

# Die Opioidagonisttherapie im Justiz- und Maßregelvollzug und im Entlassmanagement

Heino Stöver, Ulla-Britt Klankwarth, Ingo Ilja Michels

## Einleitung

Trotz gegenläufig ausgerichteter Bestrebungen der Strafverfolgungsbehörden wird deutlich, dass der Konsum illegaler und auch legaler Drogen für Inhaftierte in den letzten 40 Jahren zur Alltagsrealität geworden ist – und zwar mit steigender Tendenz (Jamin & Stöver 2021; Schneider 2025). Besonders auffällig ist die hohe Prävalenz von Drogenmissbrauch und -abhängigkeit bei weiblichen Inhaftierten, vor allem im Hinblick auf Opioide. Eine bundesweite Erhebung zum Stichtag 31.03.2024 belegt, dass Opioide bei 21 % der Frauen mit Suchtmittelproblematik die Hauptsubstanz darstellten, im Vergleich zu lediglich 13 % der Männer (Länderarbeitsgruppe „Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug“ 2025).

Eine weitere beunruhigende Entwicklung ist der kontinuierliche Anstieg der suchtkranken Personen im Maßregelvollzug. Laut dem Bericht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vom 20. November 2021 hat sich die Anzahl der nach § 64 StGB untergebrachten Suchtkranken, mehrheitlich Opioidkonsumierende, von 1.373 Personen im Jahr 1995 auf 5.280 Personen im Jahr 2020 vervielfacht. Dieser dramatische Zuwachs verdeutlicht die wachsende Herausforderung, die die

Opioidabhängigkeit für das deutsche Justiz- und Gesundheitssystem darstellt (Bund-

**Vorstand**  
**Länder-Arbeitsgruppe 2021**  
 Prof. Dr. Heino Stöver, Frankfurt University of Applied Sciences (1. Vors.)  
 Nina Pritszens, vista g GmbH Berlin (stellvertr. Vorsitzende)  
 Urs Köthner, Aidshilfe Essen e.V. (stellvertr. Vorsitzender)  
 Maximilian Plenert, Berlin (Beisitzer)  
 Rüdiger Schmolke, chill out Potsdam (Beisitzer)  
 Olaf Ostermann, Condrops e.V. München (Beisitzer)  
 Jan-Gert Hein, Drogenberatung e.V. Bielefeld (Beisitzer)

**Mitgliedschaften**  
 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)  
 ENCOD  
 INTERNATIONAL DRUG POLICY CONSORTIUM  
**Bankverbindung**  
 GLS Bank e.G. Bochum  
 IBAN: DE86 4306 0967 1155 4041 00  
 BIC: GENODEM1GLS

Damit verbunden sind gesundheitliche Folgeprobleme und soziale Notlagen für die Betroffenen. Die Justizvollzugsanstalt (JVA) bildet spiegelbildlich gesellschaftliche Probleme und individuelle Notlagen Drogenkonsumierender ab: Drogennotfälle, drogenbedingte Todesfälle während der Haft sowie unmittelbar nach der Entlassung, Händlerhierarchien, verunreinigte und gestreckte Stoffqualitäten mit unkalkulierbaren Reinheitsgehalten, Infektionsrisiken wie der Humanen Immundefizienz-Virus-Infektion (HIV), Hepatitis C (HCV) und Hepatitiden, insbesondere durch den gemeinsamen Gebrauch unsterilen Spritzbestecks. Darüber hinaus erzeugt der Beschaffungsdruck innerhalb der Haftanstalten neue Formen von Abhängigkeiten, begünstigt Gewalt und führt nicht selten zu hohen Verschuldungen unter den Inhaftierten. Die Organisation des Drogenkonsums, der Beschaffung, des Verkaufs von Gegenständen verbunden mit Bedrohungen – auch von Freunden und Familienangehörigen in Freiheit, Schuldeneintreiben und Erpressungen schafft ein Klima von Hektik, Dynamik, oftmals auch Gewalt, das von vielen als völlig vom Drogenthema dominiert erlebt wird.

Im Maßregelvollzug, der nicht in Haftanstalten, sondern psychiatrischen Kliniken (allerdings mit besonders gesicherten Einrichtungen) durchgeführt wird, gelten ähnliche Verhältnisse, weil die meisten der Untergebrachten eine richterlich erzwungene Behandlung nicht unterstützen und den therapeutischen Angeboten dieser Zwangscharakter anhaftet.

