintergrundtext zur Empfehlung 12.7

Auch für die Empfehlung zu Kontaktläden ließen sich keine aktuellen wissenschaftlichen Primärstudien finden. Allerdings gibt es Studien, die die Arbeit der Mitarbeitenden beschreiben

und untersuchen (328-330), sowie statistische Daten aus verschiedenen Jahres- und Sachberichten. Aus Letzteren wird deutlich, dass niedrigschwellige Einrichtungen einen großen Beitrag bei der Vermittlung von Personen mit opioidbezogenen Störungen in die weiterführende Suchthilfe leisten. So zeigen zum Beispiel Daten aus der Suchthilfe in Hamburg, dass 29,5 % der Personen mit opioidbezogenen Störungen, die 2022 eine weiterführende Betreuung in Anspruch nahmen, vorher niedrigschwellige Hilfsangebote wahrgenommen hatten (331). Ebenso können aus Sachberichten von Kontaktläden hohe Zahlen an Vermittlungen in weiterführende Suchthilfeeinrichtungen entnommen werden (332).

Kontaktläden als ein niedrigschwelliges Versorgungs- und Beratungsangebot bieten Personen mit opioidbezogenen Störungen einen einfachen, anonymen Einstieg ins Suchthilfesystem ohne größere Hürden. Sie bieten meistens ein Drei-Säulen-Angebot aus Versorgung, Betreuung/Begleitung sowie Beratung und Vermittlung an. Zum Teil sind zusätzlich auch niedrigschwellige Beschäftigungsangebote angegliedert. Die Mitarbeiter:innen des Kontaktladens sind jederzeit vor Ort und bieten sich als Ansprechpartner:innen nicht nur bei Problemlagen an. Durch das Da-sein ohne Vorbedingungen werden vertrauensvolle Beziehungen möglich, die eine wichtige Rolle bei der Inanspruchnahme weiterer professioneller Hilfe und Unterstützung spielen.

Kontaktläden fungieren – neben der häufig angegliederten Straßen-Sozialarbeit – mit ihrem niedrigschwelligen, akzeptierenden Ansatz und den konkreten Hilfen zum Überleben und zur Verbesserung der Lebensverhältnisse als erster Kontakt ins Hilfesystem und als Lotsen bei der Wahrnehmung von weiterführenden Hilfsangeboten. Dafür ist eine Vernetzung mit allen relevanten Angeboten der Suchthilfe wichtig. Mit ihrem Versorgungs- und Beratungsangebot bieten sie eine umfassende, bedarfsorientierte Unterstützung an, bauen vertrauensvolle Beziehungen zu den Betroffenen auf und senken die Hemmschwelle für den Zugang zum Suchthilfesystem.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Es konnten durch Primärdatenrecherche und Suche nach aggregierter Evidenz keine Studieneinschlüsse erfolgen, so dass die Empfehlung auf Basis eines Expert:innenkonsens formuliert wurde. Bei der Abwägung zwischen Nutzen und Schaden des Angebots von Kontaktläden lassen sich keine besonderen Risiken für die Betroffenen ausmachen. Im Rahmen der Implementierung sollte bei der Wahl des Standorts eine integrierte und akzeptierte Lösung ins jeweilige regionale Umfeld angestrebt werden.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Nicht zutreffend.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.12.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

Die Wirkungen von Konsumutensilien-Vergabe bzw. Spritzentausch-Programmen sind international nachgewiesen, beruhen aber auf Studien mit höchstens moderater, überwiegend niedriger methodischer Qualität. Letzteres trifft auch für die Evaluationsstudien zu Drogenkonsumräumen zu. Hierzu ist anzumerken, dass methodisch hochwertige Studien z.B. als randomisierte Kontrollgruppenstudie (RCT) im Bereich der Harm Reduction Interventionen nicht ohne weiteres möglich sind (Verblindung der Maßnahmen oder Placebo-Intervention sind in der Regel nicht durchführbar).

Es lassen sich folgende Empfehlungen für zukünftige Forschungsaktivitäten ableiten:

- Psychische Störungen oder Beeinträchtigungen von Personen mit opioidbezogenen Störungen sind häufig und werden nur seltenen professionell psychiatrisch nachhaltig behandelt. Der Stellenwert und die Wirkungen von Harm Reduction-Maßnahmen, sei es direkt oder im Rahmen vermittelter psychiatrischer Versorgung, in Bezug auf psychische Symptomverbesserungen sowie eine verbesserte Lebensqualität und Teilhabe sind bisher nicht wissenschaftlich untersucht.
- Mit über 30 Drogenkonsumräumen besteht in Deutschland ein im internationalen Vergleich sehr großes Angebot. Aber abgesehen von zwei Studien zu Beginn der 2000er Jahre und der regelmäßigen Dokumentationsberichte der Frankfurter Einrichtungen (333) ist keine umfassende wissenschaftliche Studie zu Akzeptanz und Wirkungen von Drogenkonsumräumen durchgeführt und publiziert worden.
- Eine bedeutende Rolle spielen Harm Reduction-Maßnahmen für die Vermittlung oder Anbindung an weiterführende Hilfen und Behandlungen. Dies gilt im Besonderen für Drogenkonsumräume, in denen sich die Konsumierenden eine bestimmte Zeit und meistens wiederkehrend aufhalten. Es besteht intensiver Forschungsbedarf, inwieweit

Harm Reduction-Maßnahmen als „Eintrittspforte“ für weitergehende Unterstützungs- und Behandlungsmaßnahmen dienen.

- Die Naloxon-Vergabe, sei es über Gesundheitsdienste, Apotheken oder Suchthilfeeinrichtungen, ist hinsichtlich ihrer Implementierung, Zielgruppenerreichung und (mittel- und unmittelbarer) Effekte wenig erforscht, insbesondere hinsichtlich der differenziellen Wirkungen bei unterschiedlichen Zielgruppen wie Personen in einer OAT, Konsumierende ohne Behandlungsanbindung oder Personen mit bevorstehender Haftentlassung.
- Bezüglich einer möglichst breiten Implementierung von NTH-Programmen ist zu untersuchen, welche Faktoren die flächendeckende Ausrollung solcher Angebote behindern und wie mögliche strukturelle Barrieren überwunden werden können.
- Der Mangel an aussagekräftigen wissenschaftlichen Untersuchungen zur Straßen-Sozialarbeit für Drogenkonsumierende ist u. a. damit zu begründen, dass diese Personengruppen für die Mitarbeit in Studien schwer erreichbar sind. Es wäre wichtig, hier einen Zugang zu entwickeln und systematisch zu untersuchen, wie Vermittlung durch Straßen-Sozialarbeit am besten gelingt und wie nachhaltig dies zur Verbesserung der Lebenssituationen von Personen mit opioidbezogenen Störungen beiträgt.
- Ebenso fehlt es an aktuellen wissenschaftlichen Untersuchungen zur Rolle/Funktion und zu den Effekten der niedrigschwelligen Kontaktläden für drogenkonsumierende Personen. Auch prozessorientierte Fragen einer optimalen Einbindung und Vernetzung in regionale Versorgungsstrukturen solcher niedrigschwelligen Kontakteinrichtungen innerhalb der Suchthilfe und darüber hinaus sind hier zu benennen

2.13 Selbsthilfe

Dirk Schäffer, Dirk Gastauer, Norbert Wittmann

2.13.1 Einleitung

Dieses Kapitel behandelt die Effekte der Selbsthilfe bei opioidbezogenen Störungen bzw. bei Menschen, die sich in einer OAT befinden. Die Wirkung von Suchtselbsthilfe ist wissenschaftlich erforscht. Die Suchtselbsthilfe stellt für viele Betroffene eine wesentliche Stütze dar. Sie ist ein unverzichtbarer und eigenständiger Bestandteil der Hilfen für Personen, die von einer Abhängigkeit bedroht sind sowie Personen, die an einer Abhängigkeit leiden. Insbesondere auch in der Integrations- und Nachsorgephase stellt sie eine wichtige Suchthilfestruktur dar. Sie kann entscheidend dazu beitragen, dass die persönlichen Ressourcen zur Überwindung einer Suchtgefährdung bzw. einer Suchterkrankung gestärkt und gefördert werden. Zudem können Selbsthilfen auch unterstützende Funktionen bei einem Leben mit legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen (kontrollierter Konsum) haben. Selbsthilfe bedeutet, die eigenen Probleme anzugehen und mit anderen Betroffenen Lösungen zu finden. Die Mitglieder unterstützen sich beim Bewältigen ihrer Krankheit oder besonderen sozialen Lage, informieren und motivieren sich gegenseitig.

2.13.2 Klinische Fragestellung

1. Führt die Teilnahme an einer Form der Selbsthilfe bei Personen mit opioidbezogenen Störungen in einer OAT zu einer verbesserten psychischen Gesundheit, einem geringeren Substanzkonsum, einer höheren Retention, einer verbesserten familiären Situation, Arbeitssituation sowie zu geringerer krimineller Aktivität im Vergleich zu keiner Teilnahme an einer Form der Selbsthilfe?

2.13.3 Empfehlungen

13.1	Empfehlung	Neu (2025)
	Personen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie sollen auf die Möglichkeiten der Selbsthilfe sowie auf regionale Selbsthilfegruppen hingewiesen werden.	
EK	Fredersdorf 2002	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

13.2	Empfehlung	Neu (2025)
	Personen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie können auf onlinebasierte Selbsthilfeangebote aufmerksam gemacht werden, wenn diese Angebote der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) entsprechen und anerkannte Qualitätskriterien wissenschaftlicher Fachgesellschaften erfüllen sowie von regionalen Drogenberatungsstellen empfohlen werden.	
EK	Pasdzior et al. 2024	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

13.3	Empfehlung	Neu (2025)
	Personen mit opioidbezogenen Störungen in Opioid-Agonisten-Therapie sollten im Umgang mit konsumreduzierenden Angeboten im Rahmen von Selbsthilfe vertraut gemacht und im Umgang mit Onlineangeboten bzw. zur Rückfallprävention, Konsumkontrolle und/oder -reduktion geschult werden.	
EK	Becker et al. 2009, Verthein 2010	
	Konsensstärke: 92,3 % (Konsens)	

2.13.4 Hintergrund der Evidenz

2.13.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 13.1

Darlegung der Evidenzgrundlage

In der zur Verfügung stehenden Literatur (334) wird die Wirkung von Selbsthilfegruppen und Selbstorganisationen als überaus positiv beschrieben. Neben den Hilfen, durch professionelle Strukturen in der Suchthilfe, Drogenhilfe und Aidshilfe, stellt die Suchtselbsthilfe für viele Betroffene eine wesentliche Stütze dar und ist daher ein unverzichtbarer und eigenständiger Bestandteil der Hilfen für Personen, die von einer Abhängigkeit bedroht sind sowie Personen, die an einer Abhängigkeit leiden. Fredersdorf (334) weist diese positiven Effekte in sozialer und gesundheitlicher Hinsicht aus.

Die ambulante Drogenselbsthilfe als Ganzes hat positive psychosoziale Effekte, wie die Verbesserung des körperlichen und des seelischen Zustands. Die Mitwirkung in Selbsthilfen kann eine signifikante Verringerung des Substanzkonsums bewirken. Diese Informationen lassen sich aus der Studie von Fredersdorf (334) ableiten. Hier wurden sowohl abstinenzorientierte als auch akzeptierend arbeitende Selbsthilfen einbezogen. Die positiven psychosozialen Effekte wie die Verbesserung des körperlichen und des seelischen Zustands waren signifikant und trafen auf 70 % bis 86 % der befragten Personen zu.

Die ambulante Drogenselbsthilfe als Ganzes hat positive psychosoziale Effekte. Die Studie ergab, dass sowohl auf Abstinenz zielende als auch akzeptierende Selbsthilfen eine signifikante Verringerung des Drogenkonsums bewirken. In den zwölf Monaten vor der Befragung wurden neun Substanzen seltener eingenommen als im Halbjahr vor dem ersten Besuch einer Gruppe. Die hier beschriebenen Effekte werden durch Praxisbeobachtungen und Gespräche mit Mitgliedern von Drogenselbsthilfen bestätigt. Selbsthilfeaktivitäten im Rahmen einer OAT werden zur Erreichung und Unterstützung der individuellen Behandlungsziele einer OAT als besonders wichtig erachtet. Die PSB OAT-gestützter Patient:innen informiert über und verweist gezielt auf entsprechende formalisierte, organisierte wie alternative Selbsthilfeangebote im Umfeld der Betroffenen hin und bereitet Betroffene dafür vor, bzw. schult sie in der Anwendung von Selbsthilfemodulen.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Es konnten durch die Primärdatenrecherche sowie die Suche nach aggregierter Evidenz keine Studieneinschlüsse erfolgen, so dass sie auf der Basis eines Expert:innenkonsens formuliert wurde. Grundlage für den Empfehlungsgrad war insbesondere die Studie von Fredersdorf (334) , der die ambulante Drogenselbsthilfe unterschiedlicher Ausrichtung (abstinenzorientiert und akzeptierend) in Deutschland, untersuchte. Zudem liegen viele Praxiserfahrungen von in der Selbsthilfe engagierten Menschen vor, die die positiven Effekte bestätigen.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Keine.

2.13.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 13.2

Darlegung der Evidenzgrundlage

Es bestehen nur wenige Erfahrungen mit onlinebasierten Angeboten der Selbsthilfe. Während der COVID-19-Pandemie haben digitale Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit Suchterkrankungen allerdings an Bedeutung gewonnen. Dies wird auch durch die Studie „Digitalisierung im Zuge der COVID-19-Pandemie: Chancen und Risiken digitaler Angebote

der Sucht-Selbsthilfe“ (335) verdeutlicht. Die Ergebnisse zeigen, dass digitale Selbsthilfeangebote ergänzend zu ambulanten Angeboten genutzt werden können, um auch jüngere Mitglieder zu gewinnen und Personengruppen zu erreichen, die allein durch ambulante Angebote weniger gut erreichbar sind. Die Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zu Qualitätsprinzipien für Gesundheits-Apps empfiehlt neun Qualitätsprinzipien. Zusammengestellt wurden diese auf der Basis internationaler ISO-Normen und Recherchen in wissenschaftlichen Literaturdatenbanken (u. a. PubMed) Der Grad der Qualität einer Gesundheits-App hängt davon ab, inwieweit die Prinzipien nachvollziehbar umgesetzt werden. Dies kann entsprechend operationalisiert bzw. kriteriengestützt ausdifferenziert werden (336). Bei Betroffenen mit fehlenden technischen Voraussetzungen oder unzureichenden Computererfahrungen erscheint die Bereitstellung digitaler Endgeräte sowie die Unterstützung im Umgang mit den Geräten zielführend. Aufgrund der zu geringen Studienlage, die u. a. Aussagen zur Qualität der durchgeführten Angebote machen, werden nur Angebote empfohlen werden, die der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) entsprechen, anerkannte Qualitätskriterien wissenschaftlicher Fachgesellschaften erfüllen sowie von regionalen Drogenberatungsstellen empfohlen werden.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Durch die Primärdatenrecherche sowie die Suche nach aggregierter Evidenz konnten keine Studieneinschlüsse erfolgen, so dass sie auf der Basis eines Expert:innenkonsens formuliert wurde. Der Empfehlungsgrad spiegelt damit die grundsätzliche Offenheit aber die fehlende wissenschaftliche Evidenz für digitale Selbsthilfeangebote wider.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Neben der Inanspruchnahme regionaler Selbsthilfegruppen gewinnen onlinebasierte Angebote zunehmend an Bedeutung, nicht zuletzt deswegen, weil nicht alle Selbsthilfegruppen Menschen in OAT einen Zugang bieten. Im Rahmen der Pandemie, aber auch bereits zuvor, haben onlinebasierte Angebote, auch im Bereich der Selbsthilfe an Bedeutung gewonnen. Onlinebasierte Angebote können niedrige Zugangshürden bieten und lassen sich in den Alltag integrieren und können dort eine Alternative darstellen, wo keine regionalen Selbsthilfeangebote verfügbar sind, bzw. diese aus Gründen der Anonymität nicht genutzt werden.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Auf Betroffene mit nicht vorhandenen technischen Voraussetzungen oder unzureichenden Computererfahrungen trifft die Empfehlung für onlinebasierter Selbsthilfeangebote nicht zu. Alternativ wären Angebote der terrestrischen (präsenzbasierten) Möglichkeiten der Selbsthilfe und/oder der regionalen Selbsthilfegruppen vorzustellen.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Ein gelungenes Beispiel für app- und onlinebasierte Interventionen ist z.B. Checkpoint-S. Das Ergebnis eines von 2019 bis 2022 durchgeführten Forschungsprojekts ist eine Smartphone-App, um Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen in OAT bei der Bewältigung ihrer Erkrankung zu unterstützen und die Wirksamkeit der Behandlungen zu verbessern. Die App eignet sich zudem unabhängig von einer OAT dazu, chronisch kranke Patient:innen bei einer langgezogenen Behandlung zu begleiten und bietet Konsument:innen verschiedener Substanzen eine Möglichkeit zur Konsumreflexion. Die App ist in Form unterschiedlicher Tagebücher aufgebaut, mit denen Menschen in OAT wichtige Aspekte ihres Alltagslebens dokumentieren können. Bezüglich der Aktivierung und Förderung von Selbsthilfe im Rahmen einer OAT können entsprechende unterstützende onlinebasierte Angebote beispielsweise zur Rückfallprävention, Konsumstabilisierung und -reduktion angeboten und angeleitet werden. Insbesondere das hohe Maß an Datensicherheit ist positiv zu bewerten (337, 338).

2.13.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 13.3

Darlegung der Evidenzgrundlage

Im Gegensatz zu Programmen kontrollierten Trinkens liegen wissenschaftliche Erkenntnisse zum kontrollierten Konsum von illegalen Drogen und darauf aufbauender Reduktionsprogramme kaum vor. Die vorhandenen Studien von Verthein (339) und Becker et al. (340) zeigen allerdings, dass die Teilnahme am KISS (Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum)-Programm sich auch auf das subjektive Befinden und psychische Symptome auswirken. Hier lässt sich eine signifikante Verbesserung mit mittelgroßer Effektstärke nachweisen. Dabei fällt auf, dass sowohl Beender:innen als auch Abbrecher:innen profitieren. Der Effekt ist unter den Klient:innen, die KISS regulär abschließen, aber deutlich stärker ausgeprägt. Das Programm KISS richtet sich vornehmlich an Konsument:innen illegaler Drogen, die ihren Substanzgebrauch reduzieren wollen.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Es konnten durch die Primärdatenrecherche sowie die Suche nach aggregierter Evidenz keine Studieneinschlüsse erfolgen, so dass sie auf der Basis eines Expert:innenkonsens formuliert

wurde. Es wurde eine Sollte-Empfehlung gewählt, wobei vor allem Studien zu ambulanten Programmen der Konsumkontrolle vorliegen (339, 340). Konsumkontrollprogramme, die onlinebasiert sind, können in ihrer Qualität nicht ausreichend bewertet werden.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Keine.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Trifft nicht zu.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Das in Deutschland etablierteste Programm KISS untergliedert sich in zwölf Einheiten, die im Rahmen eines Gruppenangebots sukzessiv durchgeführt werden. Darüber hinaus kann KISS auch als Einzelintervention angeboten werden. Die KISS-Trainer:innen sind sowohl in der Durchführung des Selbstmanagementprogramms als auch in der motivierenden Gesprächsführung geschult. Grundlage und Arbeitsinstrumente von KISS sind ein ausführliches Manual für die Trainer:innen bzw. Gruppenleiter:innen (341), ein Handbuch für die teilnehmenden Klient:innen sowie zwei Konsumtagebücher: eines zur Bestandsaufnahme bis Woche vier und eines zur Dokumentation (und Zielüberprüfung) der beabsichtigten Konsumreduktion in den Wochen fünf bis zwölf. Bestandteil von KISS ist ferner ein ausführliches Vorgespräch, in dem das Programm erläutert wird und bereits eine Bestandsaufnahme des eigenen Drogenkonsums erfolgt („KISS-Diagnostik“).

2.13.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Grundlegende weitere Forschung, um zukünftig mehr Kenntnisse und Handlungssicherheit zum Vorkommen und zur Wirksamkeit von appbasierten und onlinegestützten Angeboten im Rahmen von opioidbezogenen Störungen zu erhalten.

2.14 Versorgungsfragen

Maurice Cabanis, Wilma Funke, Rita Hansjürgens, Timo Harfst, Nadja Nestler, Peter Raiser, Dirk Schäffer, Martin Strahl

2.14.1 Einleitung

Die Behandlung von opioidbezogenen Störungen erfordert einen umfassenden und multidimensionalen Ansatz, der nicht nur die somatischen und psychischen Aspekte der Abhängigkeit, sondern auch die komplexen Versorgungsprobleme berücksichtigt. Trotz der großen Bedeutung des Themas gibt es kaum Forschung zu den wesentlichen Fragen der Versorgung von opioidbezogenen Störungen. Ein Teil der wesentlichen Fragen in diesem Bereich sollen in diesem Kapitel diskutiert werden.

Ein möglichst einfacher und schneller Zugang zu einer umfassenden, wirksamen und evidenzbasierten Behandlung von Personen mit opioidbezogenen Störungen ist für die Betroffenen entscheidend (342). Aktuell ist jedoch sowohl der Zugang zu entsprechenden Behandlungsangeboten mit erheblichen Hindernissen verbunden, als auch die Qualität sowie der Umfang der Behandlung nicht ausreichend (343). Dazu gehören die begrenzte Verfügbarkeit, die fehlende Zielgruppen- und Bedarfsorientierung, die geringe Attraktivität sowie Spezifität von Angeboten (343). Die Behandlung von opioidbezogenen Störungen erfordert einen multidisziplinären Ansatz, der Gesundheitsdienstleister, psychosoziale Fachkräfte, Sozialdienste, gemeinschaftliche Unterstützungsnetzwerke und Betroffene einbezieht (344). Neben dem Bereitstellen der genannten Angebote stellt die Koordination der Versorgung eine zentrale Rolle dar – insbesondere vor dem Hintergrund eines fragmentierten Gesundheitssystems (345). Koordinierende Versorgungsmodelle, die eine klare Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Anbietern und Einrichtungen beinhalten, können helfen, den Behandlungserfolg zu verbessern. Zudem könnten die Einführung onlinebasierter Angebote und die Integration von verschiedene Fachdisziplinen in die Primärversorgung nahtlose Versorgungsübergänge erleichtern und holistische Behandlungsangebote ermöglichen.

Darüber hinaus ist die Eindämmung der Gefahr von Überdosierungen ein relevanter Bestandteil der Betreuung von Personen mit opioidbezogenen Störungen. Der Zugang zu Naloxon ist dabei ein wichtiger Aspekt für gefährdete Personen, deren Bezugspersonen und Ersthelfer:innen (318). Strategien zur Schadensminimierung wie Spritzentauschprogramme und Drogenkonsumräume können eine entscheidende Rolle bei der Verhinderung der Ausbreitung von Infektionskrankheiten und der Reduzierung von Todesfällen durch

Überdosierung spielen (346). Diese Strategien sind neben den Verbesserungen von Behandlungsangeboten bedeutsam, um die unmittelbaren Risiken im Zusammenhang mit opioidbezogenen Störungen zu reduzieren (347).

Viele Menschen mit opioidbezogenen Störungen leiden gleichzeitig an psychischen und somatischen Erkrankungen sowie sozialen Problemen. Eine wirksame Behandlung setzt daher voraus, dass diese zugrunde liegenden Probleme angegangen werden. Integrierte Behandlungsmodelle, sind ein wichtiger Ansatz, um den komplexen Bedürfnissen von Personen mit opioidbezogenen Störungen gerecht zu werden (344, 348).

Integrierte Versorgungsmodelle, die die Kluft zwischen substanzspezifischer Behandlung sowie psychiatrischer, somatischer und sozialer Versorgung überbrücken, können die miteinander verknüpften physischen, psychologischen und sozialen Aspekte der opioidbezogenen Störungen berücksichtigen und so zu besseren Behandlungsergebnissen führen (349). Dieser Ansatz beinhaltet daher die Zusammenarbeit zwischen Anbietern verschiedener Fachdisziplinen und gewährleistet eine ganzheitliche Behandlungsplanung, welche die körperlichen, psychologischen und sozialen Aspekte von opioidbezogenen Störungen berücksichtigt. Integrierte Versorgungsmodelle haben sich als wirksam erwiesen, wenn es darum geht, den Substanzkonsum zu reduzieren, die psychische und körperliche Gesundheit sowie die soziale Situation zu verbessern und die allgemeine Zufriedenheit und das Wohlbefinden der Personen mit opioidbezogenen Störungen zu steigern (350).

Schließlich tragen altersspezifische Behandlungsmodule dem Umstand Rechnung, dass verschiedene Altersgruppen unterschiedliche entwicklungsbezogene, körperliche, soziale und psychologische Anforderungen aufweisen können, die sich auf ihre Situation und ihre Behandlung auswirken. So können Jugendliche und junge Erwachsene beispielsweise von Maßnahmen profitieren, die sich auf psychiatrische Störungen, Bildung, den Aufbau von Fertigkeiten und die Einbeziehung der Familie konzentrieren, um den Übergang ins Erwachsenenalter zu unterstützen (351). Ältere Erwachsene hingegen benötigen möglicherweise spezielle Ansätze, die altersbedingte Erkrankungen, Polypharmazie und soziale Isolation berücksichtigen (352, 353). Die Einführung altersspezifischer Behandlungsmodule kann die Attraktivität, die Retention und die Behandlungsqualität verbessern, indem evidenzbasierte Verfahren an die Bedürfnisse von Menschen in bestimmten Altersgruppen angepasst werden (282, 352).

Die Bewältigung von Versorgungsproblemen bei der Behandlung von opioidbezogenen Störungen erfordert zusammenfassend einen holistischen Ansatz. Durch die Bekämpfung von Stigmatisierung, die Verbesserung des Zugangs zu evidenzbasierten Behandlungen, die Verbesserung der Koordinierung von Versorgungsangeboten, die Umsetzung von

Maßnahmen zur Prävention von Überdosierungen, die Integration der psychiatrischen, somatischen und sozialen Versorgung und die Bereitstellung altersspezifischer und langfristiger Unterstützung können erheblich zur Verbesserungen der Behandlungsqualität beitragen.

2.14.2 Klinische Fragestellungen

1. Führen Familientherapie und/oder systemische Therapie bei erziehungsberechtigten Personen mit opioidbezogenen Störungen zu einer höheren Retention, verbesserten Teilhabe, Lebensqualität oder geringeren Rückfällen in den Gebrauch illegaler Opioide im Vergleich zu keiner Familientherapie oder systemischen Therapie?
2. Führt eine zentrale, unabhängige Fallkoordination/ein zentrales, unabhängiges Casemanagement bei opioidabhängigen Personen zu einer höheren Retention, verbesserten Teilhabe oder geringeren Rückfällen in den Gebrauch illegaler Opioide im Vergleich zu keiner Fallkoordination/keinem Casemanagement?
3. Führt eine Integrierte Versorgung bei opioidabhängigen Personen zu einer höheren Retention, verbesserten psychischen oder körperlichen Gesundheit, Lebensqualität, Teilhabe oder geringeren Rückfällen in den Gebrauch illegaler Opioide im Vergleich zu keiner Integrierten Versorgung?
4. Führen altersspezifische Angebote bei opioidabhängigen Personen im Alter bis einschließlich 24 Jahren oder ab einem Alter von 40 Jahren zu einer höheren Retention, besseren körperlichen oder psychischen Gesundheit, besseren Teilhabe, stärkeren Reduktion des illegalen Opioidkonsums oder einer höheren Aufnahmequote einer Suchtbehandlung oder OAT im Vergleich zu altersunspezifischen Angeboten?

2.14.3 Empfehlungen

14.1	Empfehlung	Neu (2025)
	Therapieangebote, die familiäre Bedingungen und Systeme adressieren, sollten erziehungsberechtigten Personen mit opioidbezogenen Störungen angeboten werden.	
EK	Liddle et al. 2018, Kumar et al. 2021	
	Konsensstärke: 95,45 % (Starker Konsens)	

14.2	Empfehlung	Neu (2025)
	Hilfen und Beratungsangebote, die familiäre Herausforderungen adressieren, sollten erziehungsberechtigten Personen mit opioidbezogenen Störungen angeboten werden.	
EK	Liddle et al. 2018, Kumar et al. 2021	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

14.3	Empfehlung	Neu (2025)
	Personen mit opioidbezogenen Störungen sollten Zugang zu einer zentralen, unabhängigen Fallkoordination erhalten.	
EK	Schippers et al. 2002, Schippers et al. 2009	
	Konsensstärke: 95,24 % (Starker Konsens)	

14.4	Empfehlung	Neu (2025)
	Eine Integrierte Versorgung sollte Personen mit opioidbezogenen Störungen angeboten werden.	
EK	Bahorik et al. 2017, Chang et al. 2020	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

14.5	Empfehlung	Neu (2025)
	Personen mit opioidbezogenen Störungen sollten Zugang zu altersspezifischen Angeboten erhalten.	
EK	Pilarinos et al. 2022, Han 2022	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

2.14.4 Hintergrund der Evidenz

Die Formulierung der klinischen Fragestellungen beschränkt sich auf wenige Bereiche, da Evidenz bzw. Veröffentlichungen in diesem Bereich kaum vorhanden sind. Übersichtsarbeiten sowie Metaanalysen sind ebenfalls nicht vorhanden. Gleichzeitig liegt die Wirksamkeit oben genannter Versorgungsaspekte nahe und wird durch Praxisbeispiele, Modellprojekte und Konferenzbeiträge sowie Stellungnahmen von Fachverbänden belegt.

Für alle genannten Versorgungsformen lässt sich festhalten, dass ein zentral koordiniertes und unabhängiges Fallmanagement mit einer Integrierten Versorgung, familien- und systemtherapeutischen Ansätzen und altersspezifischen Angeboten wesentliche Komponenten bei der Behandlung von opioidbezogenen Störungen sind. Onlinebasierte und personalisierte Therapieangebote können dabei zusätzlich wichtige Ergänzungen der Versorgung darstellen (354). Die Einbeziehung sämtlicher für die Behandlung relevanter Fachdisziplinen und Fachdienste ist für eine umfassende Versorgung von Personen mit

opioidbezogenen Störungen entscheidend, um ein optimale Behandlungsqualität sicherzustellen.

2.14.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 14.1 und 14.2

Da die klinische Fragestellung eins sowie die dazugehörigen Empfehlungen 14.1 und 14.2 eng aneinander gekoppelt sind, werden beide Punkte im Folgenden gemeinsam diskutiert.

Darlegung der Evidenzgrundlage

Familien- und systemtherapeutische Verfahren sind psychosoziale Interventionen, die die intrafamiliäre Kommunikation von Personen mit opioidbezogenen Störungen verbessern, Konflikte reduzieren sowie funktionale Bewältigungsstrategien fördern und damit Behandlungsergebnisse und Behandlungsretention steigern können (355-357).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Es konnten durch die Primärdatenrecherche sowie die Suche nach aggregierter Evidenz keine Studieneinschlüsse erfolgen, so dass sie auf der Basis eines Expert:innenkonsens formuliert wurde. Es wurde eine Sollte-Empfehlung gewählt, da die Einbeziehung familientherapeutischer und systemischer Ansätze sich generell in der Behandlung von Personen mit opioidbezogenen Störungen als klinisch hilfreich erwiesen hat und sich daher auch bei erziehungsberechtigten Personen mit einer opioidbezogenen Störung nach Risiko-Nutzen-Abwägung in der Behandlung anbietet (355-357).

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Durch die ganzheitliche Berücksichtigung der familiären Dynamiken und die enge Einbindung des sozialen Umfelds können familientherapeutische und systemtherapeutische Ansätze eine nachhaltige Veränderung bewirken. Sie tragen dazu bei, nicht nur den individuellen Genesungsprozess zu fördern, sondern auch das familiäre System zu stabilisieren, wodurch langfristige Erfolge bei der Behandlung von opioidbezogenen Störungen ermöglicht werden.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Familien- und systemtherapeutische Ansätze sind nicht für alle Personengruppen gleichermaßen geeignet, da sie von der Mitwirkung eines unterstützenden sozialen Umfelds abhängen und bestimmte Voraussetzungen erfordern. Personen, die ohne stabile familiäre oder soziale Beziehungen leben, können beispielsweise nicht von solchen Ansätzen profitieren, da es kein Netzwerk gibt, das in die Therapie einbezogen werden könnte.

In Fällen von dysfunktionalen oder destruktiven Familienstrukturen, wie etwa bei Gewalt, Missbrauch oder wenn Familienmitglieder selbst substanzbezogene Störungen haben, kann die Einbeziehung der Familie schädlich sein, da sie dem Genesungsprozess eher entgegenstehen als fördern könnte. Ähnlich verhält es sich bei Personen, deren Hauptproblematik in individuellen traumatischen Erfahrungen wie Gewalt oder Missbrauch liegt. Hier sind traumafokussierte Interventionen häufig zielführender, da die Einbindung der Familie, insbesondere wenn sie Teil des Traumas war, retraumatisierend wirken könnte.

Darüber hinaus können Menschen mit stark individualisierten Lebensstilen, die bewusst unabhängig von familiären Strukturen leben, von individuell ausgerichteten Therapieformen besser profitieren, da systemische Interventionen für sie möglicherweise weniger relevant sind.

Schließlich gibt es Menschen, die aufgrund negativer Erfahrungen ein starkes Misstrauen gegenüber familiären oder sozialen Bindungen entwickelt haben. In solchen Fällen kann die systemische Therapie auf Widerstand stoßen und ineffektiv sein. Für all diese Personengruppen sind alternative Ansätze, wie individuell ausgerichtete Therapien, traumafokussierte Interventionen oder sozial-integrative Maßnahmen, meist zielführender, um ihren spezifischen Bedürfnissen gerecht zu werden.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Familientherapeutische und systemtherapeutische Ansätze in der Behandlung von opioidbezogenen Störungen erfordert ein strukturiertes und sensibles Vorgehen, das die Dynamiken innerhalb der Familie sowie die Wechselwirkungen zwischen den Betroffenen und ihrem sozialen Umfeld berücksichtigt. Ein zentraler Ansatzpunkt ist die systemische Perspektive, die den Opioidgebrauch als Symptom eines größeren familiären oder sozialen Kontextes betrachtet. Dabei wird auf eine ressourcenorientierte Herangehensweise gesetzt, die die vorhandenen Stärken und Bewältigungsmechanismen innerhalb des Familiensystems stärkt. Besonders wichtig ist die aktive Partizipation relevanter Familienmitglieder, um gemeinsam therapeutische Ziele zu erarbeiten und die Behandlung langfristig erfolgreich zu gestalten.

2.14.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 14.3

Darlegung der Evidenzgrundlage

Opioidbezogene Störungen erfordern einen koordinierten, patientenzentrierten und interdisziplinären Versorgungsansatz (358, 359). Die Koordination der Versorgung von Personen mit opioidbezogenen Störungen sollte ein kontinuierlicher Prozess sein und die

komplexen Wechselwirkungen zwischen psychischer Gesundheit, Substanzkonsumstörung, sozialen Faktoren und körperlicher Gesundheit berücksichtigen (348). Eine Fallkoordination soll sicherstellen, dass Personen mit opioidbezogenen Störungen Zugang zu allen erforderlichen und ihren Anforderungen passenden Behandlungsangeboten haben, z.B. zu Untersuchungen der körperlichen und psychischen Gesundheit, opioidgestützter Behandlung, Beratung und sozialen Diensten ohne dabei von einzelnen Institutionen abhängig zu sein (358). Einen Überblick über die Angebotsstruktur in der Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen zeigt die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) in ihrer Analyse „Update zur Analyse der Versorgungssituation Suchtkranker in Deutschland 2019“. Der Verband schlägt in den Schlussfolgerungen eine Weiterentwicklung des Suchthilfesystems im Sinne einer gestuften und koordinierten Versorgung vor. Im Rahmen des vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geförderten Projekts „ASSIST“, konnte gezeigt werden, dass sich ein entsprechendes regionales Kompetenzzentrum in die kommunalen Angebotsstrukturen des deutschen Gesundheits- und Sozialwesens integrieren lässt (24, 25, 345).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Es konnten durch die Primärdatenrecherche sowie die Suche nach aggregierter Evidenz keine Studieneinschlüsse erfolgen, so dass sie auf der Basis eines Expert:innenkonsens formuliert wurde. Es wurde eine Sollte-Empfehlung gewählt, da eine zentrale, unabhängige Koordination der Versorgung sich als erfolgreicher Ansatz für die Behandlung komplexer Gesundheitszustände gezeigt (345) und nachweislich erhebliche Auswirkungen auf die Verbesserung der Gesundheitsergebnisse, die Verringerung der Krankenhausaufenthalte und die Minimierung der Versorgungskosten hat (354, 360).

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Aufgrund der nach wie vor bestehenden Fragmentierung und Versäulung sowie unzureichenden Standardisierung und Qualitätssicherung des Hilfesystems ist eine unabhängige, sektorenübergreifende Fallkoordination dringend erforderlich. In Ihren Berichten „International standards for the treatment of drug use disorders” der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization – WHO) (359) und „Update zur Analyse der Versorgungssituation Suchtkranker in Deutschland 2019“ der DHS (19) kommen daher zur übereinstimmenden Empfehlung eines entsprechenden Versorgungsangebots.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Die Empfehlung einer zentralen, unabhängigen Fallkoordination für Menschen mit opioidbezogenen Störungen ist nicht für alle Personengruppen gleichermaßen geeignet.

Besonders für Menschen, die gut in bestehende Versorgungsstrukturen integriert sind und eigenständig Zugang zu spezialisierten Behandlungsangeboten finden, ist eine zusätzliche Fallkoordination häufig nicht erforderlich. Dazu gehören beispielsweise Personen, die sich bereits in einer stabilen OAT befinden und über ein gut funktionierendes soziales oder medizinisches Netzwerk verfügen, das sie bei der Navigation durch das Suchthilfesystem unterstützt.

Auch Menschen, die in einem fortgeschrittenen Stadium der Genesung sind und keine intensivere Betreuung mehr benötigen, profitieren möglicherweise nicht von einer zentralen Koordination, da ihre Bedürfnisse eher durch eigenverantwortliche Nachsorgeprogramme oder Peer-Support-Angebote gedeckt werden können. Zudem kann die Empfehlung für Menschen mit stark ausgeprägter Ablehnung gegenüber institutionalisierten Hilfesystemen oder tiefem Misstrauen gegenüber zentralisierten Angeboten problematisch sein. Diese Personengruppen könnten eine zentrale Fallkoordination als kontrollierend wahrnehmen und sich deshalb der Inanspruchnahme solcher Dienste entziehen, was die Effektivität der Koordination erheblich einschränkt.

Darüber hinaus ist die Wirksamkeit einer zentralen Koordination bei stark sozial isolierten Menschen oder bei solchen, die keine Bereitschaft zur Zusammenarbeit zeigen, eingeschränkt. In solchen Fällen sind niedrigschwellige Angebote oder aufsuchende Hilfen oft zielführender, da sie einen direkteren Zugang zu den Betroffenen ermöglichen und zunächst Vertrauen aufbauen können. Insgesamt hängt die Relevanz einer zentralen, unabhängigen Fallkoordination stark von den individuellen Umständen und der bestehenden Einbindung der Betroffenen in vorhandene Hilfestrukturen ab.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Die qualitativ hochwertige Durchführung einer zentralen, unabhängigen Fallkoordination für Menschen mit opioidbezogenen Störungen erfordert eine strukturierte, patientenorientierte und interdisziplinär ausgerichtete Vorgehensweise. Eine zentrale Koordinationsstelle sollte als neutrale Anlaufstelle fungieren, die den Zugang zu den verschiedenen Angeboten des Suchthilfesystems erleichtert und gleichzeitig die individuellen Bedürfnisse und Ziele der Betroffenen in den Mittelpunkt stellt. Regelmäßige Evaluationen und Feedbackgespräche sind essenziell, um sicherzustellen, dass die gesetzten Therapieziele erreicht oder angepasst werden und die Betroffenen aktiv in den Prozess eingebunden bleiben. Die Fallkoordination sollte unabhängig und neutral agieren, um sicherzustellen, dass die Bedürfnisse der Betroffenen im Vordergrund stehen und keine Interessenskonflikte entstehen. Sie sollte zudem barrierefreie Zugänge zu ihren Dienstleistungen gewährleisten, sodass alle Menschen,

unabhängig von ihrem sozialen oder ökonomischen Hintergrund, diese Unterstützung in Anspruch nehmen können.

4.14.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 14.4

Darlegung der Evidenzgrundlage

Die Integrierte Versorgung für Personen mit opioidbezogenen Störungen bedeutet die Bereitstellung und Koordination eines ganzheitlichen, fachdisziplinen- und sektorenübergreifenden Behandlungsangebots (361). Die Stärke Integrierter Versorgungsangebote besteht darin, körperliche und psychiatrische Zusatzdiagnosen sowie soziale Bedürfnisse umfassend in die Behandlung einzubeziehen (349). Brooner et al. (350) konnte zeigen, dass die Integrierte Versorgung von opioidbezogenen und psychiatrischen Störungen zu besseren Ergebnissen der betroffenen Patient:innengruppe führt. Behandlungsangebote für chronische Schmerzen und Infektionskrankheiten, die häufig mit opioidbezogenen Störungen einhergehen, können ebenfalls wichtige Elemente für Integrierte Versorgungsmodelle sein (362, 363). Die Erfassung von Behandlungswegen („journey mapping“) ist dabei eine wichtige Strategie, um die Versorgungsbedürfnisse von Personen mit opioidbezogenen Störungen zu verstehen, die Koordinierung der Versorgung zu erleichtern, die Umsetzung von Stepped-, Modular- und Personalized-Care-Ansätzen zu ermöglichen und Hindernisse des Zugangs zu und der Implementierung von entsprechenden Versorgungsform abzubauen (354, 358).

Konzepte der Integrierten Versorgung stammen meist aus dem nordamerikanischen Raum. Bei einer Übertragung in das spezifische Versorgungssystem in Deutschland müssen die Eigenheiten der Angebotsstruktur für Menschen mit substanzbezogenen Störungen im gesamten Gesundheits- und Sozialwesen bedacht und dafür angepasst werden, die in dieser Form in den Ursprungsländern von Konzepten Integrierter Versorgung nicht vorliegen.

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Es konnten durch die Primärdatenrecherche sowie die Suche nach aggregierter Evidenz keine Studieneinschlüsse erfolgen, so dass sie auf der Basis eines Expert:innenkonsens formuliert wurde. Es wurde eine Sollte-Empfehlung gewählt, da sich in der Zusammenschau zeigt, dass Integrierte Versorgungsmodelle für Personen mit opioidbezogenen Störungen von entscheidender Bedeutung sind, den komplexen Anforderungen an die Behandlung gerecht zu werden.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

In den Diskussionen der Expert:innen herrschte ein breiter Konsens darüber, dass insbesondere für opioidbezogene Störungen, aber auch für Substanzgebrauchsstörungen und abhängiges Verhalten im Allgemeinen, ein dringender Bedarf an integrierten Versorgungsangeboten besteht. Diese sollen dazu beitragen, die vielfältigen körperlichen, psychischen und sozialen Begleitfaktoren adäquat zu erfassen und fachgerecht zu adressieren, um eine umfassende und wirksame Versorgung sicherzustellen. Allerdings bestehen nach wie vor Hindernisse, ein entsprechendes Behandlungsangebot bereitstellen zu können. Dies betrifft insbesondere finanzielle und personelle Ressourcen für ein entsprechendes Angebot (354). Die Umsetzung und Ausweitung von Initiativen zur Integrierten Versorgung kann daher einen wichtigen Beitrag zur umfassenden Versorgung von Personen mit opioidbezogenen Störungen leisten.

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Die Empfehlung einer Integrierten Versorgung für Menschen mit opioidbezogenen Störungen trifft nicht auf alle Personengruppen gleichermaßen zu, da sie bestimmte Voraussetzungen und Rahmenbedingungen erfordert. Personen, die nur sporadisch oder in sehr geringem Ausmaß Opioide konsumieren und keine deutlichen sozialen, psychischen oder körperlichen Folgeprobleme zeigen, benötigen in der Regel keine umfassende Integrierte Versorgung. Für sie können niedrigschwellige Beratungs- oder Präventionsangebote ausreichend sein.

Auch Menschen, die bereits gut in bestehende, spezialisierte Versorgungsstrukturen eingebunden sind und deren Behandlung stabil verläuft, profitieren möglicherweise nicht von einem zusätzlichen integrierten Versorgungsansatz. Dazu zählen beispielsweise Personen in einer erfolgreichen OAT, die keine weiteren psychosozialen oder medizinischen Unterstützungsbedarfe aufweisen. Hier könnten zusätzliche integrative Maßnahmen überflüssig oder ressourcenintensiv sein, ohne einen klaren Mehrwert zu bieten.

Darüber hinaus ist die Integrierte Versorgung für Menschen, die akute Krisenintervention benötigen oder sich in einem frühen Stadium der Therapie befinden und noch keine Bereitschaft zur langfristigen Behandlung zeigen, zunächst nicht geeignet. Für diese Gruppen können kurzfristige, fokussierte Ansätze oder aufsuchende Hilfen sinnvoller sein, um zunächst Stabilität zu erreichen und die Voraussetzungen für eine spätere Integration in umfassendere Versorgungsstrukturen zu schaffen.

Insgesamt hängt die Relevanz der Integrierten Versorgung stark von den individuellen Bedürfnissen, der Motivation und den Lebensumständen der Betroffenen ab. Sie ist vor allem

für Menschen mit komplexen, multidimensionalen Problemlagen von großem Nutzen, während sie für weniger belastete oder stabil versorgte Personengruppen oft nicht erforderlich ist.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Modelle zur Integrierten Versorgung für Menschen mit opioidbezogenen Störungen erfordern ein umfassendes, patient:innenzentriertes Konzept, das medizinische, psychologische und soziale Komponenten miteinander verbindet. Ziel ist es, eine nahtlose und koordinierte Betreuung sicherzustellen, die auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmt ist und bestehende Versorgungslücken schließt. Ein zentraler Aspekt ist die enge Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen und Einrichtungen, um die Komplexität der Problemlagen umfassend adressieren zu können.Die Integration der verschiedenen Versorgungsbereiche erfordert eine klare Definition von Zuständigkeiten und Kommunikationswegen. Regelmäßige Fallkonferenzen und interdisziplinäre Teams können dazu beitragen, den Informationsfluss zu verbessern und sicherzustellen, dass alle Beteiligten auf dem gleichen Stand sind. Wichtig ist zudem die Einbindung der Betroffenen in den Behandlungsprozess. Durch partizipative Ansätze und die Berücksichtigung individueller Behandlungsziele wird die Motivation der Patient:innen gestärkt und die Therapieadhärenz gefördert. Ein weiterer zentraler Baustein der Integrierten Versorgung ist die Kontinuität der Betreuung. Die Integrierte Versorgung sollte zudem barrierefrei gestaltet sein, um den Zugang für alle Betroffenen zu erleichtern. Niedrigschwellige Angebote und aufsuchende Hilfen können dazu beitragen, besonders vulnerablen Gruppen den Zugang zur Versorgung zu erleichtern. Durch die Kombination von interdisziplinärer Zusammenarbeit, patientenzentrierter Planung, nahtloser Betreuung und barrierefreiem Zugang bietet die Integrierte Versorgung ein ganzheitliches und effektives Modell, das den vielfältigen Anforderungen von Menschen mit opioidbezogenen Störungen gerecht wird.

2.14.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 14.5

Darlegung der Evidenzgrundlage

Opioidbezogenen Störungen stellen an die Behandlung bestimmter Altersgruppen besondere Anforderungen. Bei Personen im Alter von 15 bis 25 Jahren nimmt die Prävalenz von riskantem Opioidkonsum und opioidbezogenen Störungen allgemein zu, was auf einen dringenden Bedarf an der Ausweitung evidenzbasierter opioidgestützter Therapien in dieser Altersgruppe hinweist (252, 282, 364). Durch verbesserte Behandlungsstrukturen nimmt ebenso die Zahl älterer Personen mit opioidbezogenen Störungen zu, so dass speziell geriatrische Erkrankungen und Multimorbidität in den Behandlungsangeboten zu berücksichtigen sind (352, 353).

Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Es konnten durch die Primärdatenrecherche sowie die Suche nach aggregierter Evidenz keine Studieneinschlüsse erfolgen, so dass sie auf der Basis eines Expert:innenkonsens formuliert wurde. Es wurde eine Sollte-Empfehlung gewählt, da besondere Anforderungen bei der Behandlung opioidbezogener Störungen in unterschiedlichen Altersgruppen bestehen. Eine Erweiterung des therapeutischen Portfolios um altersspezifische Angebote kann den Nutzen erhöhen, indem sie die Behandlungsergebnisse verbessert und das Risiko schwerwiegender gesundheitlicher Komplikationen, einschließlich Überdosierungen, senkt. Gleichzeitig ist der Schaden durch den kontrollierten Einsatz solcher Therapien begrenzt. Der Nutzen überwiegt klar, da eine angepasste Behandlung zu einer verbesserten Lebensqualität und Reduktion gesundheitlicher Risiken führen kann.

Weitere Gründe für den Empfehlungsgrad und/oder Wiedergabe wichtiger Diskussionspunkte

Altersspezifische Behandlungsmodule berücksichtigen, dass verschiedene Altersgruppen aufgrund ihrer entwicklungsbezogenen, körperlichen, sozialen und psychologischen Gegebenheiten unterschiedliche Anforderungen an therapeutische Interventionen stellen. Jugendliche und junge Erwachsene profitieren häufig von Ansätzen, die auf psychiatrische Komorbiditäten, Bildung, den Erwerb von Lebenskompetenzen und die Einbindung familiärer Strukturen abzielen, um den Übergang ins Erwachsenenalter zu erleichtern (351). Im Gegensatz dazu erfordern ältere Erwachsene häufig spezialisierte Interventionen, die altersassoziierte Erkrankungen, den Umgang mit Polypharmazie sowie die Reduktion sozialer Isolation in den Fokus rücken (352, 353). Durch die Anpassung evidenzbasierter Verfahren an die spezifischen Bedürfnisse verschiedener Altersgruppen können sowohl die Attraktivität als auch die Wirksamkeit und langfristige Bindung an die Behandlung gesteigert werden (282, 352).

Nennen von Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Die Empfehlung für altersspezifische Angebote trifft ggf. nicht auf Personengruppen zu, deren Bedürfnisse und Behandlungserfordernisse weniger stark vom Lebensalter beeinflusst werden oder bei denen andere Faktoren stärker im Vordergrund stehen.

Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Altersspezifische Angebote in der Behandlung von opioidbezogenen Störungen erfordern eine sorgfältige Anpassung an die spezifischen Bedürfnisse und Herausforderungen der jeweiligen Altersgruppen und müssen für diese attraktiv sein. Jugendliche und junge Erwachsene benötigen Interventionen, die auf ihre Entwicklungsaufgaben abgestimmt sind, wie den Aufbau

von Resilienz und Lebenskompetenzen, die Förderung der Autonomie sowie die Unterstützung bei Ausbildung und Berufseinstieg. Besonders wirksam sind familienbasierte Ansätze, beispielsweise durch Familientherapie oder elternzentrierte Beratung, um das soziale Umfeld einzubeziehen. Zudem ist es essenziell, komorbide psychiatrische Störungen wie Angst, Depression oder ADHS gezielt zu behandeln, da diese in dieser Altersgruppe häufig auftreten.

Ältere Erwachsene hingegen stehen vor anderen Herausforderungen, die in der Behandlung berücksichtigt werden müssen. So erfordern altersbedingte Erkrankungen wie chronische Schmerzen oder kardiovaskuläre Probleme spezifische Ansätze, ebenso wie das Management von Polypharmazie zur Vermeidung unerwünschter Wechselwirkungen. Darüber hinaus spielen soziale Faktoren wie Einsamkeit, Isolation und der Verlust von Angehörigen eine zentrale Rolle, weshalb unterstützende Maßnahmen in diesen Bereichen essenziell sind.

Die Nutzung evidenzbasierter Behandlungsstrategien ist hierbei entscheidend. Pharmakologische Ansätze, wie medikamentengestützte Therapien, müssen an die altersbedingten Unterschiede in Pharmakokinetik und -dynamik angepasst werden. Ergänzend sind psychotherapeutische Verfahren, wie die kognitive Verhaltenstherapie oder achtsamkeitsbasierte Interventionen, wirksame Methoden, die individuell auf die jeweilige Altersgruppe zugeschnitten werden sollten.

Soziale und strukturelle Unterstützung stellt einen weiteren zentralen Baustein dar. Jugendliche und junge Erwachsene profitieren von Maßnahmen zur sozialen Reintegration, beispielsweise durch den Wiedereinstieg ins Bildungssystem oder den Arbeitsmarkt sowie den Aufbau positiver sozialer Netzwerke. Ältere Erwachsene benötigen hingegen Angebote, die soziale Isolation reduzieren, wie etwa Gruppenaktivitäten oder betreutes Wohnen. Barrierefreie Zugangswege zu diesen Angeboten sowie Maßnahmen zur Reduktion von Stigmatisierung sind in allen Altersgruppen essenziell, um eine effektive Versorgung zu gewährleisten.

Abschließend sind die kontinuierliche Überprüfung und Anpassung der Behandlungspläne von großer Bedeutung. Regelmäßige Evaluierungen mithilfe standardisierter Instrumente ermöglichen es, die Therapieziele an die sich verändernden Bedürfnisse der Betroffenen anzupassen und die Wirksamkeit der Interventionen sicherzustellen. Durch die Kombination dieser Ansätze kann eine umfassende und nachhaltige Behandlung von opioidbezogenen Störungen gewährleistet werden, die den medizinischen und psychosozialen Anforderungen der Betroffenen gerecht wird.

2.14.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Effekte auf Retention, gesellschaftliche Teilhabe, Lebensqualität, Reduktion weiteren Substanzkonsums sowie Morbidität und Mortalität bei Patienten mit opioidbezogenen Störungen von zentraler, unabhängiger Fallkoordination/zentralem, unabhängigen Casemanagement,
- Effekte auf Retention, gesellschaftliche Teilhabe, Lebensqualität, Reduktion weiteren Substanzkonsums sowie Morbidität und Mortalität bei Patienten mit opioidbezogenen Störungen von Integrierter Versorgung,
- Effekte auf Retention, gesellschaftliche Teilhabe, Lebensqualität, Reduktion weiteren Substanzkonsums sowie Morbidität und Mortalität bei Patienten mit opioidbezogenen Störungen von therapeutischen Angeboten wie Familientherapie oder systemische Therapie,
- Effekte auf Retention, gesellschaftliche Teilhabe, Lebensqualität, Reduktion weiteren Substanzkonsums sowie Morbidität und Mortalität bei Patienten mit opioidbezogenen Störungen von altersspezifischen Angeboten.

3 Wichtige Forschungsfragen

Diagnostik
Welche einfachen neu entwickelten Tests und Fragebögen zum spezifischen Screening und zur Diagnosestellung einer opioidbezogenen Störung (schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit) und der Komorbidität mit psychischen Störungsbildern erweisen sich als valide und reliabel?

Therapieplanung
Welche Formen/Ansätze/Methoden der Therapieplanung sind für Patient:innen mit und ohne OAT am effektivsten, um die empirische Evidenz für Maßnahmen und Interventionen der Therapieplanung aufzubauen?

Opioid-Agonisten-Therapie
Welche unterschiedlichen OAT-Medikamente einschließlich der unterschiedlichen Applikationsformen zeigen welche Wirkungen und Nebenwirkungen?

Entzug
Erhöht die spezifisch im deutschen Hilfesystem zur Verfügung stehende Qualifizierte Opioid-Entzugsbehandlung (ambulant, (teil-)stationär) im Vergleich zur reinen Opioidentgiftung signifikant die Opioidabstinenz oder die Inanspruchnahme weiterführender suchtmedizinischer Hilfsangebote bei Opioidabhängigen in den folgenden 12 Monaten?

Rückfallprophylaxe
Welche begleitenden Psychotherapieangebote (z.B. Motivational Interviewing, kognitive Verhaltenstherapie) erhöhen bei opioidabhängigen Personen die Therapieadhärenz oder Rückfallprophylaxe, gemessen an der Rate des Rückfalls in den Konsum illegaler Opioide?

Psychotherapie
Welches psychotherapeutische Verfahren und welche Rahmenbedingungen einer psychotherapeutischen Behandlung (Setting, Dauer, Frequenz, Dosis) bei Personen mit opioidbezogenen Störungen sind hinsichtlich einer effektiven Behandlung der Abhängigkeitserkrankung zu empfehlen?

Psychosoziale Betreuung
Welche Instrumente und Leistungen der psychosozialen Betreuung erweisen sich hinsichtlich einer höheren Retention, einer Verbesserung der psychischen Gesundheit sowie allgemein einer Verbesserung der psychosozialen Lebenslage bei Personen mit opioidbezogenen Störungen als besonders wirkungsvoll?

Rehabilitation
Welche Unterschiede hinsichtlich der Effektivität bestehen für einzelnen Formen der Reha-Behandlung (ambulant, ganztägig-ambulant, stationär) bei Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen mit Einzeldiagnose und im Rahmen der Polytoxikomanie?

Somatische Komorbiditäten
Wie beeinflusst eine Opioid-Agonisten-Therapie die Compliance, die Wirksamkeit der somatischen Therapie und die Verbesserung somatischer Symptome bei opioidabhängigen Personen mit komorbiden Infektionserkrankungen gegenüber Personen ohne diese Therapie?

Psychische Komorbiditäten
Wie wirksam sind integrierte Behandlungsprogramme (IBP) im Vergleich zu Standardbehandlungen (sequentielle Behandlung, TAU) bei der Behandlung von Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen und verschiedenen psychischen Komorbiditäten? Gibt es differentielle Effekte auf die opioidbezogenen Störungen und

verschiedenen psychischen Komorbiditäten zu beobachten?

Besondere Populationen
Welche Behandlungsansätze und -anforderungen sowie Risiken bestehen bei Schwangeren, Gebärenden oder Stillenden mit opioidbezogenen Störungen inkl. der biologischen Auswirkungen pränataler Opioidexposition auf die langfristige Entwicklung des Kindes?

Schadensminimierung
Führen Take-Home Naloxon-Programme, sei es über Gesundheitsdienste, Apotheken oder Suchthilfeeinrichtungen, bei Personen mit opioidbezogenen Störungen, unterschieden nach Personen in einer Opioid-Agonisten-Therapie, Konsumierende ohne Behandlungsanbindung oder Personen mit bevorstehender Haftentlassung, zu weniger drogenbedingten Todesfällen im Vergleich zu keinen Take-Home Naloxon-Programmen?

Selbsthilfe
Welche Wirksamkeit haben appbasierte und onlinegestützte Angebote im Rahmen der Behandlung von Personen mit opioidbezogenen Störungen?

Versorgungsfragen
Welche Effekte auf Retention, gesellschaftliche Teilhabe, Lebensqualität, Reduktion weiteren Substanzkonsums sowie Morbidität und Mortalität hat eine zentrale, unabhängige Fallkoordination (unabhängiges Casemanagement) bei Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen?