Insbesondere für intravenös (i.v.) konsumierende Opioidkonsumierende gehen die Inhaftierung und die Entlassung aus der Haft, aber auch aus dem Maßregelvollzug neben negativen psychosozialen Folgen, mit erhöhten gesundheitlichen Risiken einher. Diese Gruppe ist ohnehin aufgrund ihres Konsums bzw. der mit ihrem Konsum illegalisierter Substanzen einhergehenden Handlungen, häufig von Repression und Inhaftierung betroffen.

Im Rahmen der DRUCK-Studie des Robert Koch Institut (RKI, 2016) gab mit 81 % der Teilnehmenden die große Mehrheit an, mindestens einmal im Leben inhaftiert gewesen zu sein, 32 % innerhalb des letzten Jahres. Die mediane Gesamthaftzeit betrug drei Jahre und sechs Monate. Annähernd ein Drittel der Befragten gab an, jemals Drogen in Haft i. v. konsumiert zu haben. Weitere Studien bestätigen diese

hohen Inhaftierungszahlen (Werse et al., 2019; Hößelbarth et al. 2011; Degkwitz & Zurhold 2010). Mit einer Inhaftierung besteht zum einen die Gefahr einer Übertragung von HCV und HIV durch die Nutzung unsteriler Konsumutensilien, die in der JVA – mit Ausnahme der JVA für Frauen in Berlin – nicht abgegeben werden. Auch in Maßregelvollzug herrscht die Abstinenzphilosophie. Zum anderen steigt das Mortalitätsrisiko für i. v. Konsumierende insbesondere in den ersten Tagen nach der Haftentlassung (Degkwitz & Zurhold 2010; United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] & World Health Organization (WHO) 2013; Heinemann et al. 2002; Burmester 2016; Bukten et al. 2017; Binswanger et al. 2013; Ranapurwala et al. 2018; Joudrey et al. 2019); Farrell & Marsden 2008). Binswanger et al. (2013) zeigen, dass die Mortalitätsrate nach Haftentlassung zwischen 1999-2009 bei 737 per 100 000 Personen im Jahr lag, davon waren 14,8 % opioidbedingte Todesfälle (Binswanger et al. 2013).

Eine Analyse der drogeninduzierten Todesfälle in Hamburg zwischen 2003 und 2013 bestätigt, dass in den ersten 30 Tagen nach Haftentlassung ein erhöhtes Risiko für eine Überdosierung mit Todesfolge besteht. 13,3 % der drogeninduzierten Todesfälle traten in diesem Zeitraum ein, 90 % davon aufgrund von Opioid-Intoxikationen (Burmester 2016). Auch nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug ist das Risiko des erneuten Konsums und der damit einhergehenden Überdosierungsgefahren groß.

## **Opioidagonisttherapie im Justiz- und Maßregelvollzug**

Die Opioidagonisttherapie (OAT) für opioidabhängige Patient:innen stellt auch im Justiz- und Maßregelvollzug ein wesentliches Element einer evidenzbasierten Suchtbehandlung dar. In Deutschland besteht ein gesetzlicher Anspruch auf diese Therapieform, was deren konsequente Umsetzung erfordert. Sofern eine Substitutionsbehandlung als medizinisch notwendig erachtet wird, muss sie gemäß § 58 Strafvollzugsgesetz (StVollzG) oder der entsprechenden Norm der jeweiligen Landesgesetze durchgeführt werden. Dieser Rechtsanspruch basiert auf dem im Vollzug geltenden *Äquivalenzprinzip*, das eine medizinische Versorgung auf einem mit der freien Gesellschaft vergleichbaren Niveau vorsieht (Stöver 2011). Für den Maßregelvollzug gilt dies erst recht, weil die Zuständigkeit hierfür bei den Gesundheits- und Sozialministerien liegt und in psychiatrischen Kliniken die Anwendung der

Richtlinien der Bundesärztekammer zur OAT zwingend Anwendung finden müssen. (Heilmann, Scherbsum 2015)

Trotz dieses eindeutigen rechtlichen Rahmens gestaltet sich die praktische Umsetzung als eine erhebliche interdisziplinäre Herausforderung. Die Diskrepanz zwischen dem rechtlichen Anspruch und der tatsächlichen Versorgungspraxis wird durch aktuelle Statistiken deutlich. Zum Stichtag 31.03.2024 lag die Substitutionsquote bei Inhaftierten mit einer Abhängigkeit von Opioiden oder multiplen Substanzen bei lediglich 44,53 % (Länderarbeitsgruppe „Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug“ 2025). Im Maßregelvollzug dürfte dieser Anteil deutlich niedriger sein, zwischen 6-10%. (Szonnert et.al. 2023; Völm, Cerci 2021 )

Die niedrige Substitutionsquote zeigt, dass trotz der gesetzlichen Vorgaben und der medizinischen Evidenz erhebliche Defizite in der Versorgungspraxis bestehen. Neben medizinischen Aspekten, wie der Auswahl und sicheren Verabreichung geeigneter Medikamente, sind organisatorische Rahmenbedingungen, rechtliche Vorgaben und ethische Überlegungen zu berücksichtigen. Herausforderungen ergeben sich etwa bei der Sicherstellung einer kontinuierlichen Medikamentengabe unter Berücksichtigung der Haft- und Maßregelvollzugsbedingungen sowie bei der Prävention von Missbrauch und Diversion. Eine enge Kooperation zwischen medizinischen Fachkräften, Vollzugsbehörden und weiteren beteiligten Akteur:innen ist essenziell, um den therapeutischen Erfolg sowie die Patient:innensicherheit zu gewährleisten.

## **Herausforderungen**

Angesichts der Diskrepanz zwischen dem rechtlichen Anspruch auf eine OAT und der tatsächlichen Versorgungspraxis im Justiz- und im Maßregelvollzug besteht ein dringender Bedarf an praxistauglichen Lösungsansätzen. Die vielseitigen Herausforderungen, die sich bei der Umsetzung der OAT in geschlossenen Einrichtungen ergeben, sind in ihrer Komplexität interdisziplinär zu betrachten.

### ***Interdisziplinäre Zusammenarbeit***

Die erfolgreiche Durchführung einer OAT im Justiz- und Maßregelvollzug erfordert eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit und effektive Teamarbeit. Dabei sind

patient:innen-individuelle Absprachen zwischen zahlreichen Akteur:innen essenziell. Dazu zählen Ärzte bzw. Ärztinnen in den Anstalten, niedergelassene Ärzte bzw. Ärztinnen, der nicht-ärztliche Dienst, Apotheker:innen sowohl vor Ort als auch in zentralen Versorgungsstrukturen, Justizvollzugsangestellte, Sozialarbeiter:innen und Psychotherapeut:innen. Um eine kontinuierliche und sichere Versorgung zu gewährleisten, müssen die jeweiligen Zuständigkeiten klar definiert sowie Funktionsabläufe effizient koordiniert werden. Ein regelmäßiger Austausch zwischen den beteiligten Berufsgruppen ist entscheidend, um auf individuelle Bedürfnisse und unvorhergesehene Herausforderungen flexibel reagieren zu können.

### **Diagnose**

Die Feststellung einer tatsächlichen Opioidabhängigkeit stellt eine zentrale, jedoch oftmals herausfordernde Aufgabe im Rahmen der Indikationsstellung für eine OAT dar. Die diagnostische Komplexität ergibt sich aus Faktoren wie unzuverlässigen Selbstangaben der Patient:innen, dem möglichen Konsum anderer Substanzen sowie der begrenzten Verfügbarkeit diagnostischer Ressourcen im Strafvollzug. Dennoch ist eine sorgfältige und fundierte Beurteilung unerlässlich, um die medizinische Notwendigkeit der Therapie sicherzustellen und eine angemessene Behandlung zu ermöglichen. Eine Opioidabhängigkeit ist zwar eine zwingende Voraussetzung für eine Unterbringung im Maßregelvollzug, aber zunehmend wird davon berichtet, dass dies nicht immer zwingend festgestellt wird.

### **Beikonsum**

Der Beikonsum nicht-verordneter Substanzkonsum stellt eine zentrale Herausforderung im Rahmen der OAT dar und beeinflusst maßgeblich die Auswahl und Steuerung der therapeutischen Maßnahmen. Sowohl die Art als auch das Ausmaß des Beikonsums sind dabei entscheidende Faktoren. Eine flexible Anpassung der Substitutionsdosis sowie eine teilweise Akzeptanz bestimmter Substanzen können in ausgewählten Fällen zur Stabilisierung der Behandlung beitragen. Die erfolgreiche Bewältigung dieser Problematik erfordert eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Arzt bzw. Ärzt:innen, Justiz- und Maßregelvollzugsangestellten sowie psychosozialen Fachkräften. Klare Präventionsstrategien und definierte

Handlungsansätze im Umgang mit Beikonsum sind dabei essenziell, um sowohl die therapeutischen Erfolge zu sichern als auch mögliche Risiken für Patient:innen und Mitinsassen zu minimieren.

### ***Bundeslandspezifische und institutionelle Unterschiede***

Die Umsetzung der OAT im Justiz- und Maßregelvollzug unterliegt bundeslandspezifischen sowie einrichtungsspezifischen Rahmenbedingungen, die eine einheitliche Standardisierung auf nationaler Ebene erschweren.