4 Zusammensetzung der Leitliniengruppe

4.1 Leitlinienkoordinator und Ansprechpartnerinnen

Leitlinienkoordinator
Prof. Dr. med. Ingo Schäfer, MPH
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Martinistr. 52
D-20246 Hamburg
i.schaefer@uke.de

Leitliniensekretariat
Britta Jacobsen
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Martinistr. 52
D-20246 Hamburg
jacobsen@zis-hamburg.de

Kirsten Lehmann
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Martinistr. 52
D-20246 Hamburg
k.lehmann@uke.de

4.2 Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen

Tabelle 1: Mitglieder der Leitliniengruppe

Mandatstragende (Haupt- oder Stellvertretung)	Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Christel Lüdecke	Bundesdirektorenkonferenz - Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) e. V.	01.01.2022 bis Projektende
Christian Muhl	Fachverband Sucht+ e. V., Fachverband für Sucht plus Psychosomatik (FVS+)	01.01.2022 bis Projektende
Denis Schinner	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)	01.01.2022 bis Projektende
Dirk Schäffer	Deutsche Aidshilfe e. V. (DAH)	01.01.2022 bis Projektende
Dr. Andreas Zsolnai	Arbeitsgruppe Diamorphin-gestützte Behandlung (AG Diamorphin)	01.01.2022 bis Projektende
Dr. Diana Plörer	Arbeitsgruppe Diamorphin-gestützte Behandlung (AG Diamorphin)	01.01.2022 bis Projektende
Dr. Dirk Gastauer	Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V. (fdr)	01.01.2022 bis Projektende
Dr. Hans Haltmayer	Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS)	01.01.2022 Verstorben am 22.04.2024
Dr. Jan-Peter Siedentopf	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e. V.	01.01.2022 bis Projektende
Dr. Katharina Schmalstieg-Bahr	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) e. V.	25.11.2023 bis Projektende
Dr. Marc Lehmann	Ministerium der Justiz des Landes Nordrhein-Westfalen für die Landesjustizverwaltungen (Gefängnismedizin)	01.01.2022 bis Projektende
Dr. Markus Stuppe	Bundesdirektorenkonferenz - Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) e. V.	01.01.2022 bis Projektende
Dr. Maurice Cabanis	Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (DGS)	01.01.2022 bis Projektende
Dr. Michael Rinecker	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) e. V.	01.01.2022 bis Projektende
Dr. Nikolaus Melcop	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	01.01.2022 bis Projektende
Dr. Peter Raiser	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)	01.01.2022 bis Projektende
Elisabeth Müller	Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis (BAS) e. V.	01.01.2022 bis Projektende
Friederike Neugebauer	Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V. (fdr)	01.01.2022 bis 22.04.2022
Henrike Paternoga	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW) **&** Bundesverband Suchthilfe e. V. (bus.)	01.01.2022 bis Projektende

Mandatstragende (Haupt- oder Stellvertretung)	Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Friederike Neugebauer	Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V. (fdr)	01.01.2022 bis 22.04.2022
Henrike Paternoga	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW) **&** Bundesverband Suchthilfe e. V. (bus.)	01.01.2022 bis Projektende
Jochen Hotstegs	Bundesverband Individual- und Erlebnispädagogik e. V. (be)	01.01.2022 bis Projektende
Lioba Krüger-Rosenke	Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e. V. (DG-SAS)	01.01.2022 bis Projektende
Maren Dix	Ministerium der Justiz des Landes Nordrhein-Westfalen für die Landesjustizverwaltungen (Gefängnismedizin)	01.01.2022 bis 2023
Martin Strahl	Deutsche Fachgesellschaft psychiatrische Pflege (DFPP) e. V.	01.01.2022 bis Projektende
Nadine Wussow-Rothhaar	Fachverband Sucht+ e. V., Fachverband für Sucht plus Psychosomatik (FVS+)	01.01.2022 bis Projektende
Nikolaus Lange	Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e. V. (DGSPS)	01.01.2022 bis Projektende
Norbert Wittmann	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.	01.01.2022 bis Projektende
Olaf Ostermann	Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V. (fdr)	01.01.2022 bis Projektende
Patrick Plötzke	BAG Caritas Suchthilfe (CaSu)	01.01.2022 bis Projektende
PD Dr. Uwe Verthein	Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (akzept e. V.)	01.01.2022 bis Projektende
Philip Gerber	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.	01.01.2022 bis Projektende
Prof. Dr. Alfred Springer	Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS)	01.01.2022 bis Projektende
Prof. Dr. Anil Batra	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)	01.01.2022 bis Projektende
Prof. Dr. Barbara Schneider	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) e. V.	01.01.2022 bis Projektende
Prof. Dr. Christopher Baethge	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)	01.01.2022 bis Projektende
Prof. Dr. Falk Kiefer	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht)	01.01.2022 bis Projektende

Mandatstragende (Haupt- oder Stellvertretung)	Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Prof. Dr. Frank Petzke	Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.	01.01.2022 bis Projektende
Prof. Dr. Hans Udo Schneider	Norddeutscher Suchtforschungsverbund e. V. (NSF)	01.01.2022 bis Projektende
Prof. Dr. Ingo Schäfer	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) e. V.	01.01.2022 bis Projektende
Prof. Dr. Jens Reimer	Deutsche Suchtstiftung	01.01.2022 bis Projektende
Prof. Dr. Klaus Weckbecker	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) e. V.	01.01.2022 bis 16.09.2023
Prof. Dr. Markus Backmund	Deutsche Suchtgesellschaft – Dachverband der Suchtfachgesellschaften (DSG) GbR	01.01.2022 bis Projektende

Prof. Dr. Markus Bleckwenn	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) e. V.	01.01.2022 bis 24.11.2023
Prof. Dr. Mirjam N. Landgraf	Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP) e. V.	01.01.2022 bis Projektende
Prof. Dr. Nadja Nestler	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP) & Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.	01.01.2022 bis Projektende
Prof. Dr. Norbert Scherbaum	Bundesärztekammer (BÄK)	01.01.2022 bis Projektende
Prof. Dr. Norbert Wodarz	Bundesärztekammer (BÄK)	01.01.2022 bis Projektende
Prof. Dr. Oliver Pogarell	Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis (BAS) e. V.	01.01.2022 bis Projektende
Prof. Dr. Rainer Thomasius	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugend- Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP)	01.01.2022 bis Projektende
Prof. Dr. Rita Hansjürgens	Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e. V. (DG-SAS)	01.01.2022 bis Projektende
Prof. Dr. Tom Bschor	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)	01.01.2022 bis Projektende
Prof. Dr. Ulrich W. Preuss	Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (DGS) **&** Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) e. V.	01.01.2022 bis Projektende
Prof. Dr. Ulrich Zimmermann	Sächsische Wissenschaftliche Gesellschaft für Nervenheilkunde (SWGN) e. V.	01.01.2022 bis Projektende
Prof. Dr. Ursula Havemann-Reinecke	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)	01.01.2022 bis Projektende
Prof. Dr. Wilma Funke	Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e. V. (DGSPS)	01.01.2022 bis Projektende
Sarah Huff	BAG Caritas Suchthilfe (CaSu)	01.01.2022 bis Projektende
Mandatstragende (Haupt- oder Stellvertretung)	**Fachgesellschaft/ Organisation**	**Zeitraum**
Sebastian Winkelnkemper	Bundesverband Suchthilfe e. V. (bus.)	01.01.2022 bis Projektende
Timo Harfst	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	01.01.2022 bis Projektende
Uwe Genge	Deutsche Fachgesellschaft psychiatrische Pflege (DFPP) e. V.	01.01.2022 bis Projektende
Weitere Teilnehmende	**Funktion & Fachgesellschaft/ Organisation**	**Zeitraum**
Ilona Lojewski	AG-Mitarbeit	01.01.2022 bis Projektende
Dr. Denis Paul	AG-Mitarbeit	01.08.2022 bis Projektende
Dr. Katharina Eidenmüller	AG-Mitarbeit	25.01.2023 bis Projektende
Dr. Mathias Luderer	AG-Mitarbeit	01.01.2023 bis Projektende
Dr. Tobias Link	AG-Mitarbeit	01.12.2022 bis Projektende
Frank Bannasch	AG-Mitarbeit	01.02.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Anne Koopmann	AG-Mitarbeit	25.01.2023 bis Projektende
Prof. Dr. Michael Soyka	Ad personam	01.01.2022 bis Projektende

Stefan Sondermann	AG-Mitarbeit	01.02.2023 bis Projektende
Steffen Wendeln	AG-Mitarbeit	01.02.2023 bis Projektende
Tina Nagel	AG-Mitarbeit	01.02.2023 bis Projektende

4.3 Patient:innen/Büger:innenbeteiligung

Die Leitlinie wurde unter direkter Beteiligung eines Patient:innenvertreters erstellt. Es handelte sich um Dirk Schäffer, Deutsche Aidshilfe e.V. (DAH), der abstimmungsberechtigt und während des gesamten Zeitraums an der Entwicklung der Leitlinie sowie eines Informationsblattes und Flyer für Betroffene (s. Anhang 7) beteiligt war.

4.4 Methodische Begleitung

Methodisch wurde der Leitlinienprozess von Dr. Susanne Blödt, Prof. Dr. Ina B. Kopp und Dr. Monika Nothacker (AWMF-IMWi) begleitet.

5 Informationen zu dieser Leitlinie

5.1 Methodische Grundlagen

Die Methodik zur Erstellung dieser Leitlinie richtet sich nach dem AWMF-Regelwerk (Version 2.0 vom 19.11.2020 sowie Version 2.1 vom 05.09.2023).

5.2 Systematische Recherche und Auswahl der Evidenz

Auf der Grundlage der von den Arbeitsgruppen erstellten klinischen/PICO-Fragen wurde in verschiedenen, ausgewählten wissenschaftlichen Datenbanken systematisch nach bestehenden Leitlinien, aggregierter sowie primärer Evidenz recherchiert. Eine ausführliche Beschreibung der systematischen Recherchen und Auswahl der Evidenz ist im Leitlinienreport zu finden.

5.3 Kritische Bewertung der Evidenz

Die Qualität der Evidenz der zur Beantwortung der klinischen/PICO-Fragen eingeschlossenen Metaanalysen und Primärstudien wurde nach der GRADE-Methodik (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) eingestuft. Systematische Übersichtsarbeiten ohne Metaanalyse wurden aus methodischen Gründen nicht mit der GRADE-Methodik bewertet. Dies lag unter anderem daran, dass für das GRADE-Profil notwendige Angaben aus den entsprechenden systematischen Übersichtsarbeiten nicht hervorgingen. Dies hätte erfordert, aus den inkludierten Primärstudien der systematischen

Übersichtsarbeiten die dafür notwendigen Daten zu extrahieren, um eine eigene Metaanalyse durchzuführen. Dieser Arbeitsschritt war jedoch im Rahmen der vorhandenen zeitlichen Ressourcen des Leitlinienprojekts nicht umsetzbar. Die GRADE-Proile wurden von Prof. Dr. Nicole Skoetz (Universität zu Köln, Direktorin des Instituts für Öffentliches Gesundheitswesen und Direktorin WHO Collaborating Center on Evidence Synthesis and Evaluation of Novel Cancer Therapies) erstellt. Zudem wurde die eingeschlossene Evidenz von mindestens zwei Mitarbeitenden einer methodisch kritischen Qualitätsbewertung unterzogen. Dabei wurden aggregierte Evidenz mit der AMSTAR (A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews) 2-Checklist, randomisiert kontrollierte Primärstudien mit dem Risk of Bias 2 (RoB 2) tool und Kohortenstudien mit der SIGN Methodology Checklist 3 bewertet. Unstimmigkeiten in Bezug auf einzelne Beurteilungen wurden vom Leitliniensekretariat durch gemeinsame Diskussionen bis zur Konsenserreichung gelöst. Die methodischen Bewertungen der Publikationen erfolgten durch mindestens eine Mitarbeitende und wurden stets durch eine zweite Mitarbeitende geprüft.

5.4 Strukturierte Konsensfindung

Die Diskussion und Verabschiedung der Empfehlungen erfolgte unter Einsatz der Strukturierten Konsensuskonferenz entsprechend dem Vorschlag des US-amerikanischen National Institutes of Health (NIH Typ, für nähere Informationen s. Leitlinienreport). In den jeweiligen Arbeitsgruppen wurden auf der Grundlage der Rechercheergebnisse Empfehlungen formuliert und deren Graduierung vorgeschlagen. In strukturierten Konsensuskonferenzen wurden die Empfehlungen finalisiert und von der Konsensusgruppe verabschiedet. Die zu konsentierten Empfehlungen wurden der Konsensusgruppe mit ausreichenden Hintergrundinformationen (inkl. Aufbereitung der Evidenz) rechtzeitig schriftlich zur Verfügung gestellt. Ausnahmen betrafen einzelne Empfehlungen, die ad hoc von der Konsensusgruppe formuliert wurden. In jede Konsensuskonferenz wurde mit der Darlegung der für die betreffende Sitzung relevante Evidenz eingeführt. Die Konferenzen wurden von in der Begleitung entsprechender Prozesse erfahrenen Leitlinienberaterinnen der AWMF neutral moderiert.

5.5 Empfehlungsgraduierung und Feststellung der Konsensstärke

Festlegung des Empfehlungsgrades

Die Graduierung der Empfehlungen basiert, wie im AWMF-Regelwerk beschrieben, auf einer Nutzen-Schaden Abwägung, dem Vertrauen in die identifizierte Evidenz, den Ansichten und

Präferenzen der betroffenen Patient:innen sowie der klinischen Expertise der Leitliniengruppe. Im Rahmen der Konsenuskonferenzen wurde zur Verabschiedung der Empfehlungen die methodisch aufbereitete Evidenz unter klinischen Gesichtspunkten betrachtet und die Empfehlungen auf dieser Grundlage diskutiert. Die Stärke der Empfehlungen mit Angaben der Empfehlungsgrade wurden von den Arbeitsgruppen vorgeschlagen und ggf. in der Konensuskonferenz nach gemeinsamer Diskussion in ihrer Stärke angepasst. Begründungen für die Empfehlungsgrade werden in den Hintergrundtexten adressiert. Im gesamten Leitlinienprozess wurde das dreistufige Schema zur Graduierung von Empfehlungen verwendet (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Dreistufiges Schema zur Graduierung von Empfehlungen

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Ausdrucksweise	Symbol (fakultativ)
A	Starke Empfehlung	Soll /Soll nicht	⇑⇑ / ⇓⇓
B	Schwache Empfehlung	Sollte /sollte nicht	⇑ / ⇓
0	Empfehlung offen	Kann erwogen/verzichtet werden	⇔

Feststellung der Konsensstärke

Die Konsensstärke (Anteil der Zustimmung der Leitliniengruppe zu einer Empfehlung) wurde gemäß des AWMF-Regelwerks klassifiziert (siehe Tabelle 3). Ein Konsens mit Annahme der Empfehlung war bei einer Zustimmung von > 75 % der abstimmenden Mandatstragenden erzielt. Enthaltungen aufgrund von Interessenkonflikten werden von der Grundgesamtheit der abstimmenden Mandatstragenden abgezogen. Stimmenthaltungen von abstimmungsberechtigten Personen wurden nicht aus der Grundgesamtheit herausgerechnet, was bedeutet, dass alle abgegebenen Stimmen (Zustimmungen, Ablehnungen, Enthaltungen) berücksichtigt wurden, ohne die Enthaltungen bei der Berechnung der Ergebnisquote herauszurechnen. Die Konsensstärke wird für jede Empfehlung angegeben.

Tabelle 3: Feststellung der Konsensstärke

Klassifikation der Konsensusstärke	
Starker Konsens	> 95 % der Stimmberechtigten
Konsens	> 75-95 % der Stimmberechtigten
Mehrheitliche Zustimmung	> 50-75 % der Stimmberechtigten
Keine mehrheitliche Zustimmung	< 50 % der Stimmberechtigten

6 Redaktionelle Unabhängigkeit

6.1 Finanzierung der Leitlinie

Die Finanzierung der Leitlinienerstellung erfolgte aus Finanzmitteln des Innovationsfonds des Innovationsausschusses des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (Förderkennzeichen 01VSF21015, Projektlaufzeit 01.01.2022 bis 30.09.2024).

6.2 Darlegung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

Die Interessenerklärungen der gesamten Leitliniengruppe wurden webbasiert mittels der AWMF-Anwendung „Interessenerklärung Online“ (*https://interessenerklaerung-online.awmf.org*) schriftlich eingeholt (s. Anhang 5). Die Erklärungen wurden vom Leitliniensekretariat bewertet (Kirsten Lehmann, Britta Jacobsen, Hannah Müller, Deborah Werner), wobei das AWMF-Regelwerk zugrunde gelegt wurde. Zur Bewertung wurde ingeschätzt, ob Interessenkonflikte vorliegen und wenn, ob diese einen thematischen Bezug zur Leitlinie insgesamt und/oder in Bezug auf spezifische Fragestellungen, die in der Leitlinie adressiert werden, aufweisen. Eingeschätzte relevante Interessenkonflikte wurden auf einer Skala von 1 bis 3 (gering/moderat/hoch) unter Berücksichtigung von Kriterien zur Feststellung der Ausprägung der Interessen und des Ausmaßes des daraus eventuell resultierenden Konflikts bewertet. Bei geringen Interessenkonflikten wurde sichergestellt, dass keine leitenden Funktionen innerhalb der Leitliniengruppe ausgeübt wurden. Personen mit moderaten Interessenkonflikten haben nicht an den entsprechenden Abstimmungen teilgenommen. AWMF-Leitlinienberaterinnen standen bei Rückfragen zum Bewertungsprozess beratend zur Seite. Als protektive Faktoren, die einer Verzerrung durch Interessenkonflikte entgegenwirkten, können die pluralistische Zusammensetzung der Leitliniengruppe, die strukturierte Konsensfindung unter neutraler Moderation sowie die Diskussionen zu den Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten zu Beginn der Konsenskonferenz gewertet werden.

7 Externe Begutachtung und Verabschiedung

Eine externe Begutachtung der Leitlinie erfolgte nicht.

Die Leitlinie wurde im Zeitraum von 01.05.2025 bis 07.07.2025 von den beteiligten Fachgesellschaften gesichtet und final verabschiedet. Hierzu wurde bei Übersendung des Leitliniendokuments an die Fachgesellschaften der Vorgang zum formalen Verabschiedungsprozess eingeholt (z.B. Verabschiedung durch die Vorstände/zuständigen Personen/Leitlinienkommissionen der beteiligten Fachgesellschaften oder Verabschiedung durch die Mandatstragenden).

8 Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

Die Leitlinie ist ab dem 07.07.2025 bis zur nächsten Aktualisierung voraussichtlichlich bis 06.07.2030 gültig. Die Gültigkeitsdauer beträgt maximal 5 Jahre und ist abhängig vom eingeschätzten Aktualisierungsbedarf. Kommentare und Hinweise für den Aktualisierungsprozess sind ausdrücklich erwünscht und können an das Leitliniensekretariat gesendet werden.

Leitliniensekretariat

Britta Jacobsen:
jacobsen@zis-hamburg.de
Kirsten Lehmann:
k.lehmann@uke.de
Geschäftsstelle des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg:
zis-gs@uke.de

9 Verwendete Abkürzungen

ACT	Akzeptanz und Commitment Therapie
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AIDS	acquired immunodeficiency syndrome
AMSTAR	Assessing the Methodological Quality of Systematics Reviews
ART	Antiretrovirale Therapie
ASAM	American Society of Addiction Medicine
ATOS	Australian Treatment Outcome Study
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
B.C.	British Columbia
BA	Bachelor of Arts
BAI	Becks Anxiety Inventory
BÄK	Bundesärztekammer
BAS	Bayrische Akademie für Suchtfragen
BayTHN	Take-Home-Naloxon in Bayern
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPN	Buprenorphin
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
bus.	Bundesverband Suchthilfe
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CI/KI	Confidence Interval/Konfidenzintervall
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CIDI-SAM	Composite International Diagnostic Interview – Substance Abuse Module
CM	Contingency management
CM	Case Management
CM	Kontingenzmanagement
CMA	chronisch mehrfach beeinträchtigenden Abhängigkeitserkrankung
CRA	Community Reinforcement Approach
DAH	Deutsche Aidshilfe e.V.
DBT	Dialektisch Behaviorale Therapie
DBT-S	Dialektisch-Behaviorale Therapie – Sucht
DeGPT	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie
DFST	Dual-Focused Schema Therapy
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.
DGSPJ	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin
DGSS	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie
DG-Sucht	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

DIVA-5	Diagnostic Interview for ADHD in adults (basierend auf den Kriterien für ADHS in DSM-5)
DMI	Desipramin
DRP	Drug-related Poisoning
DRV-Bund	Deutsche Rentenversicherung Bund
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EK	Expert:innenkonsens
EKG	Elektrokardiogramm
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
ES	Effektstärke
EtD	Evidence-to-Decision
EuropASI	European Addiction Severity Index
EuroQol	European Quality of Life (Fragebogen zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität)
EuroQol	Measure of health-related quality of life
FASD	Fetale Alkoholspektrumstörungen
FVS+	Fachverband Sucht+
GBA	Gemeinsamen Bundesausschuss
GC/MS	gaschromatografisch/massenspektroprafisch
GKV	Gesetzlichen Krankenversicherung
GNP	Gesellschaft für Neuropsychologie
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
HAMD	Hamilton Depression Skala
HBV	Hepatitis-B-Virus
HCV	Hepatitis-C-Virus
HIV	Human immunodeficieny virus
i. v.	Intravenös
IBP	Integrierte Behandlungsprogramme
ICD	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning
IDU	Intravenous drug use
IHRA	International Harm Reduction Association
ISO	Internationalen Organisation für Normung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KISS	Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum
K-PTBS	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
LC-TOFMS	liquid chromatography-high-resolution time-of-flight mass spectrometry
LDX	Lisdexamfetamin
LRT	Long-term in patient rehabilitation treatment
MA	Master of Arts
MATE	Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation
MBSR	Mindfulness-Based-Stress-Reduction
MBT	Mentalisierungsbasierte Therapie
M-CIDI	Munich - Composite International Diagnostic Interview

MI	Motivational Interviewing
MMT	Medical Management
NAS	Neonatale Abstinenzsyndrom
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NIH	National Institutes of Health
NLX	Naloxon
NPS	Neue psychoaktive Stoffe
NTH	Naloxone-Take-Home
OAT	Opioid-Agonisten-Therapie
OR	Odds Ratio
OROS	Osmotic Release Oral System
OUD	opioid use disorder
OWS	Opiate Withdrawl Scale
PICO	Population, Intervention, Comparison, Outcome
POMS	Profile of Mood States
PREMOS	Predictors, Moderators and Outcomes of Substitution Treatment
PSB	Psychosoziale Betreuung
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PWH	People with HIV
QALYs	qualitätskorrigierte Lebensjahre
RCT	Randomized controlled trial
REM	random effects model
Reso-MAP	Instrument der psychosozialen Diagnostik im Resozialisierungsprozess
RNA	Ribonucleinsäure
RoB 2	Risk of Bias tool für randomisierte Trials
SCL-90	Symptom Checklist 90
SDS	Severity of Dependence Scale
SE	Standard error
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SKID-I/SCID-I	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Störungen - Version I
SSNRI	Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Inhibitor
SSRI	Selektiver Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitor
StGB	Strafgesetzbuch
SUCRA	Surface Under the Cumulative Ranking Curve
SUD	Substance Use Disorder
SURE	Substitutionsgestützte Rehabilitation in abstinenzorientierter Therapie
SVR	sustained virologic response
TAU	Treatment-As-Usual
TCA	Trizyklische Antidepressiva
tDCS	Transkranielle Gleichstromstimulation
TDM	Therapeutisches Drug Monitoring
TFP	Transference-Focused Psychotherapie
TMS	Transkranielle Magnetstimulation
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkung
WHA	World Health Assembly
WHO	Weltgesundheitsorganisation
XR-NTX	Extended-release Naltrexon

ZIS	Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung

10 Literaturverzeichnis

1. Lexikon zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen. 2 ed. Bern, Göttingen u. a.: Huber; 2009.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5 ed: American Psychiatric Association; 2013.
3. Beesdo-Baum K, Zaudig M, Wittchen HU. SCID-5-PD. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5 - Persönlichkeitsstörungen. Deutsche Bearbeitung des Structured Clinical Interview for DSM-5 -Personality Disorders von Michael B. First, Janet B. W. Williams, Lorna Smith Benjamin, Robert L. Spitzer. 1. Auflage ed. Göttingen: Hogrefe; 2019.
4. Bundesärztekammer (BÄK), (KBV) KB, (AWMF) AdWMFeV. S3-Leitlinie Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. 2022.
5. (DGPPN) DGfPuP, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. S3-Leitlinie Schizophrenie. 2019.
6. (DGPM) DGfPMuÄPeV. S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen.
7. (DG-Sucht) DGfSuSeVD-S, & (DGPPN) DGfPuP, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN). S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen. 2021.
8. (DGPPN) DGfPuP, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V., & (DG-Sucht) DGfSuSeV. S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen. 2020.
9. (DG-Sucht) DGfSuSeV, (DGKJP) DGfK-uJ, Psychosomatik und Psychotherapie e. V., & (DGPPN) DGfPuP, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. S3-Leitlinie Behandlung Cannabisbezogener Störungen.
10. Medizinprodukte BfAu. ICD-11. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 11. Revision [Available from: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html.]
11. Scott TM, Arnsten J, Olsen JP, Arias F, Cunningham CO, Rivera Mindt M. Neurocognitive, psychiatric, and substance use characteristics in a diverse sample of persons with OUD who are starting methadone or buprenorphine/naloxone in opioid treatment programs. Addict Sci Clin Pract. 2021;16(1):64.
12. Grella CE, Karno MP, Warda US, Niv N, Moore AA. Gender and comorbidity among individuals with opioid use disorders in the NESARC study. Addictive Behaviors. 2009;34(6-7):498-504.
13. Darke S, Hall W. Heroin overdose: research and evidence-based intervention. Journal of Urban Health. 2003;80(2):189-200.
14. McNamara KF, Biondi BE, Hernández-Ramírez RU, Taweh N, Grimshaw AA, Springer SA. A Systematic Review and Meta-Analysis of Studies Evaluating the Effect of Medication Treatment for Opioid Use Disorder on Infectious Disease Outcomes. Open Forum Infect Dis. 2021;8(8):ofab289.
15. Schulz M, Schmoldt A, Andresen-Streichert H, Iwersen-Bergmann S. Revisited: Therapeutic and toxic blood concentrations of more than 1100 drugs and other xenobiotics. Crit Care. 2020;24(1):195.
16. Hiemke C, Bergemann N, Clement HW, Conca A, Deckert J, Domschke K, et al. Consensus Guidelines for Therapeutic Drug Monitoring in Neuropsychopharmacology: Update 2017. Pharmacopsychiatry. 2018;51(1-02):9-62.
17. Kemmann D, Muhl C, Funke W, Tuchtenhagen F, Bachmeier R, Klein T, et al. Effektivität der stationären abstinenz-orientierten Drogenrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2017 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. SuchtAktuell. 2020;27(1):66-71.
18. Kemmann D, Muhl C, Erben C, Tuchtenhagen F, Link S, Susemihl I, et al. Effektivität der stationären abstinenzorientierten Drogenrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2019 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. SuchtAktuell - Zeitschrift des Fachverbandes Sucht+ eV. 2022;29(1):52-9.
19. e.V. DHfSD. Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland – Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven. Update 2019. 2019.
20. e.V. DHfSD. DHS Jahrbuch Sucht 2023. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2023.
21. Funke W, Kuhlmann T, Backmund M, Bischof G, Lange N, Preuss U, et al. Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Menschen in der medizinischen Rehabilitation. Positionspapier der Deutschen Suchtgesellschaft. Suchttherapie. 2020;21(1):39-42.
22. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie PuNeV, V. DGfSuSe. S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen. Berlin: Springer; 2020.

23. Buchholz A, Rist F, Küfner H, Kraus L. Die deutsche Version des Measurements in the Addictions for Triage und Evaluation (MATE): Reliabilität, Validität und Anwendbarkeit. Sucht. 2009;55(4):219-42.
24. Schippers GM, Nabitz UW, Buisman W. Die Innovation der niederländischen Suchthilfe. Sucht. 2009;55(4):198-208.
25. Mueller-Stierlin AS, Röhrig J, Goetzl C, Krausz M, Lehle J, Prestin E, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of sector-independent treatment coordination for people with substance-related disorders following an online assessment (ASSIST): study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2022;23(1):448.
26. Zippel-Schultz B, Specka M, Stöver H, Nowak M, Cimander K, Maryschock M, et al. Ergebnisse der langjährigen Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger – die SubsCare-Studie. Suchttherapie. 2019;20(2):76-84.
27. Specka M, Kuhlmann T, Feugmann K, Funke W, Pietras M, Post Y, et al. Outcome of patients who taper off opioid maintenance during in-patient rehabilitation treatment for opiate use disorder. A controlled multicenter study. Journal of Substance Use. 2018;23(3):318-21.
28. (BÄK) B. Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger. Berlin; 2023.
29. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2003(2):Cd002209.
30. Bell JR, Butler B, Lawrance A, Batey R, Salmelainen P. Comparing overdose mortality associated with methadone and buprenorphine treatment. Drug and Alcohol Dependence. 2009;104(1):73-7.
31. Haasen C, Verthein U, Degkwitz P, Berger J, Krausz M, Naber D. Heroin-assisted treatment for opioid dependence: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2007;191:55-62.
32. Atzendorf J, Rauschert C, Seitz NN, Lochbühler K, L K. The use of alcohol, tobacco, illegal drugs and medicines—an estimate of consumption and substance-related disorders in Germany. Dtsch Arztebl Int. 2019;116:577-84.
33. Dole VP, Nyswander M. A MEDICAL TREATMENT FOR DIACETYLMORPHINE (HEROIN) ADDICTION. A CLINICAL TRIAL WITH METHADONE HYDROCHLORIDE. JAMA. 1965;193:646-50.
34. Wittchen, H-U BG, Rehm J et al. der Verlauf und Ausgang von Substitutionspatienten unter den aktuellen Bedingungen der deutschen Substitutionsversorgung nach 6 Jahren. Suchtmedizin. 2011a;13:232-46.
35. Wittchen H-U, Rehm JT, Gölz J, Kraus MR, Schäfer M, Soyka M, et al. Schlussfolgerungen und Empfehlungen für eine bedarfs- und zielgruppengerechtere Gestaltung der langfristigen Substitution Opioidabhängiger. Suchtmedizin in Forschung und Praxis. 2011;13(5):287-93.
36. Soyka M, Strehle J, Rehm J, Bühringer G, Wittchen HU. Six-Year Outcome of Opioid Maintenance Treatment in Heroin-Dependent Patients: Results from a Naturalistic Study in a Nationally Representative Sample. Eur Addict Res. 2017;23(2):97-105.
37. Degenhardt L, Clark B, Macpherson G, Leppan O, Nielsen S, Zahra E, et al. Buprenorphine versus methadone for the treatment of opioid dependence: a systematic review and meta-analysis of randomised and observational studies. Lancet Psychiatry. 2023;10(6):386-402.
38. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2009;2009(3):Cd002209.
39. Cousins G, Teljeur C, Motterlini N, McCowan C, Dimitrov BD, Fahey T. Risk of drug-related mortality during periods of transition in methadone maintenance treatment: a cohort study. J Subst Abuse Treat. 2011;41(3):252-60.
40. Peles E, Schreiber S, Domany Y, Sason A, Tene O, Adelson M. Achievement of take-home dose privileges is associated with better-perceived sleep and with cognitive status among methadone maintenance treatment patients. World J Biol Psychiatry. 2014;15(8):620-8.
41. Assanangkornchai S, Edwards JG. Clinical and epidemiological assessment of substance misuse and psychiatric comorbidity. Curr Opin Psychiatry. 2012;25(3):187-93.
42. Krausz M, Degkwitz P, Kühne A, Verthein U. Comorbidity of opiate dependence and mental disorders. Addict Behav. 1998;23(6):767-83.
43. Maremmani I, Pacini M, Pani PP, Perugi G, Deltito J, Akiskal H. The mental status of 1090 heroin addicts at entry into treatment: should depression be considered a 'dual diagnosis'? Ann Gen Psychiatry. 2007;6:31.
44. Backmund M, Meyer K, Von Zielonka M, Eichenlaub D. Treatment of hepatitis C infection in injection drug users. Hepatology. 2001;34(1):188-93.
45. Backmund, M, Bogner J, Rockstroh J, Gölz J, R. P-V. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin, der Deutschen AIDS-Gesellschaft und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte: HIV-Infektion bei intravenös Drogenabhängigen (IVDA). Suchtmedizin; 2008.

46. policy GCod. The negative impact of the war on drugs on public health. Report of the global commission on drug policy 2013 2013 [Available from: https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/the-negative-impact-of-the-war-on-drugs-on-public-health-the-hidden-hepatitis-c-epidemic.]
47. WHO/UNODC/UNAIDS position paper Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention [press release]. 2004.
48. Medizinprodukte BfAu. Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2023. 2023.
49. Krausz RM, Westenberg JN, Ziafat K. The opioid overdose crisis as a global health challenge. Current Opinion in Psychiatry. 2021;34(4):405-12.
50. Volkow ND, Blanco C. The changing opioid crisis: development, challenges and opportunities. Mol Psychiatry. 2021;26(1):218-33.
51. Bundesregierung Drd. Anzahl der Drogentoten in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2023: Statista; 2024 [Available from: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/403/umfrage/todesfaelle-durch-den-konsum-illegaler-drogen/].
52. Backmund M, Lüdecke C, Isernhagen K, Walcher S, Rüther T, DGS Ld. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.). Therapie der Opiatabhängigkeit. 2014.
53. Gesundheitsfragen BAfS-u. Leitfaden für Ärzte zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. 2018.
54. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S. Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2011(10):Cd004147.
55. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2014;2014(2):Cd002207.
56. Sordo L, Barrio G, Bravo MJ, Indave BI, Degenhardt L, Wiessing L, et al. Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. BMJ. 2017;357:j1550.
57. Buresh M, Stern R, Rastegar D. Treatment of opioid use disorder in primary care. BMJ. 2021;373:n784.
58. Lim J, Farhat I, Douros A, Panagiotoglou D. Relative effectiveness of medications for opioid-related disorders: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS One. 2022;17(3):e0266142.
59. Moazen-Zadeh E, Ziafat K, Yazdani K, Kamel MM, Wong JSH, Modabbernia A, et al. Impact of opioid agonist treatment on mental health in patients with opioid use disorder: a systematic review and network meta-analysis of randomized clinical trials. Am J Drug Alcohol Abuse. 2021;47(3):280-304.
60. Backmund M, Lüdecke C, Isernhagen K, Walcher S, Rüther T. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.). Therapie der Opiatabhängigkeit – Teil 1: Substitutionsbehandlung. Suchtmed. 2014;16:7-20.
61. Klimas J, Gorfinkel L, Giacomuzzi SM, Ruckes C, Socías ME, Fairbairn N, et al. Slow release oral morphine versus methadone for the treatment of opioid use disorder. BMJ Open. 2019;9(4):e025799.
62. Klimas J, Hamilton MA, Gorfinkel L, Adam A, Cullen W, Wood E. Retention in opioid agonist treatment: a rapid review and meta-analysis comparing observational studies and randomized controlled trials. Syst Rev. 2021;10(1):216.
63. Hickman M, Steer C, Tilling K, Lim AG, Marsden J, Millar T, et al. The impact of buprenorphine and methadone on mortality: a primary care cohort study in the United Kingdom. Addiction. 2018;113(8):1461-76.
64. Mitchell TB, Dyer KR, Newcombe D, Salter A, Somogyi AA, Bochner F, et al. Subjective and physiological responses among racemic-methadone maintenance patients in relation to relative (S)- vs. (R)-methadone exposure. Br J Clin Pharmacol. 2004;58(6):609-17.
65. Verthein U, Ullmann R, Lachmann A, Düring A, Koch B, Meyer-Thompson HG, et al. The effects of racemic D,L-methadone and L-methadone in substituted patients--a randomized controlled study. Drug Alcohol Depend. 2005;80(2):267-71.
66. Scherbaum N, Finkbeiner T, Leifert K, Gastpar M. The efficacy of L-methadone and racemic methadone in substitution treatment for opiate addicts--a double-blind comparison. Pharmacopsychiatry. 1996;29(6):212-5.
67. Eap CB, Crettol S, Rougier JS, Schläpfer J, Sintra Grilo L, Déglon JJ, et al. Stereoselective block of hERG channel by (S)-methadone and QT interval prolongation in CYP2B6 slow metabolizers. Clin Pharmacol Ther. 2007;81(5):719-28.

68. Thomas C. Opioid-Substitution: Levomethadon sicherer als Methadon? : arznei-telegramm; 2013 [Available from: https://www.arznei-telegramm.de/html/2013_09/1309082_01.html.]
69. Lofwall MR, Walsh SL, Nunes EV, Bailey GL, Sigmon SC, Kampman KM, et al. Weekly and Monthly Subcutaneous Buprenorphine Depot Formulations vs Daily Sublingual Buprenorphine With Naloxone for Treatment of Opioid Use Disorder: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2018;178(6):764-73.
70. Lintzeris N, Dunlop AJ, Haber PS, Lubman DI, Graham R, Hutchinson S, et al. Patient-Reported Outcomes of Treatment of Opioid Dependence With Weekly and Monthly Subcutaneous Depot vs Daily Sublingual Buprenorphine: A Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2021;4(5):e219041.
71. Vogel M, Meyer M, Westenberg JN, Kormann A, Simon O, Salim Hassan Fadlelseed R, et al. Safety and feasibility of intranasal heroin-assisted treatment: 4-week preliminary findings from a Swiss multicentre observational study. Harm Reduct J. 2023;20(1):2.
72. Farrell M, Shahbazi J, Byrne M, Grebely J, Lintzeris N, Chambers M, et al. Outcomes of a single-arm implementation trial of extended-release subcutaneous buprenorphine depot injections in people with opioid dependence. Int J Drug Policy. 2022;100:103492.
73. Shepard CJ, Drovandi AD. Sustained-release subdermal buprenorphine implants: the future of opioid use disorder management? Journal of Pharmacy Practice and Research. 2019;49(1):41-9.
74. Bentzley BS, Barth KS, Back SE, Book SW. Discontinuation of Buprenorphine Maintenance Therapy: Perspectives and Outcomes. Journal of substance abuse treatment. 2015;52:48-57.
75. Ma J, Bao YP, Wang RJ, Su MF, Liu MX, Li JQ, et al. Effects of medication-assisted treatment on mortality among opioids users: a systematic review and meta-analysis. Mol Psychiatry. 2019;24(12):1868-83.
76. Wittchen HU, Bühringer G, Rehm J. Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome. Premos Schlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit.: TU Dresden; 2011.
77. Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger Deutsches Ärzteblatt 40. Deutsches Ärzteblatt International. 2017:-8171.
78. Davis MP, Digwood G, Mehta Z, McPherson ML. Tapering opioids: a comprehensive qualitative review. Ann Palliat Med. 2020;9(2):586-610.
79. Zweben JE, Sorensen JL, Shingle M, Blazes CK. Discontinuing Methadone and Buprenorphine: A Review and Clinical Challenges. J Addict Med. 2021;15(6):454-60.
80. Mumba MN, Findlay LJ, Snow DE. Treatment Options for Opioid Use Disorders: A Review of the Relevant Literature. J Addict Nurs. 2018;29(3):221-5.
81. Gowing L, Farrell M, Ali R, White JM. Alpha$_2$-adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016(5).
82. Fishbain DA, Rosomoff HL, Cutler R. Opiate detoxification protocols. A clinical manual. Ann Clin Psychiatry. 1993;5(1):53-65.
83. Sandhu H, Underwood M, Furlan AD, Noyes J, Eldabe S. What interventions are effective to taper opioids in patients with chronic pain? BMJ. 2018;362:k2990.
84. Srivastava AB, Mariani JJ, Levin FR. New directions in the treatment of opioid withdrawal. Lancet. 2020;395(10241):1938-48.
85. Pfeifer P, Hildebrand K, Angelov A, Havemann-Reinecke U, Böttcher M, Hiemke C, et al. Levomethadone Therapeutic Drug Monitoring to Aid Opioid Withdrawal Therapy: A Short Communication. Ther Drug Monit. 2023;45(6):772-6.
86. Amato L, Davoli M, Ferri M, Ali R. Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal. Cochrane Database Syst Rev. 2003(2):CD003409.
87. Gorodetzky CW, Walsh SL, Martin PR, Saxon AJ, Gullo KL, Biswas K. A phase III, randomized, multi-center, double blind, placebo controlled study of safety and efficacy of lofexidine for relief of symptoms in individuals undergoing inpatient opioid withdrawal. Drug Alcohol Depend. 2017;176:79-88.
88. Kuszmaul AK, Palmer EC, Frederick EK. Lofexidine versus clonidine for mitigation of opioid withdrawal symptoms: A systematic review. J Am Pharm Assoc (2003). 2020;60(1):145-52.
89. Hartung DM, Markwardt S, Johnston K, Geddes J, Baker R, Leichtling G, et al. Association between treatment setting and outcomes among oregon medicaid patients with opioid use disorder: a retrospective cohort study. Addict Sci Clin Pract. 2022;17(1):45.
90. Dugosh K, Abraham A, Seymour B, McLoyd K, Chalk M, Festinger D. A Systematic Review on the Use of Psychosocial Interventions in Conjunction With Medications for the Treatment of Opioid Addiction. J Addict Med. 2016;10(2):93-103.
91. Miller, WR, S. R. Motivational Interviewing: Helping People Change and Grow (Applications of Motivational Interviewing): Guilford Press; 2023.

92. Frost MC, Lampert H, Tsui JI, Iles-Shih MD, Williams EC. The impact of methamphetamine/amphetamine use on receipt and outcomes of medications for opioid use disorder: a systematic review. Addict Sci Clin Pract. 2021;16(1):62.
93. Park TW, Larochelle MR, Saitz R, Wang N, Bernson D, Walley AY. Associations between prescribed benzodiazepines, overdose death and buprenorphine discontinuation among people receiving buprenorphine. Addiction. 2020;115(5):924-32.
94. Alammehrjerdi Z, Briggs NE, Biglarian A, Mokri A, Dolan K. A Randomized Controlled Trial of Brief Cognitive Behavioral Therapy for Regular Methamphetamine Use in Methadone Treatment. J Psychoactive Drugs. 2019;51(3):280-9.
95. Bolívar HA, Klemperer EM, Coleman SRM, DeSarno M, Skelly JM, Higgins ST. Contingency Management for Patients Receiving Medication for Opioid Use Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2021;78(10):1092-102.
96. Strang J, McCambridge J, Best D, Beswick T, Bearn J, Rees S, et al. Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study. Bmj. 2003;326(7396):959-60.
97. White SR, Bird SM, Merrall EL, Hutchinson SJ. Drugs-Related Death Soon after Hospital-Discharge among Drug Treatment Clients in Scotland: Record Linkage, Validation, and Investigation of Risk-Factors. PLoS One. 2015;10(11):e0141073.
98. Santo T, Campbell G, Gisev N, Martino-Burke D, Wilson J, Colledge-Frisby S, et al. Prevalence of mental disorders among people with opioid use disorder: A systematic review and meta-analysis. Drug Alcohol Depend. 2022;238:109551.
99. Elarabi HF, Shawky M, Mustafa N, Radwan D, Elarasheed A, Yousif Ali A, et al. Effectiveness of incentivised adherence and abstinence monitoring in buprenorphine maintenance: a pragmatic, randomised controlled trial. Addiction. 2021;116(9):2398-408.
100. Laffont CM, Ngaimisi E, Gopalakrishnan M, Ivaturi V, Young M, Greenwald MK, et al. Buprenorphine exposure levels to optimize treatment outcomes in opioid use disorder. Front Pharmacol. 2022;13:1052113.
101. Zangiabadian M, Golmohammadi S, Nejadghaderi SA, Zahmatkesh MM, Nasiri MJ, Sadeghian M. The effects of naltrexone on retention in treatment and being opioid-free in opioid-dependent people: A systematic review and meta-analysis. Front Psychiatry. 2022;13:1003257.
102. Brünen S, Vincent PD, Baumann P, Hiemke C, Havemann-Reinecke U. Therapeutic drug monitoring for drugs used in the treatment of substance-related disorders: literature review using a therapeutic drug monitoring appropriateness rating scale. Ther Drug Monit. 2011;33(5):561-72.
103. Heikman PK, Muhonen LH, Ojanperä IA. Polydrug abuse among opioid maintenance treatment patients is related to inadequate dose of maintenance treatment medicine. BMC Psychiatry. 2017;17(1):245.
104. McCowan C, Kidd B, Fahey T. Factors associated with mortality in Scottish patients receiving methadone in primary care: retrospective cohort study. Bmj. 2009;338:b2225.
105. Kunkel F, Fey E, Borg D, Stripp R, Getto C. Assessment of the use of oral fluid as a matrix for drug monitoring in patients undergoing treatment for opioid addiction. J Opioid Manag. 2015;11(5):435-42.
106. Bell J, Strang J. Medication Treatment of Opioid Use Disorder. Biol Psychiatry. 2020;87(1):82-8.
107. Peng S, Jiang H, Du J, Lin S, Pan S, Yu S, et al. Methadone Dosage and Plasma Levels, SNPs of OPRM1 Gene and Age of First Drug Use Were Associated With Outcomes of Methadone Maintenance Treatment. Front Genet. 2018;9:450.
108. Ramey OL, Bonny AE, Silva Almodóvar A, Nahata MC. Gaps in Evidence-based Treatment of Concurrent Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Opioid Use Disorder: A Scoping Review. Ann Pharmacother. 2023;57(8):978-90.
109. Rice D, Corace K, Wolfe D, Esmaeilisaraji L, Michaud A, Grima A, et al. Evaluating comparative effectiveness of psychosocial interventions adjunctive to opioid agonist therapy for opioid use disorder: A systematic review with network meta-analyses. PLoS One. 2020;15(12):e0244401.
110. Marsden J, Stillwell G, James K, Shearer J, Byford S, Hellier J, et al. Efficacy and cost-effectiveness of an adjunctive personalised psychosocial intervention in treatment-resistant maintenance opioid agonist therapy: a pragmatic, open-label, randomized controlled trial. The Lancet Psychiatry. 2019;6(5):391-402.
111. McDermott KA, Griffin ML, Connery HS, Hilario EY, Fiellin DA, Fitzmaurice GM, et al. Initial response as a predictor of 12-week buprenorphine-naloxone treatment response in a prescription opioid-dependent population. J Clin Psychiatry. 2015;76(2):189-94.
112. Eastwood B, Strang J, Marsden J. Continuous opioid substitution treatment over five years: Heroin use trajectories and outcomes. Drug Alcohol Depend. 2018;188:200-8.

113. Cousins G, Boland F, Barry J, Lyons S, Keenan E, O'Driscoll D, et al. J-shaped relationship between supervised methadone consumption and retention in methadone maintenance treatment (MMT) in primary care: National cohort study. Drug Alcohol Depend. 2017;173:126-31.
114. Katzman JG, Takeda MY, Bhatt SR, Moya Balasch M, Greenberg N, Yonas H. An Innovative Model for Naloxone Use Within an OTP Setting: A Prospective Cohort Study. J Addict Med. 2018;12(2):113-8.
115. Katzman JG, Takeda MY, Greenberg N, Moya Balasch M, Alchbli A, Katzman WG, et al. Association of Take-Home Naloxone and Opioid Overdose Reversals Performed by Patients in an Opioid Treatment Program. JAMA Netw Open. 2020;3(2):e200117.
116. Wodarz von Essen H, Pogarell O, Wolstein J, Wodarz N. Evaluation eines Schulungsprogramms für medizinische Laien zum Einsatz von nasalem Take-Home-Naloxon in Notfallsituationen bei Menschen mit Opioidabhängigkeit in Bayern (BayTHN). 2021.
117. Gregory VL, Ellis RJB. Cognitive-behavioral therapy and buprenorphine for opioid use disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Drug Alcohol Abuse. 2020;46(5):520-30.
118. Wyse JJ, Morasco BJ, Dougherty J, Edwards B, Kansagara D, Gordon AJ, et al. Adjunct interventions to standard medical management of buprenorphine in outpatient settings: A systematic review of the evidence. Drug Alcohol Depend. 2021;228:108923.
119. Sokol R, LaVertu AE, Morrill D, Albanese C, Schuman-Olivier Z. Group-based treatment of opioid use disorder with buprenorphine: A systematic review. J Subst Abuse Treat. 2018;84:78-87.
120. Rezaie Z, Afshari B, Balagabri Z. Effects of Dialectical Behavior Therapy on Emotion Regulation, Distress Tolerance, Craving, and Depression in Patients with Opioid Dependence Disorder. Journal of Contemporary Psychotherapy. 2021.
121. Wild TC, Hammal F, Hancock M, Bartlett NT, Gladwin KK, Adams D, et al. Forty-eight years of research on psychosocial interventions in the treatment of opioid use disorder: A scoping review. Drug Alcohol Depend. 2021;218:108434.
122. Zhong N, Yuan Y, Chen H, Jiang H, Du J, Sun H, et al. Effects of a Randomized Comprehensive Psychosocial Intervention Based on Cognitive Behavioral Therapy Theory and Motivational Interviewing Techniques for Community Rehabilitation of Patients With Opioid Use Disorders in Shanghai, China. J Addict Med. 2015;9(4):322-30.
123. Shahzadi M, Mahmood K. Cognitive behaviour therapy as an evidence-based intervention for opioid use disorder: A systematic review. J Pak Med Assoc. 2024;74(5):946-52.
124. Barry DT, Beitel M, Cutter CJ, Fiellin DA, Kerns RD, Moore BA, et al. An evaluation of the feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of cognitive-behavioral therapy for opioid use disorder and chronic pain. Drug Alcohol Depend. 2019;194:460-7.
125. Deimel D. Psychosozialen Behandlung in der Substitutionstherapie. Praxis Klinischer Sozialarbeit: Tectum; 2013.
126. Deimel D. Ziele und Evidenz der Psychosozialen Betreuung substituierter Opiatabhängiger. In: Sarrazin D, Westfalen-Lippe Ä, editors. Herausforderung Substitutionsbehandlung Qualität - Kooperation - Verantwortung 34 Jahrestagung der LWL-Koordinationsstelle Sucht in Kooperation mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe. 50. Münster: Lanschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht; 2016. p. 21-36.
127. Addiction EMCfDaD. The role of psychosocial interventions in drug treatment (Perspectives on drugs). 2016.
128. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie PuNeV. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 2018.
129. Kuhn S, Schu M, Vogt I, Schmid M, Simmedinger R, Schlanstedt G, et al. Die psychosoziale Behandlung im bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. Sucht. 2007;53(5):278-87.
130. Walter M, Dürsteler KM, Petitjean SA, Wiesbeck GA, Euler S, Sollberger D, et al. Psychosoziale Behandlungen bei Suchterkrankungen – Suchtspezifische Psychotherapieformen und ihre Wirksamkeit. Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie. 2015;83(4):201-10.
131. Specka M, Kuhlmann T, Feugmann K, Funke W, Pietras M, Post Y, et al. Outcome of patients who taper off opioid maintenance during in-patient rehabilitation treatment for opiate use disorder. A controlled multicenter study. Journal of Substance Use. 2018;23(3):318-21.
132. Schönthal J, Wollinger A, Rosenau E, Vonderschmitt J, Rapp A, Batra A, et al. SURE: Substitutionsgestützte Rehabilitation in abstinenzorientierter Therapie. 2013. Contract No.: 2.
133. V. BSe. Auswertung der indikationsbezogenen Basisdaten zum Entlassungsjahrgang 2021 - Alle Indikationen ohne Adaptionsbehandlung. 2022.
134. e.V FS. Basisdokumentation 2021 - Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht+ e.V. 2022.

135. Sucht+ F. Effektivität der stationären abstinenz-orientierten Drogenrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2019 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. 2022.
136. Becker A, Bick-Dresen S, Schneider B, Bachmeier R, Bingel-Schmitz D, Funke W, et al. Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2019 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. SuchtAktuell - Zeitschrift des Fachverbandes Sucht+ eV. 2022;29(1):60-9.
137. Bund DR. Sozialmedizinischer Verlauf im 1. und 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation (SMV) – Bericht 2022. Berlin; 2022.
138. V. BSe. Auswertung der Katamnesedaten des Entlassungsjahres 2020. 2021.
139. Strathdee SA, Kuo I, El-Bassel N, Hodder S, Smith LR, Springer SA. Preventing HIV outbreaks among people who inject drugs in the United States: plus ça change, plus ça meme chose. AIDS. 2020;34(14):1997-2005.
140. Springer SA, Korthuis PT, Del Rio C. Integrating Treatment at the Intersection of Opioid Use Disorder and Infectious Disease Epidemics in Medical Settings: A Call for Action After a National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine Workshop. Ann Intern Med. 2018;169(5):335-6.
141. Prevention CfDCa. Injection Drug Use and HIV Rise [Available from: https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/cdc-hiv-idu-fact-sheet.pdf.]
142. Prevention CfDCa. Persons Who Inject Drugs [Available from: https://www.cdc.gov/pwid/index.html.]
143. Hartnett KP, Jackson KA, Felsen C, McDonald R, Bardossy AC, Gokhale RH, et al. Bacterial and fungal infections in persons who inject drugs — western New York, 2017. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2019;68(26):583-6.
144. Gonsalves GS, Crawford FW. Dynamics of the HIV outbreak and response in Scott County, IN, USA, 2011-15: a modelling study. Lancet HIV. 2018;5(10):e569-e77.
145. Reddon H, Milloy MJ, Simo A, Montaner J, Wood E, Kerr T. Methadone maintenance therapy decreases the rate of antiretroviral therapy discontinuation among HIV-positive illicit drug users. AIDS Behav. 2014;18(4):740-6.
146. Roux P, Carrieri MP, Cohen J, Ravaux I, Poizot-Martin I, Dellamonica P, et al. Retention in opioid substitution treatment: a major predictor of long-term virological success for HIV-infected injection drug users receiving antiretroviral treatment. Clin Infect Dis. 2009;49(9):1433-40.
147. Socías ME, Wood E, Small W, Dong H, Shoveller J, Kerr T, et al. Methadone maintenance therapy and viral suppression among HIV-infected opioid users: The impacts of crack and injection cocaine use. Drug Alcohol Depend. 2016;168:211-8.
148. Springer SA, Qiu J, Saber-Tehrani AS, Altice FL. Retention on buprenorphine is associated with high levels of maximal viral suppression among HIV-infected opioid dependent released prisoners. PLoS One. 2012;7(5):e38335.
149. Mazhnaya A, Marcus R, Bojko MJ, Zelenev A, Makarenko I, Pykalo I, et al. Opioid Agonist Treatment and Improved Outcomes at Each Stage of the HIV Treatment Cascade in People Who Inject Drugs in Ukraine. J Acquir Immune Defic Syndr. 2018;79(3):288-95.
150. Uhlmann S, Milloy MJ, Kerr T, Zhang R, Guillemi S, Marsh D, et al. Methadone maintenance therapy promotes initiation of antiretroviral therapy among injection drug users. Addiction. 2010;105(5):907-13.
151. Rosenthal ES, Silk R, Mathur P, Gross C, Eyasu R, Nussdorf L, et al. Concurrent Initiation of Hepatitis C and Opioid Use Disorder Treatment in People Who Inject Drugs. Clin Infect Dis. 2020;71(7):1715-22.
152. Suzuki J, Johnson JA, Montgomery MW, Hayden MC, Price CN, Solomon DA, et al. Long-term Outcomes of Injection Drug-related Infective Endocarditis Among People Who Inject Drugs. J Addict Med. 2020;14(4):282-6.
153. Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW, Jr., Bigelow GE. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. Arch Gen Psychiatry. 1997;54(1):71-80.
154. Kidorf M, Solazzo S, Yan H, Brooner RK. Psychiatric and Substance Use Comorbidity in Treatment-Seeking Injection Opioid Users Referred From Syringe Exchange. J Dual Diagn. 2018;14(4):193-200.
155. Chambers RA. Animal Modeling and Neurocircuitry of Dual Diagnosis. J Dual Diagn. 2007;3(2):19-29.
156. Krystal JH, D'Souza DC, Gallinat J, Driesen N, Abi-Dargham A, Petrakis I, et al. The vulnerability to alcohol and substance abuse in individuals diagnosed with schizophrenia. Neurotox Res. 2006;10(3-4):235-52.
157. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. Am J Psychiatry. 1985;142(11):1259-64.

158. Kidorf M, Disney ER, King VL, Neufeld K, Beilenson PL, Brooner RK. Prevalence of psychiatric and substance use disorders in opioid abusers in a community syringe exchange program. Drug Alcohol Depend. 2004;74(2):115-22.
159. Brooner RK, Greenfield L, Schmidt CW, Jr., Bigelow GE. Antisocial personality disorder and HIV infection among intravenous drug abusers. American Journal of Psychiatry. 1993;150(1):53-8.
160. King VL, Brooner RK, Kidorf MS, Stoller KB, Mirsky AF. Attention deficit hyperactivity disorder and treatment outcome in opioid abusers entering treatment. J Nerv Ment Dis. 1999;187(8):487-95.
161. Kidorf M, King VL, Peirce J, Gandotra N, Ghazarian S, Brooner RK. Substance use and response to psychiatric treatment in methadone-treated outpatients with comorbid psychiatric disorder. J Subst Abuse Treat. 2015;51:64-9.
162. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie PuPeV, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie PuNeV, V. DGfSuJe. S3-Leitlinie ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. 2017.
163. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie PuNeV. S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung. AWMF; 2022.
164. Psychotraumatologie DGf, (DeGPT) eV. S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. 2019.
165. Australian National Guidelines for Medication Assisted Treatment of Opioid Dependence. 2014.
166. Preuss UW, Moggi F. Affektive Störungen und Sucht. 1 ed: Kohlhammer Verlag; 2023.
167. Gouzoulis-Mayfrank E, Walter M. Schizophrenia and Addiction. In: Dom G, Moggi F, editors. Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders: A Practice-Based Handbook from a European Perspective. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2015. p. 75-86.
168. Gouzoulis-Mayfrank E. Komorbidität Psychose und Sucht. Grundlagen und Praxis. Mit Manualen für die Psychoedukation und Verhaltenstherapie. 2 ed. Darmstadt: Steinkopff Verlag; 2007.