Unterschiedliche gesetzliche Auslegungen und organisatorische Gegebenheiten führen zu erheblichen Variationen in der praktischen Handhabung. Einrichtungen sehen sich häufig mit spezifischen Herausforderungen konfrontiert, darunter ein hoher personeller Aufwand, logistische Probleme beim Transport von Patient:innen und die begrenzte Verfügbarkeit von Substitutionsplätzen. Diese Faktoren bedingen die Notwendigkeit flexibler und auf die jeweilige Institution zugeschnittener Lösungen, um die therapeutische Versorgung sicherzustellen.

### **Eingesetzte Medikamente und der Nutzen von Depot-Präparaten im Justiz- und Maßregelvollzug**

In den jetzt mehr als 35 Jahren, in denen in Deutschland Menschen mit Opioidabhängigkeit medikamenten-gestützt behandelt werden, hat sich die Palette der Medikamente ständig erweitert (RKI 2016; Werse et al. 2019; Jamin & Stöver 2021). Nach § 5 Abs. 6 in Verbindung mit § 2 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) sind in Deutschland Methadon, Buprenorphin und in Ausnahmefällen Codein oder Dihydrocodein zur medizinischen Anwendung zugelassene Substitutionsmittel. Diamorphin (Heroin) ist ebenfalls ein Substitutionsmittel, dessen Anwendung jedoch auf speziell festgelegte Fälle beschränkt ist.

Diese Erweiterungen betreffen zum einen die Substitutionssubstanzen selbst zum zweiten die Applikationsformen. Während in Deutschland zunächst nur mit der Substanz L-Methadon behandelt wurde, wurden im Laufe der Jahre die Substanzen

DL-Methadon, Buprenorphin mit und ohne Beigabe von Naloxon, retardierte Morphine und Diamorphin zur Substitution zugelassen. Parallel dazu hat sich auch die Vielfalt der Applikationsformen erhöht. Zunächst waren nur flüssige Substitutionsmittel verfügbar. Später wurden auch orale und sublinguale Tablettenformen zugelassen.

Im Justiz- und Maßregelvollzug hat diese Entwicklung jedoch nur begrenzt Einzug gehalten. Die Diversionsmöglichkeiten, also die Weitergabe oder der illegale Verkauf von Medikamenten (Höfelbarth et al. 2011) und der hohe Kontrollaufwand bei der Einnahme bzw. sublingualen Auflösung der Tabletten werden im Vollzug als erhebliches Problem angesehen (Degkwitz & Zurhold 2010). Von der Vielfalt der Medikamente wird in der Regel im Justiz- und Maßregelvollzug kein Gebrauch gemacht: DL-Methadon ist das Mittel der Wahl der meisten Anstaltsärzten bzw. -ärztinnen. L-Polamidon ist aufgrund des Preises und Buprenorphin aufgrund der schwierigeren Überwachung bzw. des höheren Personalaufwandes der ordnungsgemäßen Einnahme (sublingual) wenig verbreitet. Retardierte Morphine und Diamorphin spielen so gut wie keine Rolle.

Dies verdeutlicht, dass die besonderen Rahmenbedingungen in geschlossenen Einrichtungen die Wahl der Medikation und Applikationsform maßgeblich beeinflussen. Die Notwendigkeit sicherer und kontrollierbarer Therapieformen, wie Depot-Präparate, gewinnt in diesem Kontext an Bedeutung. Durch Depot-Präparate wird der enthaltene Wirkstoff über einen längeren Zeitraum freisetzen, anstatt sofort.

### ***Die Vorteile von Depot-Präparaten***

Die aktuellen in Deutschland zugelassenen Entwicklungen betreffen den Wirkstoff Buprenorphin als langwirksames Arzneimittel in Form subkutaner Depotspritzen bzw. als Implantat. Bei jedem neuen Medikament und bei jeder neuen Applikationsform stellt sich naturgemäß die Frage, für wen und in welchem Setting sie idealerweise einsetzbar ist.

Angesichts der spezifischen Rahmenbedingungen in geschlossenen Einrichtungen bieten Depot-Präparate erhebliche Vorteile. Durch die Umstellung auf Depot-Buprenorphin könnte die Anzahl der wöchentlichen Patient:innenkontakte von sieben auf bis zu einen pro Monat reduziert werden, was den personellen und logistischen

Aufwand minimiert und, wie in der Corona-Pandemie deutlich wurde, auch das Übertragungsrisiko von Infektionskrankheiten erheblich senkt.