169. Fatséas M, Denis C, Lavie E, Auriacombe M. Relationship between anxiety disorders and opiate dependence--a systematic review of the literature: implications for diagnosis and treatment. J Subst Abuse Treat. 2010;38(3):220-30.
170. Goldner EM, Lusted A, Roerecke M, Rehm J, Fischer B. Prevalence of Axis-1 psychiatric (with focus on depression and anxiety) disorder and symptomatology among non-medical prescription opioid users in substance use treatment: systematic review and meta-analyses. Addict Behav. 2014;39(3):520-31.
171. Frei A, Rehm J. Die Prävalenz der psychiatrischen Komorbidität bei Opioidabhängigen. Psychiatrische Praxis. 2002;29(5):258-62.
172. Hassan AN, Howe AS, Samokhvalov AV, Le Foll B, George TP. Management of mood and anxiety disorders in patients receiving opioid agonist therapy: Review and meta-analysis. Am J Addict. 2017;26(6):551-63.
173. Fluyau D, Mitra P, Jain A, Kailasam VK, Pierre CG. Selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder in substance use disorders: a Bayesian meta-analysis. Eur J Clin Pharmacol. 2022;78(6):931-42.
174. Titievsky J, Seco G, Barranco M, Kyle EM. Doxepin as adjunctive therapy for depressed methadone maintenance patients: a double-blind study. J Clin Psychiatry. 1982;43(11):454-6.
175. Woody GE, O'Brien CP, Rickels K. Depression and anxiety in heroin addicts: a placebo-controlled study of doxepin in combination with methadone. Am J Psychiatry. 1975;132(4):447-50.
176. McRae AL, Sonne SC, Brady KT, Durkalski V, Palesch Y. A randomized, placebo-controlled trial of buspirone for the treatment of anxiety in opioid-dependent individuals. Am J Addict. 2004;13(1):53-63.
177. Jariani M, Saaki M, Nazari H, Birjandi M. The effect of Olanzapine and Sertraline on personality disorder in patients with methadone maintenance therapy. Psychiatr Danub. 2010;22(4):544-7.
178. Quello SB, Brady KT, Sonne SC. Mood disorders and substance use disorder: a complex comorbidity. Sci Pract Perspect. 2005;3(1):13-21.
179. Carey KB, Purnine DM, Maisto SA, Carey MP, Simons JS. Treating substance abuse in the context of severe and persistent mental illness: clinicians' perspectives. J Subst Abuse Treat. 2000;19(2):189-98.
180. Pettinati HM, O'Brien CP, Dundon WD. Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target. Am J Psychiatry. 2013;170(1):23-30.
181. Bischof G, Lange N, Rumpf H-J, Preuss U. Reduced drinking and harm reduction in the treatment of alcohol use disorders. Drugs and Alcohol Today. 2020;ahead-of-print.

182. Kunstmann W, Specka M, Wodarz N, Scherbaum N. Substitutions-Richtlinie der Bundesärztekammer: Basis für eine bessere Versorgung. Deutsches Ärzteblatt. 2019;116.
183. Meshberg-Cohen S, Ross MacLean R, Schnakenberg Martin AM, Sofuoglu M, Petrakis IL. Treatment outcomes in individuals diagnosed with comorbid opioid use disorder and Posttraumatic stress disorder: A review. Addict Behav. 2021;122:107026.
184. Carpenter KM, Brooks AC, Vosburg SK, Nunes EV. The effect of sertraline and environmental context on treating depression and illicit substance use among methadone maintained opiate dependent patients: a controlled clinical trial. Drug Alcohol Depend. 2004;74(2):123-34.
185. Dean AJ, Bell J, Mascord DJ, Parker G, Christie MJ. A randomised, controlled trial of fluoxetine in methadone maintenance patients with depressive symptoms. J Affect Disord. 2002;72(1):85-90.
186. Petrakis I, Carroll KM, Nich C, Gordon L, Kosten T, Rounsaville B. Fluoxetine treatment of depressive disorders in methadone-maintained opioid addicts. Drug Alcohol Depend. 1998;50(3):221-6.
187. Poling J, Pruzinsky R, Kosten TR, Gonsai K, Sofuoglu M, Gonzalez G, et al. Clinical efficacy of citalopram alone or augmented with bupropion in methadone-stabilized patients. Am J Addict. 2007;16(3):187-94.
188. Luthar SS, Suchman NE. Relational Psychotherapy Mothers' Group: a developmentally informed intervention for at-risk mothers. Dev Psychopathol. 2000;12(2):235-53.
189. Carpenter KM, Smith JL, Aharonovich E, Nunes EV. Developing therapies for depression in drug dependence: results of a stage 1 therapy study. Am J Drug Alcohol Abuse. 2008;34(5):642-52.
190. Luthar SS, Suchman NE, Altomare M. Relational Psychotherapy Mothers' Group: a randomized clinical trial for substance abusing mothers. Dev Psychopathol. 2007;19(1):243-61.
191. Saedy M, Kooshki S, Jamali Firouzabadi M, Emamipour S, Rezaei Ardani A. Effectiveness of Acceptance-Commitment Therapy on Anxiety and Depression among Patients on Methadone Treatment: A Pilot Study. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2015;9(1):e222.
192. Kosten T, Oliveto A, Feingold A, Poling J, Sevarino K, McCance-Katz E, et al. Desipramine and contingency management for cocaine and opiate dependence in buprenorphine maintained patients. Drug Alcohol Depend. 2003;70(3):315-25.
193. Gonzalez G, Feingold A, Oliveto A, Gonsai K, Kosten TR. Comorbid major depressive disorder as a prognostic factor in cocaine-abusing buprenorphine-maintained patients treated with desipramine and contingency management. Am J Drug Alcohol Abuse. 2003;29(3):497-514.
194. Woody GE, O'Brien CP, McLellan AT, Marcovici M, Evans BD. The use of antidepressants with methadone in depressed maintenance patients. Ann N Y Acad Sci. 1982;398:120-7.
195. Stein MD, Herman DS, Kettavong M, Cioe PA, Friedmann PD, Tellioglu T, et al. Antidepressant treatment does not improve buprenorphine retention among opioid-dependent persons. J Subst Abuse Treat. 2010;39(2):157-66.
196. Nunes EV, Quitkin FM, Donovan SJ, Deliyannides D, Ocepek-Welikson K, Koenig T, et al. Imipramine treatment of opiate-dependent patients with depressive disorders. A placebo-controlled trial. Arch Gen Psychiatry. 1998;55(2):153-60.
197. Kleber HD, Weissman MM, Rounsaville BJ, Wilber CH, Prusoff BA, Riordan CE. Imipramine as treatment for depression in addicts. Arch Gen Psychiatry. 1983;40(6):649-53.
198. Arndt IO, Dorozynsky L, Woody GE, McLellan AT, O'Brien CP. Desipramine treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients. Arch Gen Psychiatry. 1992;49(11):888-93.
199. Darke S, Ross J, Williamson A, Teesson M. The impact of borderline personality disorder on 12-month outcomes for the treatment of heroin dependence. Addiction. 2005;100(8):1121-30.
200. Ling W, Stephenson D, Vasti E. Guidelines for Physicians Working in California Opioid Treatment Programs. 2019.
201. Pennay A, Cameron J, Reichert T, Strickland H, Lee NK, Hall K, et al. A systematic review of interventions for co-occurring substance use disorder and borderline personality disorder. J Subst Abuse Treat. 2011;41(4):363-73.
202. Linehan MM, Schmidt Iii H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. The American Journal on Addictions. 1999;8(4):279-92.
203. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. Drug Alcohol Depend. 2002;67(1):13-26.
204. van den Bosch LM, Verheul R, Schippers GM, van den Brink W. Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. Addict Behav. 2002;27(6):911-23.

205. Ball SA. Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: dual focus schema therapy. Addict Behav. 1998;23(6):883-91.
206. Ball SA, Cobb-Richardson P, Connolly AJ, Bujosa CT, O'Neall TW. Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. Compr Psychiatry. 2005;46(5):371-9.
207. Ball SA, Maccarelli LM, LaPaglia DM, Ostrowski MJ. Randomized trial of dual-focused vs. single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence. J Nerv Ment Dis. 2011;199(5):319-28.
208. Walter M, Sollberger D, Euler S. Persönlichkeitsstörungen und Sucht. Stuttgart: Kohlhammer; 2015.
209. Herpertz SC, Zanarini M, Schulz CS, Siever L, Lieb K, Möller HJ, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. World J Biol Psychiatry. 2007;8(4):212-44.
210. Sibley MH, Arnold LE, Swanson JM, Hechtman LT, Kennedy TM, Owens E, et al. Variable Patterns of Remission From ADHD in the Multimodal Treatment Study of ADHD. Am J Psychiatry. 2022;179(2):142-51.
211. van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, van den Brink W, Smit F, Crunelle CL, Swets M, et al. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. Drug and Alcohol Dependence. 2012;122(1-2):11-9.
212. Rohner H, Gaspar N, Philipsen A, Schulze M. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among Substance Use Disorder (SUD) Populations: Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(2).
213. Rohner H, Gaspar N, Rosen H, Ebert T, Kilarski LL, Schrader F, et al. ADHD Prevalence among Outpatients with Severe Opioid Use Disorder on Daily Intravenous Diamorphine and/or Oral Opioid Maintenance Treatment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(3):2534.
214. Gesellschaft, (GNP) fNeV. S3-Leitlinie Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) bei Kindern und Jugendlichen -Diagnostik & Intervention - Living Guideline. 2024.
215. Daigre C, Rodríguez L, Roncero C, Palma-Álvarez RF, Perea-Ortueta M, Sorribes-Puertas M, et al. Treatment retention and abstinence of patients with substance use disorders according to addiction severity and psychiatry comorbidity: A six-month follow-up study in an outpatient unit. Addict Behav. 2021;117:106832.
216. Kast KA, Rao V, Wilens TE. Pharmacotherapy for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Retention in Outpatient Substance Use Disorder Treatment: A Retrospective Cohort Study. J Clin Psychiatry. 2021;82(2).
217. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. Neurosci Biobehav Rev. 2021;128:789-818.
218. Luderer M, Ramos Quiroga JA, Faraone SV, Zhang James Y, Reif A. Alcohol use disorders and ADHD. Neurosci Biobehav Rev. 2021;128:648-60.
219. Luderer M, Kiefer F, Reif A, Moggi F. [ADHD in adult patients with substance use disorders]. Nervenarzt. 2019;90(9):926-31.
220. van Emmerik-van Oortmerssen K, Vedel E, Kramer FJ, Koeter MW, Schoevers RA, van den Brink W. Diagnosing ADHD during active substance use: Feasible or flawed? Drug and Alcohol Dependence. 2017;180:371-5.
221. Crunelle CL, van den Brink W, Moggi F, Konstenius M, Franck J, Levin FR, et al. International Consensus Statement on Screening, Diagnosis and Treatment of Substance Use Disorder Patients with Comorbid Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Eur Addict Res. 2018;24(1):43-51.
222. Young S, Abbasian C, Al-Attar Z, Branney P, Colley B, Cortese S, et al. Identification and treatment of individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder: An expert consensus statement. World J Psychiatry. 2023;13(3):84-112.
223. Brynte C, Aeschlimann M, Barta C, Begeman AHA, Bäcker A, Crunelle CL, et al. The clinical course of comorbid substance use disorder and attention deficit/hyperactivity disorder: protocol and clinical characteristics of the INCAS study. BMC Psychiatry. 2022;22(1):625.
224. Ramos-Quiroga JA, Nasillo V, Richarte V, Corrales M, Palma F, Ibáñez P, et al. Criteria and Concurrent Validity of DIVA 2.0: A Semi-Structured Diagnostic Interview for Adult ADHD. J Atten Disord. 2019;23(10):1126-35.
225. Takeda, Pharmaceuticals. Fachinformationen Elvanse adult® 2023 [Available from: https://www.takeda-produkte.de/system/files/produkt-info/fachinformation-elvanse-adultr-30-mg-50-mg-70-mg-hartkapseln.pdf.]

226. Medice, Arzneimittel. Fachinformationen Medikinet adult® 2023 [Available from: https://medice.com/de-de/produkte/adhs-erwachsene/medikinet-r-adult.]
227. Arzneimittel I. Fachinformationen Ritalin adult® 2023 [Available from: https://www.infectopharm.com/praeparate/ritalin-adult.]
228. Janssen-Cilag. Fachinformationen Concerta® 2023 [Available from: https://static.janssen-emea.com/sites/default/files/Germany/SMPC/DE-PL-0003.pdf.]
229. Özgen H, Spijkerman R, Noack M, Holtmann M, Schellekens ASA, van de Glind G, et al. International Consensus Statement for the Screening, Diagnosis, and Treatment of Adolescents with Concurrent Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorder. Eur Addict Res. 2020;26(4-5):223-32.
230. Mintz CM, Xu KY, Presnall NJ, Hartz SM, Levin FR, Scherrer JF, et al. Analysis of Stimulant Prescriptions and Drug-Related Poisoning Risk Among Persons Receiving Buprenorphine Treatment for Opioid Use Disorder. JAMA Netw Open. 2022;5(5):e2211634.
231. Heikkinen M, Taipale H, Tanskanen A, Mittendorfer-Rutz E, Lähteenvuo M, Tilhonen J. Association of Pharmacological Treatments and Hospitalization and Death in Individuals With Amphetamine Use Disorders in a Swedish Nationwide Cohort of 13 965 Patients. JAMA psychiatry. 2023;80(1):31-9.
232. Bjarnadottir GD, Johannsson M, Magnusson A, Rafnar BO, Sigurdsson E, Steingrimsson S, et al. Methylphenidate disintegration from oral formulations for intravenous use by experienced substance users. Drug Alcohol Depend. 2017;178:165-9.
233. Cassidy TA, McNaughton EC, Varughese S, Russo L, Zulueta M, Butler SF. Nonmedical use of prescription ADHD stimulant medications among adults in a substance abuse treatment population: early findings from the NAVIPPRO surveillance system. J Atten Disord. 2015;19(4):275-83.
234. Jasinski DR, Krishnan S. Abuse liability and safety of oral lisdexamfetamine dimesylate in individuals with a history of stimulant abuse. J Psychopharmacol. 2009;23(4):419-27.
235. Carton L, Icick R, Weibel S, Dematteis M, Kammerer E, Batisse A, et al. What is the potential for abuse of lisdexamfetamine in adults? A preclinical and clinical literature review and expert opinion. Expert Rev Clin Pharmacol. 2022;15(8):921-5.
236. Kaland ME, Klein-Schwartz W. Comparison of lisdexamfetamine and dextroamphetamine exposures reported to U.S. poison centers. Clin Toxicol (Phila). 2015;53(5):477-85.
237. Mills KL, Teesson M, Ross J, Peters L. Trauma, PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. Am J Psychiatry. 2006;163(4):652-8.
238. Hien DA, Nunes E, Levin FR, Fraser D. Posttraumatic stress disorder and short-term outcome in early methadone treatment. J Subst Abuse Treat. 2000;19(1):31-7.
239. Clark HW, Masson CL, Delucchi KL, Hall SM, Sees KL. Violent traumatic events and drug abuse severity. J Subst Abuse Treat. 2001;20(2):121-7.
240. Mills KL, Marel C, Darke S, Ross J, Slade T, Teesson M. The long-term impact of post traumatic stress disorder on recovery from heroin dependence. J Subst Abuse Treat. 2018;89:60-6.
241. Mills KL, Lynskey M, Teesson M, Ross J, Darke S. Post-traumatic stress disorder among people with heroin dependence in the Australian treatment outcome study (ATOS): prevalence and correlates. Drug Alcohol Depend. 2005;77(3):243-9.
242. Schiff M, Nacasch N, Levit S, Katz N, Foa EB. Prolonged Exposure for Treating PTSD Among Female Methadone Patients Who Were Survivors of Sexual Abuse in Israel. Soc Work Health Care. 2015;54(8):687-707.
243. Schacht RL, Brooner RK, King VL, Kidorf MS, Peirce JM. Incentivizing attendance to prolonged exposure for PTSD with opioid use disorder patients: A randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol. 2017;85(7):689-701.
244. Carter LC, Read MA, Read L, Nicholas JS, Schmidt E. Opioid use disorder during pregnancy: An overview. JAAPA. 2019;32(3):20-4.
245. Anand KJ, Campbell-Yeo M. Consequences of prenatal opioid use for newborns. Acta Paediatr. 2015;104(11):1066-9.
246. Jones HE. Treating opioid use disorders during pregnancy: historical, current, and future directions. Subst Abus. 2013;34(2):89-91.
247. Ellis LP, Parlier-Ahmad AB, Scheikl M, Martin CE. An Integrated Care Model for Pregnant and Postpartum Individuals Receiving Medication for Opioid Use Disorder. J Addict Med. 2023;17(2):131-9.
248. Clark RRS. Breastfeeding in Women on Opioid Maintenance Therapy: A Review of Policy and Practice. Journal of midwifery & women´s health. 2019;64(5):545-58.

249. Kahn LS, Mendel WE, Fallin KL, Borngraber EA, Nochajski TH, Rea WE, et al. A parenting education program for women in treatment for opioid-use disorder at an outpatient medical practice. Soc Work Health Care. 2017;56(7):649-65.
250. Kelly JF, Fallah-Sohy N, Cristello J, bergmann B. Coping with the enduring unpredictability of opioid addiction: An investigation of a novel family-focused peer-support organization. Journal of Substance Abuse Treatment. 2017;77:193-200.
251. Marshall SK, Charles G, Hare J, Ponzetti Jr JJ, Stokl M. Sheway's services for substance using pregnant and parenting women: evaluating the outcomes for infants. Canadian Journal of Community Mental Health. 2005;24(1):19-33.
252. Müller C, Trabi T. „Österreichisches Modell“ der Opioidsubstitution bei Minderjährigen. Monatsschrift Kinderheilkunde. 2019;167:109-16.
253. Robinson CA, Wilson JD. Management of Opioid Misuse and Opioid Use Disorders Among Youth. Pediatrics. 2020;145(Suppl 2):153-64.
254. Müller JL, Nedopil N. Forensische

Psychiatrie. Klinik, Begutachtung and Behandlung zwischen Recht und Psychiatrie. 5 ed. Stuttgart: Thieme; 2017.
255. Stöver, H, K K. Opioidsubstitutionsbehandlung im Justizvollzug: Welche Belege für die Wirksamkeit, welche Hindernisse und welche Lösungsmöglichkeiten bestehen? . Suchtmedizin. 2021;23:59-66.
256. Kastelic A, Pont J, Stöver H. Leitfaden zur Substitutionsbehandlung im Gefängnis. Brüssel: European network on Drugs and Infections prevention in prison; 2007.
257. van Selm L, White TM, Picchio CA, Requena-Méndez A, Busz M, Perez Gayo R, et al. A call to create integrated services to better address the needs of migrants who use drugs in Europe. Harm Reduct J. 2024;21(1):9.
258. De Kock C, Blomme E, Antoine J. Non-national clients in Belgian substance use treatment. Drugs and Alcohol Today. 2020;ahead-of-print.
259. Nikitin BM, Bromberg DJ, Madden LM, Stöver H, Teltzrow R, Altice FL. Leveraging existing provider networks in Europe to eliminate barriers to accessing opioid agonist maintenance therapies for Ukrainian refugees. PLOS Glob Public Health. 2023;3(7):e0002168.
260. Saleh EA, Wazaify M, Khoshnood K. Substance Use in Humanitarian Settings: A Case from Yemen. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy. 2024;19(1):28.
261. Ordean A, Tubman-Broeren M. Safety and Efficacy of Buprenorphine-Naloxone in Pregnancy: A Systematic Review of the Literature. Pathophysiology. 2023;30(1):27-36.
262. Lappen JR, Stark S, Bailit JL, Gibson KS. Delivery dose of methadone, but not buprenorphine, is associated with the risk and severity of neonatal opiate withdrawal syndrome. Am J Obstet Gynecol MFM. 2020;2(1):100075.
263. Hoyeck P, Wiercigroch D, Clarke C, Moineddin R, Sheikh H, Hulme J. Understanding current practice of opioid use disorder management in emergency departments across Canada: A cross-sectional study. Canadian Journal of Emergency Medicine. 2020;22(4):494-8.
264. Yu C. Policies Affecting Pregnant Women with Substance Use Disorder. Voices in Bioethics. 2023;9.
265. Kanervo MM, Tupola SJ, Nikkola EM, Rantakari KM, Kahila HK. Buprenorphine-naloxone, buprenorphine, and methadone throughout pregnancy in maternal opioid use disorder. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 2023;102(3):313-22.
266. Tran TH, Griffin BL, Stone RH, Vest KM, Todd TJ. Methadone, Buprenorphine, and Naltrexone for the Treatment of Opioid Use Disorder in Pregnant Women. Pharmacotherapy. 2017;37(7):824-39.
267. Towers CV, Terry P, Rackley B, Hennessy M, Visconti K. Fetal Outcomes with Detoxification from Opioid Drugs during Pregnancy: A Systematic Review. Am J Perinatol. 2020;37(7):679-88.
268. Humphries A, Simcox K, Howell B. A review of the literature: How does prenatal opioid exposure impact placental health and fetal brain development? Dev Psychobiol. 2023;65(3):e22378.
269. Miller JS, Anderson JG. Factors in children with a history of neonatal abstinence syndrome at 10 years of age: Evidence from the maternal lifestyle study. Journal for Specialists in Pediatric Nursing. 2022;27(1):e12358.
270. Perez FA, Blythe S, Wouldes T, McNamara K, Black KI, Oei JL. Prenatal methamphetamine-impact on the mother and child-a review. Addiction. 2022;117(1):250-60.
271. Boardman JP, Mactier H, Devlin LA. Opioids and the developing brain: time to rethink perinatal care for infants of opioid-dependent mothers. Arch Dis Child Fetal Neonatal E. 2022;107(1):98-104.

272. Benninger KL, Borghese T, Kovalcik JB, Moore-Clingenpeel M, Isler C, Bonachea EM, et al. Prenatal Exposures Are Associated With Worse Neurodevelopmental Outcomes in Infants With Neonatal Opioid Withdrawal Syndrome. Front Pediatr. 2020;8:462.
273. Lee SJ, Bora S, Austin NC, Westerman A, Henderson JMT. Neurodevelopmental Outcomes of Children Born to Opioid-Dependent Mothers: A Systematic Review and Meta-Analysis. Acad Pediatr. 2020;20(3):308-18.
274. Lee SJ, Pritchard VE, Austin NC, Henderson JMT, Woodward LJ. Health and Neurodevelopment of Children Born to Opioid-Dependent Mothers at School Entry. J Dev Behav Pediatr. 2020;41(1):48-57.
275. Gregory GA, Aiton NR. Intrauterine illicit drug exposure and neurodevelopmental outcomes for children: how current literature informs management and assessment. Paediatrics and Child Health. 2017;27(8):383-7.
276. Romanowicz M, Vande Voort JL, Shekunov J, Oesterle TS, Thusius NJ, Rummans TA, et al. The effects of parental opioid use on the parent-child relationship and children's developmental and behavioral outcomes: a systematic review of published reports. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2019;13(1):1-11.
277. Spehr MK, Coddington J, Ahmed AH, Jones E. Parental Opioid Abuse: Barriers to Care, Policy, and Implications for Primary Care Pediatric Providers. J Pediatr Health Care. 2017;31(6):695-702.
278. Winstanley E, Newhouse A, Law KB. The Impact of Opioid Use Disorder on Families and Children. In: Dunn KE, editor. The Oxford Handbook of Opiods and Opioid Use Disorder: Oxford Academic; 2023.
279. Winstanley EL, Stover AN. The Impact of the Opioid Epidemic on Children and Adolescents. Clin Ther. 2019;41(9):1655-62.
280. Bullinger LR, Wang V, Feder KA. Effects of Opioid Treatment Programs on Child Well-Being. The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science. 2022;703(1):79-105.
281. Suthar N, Garg N, Sharma P. Opioid use disorder in a 5-year-old child: A case report from Western Rajasthan. Journal of Indian Association for Child and Adolscent Mental Health. 152019. p. 85-91.
282. Pilarinos A, Bromberg DJ, Karamouzian M. Access to Medications for Opioid Use Disorder and Associated Factors Among Adolescents and Young Adults: A Systematic Review. JAMA Pediatr. 2022;176(3):304-11.
283. Holbrook BD, Rayburn WF. Teratogenic risks from exposure to illicit drugs. Obstet Gynecol Clin North Am. 2014;41(2):229-39.
284. Suchtkrankheit ÖGfaBv, Familienmedizin ÖGfA-u, Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie PuP, Psychotherapie ÖGfPu. Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie. 2017.
285. Carney BL, Hadland SE, Bagley SM. Medication Treatment of Adolescent Opioid Use Disorder in Primary Care. Pediatr Rev. 2018;39(1):43-5.
286. Borodovsky JT, Levy S, Fishman M, Marsch LA. Buprenorphine Treatment for Adolescents and Young Adults With Opioid Use Disorders: A Narrative Review. J Addict Med. 2018;12(3):170-83.
287. Opitz-Welke A, Lehmann M, Seidel P, Konrad N. Medicine in the Penal System. Dtsch Arztebl Int. 2018;115(48):808-14.
288. Malta M, Varatharajan T, Russell C, Pang M, Bonato S, Fischer B. Opioid-related treatment, interventions, and outcomes among incarcerated persons: A systematic review. PLoS Med. 2019;16(12):e1003002.
289. Hedrich D, Alves P, Farrell M, Stöver H, Møller L, Mayet S. The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. Addiction. 2012;107(3):501-17.
290. Rich JD, McKenzie M, Larney S, Wong JB, Tran L, Clarke J, et al. Methadone continuation versus forced withdrawal on incarceration in a combined US prison and jail: a randomised, open-label trial. Lancet. 2015;386(9991):350-9.
291. Cherian T, Lim S, Katyal M, Goldfeld KS, McDonald R, Wiewel E, et al. Impact of jail-based methadone or buprenorphine treatment on non-fatal opioid overdose after incarceration. Drug Alcohol Depend. 2024;259:111274.
292. Will J, Abare M, Olson M, Chyorny A, Wilhelm-Leen E. Emergency department utilization by individuals with opioid use disorder who were recently incarcerated. J Subst Abuse Treat. 2022;141:108838.
293. Brinkley-Rubinstein L, McKenzie M, Macmadu A, Larney S, Zaller N, Dauria E, et al. A randomized, open label trial of methadone continuation versus forced withdrawal in a combined US prison and jail: Findings at 12 months post-release. Drug Alcohol Depend. 2018;184:57-63.

294. Chladek JS, Chui MA. Access to medications for opioid use disorder for formerly incarcerated individuals during community reentry: a mini narrative review. Front Public Health. 2024;12:1377193.
295. Schalast N, Frey M, Nau B, Boateng S, Leygraf N. Zum Ertrag der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt und zu methodischen Einwänden gegen die Essener Evaluationsstudie. Psychiatrische Praxis. 2021;48(8):412-20.
296. Bryant RA, Nickerson A, Morina N, Liddell B. Posttraumatic Stress Disorder in Refugees. Annu Rev Clin Psychol. 2023;19:413-36.
297. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction E. Harm reduction - evidence, impacts and challenges - EMCDDA monographs. Lisboa: Publications Office; 2010.
298. Duncan DF, Nicholson T, Clifford P, Hawkins W, Petosa R. Harm reduction: an emerging new paradigm for drug education. J Drug Educ. 1994;24(4):281-90.
299. Association IHR. Was ist Harm Reduction? Eine Erklärung der International Harm Reduction Association. London; 2010.
300. Michels II, Stöver H. Harm reduction--from a conceptual framework to practical experience: the example of Germany. Subst Use Misuse. 2012;47(8-9):910-22.
301. Group CGoDMaDUIEW. Drug misuse and dependence. UK guidelines on clinical management London: Department of Health; 2017 [
302. The ASAM National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder: 2020 Focused Update. Journal of Addiction Medicine. 2020;14(2S Suppl 1):1-91.
303. British, Health CCoSUaBCMo. A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorde. 2017.
304. Platt L, Minozzi S, Reed J, Vickerman P, Hagan H, French C, et al. Needle and syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing HCV transmission among people who inject drugs: findings from a Cochrane Review and meta-analysis. Addiction. 2018;113(3):545-63.
305. Puzhko S, Eisenberg MJ, Filion KB, Windle SB, Hébert-Losier A, Gore G, et al. Effectiveness of Interventions for Prevention of Common Infections Among Opioid Users: A Systematic Review of Systematic Reviews. Front Public Health. 2022;10:749033.
306. Palmateer N, Hamill V, Bergenstrom A, Bloomfield H, Gordon L, Stone J, et al. Interventions to prevent HIV and Hepatitis C among people who inject drugs: Latest evidence of effectiveness from a systematic review (2011 to 2020). Int J Drug Policy. 2022;109:103872.
307. Levengood TW, Yoon GH, Davoust MJ, Ogden SN, Marshall BDL, Cahill SR, et al. Supervised Injection Facilities as Harm Reduction: A Systematic Review. Am J Prev Med. 2021;61(5):738-49.
308. Zurhold H, Degkwitz P, Verthein U, Haasen C. Drug Consumption Rooms in Hamburg, Germany: Evaluation of the Effects on Harm Reduction and the Reduction of Public Nuisance 2003 [663-88].
309. Poschadel S, Höger R, Schnitzler J, Schreckenberg D. Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland: Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. 2003;149.
310. Potier C, Laprévote V, Dubois-Arber F, Cottencin O, Rolland B. Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review. Drug and alcohol dependence. 2014;145:48-68.
311. Kraus L, Pfeiffer-Gerschel T, Seitz NN, Kurz A. Analyse drogeninduzierter Todesfälle. Berlin: Bundesgesundheitsministerium (BMG); 2018.
312. Mundipharma. Patienten-Informationskarte Nyxoid® Naloxon Nasenspray 2019 [3:[Available from: https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/Schulungsmaterial/_functions/Schulungsmaterial_Formular.html?resultsPerPage=50&queryResultId=null&pageNo=0&wirkstoffPrefix=listWirkstoffN.]
313. Mundipharma. Fachinformationen Nyxoid® 1,8 mg Nasenspray, Lösung im Einzeldosisbehältnis 2019 [Available from: https://de.mundipharma.com/sites/mundi-pharma-ger/files/mundipharma-ger/fachinformationen/FI%20Nyxoid%201.8%20mg%20Nasenspray%20Lsung%20im%20Einzeldosisbehltnis%20M%C3%A4rz%202019.pdf.]
314. Lewis CR, Vo HT, Fishman M. Intranasal naloxone and related strategies for opioid overdose intervention by nonmedical personnel: a review. Subst Abuse Rehabil. 2017;8:79-95.
315. Chimbar L, Moleta Y. Naloxone Effectiveness: A Systematic Review. J Addict Nurs. 2018;29(3):167-71.
316. Behar E, Bagnulo R, Coffin PO. Acceptability and feasibility of naloxone prescribing in primary care settings: A systematic review. Prev Med. 2018;114:79-87.
317. McDonald R, Strang J. Are take-home naloxone programmes effective? Systematic review utilizing application of the Bradford Hill criteria. Addiction. 2016;111(7):1177-87.

318. Clark AK, Wilder CM, Winstanley EL. A systematic review of community opioid overdose prevention and naloxone distribution programs. J Addict Med. 2014;8(3):153-63.
319. Mitchell KD, Higgins LJ. Combating Opioid Overdose With Public Access to Naloxone. J Addict Nurs. 2016;27(3):160-79.
320. Walley AY, Xuan Z, Hackman HH, Quinn E, Doe-Simkins M, Sorensen-Alawad A, et al. Opioid overdose rates and implementation of overdose education and nasal naloxone distribution in Massachusetts: interrupted time series analysis. BMJ. 2013;346:f174.
321. Fleißner S, Stöver H, Schäffer D. Take-Home Naloxon: Ein Baustein der Drogennotfallprophylaxe auch in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2023;66(9):1035-41.
322. Jones JD, Campbell A, Metz VE, Comer SD. No evidence of compensatory drug use risk behavior among heroin users after receiving take-home naloxone. Addict Behav. 2017;71:104-6.
323. Süß W, Trojan A. Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); 2020.
324. Diebäcker M, Wild G. Streetwork und Aufsuchende Soziale Arbeit im öffentlichen Raum. Wiesbaden: Springer; 2020 .
325. Brüchmann, K., Busch-Geertsema V, Henke J, Steffen A. Erhebung und Modellentwicklung zur Neukonzeptionierung der Straßensozialarbeit in Hamburg. Bestandsaufnahme der Straßensozialarbeit in Hamburg. Recherchebeitrag in drei anderen Großstädten und Beispiele aus dem Ausland. Bremen; 2023.
326. Stöver H, Schäffer D. Stöver, H.; Schäffer, D. (2014): Handbuch: Zugehende Sozialarbeit mit Drogen gebrauchenden Frauen und Männern 2014. Berlin: Deutsche Aids-Hilfe114 Seiten2014.
327. V. Fe. Sachbericht 2020: Aufsuchende Drogenhilfe in Charlottenburg-Wilmersdorf. 2020.
328. Schroers A. Szenealltag im Kontaktcafé. Eine sozial-ökologische Analyse akzeptanzorientierter Drogenarbeit. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung; 1995.
329. Stöver H. Kontaktladen – Anlaufstelle mit Brückenfunktion In: Böllinger, L. S, H., Fietzek, L., editors. Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag; 2002.
330. Unterkofler U. Lebensgeschichten (all)täglich begleiten. Eine ethnografische Fallstudie über professionelles Handeln im Kontaktladen In: Institut, zur Förderung qualitativer Drogenforschung aDu, e.V. rDI, editors. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit. Münster2021.
331. Martens M-S, Neumann-Runde E. Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2022 der Hamburger Basisdatendokumentation in der ambulanten Suchthilfe und der Eingliederungshilfe. Hamburg: BADO e.V; 2023.
332. Cramer V. Sachbericht Kontaktladen limit Beschäftigungsprojekt Spendenladen 2021. München; 2022.
333. Stöver H, Förster S. Drogenkonsumraum-Dokumentation. Auswertung der Daten der vier Frankfurter Drogenkonsumräume. Jahresbericht 2022. Frankfurt am Main: Institut für Suchtforschung Frankfurt am Main, ISFF; 2023.
334. Fredersdorf F. Verantwortung leben: ambulante Drogenselbsthilfe in Deutschland: Neuland; 2002.
335. Pasdzior J, Rumpf H-J, Bischof G. Digitalisierung im Zuge der COVID-19-Pandemie: Chancen und Risiken digitaler Angebote der Sucht-Selbsthilfe. Suchttherapie. 2024;25:22-9.
336. Albrecht U-V, Kopp I, Wagner W, Kreienberg R. Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zu Qualitätsprinzipien für Gesundheits-Apps2019.
337. George-Gaentzsc h, L., Barsch G, Wiewald S. Die Checkpoint-S-App für Menschen in Substitutionsbehandlung. Digitale Therapiebegleitung und Mittel der aktiven Mitgestaltung: KONTUREN online; 2021 [Available from: : https://www.konturen.de/fachbeitraege/die-checkpoint-s-app-fuer-menschen-in-substitutionsbehandlung.]
338. CKEPOINT-S. CHECKPOINT-S: Die App zur Substitutionsbegleitung. Zur Unterstützung von PatientInnen im Alltag [Available from: https://www.kvhessen.de/fileadmin/user_upload/kvhessen/Mitglieder/Qualitaet_Behandlung/GENEHMIGUNG_SUBSTITUTION_Checkpoint-S-App.pdf.]
339. Verthein U. KISS „Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum“. Evaluation eines Selbstmanagement-Programms zum kontrollierten Drogenkonsum. abhängigkeiten. 2010.
340. Becker G, Körkel J, Happel V, Lipsmeier G. Reduktion des Drogenkonsums durch Selbstkontrolltraining: Die Wirksamkeit des Programms „KISS“–ein Randomized Controlled Trial. Suchttherapie. 2009;10(S 01):S953.
341. Körkel J, Quest G. Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum (KISS). Teilnehmerhandbuch und Trainermanual. 3 ed. Heidelberg: GK Quest A; 2007.

342. D'Onofrio G, Melnick ER, Hawk KF. Improve Access to Care for Opioid Use Disorder: A Call to Eliminate the X-Waiver Requirement Now. Ann Emerg Med. 2021;78(2):220-2.
343. Madras BK, Ahmad NJ, Wen J, Sharfstein JS. Improving Access to Evidence-Based Medical Treatment for Opioid Use Disorder: Strategies to Address Key Barriers within the Treatment System. NAM Perspect. 2020;2020.
344. Bahorik AL, Satre DD, Kline-Simon AH, Weisner CM, Campbell CI. Alcohol, Cannabis, and Opioid Use Disorders, and Disease Burden in an Integrated Health Care System. J Addict Med. 2017;11(1):3-9.
345. Schippers GM, Schramade M, Walburg JA. Reforming Dutch substance abuse treatment services. Addict Behav. 2002;27(6):995-1007.
346. Sue KL. Supporting Any Positive Change: Harm Reduction as an Integral Pillar of Opioid Use Disorder Treatment. In: Wakeman SE, Rich JD, editors. Treating Opioid Use Disorder in General Medical Settings. Cham: Springer; 2021. p. 143-59.
347. Faulkner-Gurstein R. The social logic of naloxone: Peer administration, harm reduction, and the transformation of social policy. Soc Sci Med. 2017;180:20-7.
348. Chang ET, Oberman RS, Cohen AN, Taylor SL, Gumm E, Mardian AS, et al. Increasing Access to Medications for Opioid Use Disorder and Complementary and Integrative Health Services in Primary Care. J Gen Intern Med. 2020;35(Suppl 3):918-26.
349. Compton WM, Wiley T, Blanco C. The Importance of Learning Health Systems in Addressing the Opioid Crisis. J Gen Intern Med. 2020;35(Suppl 3):891-4.
350. Brooner RK, Kidorf MS, King VL, Peirce J, Neufeld K, Stoller K, et al. Managing psychiatric comorbidity within versus outside of methadone treatment settings: a randomized and controlled evaluation. Addiction. 2013;108(11):1942-51.
351. Cabanis M, Outadi A, Choi F. Early childhood trauma, substance use and complex concurrent disorders among adolescents. Curr Opin Psychiatry. 2021;34(4):393-9.
352. Han B. Opioid Use Disorder Among Older Adults: Addressing Multimorbidity and Geriatric Conditions. Innov Aging. 2022;6:163.
353. Datta P, Kruk JS, Jordan K, Fisher KA. Dying with dignity: the challenges of end-of-life care in patients with substance use disorders. BMJ Case Rep. 2021;14(11).
354. Frank JW, Bohnert ASB, Sandbrink F, McGuire M, Drexler K. Implementation and Policy Recommendations from the VHA State-of-the-Art Conference on Strategies to Improve Opioid Safety. J Gen Intern Med. 2020;35(Suppl 3):983-7.
355. Kumar N, Oles W, Howell BA, Janmohamed K, Lee ST, Funaro MC, et al. The role of social network support in treatment outcomes for medication for opioid use disorder: A systematic review. J Subst Abuse Treat. 2021;127:108367.
356. Liddle HA, Dakof GA, Rowe CL, Henderson C, Greenbaum P, Wang W, et al. Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders. J Subst Abuse Treat. 2018;90:47-56.
357. Hruschak V, Cochran G, Wasan AD. Psychosocial interventions for chronic pain and comorbid prescription opioid use disorders: A narrative review of the literature. J Opioid Manag. 2018;14(5):345-58.
358. Yen Li M, Mitton JA, Bearnot BI. Treatment of Refractory Opioid Use Disorder. J Gen Intern Med. 2021;36(6):1792.
359. Organization WH. International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders2020.
360. Reuvers L. Alkohol 2020. Integrierte Versorgung von Menschen mit einer Alkoholerkrankung: Das Wiener Modell KONTURen online. 2017.
361. Steinberg J, Azofeifa A, Sigounas G. Mobilizing Primary Care to Address the Opioid Use Disorder Treatment Gap. Public Health Rep. 2019;134(5):456-60.
362. Becker WC. Commentary on Ilgen et al. (2016): Integrating chronic pain programs into addiction treatment-full steam ahead. Addiction. 2016;111(8):1394-5.
363. El-Bassel N, Marotta PL, Gilbert L, Wu E, Springer S, Goddard-Eckrich D, et al. Integrating Treatment for Opioid Use Disorders and HIV Services into Primary Care: Solutions for the 21st Century. In: Crosby RA, DiClemente RJ, editors. Structural Interventions for HIV Prevention: Optimizing Strategies for Reducing New Infections and Improving Care. New York: Oxford Academic; 2018. p. 221-54.
364. Chang DC, Klimas J, Wood E, Fairbairn N. Medication-assisted treatment for youth with opioid use disorder: Current dilemmas and remaining questions. Am J Drug Alcohol Abuse. 2018;44(2):143-6.

Versionsnummer: 1.0
Erstveröffentlichung: 2025/07/11
Überarbeitung von: -
Nächste Überprüfung geplant: 2030/07/06

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online

S3-Leitlinie
Opioidbezogene Störungen

Anlage 7 | Informationsblatt und Flyer für Betroffene

AWMF-Register Nr. 076/012
Verfügbar unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-012
Version: 1.0

Federführung
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht)
Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (DGS)

Koordination
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg

Das dieser Veröffentlichung zugrundliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21015 gefördert

Informationsblatt für Betroffene: Opioidabhängigkeit

Aus der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen

Woran erkennt man eine Opioidabhängigkeit?

Opioide sind Substanzen, die ärztlich zur Schmerzlinderung verordnet oder illegal konsumiert werden können (z. B. Heroin, Opiate, Codein). Eine Abhängigkeit kann vorliegen, wenn:

- Der Konsum nicht mehr kontrolliert werden kann (Zeitpunkt, Menge, Dauer).
- Entzugserscheinungen auftreten (z.B. Verlangen nach der Substanz, Schwitzen, Magenkrämpfe, Zittern, Herzrasen, Übelkeit, Erbrechen und Durchfall).
- Wichtige Lebensbereiche vernachlässigt werden (wie die Familie, die Arbeit, der Haushalt).

Erste Schritte: Wo gibt es Hilfe?

- **Drogenberatungsstellen und Aidshilfen (Informationen, psychosoziale Begleitung)**
- **Suchtmediziner:innen und niedergelassene Ärzt:innen** (Beratung und Behandlung)
- **Suchtfachverbände und Selbsthilfegruppen** (Erfahrungsaustausch, Unterstützung)
- **Krankenhäuser und spezialisierte Fachkliniken** (Entzugs- und Rehabilitationsbehandlungen)

Was ist Safer-Use?

Safer-Use ist eine Strategie, um vermeidbare Schäden beim Drogenkonsum zu minimieren, wie zum Beispiel Infektionserkrankungen durch verunreinigte Spritzen. Safer-Use-Programme sind legal, jedoch nicht überall in Deutschland verfügbar. Folgende Angebote können in Anspruch genommen werden:

- **Drogenkonsumräume** (Mitgebrachte illegalisierte Drogen können hier unter hygienischen Bedingungen und medizinischer Aufsicht konsumiert werden. Personen erhalten Informationen zu Gesundheits- und Hygienefragen)
- **Spritzentausch** (Gebrauchte Spritzen können (1:1) gegen neue, steril verpackte Spritzen eingetauscht werden)
- **Drug-Checking** (Mitgebrachte Drogen können legal auf Inhaltsstoffe getestet werden)

Wichtige Anlaufstellen online:

Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit
www.bioeg.de

Suchtfachverbände Bundesverband Suchthilfe
www.suchthilfe.de

Narcotics Anonymous Deutschland
www.narcotics-anonymous.de

Broschüren für Konsument:innen
www.jes-bundesverband.de

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
www.dhs.de

Fachverband Sucht+
www.sucht.de

DigiSucht – Digitale Suchtberatung
www.suchtberatung.digital

Angebote/Ansprechpartner:innen in Ihrer Nähe:

Behandlungsmöglichkeiten

- **Medikamentöse Therapie:** Opioid-Agonisten Therapie (OAT) mit ärztlich verordneten Ersatzstoffen.
- **Nicht-medikamentöse Therapie:** Psychotherapie, Rehabilitationsmaßnahmen.
- **Entzugsbehandlung:** Ambulant oder stationär (z. B. in einer Klinik).

Opioid-Agonisten Therapie (OAT)

Was ist eine Opioid-Agonisten Therapie? Eine ärztlich verordnete Alternative zum Konsum von illegal beschafften Opiaten. Ziel ist es, die Gesundheit zu stabilisieren und strafrechtlich riskantes Verhalten zu vermeiden.

Zugelassene Substitutionsmedikamente in Deutschland:

- Methadon (Tablette oder flüssig)
- Levomethadon (Tablette oder flüssig)
- Buprenorphin (Tablette oder Depotspritze)
- Retardiertes Morphin (Kapsel)
- Diamorphin („sauberes Heroin“; intravenöse Einnahme)
- Codein und Dihydrocodein (werden jedoch selten verordnet)

Weitere Informationen zur Opioid-Agonisten Therapie:

Forum Substitutionspraxis:
www.forum-substitutionspraxis.de

Deutsche Aidshilfe:
www.aidshilfe.de

Bayrische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS):
www.bas-muenchen.de

Broschüre für Personen in Opioid-Agonisten Therapie:
www.jes-bundesverband.de

Hinweis

Weitere Informationen können der *S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen* entnommen werden.
https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-012
Die Angaben in diesem Informationsblatt entsprechen den Ergebnissen sowie der Methodik der Leitlinie (Version 1.0).
Die Interessenerklärungen sind im Anhang dieser Leitlinie zu finden.
Erstellungsdatum: Juni 2025
Eine Leitlinie der D eutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (DGS), finanziert durch den Innovationsfonds des Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss.

Autor:innen dieses Informationsblatts: Dirk Schäffer (Deutsche Aidshilfe e. V.), Prof. Dr. Wilma Funke (Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e. V.), Nikolaus Lange (Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e. V.), Denis Schinner (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.), Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg
Projektleitung und Koordination: Prof. Dr. Ingo Schäfer, MPH
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

DG SUCHT Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.
DGSuchtmedizin
ZIS ZENTRUM FÜR INTERDISZIPLINÄRE SUCHTFORSCHUNG DER UNIVERSITÄT HAMBURG

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt – dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!

Notfall: Woran erkennt man eine Opioid-Überdosierung?

Eine Überdosierung kann lebensbedrohlich sein. Typische Anzeichen sind:

- Sehr langsame oder aussetzende Atmung
- Bewusstlosigkeit oder starke Benommenheit
- Stark verengte Pupillen („Stecknadelpupillen“)
- Blasse oder bläuliche Haut (besonders an Lippen und Fingern)

Was tun?

1. **Notruf 112 wählen!**
2. Person ansprechen und prüfen, ob sie reagiert.
3. Falls keine Reaktion: **Stabile Seitenlage oder Wiederbelebung (Herz-Lungen-Massage) beginnen**.
4. *Falls vorhanden:* **Naloxon Nasenspray verabreichen**.
5. **Bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes bei der Person bleiben!**

Notrufnummern

- **112** (bei medizinischen Notfällen, Feuerwehr- und Polizeinotfällen)
- **116117** (ärztlicher Bereitschaftsdienst bei nicht lebensbedrohlichen Fällen)

Anlage 7: Informationsblatt und Flyer für Betroffene

NOTFALL
Woran erkennt man eine Überdosierung?

Eine Überdosierung kann lebensbedrohlich sein. Typische Anzeichen sind:

- → Sehr langsame oder aussetzende Atmung
- → Bewusstlosigkeit oder starke Benommenheit
- → Stark verengte Pupillen („Stecknadelpupillen“)
- → Blasse oder bläuliche Haut (besonders an Lippen und Fingern)

WAS BEI ÜBERDOSIERUNG TUN?

1. Notruf **112** wählen!
2. Person ansprechen und prüfen, ob sie reagiert.
3. Falls keine Reaktion: Stabile Seitenlage oder Wiederbelebung (Herz-Lungen-Massage) beginnen.
4. Falls vorhanden: Naloxon Nasenspray verabreichen.
5. Bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes bei der Person bleiben!

NOTRUFNUMMERN

112 (bei medizinischen Notfällen, Feuerwehr- und Polizeinotfällen)

116117 (ärztlicher Bereitschaftsdienst bei nicht lebensbedrohlichen Fällen)

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt – dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!

HINWEIS

Weitere Informationen können der *S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen* entnommen werden.
https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-012
Die Angaben in diesem Informationsblatt entsprechen den Ergebnissen sowie der Methodik der Leitlinie (Version 1.0). Die Interessenerklärungen sind im Anhang dieser Leitlinie zu finden.

Eine Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (DGS), finanziert durch den Innovationsfonds des Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss.

DG|SUCHT
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.

DGSuchtmedizin

Erstellungsdatum: Juni 2025

Autor:innen dieses Informationsblatts:
Dirk Schäffer (Deutsche Aidshilfe e.V.), Prof. Dr. Wilma Funke (Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V.), Nikolaus Lange (Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V.), Denis Schinner (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.), Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg

Projektleitung und Koordination:
Prof. Dr. Ingo Schäfer, MPH
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

ZIS
ZENTRUM FÜR INTERDISZIPLINÄRE SUCHTFORSCHUNG DER UNIVERSITÄT HAMBURG

OPIOIDABHÄNGIGKEIT

Informationsblatt für Betroffene
aus der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen

OPIOIDE

...sind Substanzen, die ärztlich zur Schmerzlinderung verordnet werden oder illegal konsumiert werden können (z.B. Heroin, Opiate, Codein).

WAS IST EINE OPIOIDABHÄNGIGKEIT?

.... eine schwere chronische Krankheit, die durch ein starkes Verlangen nach Opioiden bezeichnet ist.

Sie kann jeden treffen, auch wenn Opioide durch Ärzt:innen verschrieben und wie angeordnet genommen wurden.

Sie betrifft den Körper und die Gehirnfunktion und kann in vielen Bereichen zu Problemen führen.

ANZEICHEN ERKRANKT ZU SEIN

- → Fehlende Kontrolle über den Konsum
- → Entzugserscheinungen bei nicht-Einnahme
- → Wichtige Lebensbereiche werden vernachlässigt
- → Finanzielle Probleme, um Opioide zu besorgen

BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Medikamentöse Therapie:
Opioidagonistentherapie (OAT) mit ärztlich verordneten Ersatzstoffen

Nicht-medikamentöse Therapie:
Psychotherapie, Rehabilitationsmaßnahmen

Entzugsbehandlung:
Ambulant oder stationär (z.B. in einer Klinik)

WAS IST EINE OPIOIDAGONISTENTHERAPIE?

Eine ärztlich verordnete Alternative zum Konsum von illegal beschafften Opiaten. Ziel ist es, die Gesundheit zu stabilisieren.

WO GIBT ES HILFE?

Suchtmediziner:innen und niedergelassene Ärzt:innen
→ Beratung und Behandlung

Drogenberatungsstellen und Aidshilfen
→ Informationen, Psychosoziale Begleitung

Suchtfachverbände und Selbsthilfegruppen
→ Erfahrungsaustausch, Unterstützung

Krankenhäuser und Spezialisierte Fachkliniken
→ Entzugs- und Rehabilitationsbehandlungen

ANSPRECHPARTNER IN IHRER NÄHE

ANLAUFSTELLEN ONLINE

Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit
www.bioeg.de

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
www.dhs.de

Suchtfachverbände
Bundesverband Suchthilfe
www.suchthilfe.de

Fachverband Sucht+
www.sucht.de

Narcotics Anonymous Deutschland
www.narcotics-anonymous.de

„Broschüre für Heroinkonsument_innen“
www.jes-bundesverband.de

„Broschüre für Substituierte“
www.jes-bundesverband.de

DigiSucht – Digitale Suchtberatung
www.suchtberatung.digital

S3-Leitlinie
Opioidbezogene Störungen

Anlage 8 | Tabellen der Kapitel

AWMF-Register Nr. 076/012
Verfügbar unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-012
Version: 1.0

Federführung
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht)
Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (DGS)

Koordination
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg

Das dieser Veröffentlichung zugrundliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21015 gefördert.

Kapitel Opioid-Agonisten-Therapie

Tabelle 1: Äquivalenzdosierungen der OAT-Medikamente Methadon, Levomethadon und retardiertes Morphin

Methadon 1 %	Levomethadon 0,5 %	Retardiertes Morphin
10 mg	5 mg	60 - 80 mg
20 mg	10 mg	120 - 160 mg
30 mg	15 mg	180 - 240 mg
40 mg	20 mg	240 - 320 mg
50 mg	25 mg	300 - 400 mg
60 mg	30 mg	360 - 480 mg
70 mg	35 mg	420 - 560 mg
80 mg	40 mg	480 - 640 mg
90 mg	45 mg	540 - 720 mg
100 mg	50 mg	600 - 800 mg
110 mg	55 mg	660 - 880 mg
120 mg	60 mg	720 - 960 mg
130 mg	65 mg	760 - 1.040 mg
140 mg	70 mg	820 - 1.120 mg
150 mg	75 mg	880 - 1.200 mg

Kapitel Entzug

Tabelle 2: Ärztliche Checkliste zur Identifikation von Risikofaktoren im Zusammenhang mit einer stabilen Genesung (modifiziert nach Zweben et al. 2021*)

1.	Unerwartet positive Befunde im Drogenscreening	Ja	Nein
2.	Häufige Notfallbehandlungen/Verletzungen/Überdosierungen	Ja	Nein
3.	Kürzlich offensichtlich intoxikiert/beeinträchtigt	Ja	Nein
4.	Dosissteigerung ohne Absprache	Ja	Nein
5.	Nimmt Medikation, die anderen verordnet wurde	Ja	Nein
6.	Patient:in geht nicht verantwortlich mit Medikation um	Ja	Nein
7.	Nutzt zusätzliche Schmerzmedikation für andere Symptome, z. B. Schlaf, Stimmung, Stresserleichterung	Ja	Nein
8.	Verändert Art der Verabreichung (z. B. i.v.-Konsum)	Ja	Nein
9.	Schwere psychische Begleiterkrankung	Ja	Nein
10.	Kürzlicher Wunsch nach Dosiserhöhung	Ja	Nein
11.	Kürzliche Angabe verlorener oder gestohlener Rezepte	Ja	Nein
12.	Horten oder Vorratshaltung von Medikamenten	Ja	Nein
13.	Zunehmend ungepflegt	Ja	Nein
14.	Versuch, Verschreibungen von anderen Ärzt:innen zu erhalten	Ja	Nein
15.	Gleichzeitige Verschreibung von Benzodiazepinen	Ja	Nein
16.	Gleichzeitiger Konsum von Stimulantien	Ja	Nein
17.	Erhaltungsdosis von mehr als 8 mg Buprenorphin oder 80 mg Methadon	Ja	Nein
18.	Aktuelle Berichte über Schlafstörungen	Ja	Nein
19.	Aktuelle Berichte über Probleme oder Labilität der Stimmung oder Energie	Ja	Nein
20.	Wunsch nach Reduktion/Absetzen der OAT-Medikation nicht stabil anhaltend	Ja	Nein

* Zweben JE, Sorensen JL, Shingle M, Blazes CK. Discontinuing Methadone and Buprenorphine: A Review and Clinical Challenges. J Addict Med. 2021 Nov/Dec;15(6):454-460. DOI:10.1097/ADM.0000000000000789

S3-Leitlinie
Opioidbezogene Störungen

Leitlinienreport | Fassung vom 30.06.2025

Federführung
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht)
Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (DGS)

Koordination
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg

AWMF-Register Nr. 076/012
Verfügbar unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-012
Version: 1.0

Das dieser Veröffentlichung zugrundliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21015 gefördert.

Schlüsselwörter:
Opioidbezogene Störungen, Opioide, Opiate, Opioid-Agonisten-Therapie, Substitutionsbehandlung

Keywords:
opioid use disorder, opioids, opiates, opioid agonist treatment, substitution treatment

Inhaltsverzeichnis

1 GELTUNGSBEREICH UND ZWECK 4

1.1 Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas 4
1.2 Zielorientierung der Leitlinie 10
1.3 Zielpopulation 10
1.4 Versorgungsbereich 10
1.5 Anwenderzielgruppe/Adressat:innen 11

2 ZUSAMMENSETZUNG DER LEITLINIENGRUPPE: BETEILIGUNG VON INTERESSENSGRUPPEN 11

2.1 Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligte Berufsgruppen 11
2.2 Repräsentativität der Leitliniengruppe: Berücksichtigung der Ansichten und Präferenzen der Zielpopulation (z.B. Patient:innen/Bevölkerung) 11

3 GENAUIGKEIT DER LEITLINIENENTWICKLUNG 12

3.1 Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung) 12
3.1.1 Formulierung von klinisch relevanten Fragestellungen, Priorisierung von Endpunkten 12
3.1.2 Systematische Evidenzrecherchen 12
3.1.3 Auswahl der Evidenz 21
3.1.4 Kritische Bewertung der Evidenz und Erstellung von Evidenzzusammenfassung 21
3.1.5 Verknüpfung von Evidenz und Empfehlung 22
3.2 Formulierung und Graduierung von Empfehlungen und strukturierte Konsensfindung 23
3.2.1 Strukturierte Konsensfindung: Verfahren und Durchführung 23
3.2.2 Berücksichtigung von Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken 24
3.2.3 Formulierung der Empfehlungen und Vergabe von Evidenz- und/oder Empfehlungsgraden 24

4 EXTERNE BEGUTACHTUNG UND VERABSCHIEDUNG 25

4.1 Externe Begutachtung 25
4.2 Verabschiedung durch die Vorstände der herausgebenden Fachgesellschaften/Organisationen 25

5 REDAKTIONELLE UNABHÄNGIGKEIT 26

5.1 Finanzierung der Leitlinie 26
5.2 Darlegung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten 26

6 VERBREITUNG UND IMPLEMENTIERUNG 28

6.1 Konzept zur Verbreitung und Implementierung 28
6.2 Unterstützende Materialien für die Anwendung der Leitlinie 28
6.3 Diskussion möglicher förderlicher und hinderlicher Faktoren für die Anwendung der Leitlinie 29
6.4 Messkriterien für die Bewertung der Prozess - und/oder Ergebnisqualität der Leitlinie: Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren 29

7 GÜLTIGKEITSDAUER UND AKTUALISIERUNGSVERFAHREN 31

7.1 Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung und Status 31
7.2 Aktualisierungsverfahren 31

ANHANGSVERZEICHNIS 32

Anhang 1 32
Anhang 2 32
Anhang 3 32
Anhang 4 32
Anhang 5 32
Anhang 6 32
Anhang 7 32

1 Geltungsbereich und Zweck

1.1 Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas

Opioidbezogene Störungen (ICD-10: F11; ICD-11: 6C43) sind Erkrankungen mit erheblicher Morbidität und Mortalität, die zumeist chronisch rezidivierend verlaufen. Betroffene lassen sich unterschiedlichen Gruppen zuordnen. Im Fokus der Leitlinie stehen Personen, die Opioide außerhalb ärztlicher Verschreibungen erwerben (im Folgenden “illegale Opioide“). Sie gehören häufig zu den Betroffenen mit besonders komplexen Beeinträchtigungen in Bezug auf die psychische und somatische Gesundheit sowie zusätzlichen Problemen, etwa im sozialen und rechtlichen Bereich. Das Spektrum dieser Betroffenen reicht von Personen mit oralem Konsum von illegal erworbenen Opioidanalgetika bis zu Personen mit intranasalem, inhalativem oder intravenösem Konsum von Heroin und anderen Opioiden.

Die Langzeitverordnung von Opioid-Arzneimitteln hat in Deutschland bis 2015 fast kontinuierlich zugenommen und befindet sich seitdem auf etwa dem gleichen Niveau (1). Im Jahr 2019 wurden 439 Millionen definierte Tagesdosen (DDD) Opioidanalgetika in Deutschland verordnet, was einen Anteil von rund 1 % in der Gesamtverordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausmacht (2). Zu Missbrauch und Abhängigkeit von Opioid-Analgetika liegen für Deutschland nur begrenzt Daten vor. In Bezug auf Störungen durch Analgetika insgesamt geht der epidemiologische Suchtsurvey (ESA 2018) von 5,5 Millionen Fällen unter den 18- bis 59-Jährigen aus (3). Auch wenn sich dies auf die Gesamtheit aller Schmerzmittel bezieht, kann von einem hohen Anteil von Opioidabhängigen ausgegangen werden. Ein besonders starker Anstieg des Missbrauchs von Opioiden und der Übergang in illegalen Konsum von Substanzen wie Heroin konnte in jüngerer Zeit in Nordamerika, Australien und Schottland beobachtet werden. Nach Daten der Vereinten Nationen ist der Opioidgebrauch in den USA mehr als 50 % höher als in Deutschland, das den weltweit zweithöchsten Gebrauch aufweist (4).