Der Einsatz von Depot-Präparate bietet sich v.a. für die OAT im Justiz- und Maßregelvollzug an, da sie im Vergleich zu täglich zu verabreichenden Substitutionsmitteln eine Reihe von Vorteilen bieten.

- . Sie tragen zu einer *Verbesserung der Lebensqualität* bei, indem sie die soziale Teilhabe fördern und die Vereinbarkeit von Therapie und Berufstätigkeit erleichtern. Darüber hinaus entfallen (lange) tägliche Wege zur Praxis bzw. medizinischer Abteilung.
- Depot-Präparate ermöglichen *stabilere Wirkstoffspiegel*, wodurch die
- Patient:innen weniger Gefahr laufen, in einen Entzug zu geraten oder täglich an ihre Abhängigkeit erinnert zu werden.
- *Reduzierung des Risikos für Beschaffungskriminalität* im Kontext der Justiz- und Maßregelvollzugsanstalt, da Depot-Präparate zu einem geringeren Schmuggelpotenzial und einem reduzierten Personal- sowie Transportaufwand führt. Gesellschaftlich bietet diese Therapieform Vorteile, da das Missbrauchs- und Drogenhandelspotenzial gesenkt wird.
- *Reduzierung des Risikos von Drogentodesfällen*<sup>1d</sup>. Besonders vor der Entlassung sollten Patient:innen auf Depot-Präparate umgestellt werden, um das Risiko von Drogentoten in den ersten 48 Stunden nach der Entlassung zu verringern.

Depot-Präparate sind nicht für alle Patient:innen geeignet, wenn sie z. B. diese Form der Therapie ablehnen, oder unter einer ausgeprägten Spritzenangst leiden. Ebenso ist die Anwendung bei Patient:innen, die zur Granulombildung neigen, nicht ratsam, da dies das Risiko unerwünschter Nebenwirkungen erhöht. In solchen Fällen sollten alternative Substitutionsmethoden in Betracht gezogen werden, die den individuellen Bedürfnissen und medizinischen Voraussetzungen besser entsprechen.

## **Gesundheitsökonomische Erkenntnisse zum Einsatz von Depot- Präparaten im Justiz- und Maßregelvollzug Kostenvorteile von Buprenorphin-Depots**

Die gesundheitsökonomische Berechnung hat einen deutlichen Kostenvorteil für das Buprenorphin-Depot erbracht. Die Kosten für eine medikamenten-gestützte Behandlung über 28 Tage liegen mit den herkömmlichen Substitutionsmitteln zwischen ca. 54 % (für das DL-Methadon) und ca. 81 % (für Buprenorphin/Naloxon-Sublingualtablette) höher als für das wirkungsäquivalente Buprenorphin-Depot.

Bei der Bewertung der Kosteneffizienz einer Therapie dürfen nicht nur die reinen Medikationskosten betrachtet werden, sondern müssen auch die personellen, logistischen und sonstigen Ressourcen einbezogen werden, die für die Behandlung notwendig sind. Berücksichtigt man alle vollzuglichen Aspekte und die benötigten Ressourcen, ist ein subkutanes Buprenorphin-Depot das für den Vollzug aus medizinischer Sicht am besten geeignete Substitutionsmittel.

Dennoch ist bei einer Entscheidung für die jeweilige Therapie immer der Patient:innenwunsch mit zu berücksichtigen.

## **Mortalität und Behandlungskontinuität nach Haftentlassung**

Das Entlassmanagement spielt eine zentrale Rolle bei der Gewährleistung einer nahtlosen Fortführung der OAT nach der Haftentlassung oder Beendigung einer Maßregel (wo eine Anbindung an eine OAT Praxis einfacher zu organisieren ist, weil dies zu den Aufgaben der Forensischen Klinik für eine Entlassung in Freiheit gehört). Ein besonders wichtiges Ziel ist die Vermeidung von Drogentodesfällen innerhalb der ersten 48 Stunden nach Entlassung, da dieser Zeitraum statistisch gesehen das höchste Risiko für Rückfälle und tödliche Überdosierungen birgt. Opioidabhängige Inhaftierte haben in den ersten zwei Wochen nach der Haftentlassung ein bis zu 12-mal höheres Risiko an einer Überdosis zu sterben (Binswanger et al. 2013; WHO 2010). Bei einer Untersuchung zu den Todesursachen von über 26.000 verstorbenen ehemaligen Inhaftierten zeigte sich der drogenbezogene Tod als häufigste Ursache (18 %, gefolgt von Gewaltdelikten mit 9 % oder Suizid mit 8 %) (Zlodre & Fazel 2012, S. 68).

### ***Die Rolle der Behandlungskontinuität***

Auch wenn die Zuständigkeit des Strafvollzuges mit der Haftentlassung endet, ist es im Sinne einer durchgängigen Betreuung in bestimmten Fällen sinnvoll, die

Substitution vor Entlassung zu beginnen oder, im Falle einer kontinuierlichen Substitution, für einen nahtlosen Übergang zu sorgen (d. h. Wiedereintritt in die gesetzliche Krankenkasse, Vermittlung zum weiterführenden Substitutionsarzt bzw. -ärztin etc.; Jamin & Stöver 2021). Nur weil einige Suchtkranke unter den stark kontrollierten Bedingungen des Strafvollzuges zur Abstinenz in der Lage sind (obwohl im Justizvollzug Zugang zu Drogen besteht), heißt dies nicht, dass sie dazu in Freiheit in der Lage sind, wenn sie wieder Verantwortung für ihren Alltag tragen müssen (Fährmann 2019; 2020). Das sogenannte „Throughcare“-Konzept sieht eine durchgehende medizinische Versorgung vor, die Versorgungsabbrüche beim Übergang von der Haft in die Freiheit verhindert. Die Maßregelvollzugsgesetze schreiben ein solches Übergangsmanagement vor (etwa Vermittlung in psychiatrische Institutsambulanz).

Untersuchungen zeigen, dass die OAT im Vollzug nicht nur das akute Suchtleid lindert, sondern auch die Motivation für weiterführende Behandlungen steigert (s. o.). Dies zeigte sich in verschiedenen Untersuchungen: Inhaftierte in OAT begeben sich aus der Haft heraus häufiger in suchtherapeutische Behandlungen und beenden diese auch häufiger, vorausgesetzt, die Substitution wird nahtlos fortgeführt. Bereits im Jahr 2012 stellte das amerikanische „National Institut of Drug Abuse“ (NIDA) fest, dass eine medikamentöse Behandlung, wie die Substitution, ein wichtiger Teil der Behandlung von Suchtmittelabhängigen ist und das Verbleiben in psychosozialen Verhaltenstherapien verlängern kann (NIDA 2012). Für bestimmte Personen stellen Therapien ohne flexible Substitution (i.S.v. Dosis, Mittel etc.) eine hohe Hürde dar, sich überhaupt in eine solche Behandlung zu begeben (weiterführend zu den Behandlungshindernissen s. Kourounis et al. 2016).

### ***Best-Practice-Ansätze im Übergangsmanagement***

Die Fortführung einer in Haft durchgeführten bzw. begonnenen OAT nach Haftentlassung muss rechtzeitig geplant und fest vereinbart werden (Jamin/Stöver 2020). Die JVA Bremen bspw. unterstützt die Fortsetzung der OAT bis zu vier Wochen nach der Entlassung, damit entlassene Gefangene Gelegenheit erhalten, eine\*n Arzt bzw. Ärztin zur Weiterbehandlung zu finden (CDU/SPD-Fraktion in der Bremischen Bürgerschaft o.J.). Ähnlich hat auch das Gesundheitsamt Köln für Patient:innen aus

der Haft, die noch keine Zusicherung von einer:m niedergelassenen Arzt bzw. Ärztin haben oder (noch) nicht krankenversichert sind, können in der Ambulanz des Gesundheitsamts versorgt werden.

Um dem Mortalitätsrisiko nach Haft entgegenzuwirken, hat sich das Hannoveraner Modell als etablierter Best-Practice-Ansatz bewährt. Dieses Modell zielt darauf ab, eine kontinuierliche Versorgung sicherzustellen und Übergänge zwischen Haft und Leben in Freiheit zu optimieren. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Justizvollzugsanstalten, psychiatrischen Institutsambulanzen, OAT Praxen, ambulanten Behandlungseinrichtungen und weiteren Akteuren im Gesundheitswesen ist unerlässlich, um den Erfolg dieses Ansatzes langfristig zu sichern.

Diese Modelle entlasten JVAen, wenn die Anschlussversorgung sichergestellt ist und sie sich nicht darum kümmern muss. In die Ambulanz kommen neben den aus der Haft Entlassenen auch beurlaubte Gefangene, die ihr Substitutionsmittel benötigen.

### ***Die Bedeutung von Depot-Präparaten***

Depot-Präparate können eine entscheidende Rolle im Übergangmanagement spielen. Da sie einen Schutz vor Überdosierungen bieten, können sie die kritische Phase unmittelbar nach der Haftentlassung überbrücken, bis die Weiterführung der OAT durch einen niedergelassenen Arzt bzw. Ärztin gesichert ist. Die Umstellung auf Depot-Buprenorphin vor der Entlassung minimiert somit das Risiko von Drogentoten in den ersten 48 Stunden.