Die Zahl der Konsument:innen von illegalen Opioiden wird in Deutschland auf mehr als 200.000 geschätzt (3). Die Dunkelziffer ist methodisch bedingt hoch. Ein besonders hoher Anteil von ihnen weist psychische Komorbiditäten, wie Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen, Psychosen, Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Aufmerksamkeitsdefizitsyndrome (ADS) und Mischkonsum mit weiteren psychoaktiven Substanzen auf (5). Häufige somatische Begleiterkrankungen sind (chronische) Infektionen (z.B. Hepatitiden, HIV oder Tuberkulose), kardiovaskuläre Erkrankungen (z.B. Endokarditiden, Myokarditiden, Thrombosen, Embolien), ZNS-Erkrankungen (z.B. Enzephalitiden, zerebrale Krampfanfälle) und die Folgen von Unfällen. Für Patient:innen führt die Erkrankung zu

massiven Beeinträchtigungen und Teilhabeproblemen in Bezug auf Beruf, Familie und andere soziale Bereiche. Häufig kommt es zu rechtlichen Problemen durch (Beschaffungs-)Kriminalität und Prostitution. Bei kaum einer anderen psychischen Störung besteht deshalb ein so komplexer Hilfebedarf bei zugleich besonders ausgeprägten Defiziten in Bezug auf die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, das Durchhaltevermögen und die Beziehungsfähigkeit (6). Dementsprechend sind die Behandlungs- und Folgekosten bei dieser Gruppe von Patient:innen enorm (7). Die Akuttherapie und die häufig notwendige (Langzeit-)Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) erfolgen in der Regel zu Lasten der Krankenkassen, die Entwöhnung als medizinische Rehabilitation zu Lasten der Rentenversicherung, hilfsweise zu Lasten der Sozialhilfeträger. Die reinen Krankheitskosten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung wurden auf 685.274.000 € pro Jahr geschätzt, die zu Lasten der Rentenversicherung (DRV, Rehabilitation) auf 26.711.000 € (7). Neben den Kosten durch den zumeist jahrzehntelangen Behandlungs- und Betreuungsaufwand ergeben sich hohe indirekte Kosten aufgrund von Beschaffungskriminalität und Haft, Schul- und Ausbildungsabbruch, Arbeitsunfähigkeit und Beanspruchung von Sozialhilfe.

Herausforderungen in Bezug auf therapeutische Konzepte

Grundsätzlich kommt für Patient:innen mit Abhängigkeit von illegalen Opioiden eine Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) in Frage, aber auch qualifizierte Entzugsbehandlungen und nachfolgende Postakutbehandlungen mit abstinenzorientierter Entwöhnungs- bzw. Rehabilitationsbehandlung. Auch Rehabilitationsbehandlungen von Patient:innen in OAT können indiziert sein. In Bezug auf zahlreiche Aspekte der Versorgung Opioidabhängiger fehlen dabei systematische, wissenschaftlich fundierte Empfehlungen. Laut der Richtlinie der Bundesärztekammer (BÄK) (8) zählen zu den Therapiezielen bei Opioidabhängigkeit unter anderem die Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes, die Unterstützung der Behandlung somatischer und psychischer Begleiterkrankungen, die Reduktion riskanter Applikationsformen von Opioiden, die Reduktion des Gebrauchs weiterer Suchtmittel, die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die Reduktion der Straffälligkeit sowie die Teilhabe an der Gesellschaft und am Arbeitsleben. Dabei hängt „wesentlich von der individuellen Situation des Opioidabhängigen“ ab, „ob und in welchem Zeitrahmen diese Ziele auch jeweils einzeln erreicht werden können“ (8). Systematisch erarbeitete Empfehlungen zu den einzelnen Aspekten fehlen dabei bislang. Dies betrifft auch den Umgang mit Krankheitsmerkmalen, die zu Problemen auf anderen Feldern führen können, wie der Konsum von anderen Substanzen im Rahmen der komplexen Suchterkrankung, der zu Inhaftierungen und anderen rechtlichen Problemen führen kann.

Wie aus der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Auftrag gegebenen PREMOS-Studie hervorging, die eine große, bundesweit repräsentative Stichprobe Opioidabhängiger über einen Zeitraum von sechs Jahren untersuchte (9), werden besonders komorbide psychische Störungen im Langzeitverlauf nicht effektiv behandelt und nehmen tendenziell sogar zu. Gerade Patient:innen mit psychischen Komorbiditäten zeigten dabei gehäuft problematische Störungsverläufe. Oft bestand ein Zusammenhang mit somatischer Komorbidität und wiederholten psychosozialen Krisen. Insgesamt macht die ausgeprägte Krankheitsdynamik bei Opioidabhängigen eine kontinuierliche und fortwährend angepasste Behandlung notwendig (9). Empfehlungen, die dies unterstützen und zu einer besseren Behandlung relevanter Störungsbereiche beitragen könnten (z.B. weiteren Suchterkrankungen und anderen psychischen Komorbiditäten), liegen aktuell nicht vor. Aus der PREMOS-Studie ging auch hervor, dass die Versorgung für zahlreiche Teilgruppen von Patient:innen verbessert werden muss, etwa solche mit einer HCV- und HIV-Infektion bzw. AIDS sowie Patient:innen mit einem hohen Beikonsum psychotroper Substanzen. Auch die Bedürfnisse von Schwangeren und Eltern mit minderjährigen Kindern werden durch die verfügbaren Leit- bzw. Richtlinien nicht hinreichend abgedeckt. Während für Schwangere prä- bis peripartal gute Betreuungsangebote bestehen, reduziert sich das Hilfsangebot nachgeburtlich drastisch und es finden sich überwiegend unzureichende und wenig koordinierte Behandlungs- und Betreuungsangebote (9). Insgesamt hatten sich zum Zeitpunkt der Studie nur knapp 10 % aller Einrichtungen auf diese Hochrisikogruppe spezialisiert obwohl 32 % aller OAT-Patient:innen Frauen waren und jede zweite Frau ein oder mehrere Kinder hatte (9). Schließlich existieren für verschiedene relevante Versorgungssettings bislang keine systematisch erarbeiteten Empfehlungen, so dass dort nicht von einem ausreichenden Zugang zu wissenschaftlich fundierten Behandlungskonzepten für Betroffene ausgegangen werden kann. Dies betrifft unter anderem Bereiche, die aufgrund der häufigen Delinquenz bei Opioidabhängigen besonders bedeutsam sind (10). So ist die Effizienz einer OAT Opioidabhängiger in Haft mittlerweile empirisch gesichert. Hier sind ergänzende Empfehlungen notwendig, die die besondere Situation in Haftanstalten und Schnittstellen zu Einrichtungen außerhalb des Strafvollzugs berücksichtigen. Ähnliches gilt für Opioidabhängige im Maßregelvollzug, der bei straffälligen Patient:innen mit hohem Rückfallrisiko zur Verbesserung der Legalprognose dienen soll (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gem. § 64 StGB). Die Zahl der Patient:innen im Maßregelvollzug hat sich in den letzten Jahren erheblich gesteigert, so dass auch hier ein hoher Regelungsbedarf besteht (11).

In Bezug auf die pharmakologische Behandlung stellt die OAT mit langwirksamen Opioiden inzwischen den Goldstandard der Behandlung dar (8). Während früher angenommen wurde, dass es sich um eine zeitlich begrenzte Maßnahme handelt, hat sich bereits seit langem die

Auffassung durchgesetzt, dass Betroffene Behandlungskonzepte benötigen, die sich an den Behandlungsprinzipien bei anderen chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder Schizophrenie orientieren (9). So besteht offensichtlich für die Mehrheit der Patient:innen ein erheblicher, langfristiger Interventions- und Betreuungsbedarf (9). Unbefriedigend ist nach wie vor die hohe Mortalität bei Betroffenen, die für die Hälfte der drogenbedingten Todesfälle in Deutschland verantwortlich sind (12) und insgesamt eine drastisch reduzierte Lebenserwartung aufweisen (13). Die Abbruchquoten in Bezug auf die OAT sind hoch und liegen bei etwa 40 % (5). Studien weisen darauf hin, dass neben dem Schweregrad der Suchtproblematik dabei verschiedene behandlungsbezogene Faktoren eine Rolle spielen, etwa die Gestaltung des Behandlungsablaufs und die Dosierung der OAT-Medikation (13). Obwohl deutliche Hinweise auf Interventionsstrategien bestehen, die mit einem positiven Verlauf assoziiert sind, etwa die Wahl der individuell am besten geeigneten OAT-Medikation (9), existieren keine systematischen Empfehlungen zur differentiellen Indikationsstellung und zur Ausgestaltung von langfristigen Behandlungsansätzen. Auch die gültige Substitutionsrichtlinie der BÄK von 2017 (8) und die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV) von 2020 (14) greifen diesen Punkt nicht auf bzw. nehmen bewusst keine Stellung zur Auswahl spezifischer Präparate oder Begleitinterventionen (15). Sie legen jedoch auf dem Boden der ebenfalls in 2017 aktualisierten Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) fest, dass die OAT nach wissenschaftlichen Kriterien durchgeführt werden soll.

In keinem anderen Bereich der Suchttherapie haben sich die pharmakologischen Behandlungsoptionen dabei inzwischen so erweitert wie bei der Opioidabhängigkeit. Neben den eingeführten Medikamenten (Levo-)Methadon und Buprenorphin (mit und ohne Naloxon) stehen auch retardiertes Morphinsulfat und Diacetylmorphin (Heroin) zur Behandlung zur Verfügung. Die meisten Substanzen existieren darüber hinaus in verschiedenen Applikations- und Darreichungsformen mit jeweils unterschiedlichen Wirkprofilen. Für die Behandlung von Überdosierungen und Notfällen ist das Antidot Naloxon seit 2018 auch als Spray zur Prävention opioidbedingter Todesfälle verfügbar, wird aber bislang nur unzureichend von Versorgungseinrichtungen, Patient:innen und Angehörigen genutzt (12). Konkrete Empfehlungen und Behandlungsalgorithmen erscheinen hier dringend notwendig. Gerade auch in Bezug auf die Behandlung mit Diacetylmorphin (Heroin) liegen bislang keine Empfehlungen vor. Zudem wäre zu prüfen, inwieweit ein Therapeutisches Drug Monitoring (TDM) hilfreich wäre um die OAT effektiver und damit wirtschaftlicher, sowie sicherer für Patient:innen zu gestalten. Besondere Aufmerksamkeit benötigt schließlich der Bereich der psychosozialen Betreuung (PSB), die gemäß Richtlinie der BÄK „regelhaft mit einbezogen werden“ soll (8). Die Nutzung dieser Angebote geht im Langzeitverlauf stark zurück, auch

wenn eine weitere psychosoziale Stabilisierung von hoher Bedeutung wäre (9). An dieser Stelle fehlen Empfehlungen, wie Maßnahmen im Langzeitverlauf adaptiert bzw. optimiert werden sollten, um die Haltequote in Bezug auf stabilisierende Interventionen zu erhöhen.

Herausforderungen in Bezug auf Versorgungsstrukturen

Die Versorgung von Patient:innen mit Opioidabhängigkeit ist nur durch die Zusammenarbeit von Ärzt:innen/Psychiater:innen, Psychotherapeut:innen, Sozialarbeiter:innen und verschiedenen weiteren Berufsgruppen angemessen zu leisten. An manchen Standorten kann diese in stationären Einrichtungen oder Fachambulanzen mit entsprechender Ermächtigung koordiniert angeboten werden. In der Fläche besteht jedoch ein breites und heterogenes Spektrum von Anbietern, wodurch sich ein großer Bedarf an interprofessioneller Koordination und entsprechenden Instrumenten, wie Leitlinien, zur Harmonisierung aller beteiligten Stellen und Maßnahmen ergibt (9). Auch die intersektorale Koordination muss weiter gefördert werden. So befinden sich aktuell deutlich mehr Opioidabhängige in OAT als in Entzugs- und Rehabilitationsbehandlungen. Weiterführende Behandlungen (mit oder ohne begleitender OAT), die eine Verbesserung der psychischen Beeinträchtigungen, die Erhöhung der Selbstfürsorge und die verbesserte Teilhabe anstreben, sind in der medizinischen Rehabilitation seit Jahrzehnten vorhanden. Es fehlen jedoch ausreichend effiziente Schnittstellen und, wie auch im ambulanten psychotherapeutischen Bereich, Fachkenntnisse, um mit Opioidabhängigen zu arbeiten. Im Interesse einer integrierten Behandlungsplanung sollte die Brückenbildung zwischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung gefördert und die Möglichkeiten der OAT innerhalb von Rehabilitationsbehandlungen intensiver genutzt werden(16). Eine entscheidende Rolle bei der Versorgung Opioidabhängiger spielen niedergelassene Ärzt:innen, welche eine OAT anbieten, in der Regel Allgemeinmediziner:innen. Die Versorgungslage in ländlichen Regionen ist dabei bereits aktuell nicht zufriedenstellend und für die bevorstehenden Jahre zeichnet sich – bei steigenden Patient:innenzahlen – bundesweit eine erhebliche Versorgungslücke durch altersbedingtes Ausscheiden und fehlende Attraktivität der OAT für jüngere Kolleg:innen ab (12). Die Attraktivität des Feldes wird dabei nicht unwesentlich durch die subjektive Handlungssicherheit substituierender Ärzt:innen beeinflusst. Auch in Bezug auf die häufig anspruchsvollen ethischen Fragestellungen, die sich im Rahmen der Behandlung Opioidabhängiger ergeben, etwa in Bezug auf das Kindeswohl, ist der Bedarf nach Wissen und konkreten Handlungsanleitungen groß und sie werden aufgrund der aktuell fehlenden Leitlinien für diese Gruppe von Patient:innen explizit eingefordert (17).

Literatur

1. Buth S, Holzbach R, Martens M, Neumann-Runde E, Meiners O, Verthein U. Problematic Medication With Benzodiazepines, “Z-drugs”, and Opioid Analgesics. Dtsch Arztebl Int 2019;116(37):607-14.
2. Schwabe U, Ludwig W-D. Arzneiverordnungs-Report 2020: Springer Berlin, Heidelberg; 2020.
3. Atzendorf J, Rauschert C, Seitz NN, Lochbühler K, L K. The use of alcohol, tobacco, illegal drugs and medicines—an estimate of consumption and substance-related disorders in Germany. Dtsch Arztebl Int. 2019;116:577-84.
4. Board INC. Narcotic Drugs: Estimated World Requirements for 2019. New York: United Nations Publication; 2018.
5. Walter M, Soyka M. Opioide. In: Soyka M, Batra A, Heinz A, Moggi F, Walter M, editors. Suchtmedizin. 21: Urban & Fischer in Elsevier; 2019. p. 177-202.
6. Schneider D, Claussen U, Kunz D. Aktivität und Teilhabe bei Drogenabhängigen - Muster von Beeinträchtigungen. Sucht aktuell. 2020;27(2):60-6.
7. Neusser S, Trautner A, Pomorin N, Wasem J, A N. Krankheitskosten der Opioid-Abhängigkeit in Deutschland. Suchtmedizin. 2020;22(5):205-16.
8. Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger
Deutsches Ärzteblatt 40. Deutsches Ärzteblatt International. 2017:-8171.
9. Wittchen H-U, Rehm JT, Gölz J, Kraus MR, Schäfer M, Soyka M, et al. Schlussfolgerungen und Empfehlungen für eine bedarfs- und zielgruppengerechtere Gestaltung der langfristigen Substitution Opioidabhängiger. Suchtmedizin in Forschung und Praxis. 2011;13(5):287-93.
10. Bühring P. Opioidabhängige Menschen in Haft: Am unteren Ende der Hierarchie
Deutsches Ärzteblatt 47. Deutsches Ärzteblatt International. 2019:-7818.
11. Walde P, Lungwitz V. Rückfallbegünstigende und rückfallprotektive Faktoren nach der Entlassung aus dem Maßregelvollzug. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie. 2020;14(3):344-53.
12. Bundesregierung Dd. Drogen- und Suchtbericht. Bundesministerium für Gesundheit (BMG); 2020.
13. Busch M, Haas S, Weigl M, Wirl C, Horvath I, Stürzlinger H. Langzeitsubstitutionsbehandlung
Opioidabhängiger. 2007.
14. Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung. 2020.
15. Bericht zur Feststellung des aktuellen Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft in einer Richtlinie zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger: Methodik und Ergebnisbewertung. 2017.
16. Leune J, Weissinger V. Opiatabhängigkeit: Schwere komplexe Erkrankung Deutsches Ärzteblatt 12. Deutsches Ärzteblatt International. 2015:510.
17. Leune J. Substitution
und psychosoziale Betreuung Opiatabhängiger. 2012.

1.2 Zielorientierung der Leitlinie

Die Leitlinie soll durch Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei opioidbezogenen Störungen zu einer Verbesserung der Qualität und der interdisziplinären Kooperation in der Versorgung betroffener Patient:innen beitragen. Vorrangige Ziele sind einheitliche Empfehlungen für Behandlungsplanung (z.B. Abstinenzorientierung vs. OAT), Akut- und Postakutbehandlung (pharmakologische Therapien, psychosoziale Therapien, Behandlung von Komorbiditäten) Rehabilitation und Nachsorge. Gruppen mit speziellen Bedarfen (z.B. Schwangere, Eltern, ältere Patient:innen) und besonderen Versorgungsaspekten (z.B. in Haft und Maßregelvollzug) werden gesondert berücksichtigt. Weiter wird die Leitlinie Qualitätsindikatoren in Bezug auf die Versorgung der Zielgruppe bereitstellen. Patient:innennahe Endpunkte (z.B. somatische und psychische Gesundheit, subjektive Lebensqualität, Reduktion von Beigebrauch, Haltequote) in Bezug auf ihre Eignung für das Qualitätsmonitoring und die aktuellen Versorgungsangebote wurden im Rahmen der Evidenzbewertung auf ihren Nutzen geprüft.

1.3 Zielpopulation

Die Zielpopulation dieser Leitlinie sind Erwachsene, die entweder den Verdacht auf oder die Diagnose einer opioidbezogenen Störung durch illegale Opioide haben (nicht ärztlich verschriebene Opioide; ICD-10: F11; ICD-11: 6C43). Zielgruppen mit speziellen Bedarfen/Versorgungsaspekten (z.B. Schwangere, Gebärende oder Stillende, Eltern, ältere Patient:innen, Patient:innen in Haft und Maßregelvollzug, Geflüchtete) werden gesondert berücksichtigt.

1.4 Versorgungsbereich

- ⊗ Ambulant
- ⊗ Stationär
- ⊗ Teilstationär
- ⊗ Früherkennung
- ⊗ Diagnostik
- ⊗ Therapie
- ⊗ Rehabilitation
- ⊗ Primärärztliche Versorgung
- ⊗ Spezialärztliche Versorgung

Bei dieser Leitlinie wird der Bereich der Prävention nicht thematisiert.

1.5 Anwenderzielgruppe/Adressat:innen

Diese Leitlinie richtet sich an Fachpersonal in Versorgungsbereichen mit Kontakt zur Zielgruppe, z.B.Ärzt:innen, Psycholog:innen, ärztliche und psychologische Psychotherapeut:innen, Gesundheits- undKrankenpfleger: innen und Sozialarbeiter:innen/-pädagog:innen und dient zur Information fürSpezialtherapeut:innen (z.B. Ergotherapie, Physiotherapie Logopädie, Kreativtherapie), Apotheker: innenund Medizinische Fachangestellte sowie nichtärztliche Berufe in der vertragsärztlichen Versorgung.

2 Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessensgruppen

2.1 Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligte Berufsgruppen

Zur Entwicklung der vorliegenden Leitlinie wurden Mitglieder aller relevanten Berufsgruppen eingeschlossen, wie Ärzt:innen verschiedener Fachdisziplinen, Psychotherapeut:innen, Sozialarbeiter:innen und Pflegepersonal.
Die Deutsche Gesellschaft für Verkehrsmedizin e. V. war bei der Anmeldung dieser Leitlinie als Beteiligte vorgesehen, konnte jedoch nicht teilnehmen, da diese keine eigene Fachkompetenz zu den Leitlinienthemen entsenden konnten.

2.2 Repräsentativität der Leitliniengruppe: Berücksichtigung der Ansichten und Präferenzen der Zielpopulation (z.B. Patient:innen/Bevölkerung)

Die Leitlinie wurde unter direkter Beteiligung von einem Patient:innenvertreter erstellt. Es handelte sich um Dirk Schäffer, Deutsche Aidshilfe e.V. (DAH), der abstimmungsberechtigt und während des gesamten Zeitraums an der Entwicklung der Leitlinie beteiligt war.

3 Genauigkeit der Leitlinienentwicklung

3.1 Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung)

Die Methodik zur Erstellung dieser Leitlinie richtet sich nach dem AWMF-Regelwerk (Version 2.0 vom 19.11.2020 sowie Version 2.1 vom 05.09.2023). Auf der Grundlage der von den Arbeitsgruppen erstellten klinischen/PICO-Fragen (PICO: „**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome“) wurde in verschiedenen, ausgewählten wissenschaftlichen Datenbanken systematisch nach bestehenden Leitlinien, aggregierter sowie primärer Evidenz recherchiert. Eine ausführliche Beschreibung der systematischen Recherchen und Auswahl der Evidenz ist in den folgenden Kapiteln zu finden.

3.1.1 Formulierung von klinisch relevanten Fragestellungen, Priorisierung von Endpunkten

Die Arbeitsgruppen erstellten mithilfe der Unterstützung des Leitliniensekretariats bis zu sechs relevante klinische Fragestellungen (Schlüsselfragen), welche in das PICO-Schema übersetzt wurden. Maximal sechs patient:innenrelevante Endpunkte (Outcomes) wurden definiert und nach Wichtigkeit priorisiert. Die entwickelten klinischen/PICO-Fragestellungen wurden der AWMF als methodische Begleitung zur Verfügung gestellt und ggf. mit dem Leitliniensekretariat besprochen und/oder angepasst. Die finalen klinischen/PICO-Fragestellungen dieser Leitlinie sind in der Anhang 1 zu finden.

3.1.2 Systematische Evidenzrecherchen

Rechercheschrittübergreifende Inklusionsgründe für den Einschluss von identifizierten Arbeiten waren die deutsche und englische Sprache, die Übertragbarkeit auf das deutsche Versorgungssystem sowie ein Publikationsdatum beginnend ab dem 01.01.2017 (Fünfjahreszeitraum der zurückliegenden Veröffentlichung; entschieden nach Diskussion mit der AWMF und der Steuergruppe). Recherchespezifisch stellten die formulierten PICO Elemente die Einchlusskriterien der Studien je klinischer Fragestellung dar, wobei die Ausschlusskriterien das Nicht-Erfüllen der Einschlusskriterien beinhaltete.. Bei den Primärdaten wurde zudem geprüft, ob die Arbeiten, die nach dem Volltextscreening inkludiert werden sollten, bereits in für die entsprechende PICO-Frage eingeschlossene aggregierte Evidenz eingeflossen waren. Die Recherchetreffer der jeweiligen Datenbanken wurden in das

Literaturverwaltungsprogramm EndNote eingepflegt und Duplikate durch das Programm automatisch entfernt. Während des Screeningprozesses wurden Duplikate, welche nicht durch das Programm entfernt wurden, manuell markiert, dokumentiert und entfernt. Das Screening erfolgte durch mindestens zwei Personen nach dem etablierten Prozess des Titel-, Abstract- und Volltextscreenings. Unstimmigkeiten einzelner Beurteilungen wurden bis zur Konsenserreichung durch Diskussionen gelöst, wozu stets eine dritte Person hinzugezogen wurde.

Die Recherchearbeit zu dieser Leitlinie ergab insgesamt eine Titel- und Abstractsichtung von 25027 Datenbanktreffern, 197 Volltexte wurden geprüft und 44 Publikationen inkludiert. Die systematische Literatursuche war die Grundlage dafür, dass für 15 klinische/PICO-Fragestellungen vor dem Hintergrund der Evidenzlage evidenzbasierte Empfehlungen formuliert wurden, während die Evidenzlage für die verbleibenden 31 klinischen/PICO-Fragestellungen mangelhaft war, sodass Expert:innenkonsense formuliert wurden.

3.1.2.1 Recherchen nach bereits bestehenden Leitlinien zu opioidbezogenen Störungen und/oder zur Opioid-Agonisten-Therapie

In einem ersten Schritt der Leitlinienrecherche wurde AG-übergreifend nach bereits vorhandenen Leitlinien recherchiert, in welchen opioidbezogene Störungen und/oder die Opioid-Agonisten-Therapie adressiert wurden. Hierzu wurde in folgenden Datenbanken (vollständige Suchsyntaxen siehe Anhang 2) im Zeitraum vom 22.06.2022 bis 20.08.2022 recherchiert: APA PsycInfo, AWMF (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften), ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin), Cochrane Library, Epistemonikos, GIN (Guidelines International Network), NICE (National Institute for Health and Care Excellence), PSYNDEX/PubPsych, PubMed/MedLine und Trip Database. Zusätzlich wurde eine manuellen Internetsuche durchgeführt. Im Zuge der Leitlinienrecherche wurde die Übersichtsarbeit von Watan et al. 2021[1] identifiziert, welche sich mit der methodischen Qualität von Leitlinien im Umgang mit opioidbezogenen Störungen auseinandersetze. Im Rahmen der Studie von Watan et al. wurde eine umfangreiche Literatursuche nach entsprechenden Leitlinien durchgeführt, weshalb nach Abwägung durch die Steuergruppe beschlossen wurde, lediglich nach Leitlinien zu suchen, die nach dem Suchzeitraum von Watan et al. publiziert wurden. Somit bezog sich die Recherche nach passenden Leitlinien auf den Zeitraum von 01.12.2020 bis 20.08.2022. Die Recherchen identifizierten insgesamt 467 Publikationen, von welchen acht im Volltext gescreent wurden. Keine Leitlinie konnte die Einschlusskriterien erfüllen und inkludiert werden (s. Tabelle 1 für die Auflistung der Leitlinien und deren

[1] Watan Pal A, Aziz Z, Kamarulzaman A. Methodological quality of guidelines for the management of opioid use disorder: a systematic review. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. 2021 Jun 22;46(6):1531-1548.

Exklusionsgründen). Der Hauptgrund lag in der Intransparenz der jeweiligen Leitlinienentwicklungsarbeit und der überwiegenden Mehrheit an Empfehlungen, die auf Expert:innenkonsens beruhten.

Tabelle 1: Begründungen für die im Volltextscreening exkludierten Leitlinien zu opioidbezogenen Störungen und/oder zur Opioid-Agonisten-Therapie

Leitlinie	Exklusionsgrund
Kaiser Permanente, 2020, Opioid Use Disorder Diagnosis and Treatment Guideline	In Watan et al. 2021
SIGN/NHS Scotland, 2022, Use of long-acting injectable buprenorphine for opioid substitution therapy	Es handelt sich um eine Leitlinie zur ausschließlichen Behandlung mit der Substanz Buprenorphin depot
Australian Resuscication Council, 2022, First Aid Management of Opioid Overdose	Keine Leitlinie
DoVA/DoD, 2021, Clinical Practice Guideline For The Management Of Substance Use Disorders	Intransparente Methodik (Standards unklar), hauptsächlich *Klinische Konsenspunkte*
S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie	Thema irrelevant
Society for Adolescent Health and Medicine, 2021, Medication for Adolescents and Young Adults With Opioid Use Disorder	Positionspapier
NICE Clinical Knowledge Summaries, 2021, Opioid dependence	Geoblocking
Ministry of Health (Singapur), 2021, National Guidelines For The Safe Prescribing Of Opioids 2021 (First Edition)	Geoblocking

3.1.2.2 Recherchen nach aggregierter Evidenz

In einem nächsten Schritt wurde für jede klinische/PICO-Frage der 14 Arbeitsgruppen nach aggregierter Evidenz (systematische Übersichtsarbeiten mit oder ohne Metaanalyse) recherchiert. Für jede PICO-Frage wurden individuelle Literatursuchen durchgeführt (vollständige Suchsyntaxen siehe Anhang 2), Ausnahmen stellten Fälle dar, in welchen sich die Suchtermini zwischen den PICO-Fragen nicht unterschieden (bspw. bei der AG Besondere Populationen, PICO 1 und 2). Die Suchen begrenzten sich auf den Publikationszeitraum von 01.01.2017 bis 01.02.2023 und wurden in den folgenden Onlinedatenbanken durchgeführt: PubMed (inkl. MEDLINE), Epistemonikos, PubPsych/Psyndex, PsycInfo und Web of Science.

Aufgrund der hohen Anzahl an entwickelten klinischen/PICO-Fragen und dementsprechenden Recherchevorgängen werden die Ergebnisse der Suche tabellarisch dargestellt (s. Tabelle 2). Zudem sind im Anhang 3 die im Volltextscreening ausgeschlossenen Publikationen mit Ausschlussgrund zu finden.

Eine Gesamtzahl von 7.180 Publikationen für die aggregierte Literatursuche wurde identifiziert und gesichtet. Nach der Volltextprüfung von 120 Publikationen wurden 30 inkludiert. In Fällen, in denen die inkludierte aggregierte Evidenz die klinischen Fragestellungen dieser Leitlinie

nicht in Gänze beantworten konnten, wurde eine Primärdatenrecherche angeschlossen (s. 3.1.2.3).

3.1.2.3 Recherchen nach Primärdaten

In Fällen, in denen klinischen Fragestellungen dieser Leitlinie durch den Einschluss von aggregierter Evidenz nicht in Gänze beantwortet werden konnten, bspw. weil Interventionen und/oder Outcomes einer PICO nicht identifiziert oder in den Arbeiten berichtet wurden, folgte eine Recherche nach Primärdaten (randomisierte Kontrollstudien oder Kohortenstudien). Analog zur Recherche nach aggregierter Evidenz wurden für jede PICO-Frage individuelle Literatursuchen durchgeführt (vollständige Suchsyntaxen siehe Anhang 2), Ausnahmen stellen Fälle dar, in welchen sich die Suchtermini zwischen den PICO-Fragen nicht unterschieden. Die Suchen begrenzten sich auf den Zeitraum zwischen dem 01.01.2017 und 21.08.2023 und wurden in den folgenden Datenbanken durchgeführt: PubMed (inkl. MEDLINE), Epistemonikos, PubPsych/Psyndex, PsycInfo und Web of Science. Insgesamt wurden 17.929 Publikationen identifiziert und gesichtet. Detaillierte Angaben können der Tabelle 2 entnommen werden. Zusätzlich sind im Anhang 3 die im Volltextscreening ausgeschlossenen Publikationen mit Ausschlussgrund zu finden.

Tabelle 2. Übersicht der Ergebnisse der Recherche zur Aggregierten Evidenz und Primärdaten

AG	PICO(s)	Ergebnisse nach automatischer Duplikatenentfernung	Manuelle Duplikatenentfernung	Exkludiert im Titel- und Abstractscreening	Inkludiert im Volltext-Screening	Inkludiert
Psychotherapie	**Aggregierte Evidenz**					
	1	185	1	176	9	**4**
	2	238	0	236	2	**0**
	Primärdaten					
	1	694	0	687	7	**1**
Psy. Komorbiditäten	**Aggregierte Evidenz**					
	1	293	0	286	7	**3**
	Primärdaten					
	1	746	0	746	0	**0**
PSB	**Aggregierte Evidenz**					
	1	86	0	79	7	**0**
	Primärdaten					
	1	299	0	295	4	**1**
Selbsthilfe	**Aggregierte Evidenz**					
	1	78	0	78	0	**0**
	Primärdaten					
	1	80	0	80	0	**0**
Schadensminimierung	**Aggregierte Evidenz**					
	1	334	1	326	8	**3**
	2	315	1	312	3	**1**
	3	181	0	177	4	**0**
	4	4	0	4	0	**0**
	5	101	1	99	2	**0**
	Primärdaten					
	3	59	0	58	1	**0**
	4	76	0	76	0	**0**
	5	177	0	175	2	**0**

AG	PICO(s)	Ergebnisse nach Automatischer Duplikatenentfernung	Manuelle Duplikatenentfernung	Exkludiert im Titel- Und Abstractscreening	Inkludiert im Volltext-Screening	Inkludiert
Bes. Population	**Aggregierte Evidenz**					
	1	84	1	78	6	**1**
	2					**3**
	3	158	0	155	3	**0**
	4	46	0	41	5	**0**
	5 neu	51	0	45	6	**0**
	6	121	0	121	0	**0**
	Primärdaten					
	1	310	0	300	10	**0**
	2					**0**
	4	523	0	520	3	**0**
	5+6	166	0	158	8	**1**
Opioid-Agonisten-Therapie	**Aggregierte Evidenz**					
	1	309	4	298	11	**3**
	2	377	0	366	11	**4**
	3	433	107	427	6	**1**
	4	166	0	166	0	**0**
	Primärdaten					
	1	1570	0	1570	0	**0**
	2	1913	0	1908	5	**1**
	3	214	0	207	7	**4**
	4	107	0	107	0	**0**
Reha	**Aggregierte Evidenz**					
	1	91	0	89	2	**0**
	2	66	1	65	1	**0**
	3	102	0	100	2	**0**
	Primärdaten					
	1	523	1	522	1	**0**

AG	PICO(s)	Ergebnisse nach Automatischer Duplikatenentfernung	Manuelle Duplikatenentfernung	Exkludiert im Titel- Und Abstractscreening	Inkludiert im Volltext-Screening	Inkludiert
	2	201	0	201	0	**0**
	3	289	0	289	0	**0**
Therapieplanung			**Aggregierte Evidenz**			
	1	46	0	45	1	**0**
	2	348	0	348	0	**0**
	3	350	0	350	0	**0**
	4	42	0	41	1	**0**
	5	44	0	44	0	**0**
			Primärdaten			
	1	277	0	277	0	**0**
	2	413	0	413	0	**0**
	3	421	0	421	0	**0**
	4	283	0	283	0	**0**
	5	200	0	200	0	**0**
Versorgungsfragen			**Aggregierte Evidenz**			
	1	149	0	149	0	**0**
	2	18	0	18	0	**0**
	3	35	0	34	1	**0**
	4	93	0	90	3	**0**
			Primärdaten			
	1	164	0	163	1	**0**
	2	17	0	17	0	**0**
	3	31	0	29	2	**0**
	4	214	0	214	0	**0**
Entzug			**Aggregierte Evidenz**			
	1-5	173	3	166	7	**0**
			Primärdaten			
	1-5	499	0	493	6	**1**

AG	PICO(s)	Ergebnisse nach Automatischer Duplikatenentfernung	Manuelle Duplikatenentfernung	Exkludiert im Titel- Und Abstractscreening	Inkludiert im Volltext-Screening	Inkludiert
Rückfallprophylaxe	**Aggregierte Evidenz**					
	1	119	0	118	1	**0**
	2	394	0	393	1	**0**
	3.1	19	0	19	0	**0**
	3.2	143	0	141	2	**1**
	3.3	22	0	22	0	**0**
	3.4	4	0	4	0	**0**
	3.5	62	0	61	1	**1**
	3.6	12	0	11	1	**1**
	3.7	58	0	58	0	**0**
	3.8	3	0	3	0	**0**
	Primärdaten					
	1	650	0	646	4	**0**
	2	197	0	197	0	**0**
	3.1	95	0	94	1	**0**
	3.2	376	0	376	0	**0**
	3.3	499	0	498	1	**1**
	3.4	36	0	36	0	**0**
	3.5	266	0	264	2	**1**
	3.6	55	0	54	1	**1**
	3.7	336	0	335	1	**1**
	3.8	59	0	57	2	**1**
Körp. Komorbidität	**Aggregierte Evidenz**					
	1	105	0	102	3	**1**
	2	200	0	199	1	**0**
	Primärdaten					
	1	393	0	385	8	**0**
	2	1186	0	1186	0	**0**

AG	PICO(s)	Ergebnisse nach Automatischer Duplikatenentfernung	Manuelle Duplikatenentfernung	Exkludiert im Titel- Und Abstractscreening	Inkludiert im Volltext-Screening	Inkludiert
Diagnostik	**Aggregierte Evidenz**					
	1	265	0	264	1	**0**
	2	198	0	197	1	**0**
	3	269	0	269	0	**0**
	4	108	0	108	0	**0**
	Primärdaten					
	1	1728	0	1728	0	**0**
	2	883	0	883	0	**0**
	3	198	0	198	0	**0**
	4	506	0	506	0	**0**

3.1.2.4 Limitationen der systematischen Literaturrecherchen

Als Limitationen der Literaturrecherchen sind der Suchzeitraum und die Spezifität der PICO-Formulierungen zu nennen. Bezüglich des Zeitraums wurden ausschließlich Publikationen inkludiert, die ab dem Jahr 2017 publiziert wurden. Dies wird als Limitation eingestuft, da viele relevante Publikationen (z.T. deutlich) vor diesem Zeitpunkt veröffentlicht wurden und in einigen Themenfeldern nicht weiterführend bzw. lediglich für spezifische Betroffenengruppen veröffentlicht wurde. Letzteres führte u.a. dazu, dass eine Vielzahl von Publikationen ausgeschlossen werden mussten, da sich diese bspw. ausschließlich mit in Nordamerika lebenden indigenen Bevölkerungsgruppen auseinandersetzten und für eine Leitlinie im deutschsprachigen Raum als nicht inklusionswürdig eingestuft wurden. Gleichzeitig ist zu beachten, dass andere Leitlinien zum Thema opioidbezogene Störungen sich nur in geringem Maße auf relevante Evidenz stützten und somit festgehalten werden kann, dass die weiterer Forschungsbedarf in Bezug auf die Behandlung opioidbezogener Störungen besteht.

3.1.3 Auswahl der Evidenz

Alle potenziell zu inkludierenden Volltexte wurden erneut in einem zeitgleich stattfindenden Prozess von zwei Mitarbeitenden des Leitliniensekretariats (KL und BJ) gescreent und eine mögliche Inklusion diskutiert. In Fällen, in denen Publikationen vom Leitliniensekretariat als relevant eingestuft wurden, wurden diese an die jeweilige AG(-Leitung) übersandt. In einzelnen Fällen wurden Publikationen nachträglich exkludiert, wenn diese inhaltliche und methodische Mängel während der systematischen Bewertung aufwiesen. Hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien, wie bspw. Alter, Geschlecht, Krankheitsstatus, Komorbiditäten oder Interventionen/Vergleichsgruppen wurde sich stets an den in den PICO-Fragen definierten Inhalten/Spezifikationen orientiert. Die Ausschlussgründe für geprüfte Volltexte wurden pro Publikation erfasst und sind in den im Anhang 3 bereitgestellten Flowcharts zu finden.

3.1.4 Kritische Bewertung der Evidenz und Erstellung von Evidenzzusammenfassung

Die Qualität der Evidenz der zur Beantwortung der klinischen/PICO-Fragen eingeschlossenen Metaanalysen und Primärstudien wurde nach der GRADE-Methodik (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) eingestuft. Systematische Übersichtsarbeiten ohne Metaanalysen wurden aus methodischen Gründen nicht mit der GRADE-Methodik bewertet. Dies lag unter anderem daran, dass für das GRADE-Profil

notwendige Angaben aus den entsprechenden systematischen Übersichtsarbeiten nicht hervorgingen. Dies hätte erfordert, aus den inkludierten Primärstudien der systematischen Übersichtsarbeiten die dafür notwendigen Daten zu extrahieren, um eine eigens angelegte Metaanalyse durchzuführen. Dieser Arbeitsschritt war jedoch im Rahmen der vorhandenen zeitlichen Ressourcen des Leitlinienprojekts nicht umsetzbar. Die GRADE-Profile wurden von Prof. Dr. Nicole Skoetz (Universität zu Köln, Direktorin des Instituts für Öffentliches Gesundheitswesen und Direktorin WHO Collaborating Center on Evidence Synthesis and Evaluation of Novel Cancer Therapies) erstellt. Zudem wurde die eingeschlossene Evidenz von mindestens zwei Personen einer methodisch kritischen Qualitätsbewertung unterzogen. Dabei wurde aggregierte Evidenz mit der AMSTAR (A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews) 2-Checklist, randomisiert kontrollierte Primärstudien mit dem Risk of Bias 2 (RoB 2) tool und Kohortenstudien mit der SIGN Methodology Checklist 3 bewertet. Unstimmigkeiten einzelner Beurteilungen wurden vom Leitliniensekretariat bis zur Konsenserreichung durch gemeinsame Diskussionen gelöst. Die methodischen Bewertungen der Publikationen erfolgten durch mindestens eine Person und wurden stets durch eine zweite Person geprüft. Die Stärken und Schwächen der eingeschlossenen Literatur sind in Form von GRADE-Profilen, AMSTAR 2-Checklisten, RoB 2- sowie SIGN-Bewertungen im Anhang 4 bereitgestellt.

3.1.5 Verknüpfung von Evidenz und Empfehlung

Die Arbeitsgruppen formulierten auf der Grundlage der inkludierten Evidenz Empfehlungen zu ihren jeweiligen Fragestellungen und schlugen zudem konkrete Empfehlungsgrade vor. Bei diesem Arbeitsschritt wurden die methodischen Qualitätsbewertungen (das Vertrauen in die Evidenz) stets berücksichtigt. Lag keine über die systematische Literaturrecherche eingeschlossene Evidenz vor, beruhte die Formulierung auf indirekter Evidenz, welche nicht den Kriterien der systematischen Recherchen entsprach und/oder Expert:innenerfahrungen. Die formulierten Empfehlungen wurden mit der Beschreibung der zugrundeliegenden Evidenz in einem entsprechenden Abschnitt (Hintergrundtext) sowie bei systematisch eingeschlossener Literatur mit Evidenzzusammenfassungen nachvollziehbar verknüpft.

3.2 Formulierung und Graduierung von Empfehlungen und strukturierte Konsensfindung

3.2.1 Strukturierte Konsensfindung: Verfahren und Durchführung

Die Diskussion und Verabschiedung der Empfehlungen erfolgten unter Einsatz der *Strukturierten Konsensuskonferenz* entsprechend dem Vorschlag der US-amerikanischen National Institutes of Health (NIH Typ). In den jeweiligen Arbeitsgruppen wurden auf der Grundlage der Rechercheergebnisse Empfehlungen formuliert und deren Graduierung gemäß des dreistufigen Schemas zur Graduierung von Empfehlungen (siehe Tabelle 3) vorgeschlagen. Ab dem Zeitpunkt der Evidenzübermittlung durch das Leitliniensekretariat an die Arbeitsgruppen konnten diese mit der Ausarbeitung von Empfehlungen beginnen. Zudem wurden für die jeweiligen Leitlinienkapitel die Hintergrundtexte formuliert. Die Arbeitsergebnisse wurden dem Leitliniensekretariat eingereicht und dort gesichtet. Eventuelle Unklarheiten und/oder Überarbeitungswünsche wurden an die Arbeitsgruppen zurückgemeldet. Die überarbeiteten Leitlinienkapitel inkl. der abzustimmenden Empfehlungen wurden zur Vorbereitung auf die Konsensuskonferenzen der Leitliniengruppe sowie der AWMF-Beratung zur Verfügung gestellt. In strukturierten Konsensuskonferenzen, welche ausnahmslos online stattfanden, wurden die erarbeiteten Empfehlungen verabschiedet. Die zu konsentierenden Empfehlungen und aktuellen Versionen der Hintergrundtexte wurden der Leitliniengruppe gemeinsam mit der aufbereiteten Evidenz rechtzeitig zugänglich gemacht. In Einzelfällen wurden Empfehlungen ad hoc in der Konsensuskonferenz von der Leitliniengruppe formuliert. In jede Konsensuskonferenz wurde mit der Darlegung der für die betreffende Sitzung relevante Evidenz eingeführt (Präsentation der Evidenzgrundlage, Rationale und Empfehlungen durch die Arbeitsgruppen) und im Plenum konnten die Teilnehmenden Rückfragen und begründete Änderungsanträge stellen. Die Konferenzen wurden von in der Begleitung entsprechender Prozesse erfahrenen Leitlinienberaterinnen der AWMF neutral moderiert (Dr. Susanne Blödt, Prof. Dr. Ina B. Kopp und Dr. Monika Nothacker). Nach ausreichender Diskussion zu den Empfehlungen und Änderungsanträgen wurden diese abgestimmt, bei Bedarf wurden Dissense diskutiert, Alternativvorschläge erarbeitet und diese endgültig abgestimmt. Die Konsensstärke (Anteil der Zustimmung der Leitliniengruppe zu einer Empfehlung) wurde gemäß des AWMF-Regelwerks klassifiziert:

- Starker Konsens: Zustimmung von > 95 % der Teilnehmer:innen
- Konsens: Zustimmung von > 75 – 95 % der Teilnehmer:innen
- Mehrheitliche Zustimmung: Zustimmung von > 50 – 75 % der Teilnehmer:innen

- Keine mehrheitliche Zustimmung: Zustimmung von ≤ 50 % der Teilnehmer:innen

Ein Konsens mit Annahme der Empfehlung war bei einer Zustimmung von > 75 % der abstimmenden Mandatstragenden erzielt. Enthaltungen aufgrund von Interessenkonflikten wurden von der Grundgesamtheit der abstimmenden Mandatstragenden abgezogen. Wie von der AWMF in der Beratung vorgegeben, wurden Stimmenthaltungen von abstimmungsberechtigten Personen nicht aus der Grundgesamtheit herausgerechnet, was bedeutet, dass alle abgegebenen Stimmen (Zustimmungen, Ablehnungen, Enthaltungen) berücksichtigt wurden, ohne die Enthaltungen bei der Berechnung der Ergebnisquote herauszurechnen. Die Konsensstärke wird für jede Empfehlung angegeben.

Hinweis: Der Anteil derjenigen Empfehlungen, die evidenzbasiert sind, liegt hier bei 28 (30,43%) und der konsensbasierten bei 64 (69,57%). Dies entspricht nicht der Empfehlung der AWMF Leitlinien Kommission, dass mindestens 50% formal evidenzbasierte Empfehlungen in einer S3-Leitlinie vorhanden sein müssen. Grund für eine solche Abweichung in dieser Leitlinie ist, dass es trotz intensiver systematischer Recherchen wenig bis keine Publikationen gab, die den Suchkriterien entsprachen. Dies zeigt die existierenden Forschungslücken bzw. den Mangel an neuen Publikationen zu den in der Leitlinie thematisierten Bereichen auf. Trotz dessen entschied sich die Steuergruppe und Projektleitung nach Rücksprache zum Beibehalt der S3-Stufe, da das methodische Vorgehen einer solchen entspricht.

3.2.2 Berücksichtigung von Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken

Während der Formulierung, der Diskussion und der Konsentierung aller Empfehlungen wurden der gesundheitliche Nutzen, mögliche Nebenwirkungen und Risiken berücksichtigt und in den jeweiligen Kapiteln formuliert. Die Leitliniengruppe war zur Unterstützung ihrer Entscheidungsprozesse stets angehalten, den strukturierten Ansatz *Evidence to Decision Framework* (EtD) anzuwenden.

3.2.3 Formulierung der Empfehlungen und Vergabe von Evidenz- und/oder Empfehlungsgraden

Alle Arbeitsgruppen diskutierten und formulierten Vorschläge für Empfehlungen und deren Stärke, die im Anschluss in den Konsensuskonferenzen vorgestellt und unter Moderation der AWMF durch alle Anwesenden diskutiert wurden. Änderungsvorschläge wurden begründet vorgestellt und konsentiert. Die Graduierung der Empfehlungen basiert, wie im AWMF-Regelwerk beschrieben, auf einer Nutzen-Schaden-Abwägung, dem Vertrauen in die identifizierte Evidenz, den Ansichten und Präferenzen der betroffenen Patient:innen

(repräsentiert durch den Patient:innen-Vertreter) sowie der klinischen Expertise der Leitliniengruppe. Im Rahmen der Konsensuskonferenzen wurde zur Verabschiedung der Empfehlungen die methodisch aufbereitete Evidenz unter klinischen Gesichtspunkten betrachtet und die Empfehlungen auf dieser Grundlage diskutiert. Empfehlungen und ihre Stärke wurden nach Diskussion in der Konensuskonferenz ggf. angepasst. Begründungen für die Empfehlungsgrade wurden in den Hintergrundtexten adressiert. Im gesamten Leitlinienprozess wurde das dreistufige Schema zur Graduierung von Empfehlungen verwendet (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Dreistufiges Schema zur Graduierung von Empfehlungen

Symbol	Empfehlungsgrad	Beschreibung	Formulierung
⇑⇑	A	Starke Empfehlung	Soll/soll nicht
⇑	B	Empfehlung	Sollte/sollte nicht
⇔	0	Empfehlung offen	Kann erwogen werden/kann verzichtet werden

4 Externe Begutachtung und Verabschiedung

4.1 Externe Begutachtung

Eine externe Begutachtung der Leitlinie erfolgte nicht.

4.2 Verabschiedung durch die Vorstände der herausgebenden Fachgesellschaften/Organisationen

Die Leitlinie wurde im Zeitraum vom 01.05.2025 bis 07.07.2025 von den beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen verabschiedet. Hierzu wurde das Leitliniendokument an die Fachgesellschaften und Organisationen versandt und der jeweilige Vorgang beim formalen Verabschiedungsprozess erfragt (z.B. Verabschiedung durch die Vorstände, zuständigen Personen bzw. Leitlinienkommissionen der beteiligten Fachgesellschaften oder Verabschiedung durch die Mandatstragenden). In der Folge wurden etwaige redaktionelle Änderungswünsche geprüft und umgesetzt.

5 Redaktionelle Unabhängigkeit

5.1 Finanzierung der Leitlinie

Die Finanzierung der Leitlinienerstellung erfolgte aus Finanzmitteln des Innovationsfonds des Innovationsausschusses des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (Förderkennzeichen 01VSF21015, finanzierte Projektlaufzeit 01.01.2022 bis 30.09.2024). Die finanzierende Organisation nahm keinen Einfluss auf die Inhalte der Leitlinie.

5.2 Darlegung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

Die Interessenerklärungen der gesamten Leitliniengruppe, der AWMF-Beraterinnen/ Moderatorinnen und derjenigen Personen, die die Interessen bewerteten, wurden webbasiert mittels der AWMF-Anwendung „Interessenerklärung Online“ (*https://interessenerklaerung-online.awmf.org*) schriftlich eingeholt (s. Anhang 6). Die Erklärungen wurden vom Leitliniensekretariat (Kirsten Lehmann, Britta Jacobsen, Hannah Müller, Deborah Werner) bewertet, wobei das AWMF-Regelwerk zugrunde gelegt wurde. Eine Fremdbewertung der dargelegten Interessen erfolgte auch für diejenigen, die Interessen bewerteten (durch die anderen Bewerterinnen). Zur Bewertung wurde eingeschätzt, ob Interessenkonflikte vorliegen und wenn, ob diese einen thematischen Bezug zur Leitlinie insgesamt und/oder in Bezug auf spezifische Fragestellungen, die in der Leitlinie adressiert werden, aufwiesen. Als relevant eingeschätzte Interessenkonflikte wurden auf einer Skala von 1 bis 3 (gering/moderat/hoch) unter Berücksichtigung von Kriterien zur Feststellung der Ausprägung der Interessen und des Ausmaßes des daraus eventuell resultierenden Konflikts bewertet (s. Tabelle 4).

Dabei konnten bei einigen Personen gering bis moderat thematisch relevante Interessenkonflikte identifiziert werden. Bei geringen Interessenkonflikten wurde sichergestellt, dass keine leitenden Funktionen innerhalb der Leitliniengruppe ausgeübt wurden. Personen mit moderaten Interessenkonflikten haben nicht an den entsprechenden Abstimmungen teilgenommen. AWMF-Leitlinienberaterinnen standen bei Rückfragen zum Bewertungsprozess beratend zur Seite. Als protektive Faktoren, die einer Verzerrung durch Interessenkonflikte entgegenwirkten, können die pluralistische Zusammensetzung der Leitliniengruppe, die strukturierte Konsensfindung unter neutraler Moderation sowie die Diskussionen zu den Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten zu Beginn der Konsenskonferenz gewertet werden.

Tabelle 4: Kategorisierung der Interessenkonflikte mit dem jeweiligen Interessenkonfliktmanagement als Empfehlung der AWMF-Kommission Leitlinien nach AWMF-Regelwerk

Ausprägung Interessen-konflikts	**Umstände für diese Kategorie**	**Konsequenz**
Keine	-	-
Gering	einzelne Vorträge finanziert von der Industrie	Limitierung von Leitungsfunktion insgesamt (Koordination, ggf. Peer) oder für die thematisch befasste AG (Leitung, ggf. Peer)
Moderat	Eine Tätigkeit in einem industriefinanzierten Advisory Board/Wiss. Beirat/als Gutachter Managementverantwortung industriefinanzierte Studie(n) Federführung bei Fort-/Weiterbildung mit direkter Industriefinanzierung Regelmäßige Vortragstätigkeit für bestimmte Firmen Aktienbesitz einzelner Firmen	Keine Abstimmung für die thematisch relevanten Empfehlungen oder Doppelabstimmung
Hoch	Eigentumsinteresse Arbeitsverhältnis bei der Industrie Hoher Aktienbesitz einzelner Firmen	Keine Teilnahme an thematisch relevanten Beratungen und keine Abstimmung

6 Verbreitung und Implementierung

6.1 Konzept zur Verbreitung und Implementierung

Neben der Publikation des Leitliniendokuments über die AWMF ist vorgesehen, die Leitlinie als Buchversion über den Springer-Verlag zu veröffentlichen. Zudem sind wissenschaftliche Publikationen in Fachzeitschriften geplant und die Ergebnisse werden auf Fachtagen und Konferenzen präsentieren.

6.2 Unterstützende Materialien für die Anwendung der Leitlinie

Im Rahmen des Leitlinienprozesses wurde ein Informationsblatt und Flyer für Betroffene unter Mitarbeit des Patient:innenvertreters entwickelt (s. Anhang 7). Zudem könnten folgende Instrumente und Vorschläge künftig dazu beitragen, die im Rahmen dieser Leitlinienentwicklung verabschiedeten Empfehlungen effektiver in die klinische Praxis zu übertragen und dadurch die Qualität der Patient:innenversorgung zu verbessern.

- Interaktive Leitlinien: Onlineplattformen (Applikationen), welche es Ärzt:innen ermöglichen, Leitlinien in Echtzeit zu konsultieren und die für ihren speziellen Patient:innen relevanten Informationen zu extrahieren.
- App-gesteuerte Lösungen: Mobilanwendungen, die Arztpraxen und Kliniken unterstützen, schnell auf aktuelle Leitlinien und Empfehlungen zuzugreifen, einschließlich Entscheidungshilfen und Checklisten.
- Fortbildung und Schulungen: Regelmäßige Workshops und Seminare, welche über neue Leitlinienentwicklungen informieren und ihre Anwendung in der klinischen Praxis thematisieren.
- Qualitätskonferenzen und Fallbesprechungen: Austauschveranstaltungen, bei denen Ärzt:innen Fälle diskutieren und die Umsetzung der AWMF-Leitlinien in der Praxis reflektieren und optimieren können.

6.3 Diskussion möglicher förderlicher und hinderlicher Faktoren für die Anwendung der Leitlinie

Die Anwendung der vorliegenden AWMF-Leitlinie in der klinischen Praxis kann durch verschiedene förderliche und hinderliche Faktoren beeinflusst werden.

Förderliche Faktoren:

- Qualität der Empfehlungen: Systematisch recherchierte und leicht verständliche Empfehlungen.
- Zugänglichkeit: Niedrigschwellige Verfügbarkeit der Leitlinien in elektronischer Form über die AWMF-Website.
- Interdisziplinäre Leitlinienerstellung: Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen, welche die Anwendung erleichtert und die Perspektiven mehrerer Professionen integriert.
- Patient:inneneinbezug: Einbezug einer Patient:innenvertretung in den Leitlinienprozess.

Hinderliche Faktoren:

- Zeitmangel in der Praxis: Hoher Zeitdruck im klinischen Alltag, der es schwer macht, Leitlinien zu konsultieren und umzusetzen.
- Mangelnde Bekanntheit: Unzureichendes Wissen über die Existenz oder den Inhalt der Leitlinien in der Fachgemeinschaft.
- Ressourcenmangel: Fehlende finanzielle oder personelle Ressourcen zur Schulung des Personals oder zur Bereitstellung der notwendigen Infrastruktur.

6.4 Messkriterien für die Bewertung der Prozess - und/oder Ergebnisqualität der Leitlinie: Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren

Vorschläge für mögliche Qualitätsziele

- Zugang zu Behandlungsangeboten: Sicherstellung, dass Patient:innen Zugang zu Diagnostik und Therapie erhalten.
- Evidenzbasierte Behandlung: Förderung der Anwendung evidenzbasierter Therapien und Interventionen.
- Patient:innenzufriedenheit: Erhöhung der Zufriedenheit der Patient:innen mit der ärztlichen Behandlung.
- Verbesserung der Lebensqualität: Steigerung der Lebensqualität der Patient:innen durch effektive Behandlung.

Vorschläge für mögliche Qualitätsindikatoren

Prozessqualität:

- Zugang zu Unterstützungsangeboten: Anteil der Patient:innen, welche Zugang zu psychosozialer Unterstützung erhalten.
- Schulung des medizinischen Personals: Prozentsatz des Personals, das Schulungen zu opioidbezogenen Störungen und deren Behandlung durchlaufen hat.

Ergebnisqualität:

- Opioidgebrauch: Prozentsatz der Patient:innen, welche nach einer bestimmten Zeit den Gebrauch von illegalen Opioiden reduziert oder gestoppt haben
- Lebensqualität: Verbesserung der Lebensqualität der Patient:innen.
- Patient:innenzufriedenheit: Ausmaß der Zufriedenheit mit der Behandlung.

7 Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

7.1 Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung und Status

Die vorliegende Leitlinie ist ab dem 07.07.2025 bis zur nächsten Aktualisierung gültig (geplant bis 06.07.2030).

7.2 Aktualisierungsverfahren

Die Gültigkeitsdauer der vorliegenden Leitlinie beträgt maximal fünf Jahre und ist abhängig vom eingeschätzten Aktualisierungsbedarf. Kommentare und Hinweise für den Aktualisierungsprozess sind ausdrücklich erwünscht und können an das Leitliniensekretariat gesendet werden. Nach Ablauf der Gültigkeit ist beabsichtigt, die Leitlinie gemäß AWMF-Regelwerk zu aktualisieren.

Leitliniensekretariat
Britta Jacobsen:
jacobsen@zis-hamburg.de
Kirsten Lehmann:
k.lehmann@uke.de
Geschäftsstelle des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg:
zis-gs@uke.de

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Übersicht der PICOs/ klinischen Fragestellungen

Anhang 2: Suchstrategien

Anhang 3: Flowcharts

Anhang 4: Evidenztabellen und GRADE-Profile

Anhang 5: Zusammenfassung der Angaben zu den Interessen sowie Angaben zur Bewertung und zum Umgang mit Interessenkonflikten

Anhang 6: Tabellen der Kapitel

Anhang 7: Informationsblatt und Flyer für Betroffene