### **Fazit**

Die Opioidagonisttherapie im Justiz- und Maßregelvollzug bietet sowohl für die betroffenen Patient:innen als auch für die Justiz- und Maßregelvollzugsanstalten selbst zahlreiche Chancen, stellt jedoch gleichzeitig eine Reihe von Herausforderungen dar. Um diese zu meistern, ist eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich, sowohl während der Haftzeit als auch im Entlassmanagement. Diese enge Kooperation zwischen medizinischen Fachkräften, Sozialarbeitenden, Justizvollzugsangestellten und weiteren Akteuren ist ein entscheidender Schlüsselfaktor für die erfolgreiche Umsetzung der Therapie und die Verbesserung der therapeutischen Ergebnisse. Für das Entlassmanagement geht es frühzeitig darum

eine Anschlussbehandlung zu sichern. Depot-Präparate können im Übergang eine wichtige Option darstellen.

## Literatur

Binswanger IA, Blatchford PJ, Mueller SR et al. (2013) Mortality After Prison Release: Opioid Overdose and Other Causes of Death, Risk Factors, and Time Trends From 1999 to 2009. *Ann Intern Med* 159:592. DOI:10.7326/0003-4819-159-9-201311050-00005

Bukten A, Stavseth MR, Skurtveit S et al. (2017) High risk of overdose death following release from prison: variations in mortality during a 15-year observation period. *Addiction* 112:1432–1439. DOI:10.1111/add.13803

Bundesärztekammer (BÄK) (2017) Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger. [www.aerzteblatt.de/archiv/pdf/82f2287e-14de-43e2-a1b0-cdea6225e8db](http://www.aerzteblatt.de/archiv/pdf/82f2287e-14de-43e2-a1b0-cdea6225e8db)

Bund-Länder-Arbeitsgruppe (2021) Bericht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Prüfung des Novellierungsbedarfs im Recht der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 des Strafgesetzbuches (StGB). [www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Fachpublikationen/2022\\_Bericht\\_Massregelvollzug.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](http://www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Fachpublikationen/2022_Bericht_Massregelvollzug.pdf?__blob=publicationFile&v=1)

Burmester A. (2016) Analyse der drogenbezogenen Todesfälle 2003–2013 in Hamburg: Risikofaktor Haftentlassung, Dissertation, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg. <https://ediss.sub.uni-hamburg.de/bitstream/ediss/7077/1/Dissertation.pdf>

CDU/SPD-Fraktion in der Bremischen Bürgerschaft (o.J.): Methadon-Substitution in der JVA Bremen und die Nachsorge nach der Haftentlassung. [Methadon-Substitution in der JVA Bremen und die Nachsorge nach der Haftentlassung](#) (Zugriff: 14.08.2025)

Degkwitz P, Zurhold H. (2010) Die Bedarfe älterer Konsumierender illegaler Drogen. Zukünftige Anforderungen an Versorgungskonzepte in der Sucht- und Altenhilfe in Hamburg. Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, Fachabteilung Drogen und Sucht, Hamburg

Fährmann J., Schuster S., Stöver, H., Häßler U., Keppler K. (2021): Der Anspruch auf Substitutionsbehandlung im Gefängnis Über eine umstrittene Praxis im Justizvollzug und vor Gericht. In: *NStZ* 5, S. 271-275

Farrell M, Marsden J. (2008) Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. *Addict* 103:251–255. DOI:10.1111/j.1360-0443.2007.02081.x

Fazel S, Yoon IA, Hayes AJ (2017) Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addict* 112:1725–1739

Heilmann M, Scherbaum N. Zur Bedeutung ergänzender medikamentöser Strategien im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB (2015). *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* ; 9: 18–28. doi:10.1007/s11757-014-0298-8

Heinemann A, Kappos-Baxmann I, Püschel K. (2002) Haftentlassung als Risikozeitraum für die Mortalität drogenabhängiger Strafgefangener. Eine katamnestische Analyse von Hafterfahrungen vor drogenbedingten Todesfällen in Hamburg. *Suchttherapie* 3(3):162–167

Hößelbarth S, Stöver H, Vogt I. (2011) Lebensweisen und Gesundheitsförderung von älteren Drogenabhängigen im Rhein-Main-Gebiet. Institut für Suchtforschung (ISFF), Frankfurt am Main

Jamin, D./Stöver, H. (2020): Schnittstelle Haft und Freiheit – Zur Entlassungssituation von Drogengebrauchenden - Das Risiko „Haftentlassung“ für Drogengebrauch. In: Forum Strafvollzug, 3/2020, S. 209ff.

Jamin D, Stöver H (2021) Zwischen Haft und Freiheit. Bedarfe und Möglichkeiten einer guten Entlassungsvorbereitung von Drogengebrauchenden. Drogenkonsum in Geschichte und Gesellschaft. Nomos, Baden-Baden

Joudrey PJ, Khan MR, Wang EA et al. (2019) A conceptual model for understanding post-release opioid-related overdose risk. *Addict Sci Clin Pract* 14:17. DOI:10.1186/s13722-019- 0145-5

Kourounis G., Wensley Richards B.D.W., Symeonidou E., Malliori M.M. (2016): Opioid substitution therapy: Lowering the treatment thresholds. In: *Drug Alcohol Dependence* 2016 Apr 1:161:1-8. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.12.02

Länderarbeitsgruppe „Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug“ (2021) Jährliches Fact-Sheet zur stoffgebundenen Suchtproblematik in bundesdeutschen Justizvollzugsanstalten: Stichtagsdaten vom 31.03.2021 zur Konsumeinschätzung. [www.berlin.de/justizvollzug/service/zahlen-und-fakten/drogen-sucht/](http://www.berlin.de/justizvollzug/service/zahlen-und-fakten/drogen-sucht/)

Länderarbeitsgruppe „Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug“ (2025) Jährliches Fact-Sheet zur stoffgebundenen Suchtproblematik in bundesdeutschen Justizvollzugsanstalten: Stichtagsdaten vom 31.03.2024 zur Konsumeinschätzung. [www.berlin.de/justizvollzug/assets/senjustv/sonstiges/fact-sheet-zur-stoffgebundenen-suchtproblematik-31032024.pdf?ts=1752710439](http://www.berlin.de/justizvollzug/assets/senjustv/sonstiges/fact-sheet-zur-stoffgebundenen-suchtproblematik-31032024.pdf?ts=1752710439)

Michels M (2018) Straffällig gewordene Frauen. In: Maelicke B, Suhling S (Hrsg) *Das Gefängnis auf dem Prüfstand: Zustand und Zukunft des Strafvollzugs*. Springer, S 381–402

NIDA (2012): Criminal Justice DrugFacts. [Criminal Justice DrugFacts | National Institute on Drug Abuse \(NIDA\)](https://www.drugfacts.org/) (Zugriff: 14.08.2025)

Ranapurwala SI, Shanahan ME, Alexandridis AA et al. (2018) Opioid Overdose Mortality Among Former North Carolina Inmates: 2000–2015. *Am J Public Health* 108:1207–1213. DOI:10.2105/AJPH.2018.304514

Robert Koch Institut (RKI) (2016) *Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland – DRUCK-Studie*. Berlin: RKI

Schneider, F (2025): ‚Hilfe wäre es, wenn es mir was bringt‘. Unterstützungsmaßnahmen für Drogenkonsumierende in Haft. Springer

Stöver H (2011) Neue Wege in der Suchtbehandlung im Maßregelvollzug. Dokumentation der Tagung am 28.1.2011 in der Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll. <http://gesundinhaft.eu/wp-content/uploads/DokuMa%C3%9FregelFin130611.pdf>

Szonert, I Hirsch N, Michels, I, Stöver, H, Fleißner, S, Keppler K-H (2023): Chancen und Hürden einer medikamenten-gestützten Behandlung Opioidabhängiger im deutschen Maßregelvollzug (MRV) – ein erster Überblick. In: *Suchttherapie* 2023; 24: 1–9

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), World Health Organization (WHO) (2013) *Opioid overdose: preventing and reducing opioid overdose mortality*. [www.unodc.org/docs/treatment/overdose.pdf](http://www.unodc.org/docs/treatment/overdose.pdf)

Völlm B, Cerci D; Suchtbehandlung im Maßregelvollzug: Narrativer Review in Suchtmedizin 2021: 23(2): 90-98

Werse B, Kamphausen G, Klaus L. (2019) MoSyD Szenestudie 2018. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main. Centre for Drug Research (CDR), Goethe Universität, Frankfurt am Main  
World Health Organization (WHO) (2010) Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period. [http://apps.who.int/bookorders/ anglais/de-tart1.jsp?codlan=1&codcol=34&codcch=98#](http://apps.who.int/bookorders/anglais/de-tart1.jsp?codlan=1&codcol=34&codcch=98#)

Zlodre J, Fazel S (2012) All-cause and external mortality in released prisoners: systematic review and meta-analysis. Am J Public Health 102:67–75. DOI:10.2105/AJPH.2012.300764

akzept 2025