akzept e.V. · Webinar · 28. Oktober 2026

Buprenorphin im JVA-Setting

Eine unterschätzte Option in der Substitution im Justizvollzug?

Joseph Kranert
Facharzt für Allgemeinmedizin · Suchtmedizinische Grundversorgung
MVZ Boniakowski & Kollegen, Regensburg

Transparenz

Interessenkonflikte und Unabhängigkeit



Interessenkonflikte

- Beratertätigkeit für Ethypharm
- Referententätigkeit für Camurus
- Dieses Webinar wird von der Camurus GmbH unterstützt



Unabhängigkeit der Inhalte

- Auswahl, Darstellung und Bewertung der Inhalte stammen ausschließlich von mir.
- Die Industrie hatte keinen Einfluss auf Inhalt oder Gestaltung dieses Vortrags.
- Wirkstoffe stehen im Vordergrund – Handelsnamen dienen nur der Orientierung.
- Dosierungsangaben ersetzen nicht die jeweilige Fachinformation.

Überblick

Worum es heute geht

1

Ausgangslage

Opioidabhängigkeit in Haft, Rechtsrahmen

2

Die Substanz

Pharmakologie, Schmerzmedizin, Darreichungsformen

3

Im JVA-Setting

Umfrage, Fallbeispiel, Vergleich der Formen

4

Umstellung

Standard- und Mikroinduktion

5

Nach der Haft

Entlassung und Weiterversorgung

6

Fazit

Take-Home-Messages und Diskussion

Opioidabhängigkeit in Haft: ein großes Thema

59.159

Gefangene in Deutschland, erfasst am Stichtag 31.03.2025

8.860

davon opioidabhängig oder mit multiplem Substanzgebrauch eingeschätzt (≈ 15 %)

40,5 %

Substitutionsquote (3.584 Substituierte) – Frauen 76,7 %, Männer 37,8 %

3–8 ×

drogenbedingtes Sterberisiko in Woche 1–2 nach Entlassung vs. Woche 3–12

Bestätigt 2024: Lancet, 1,5 Mio. Haftentlassene

Quellen: Länder-Stichtagserhebung „Stoffgebundene Suchtproblematik im Justizvollzug“, 31.03.2025 (Fact Sheet SenJustV Berlin) – laut Erhebung eher unterschätzt; Merrall et al., Addiction 2010; Borschmann et al., Lancet 2024

Rechtsrahmen: Substitution ist auch in Haft Standard

Äquivalenzprinzip

Gefangene haben Anspruch auf eine medizinische Versorgung, die der Versorgung in Freiheit gleichwertig ist.

EGMR, Wenner v. Germany (2016)

Die Verweigerung der Substitution ohne fundierte ärztliche Prüfung in einer bayerischen JVA verstieß gegen Art. 3 EMRK.

BtMVV und BÄK-Richtlinie

Gelten auch im Vollzug. Die Indikation ist eine ärztliche, keine vollzugliche Entscheidung.

HOpE-Studie (FAU Erlangen, 2024)

20 bayerische JVAs: mit Substitution weniger illegaler Opioidkonsum und deutlich häufiger in Behandlung nach Entlassung.

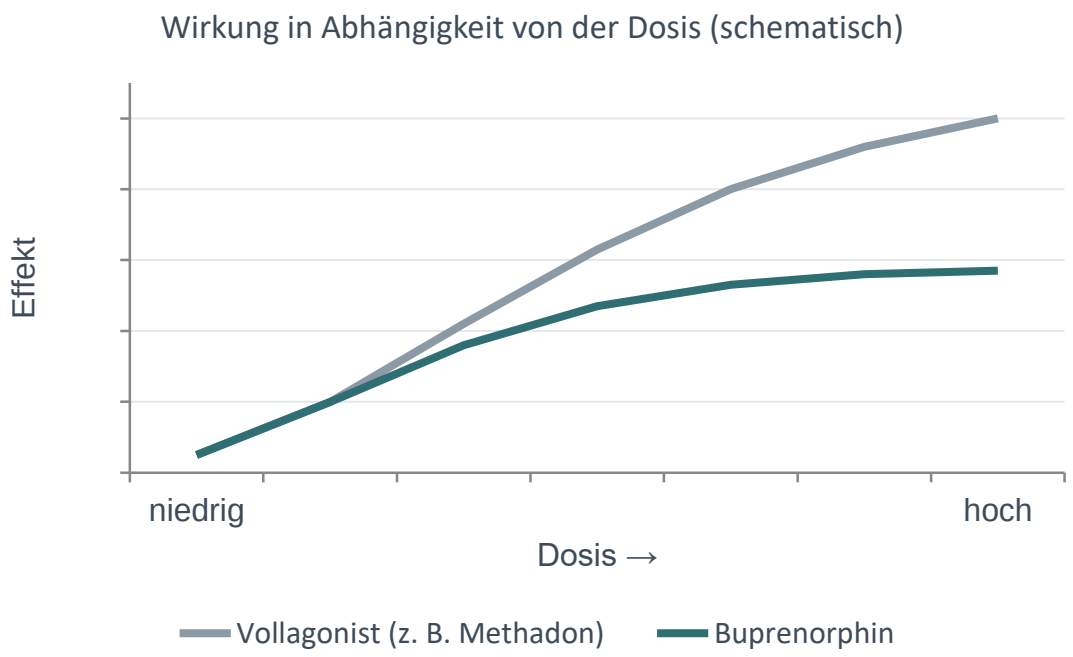
Buprenorphin: ein besonderes Opioid

Partieller μ-Agonist
mit sehr hoher Rezeptoraffinität

Ceiling-Effekt
Atemdepression begrenzt – günstiges Sicherheitsprofil

Langsame Dissoziation
lange Wirkdauer, Gabe auch alle 2–3 Tage möglich

κ-Antagonismus
möglicherweise günstig auf Stimmung und Dysphorie



Klinische Konsequenz: Buprenorphin verdrängt Vollagonisten vom Rezeptor – bei falscher Umstellung droht ein präzipitierter Entzug.

Exkurs: Buprenorphin in der Schmerzmedizin

In der Schmerztherapie

- Transdermale Pflaster in niedriger Dosierung, Wechsel nach mehreren Tagen
- Sublingualtabletten in niedriger Stärke (z. B. 0,2 mg)
- Parenterale Gabe in der Akutschmerztherapie

Relevanz im Vollzug

- Schmerzpräparate sind nicht für die Substitution zugelassen
- Substituierte mit Schmerzen: Buprenorphin fortführen, Tagesdosis ggf. auf mehrere Gaben verteilen
- Niedrig dosierte Tabletten sind nützlich für die Mikroinduktion

Vier Darreichungsformen in der Substitution



Sublingualtablette

Buprenorphin mono

z. B. Subutex®, Generika

Auflösung unter der Zunge dauert mehrere Minuten



Kombination mit Naloxon

Buprenorphin/Naloxon 4:1

z. B. Suboxone®

Naloxon soll den i.v.-Missbrauch unattraktiv machen



Lyophilisat

Buprenorphin mono

z. B. Espranor®

Zerfällt sehr schnell auf der Zunge, nicht 1:1 mit SL-Tabletten austauschbar



Depot s.c.

1× pro Woche/Monat

z. B. Buvidal®

Injektion durch medizinisches Personal

Zoom-Umfrage

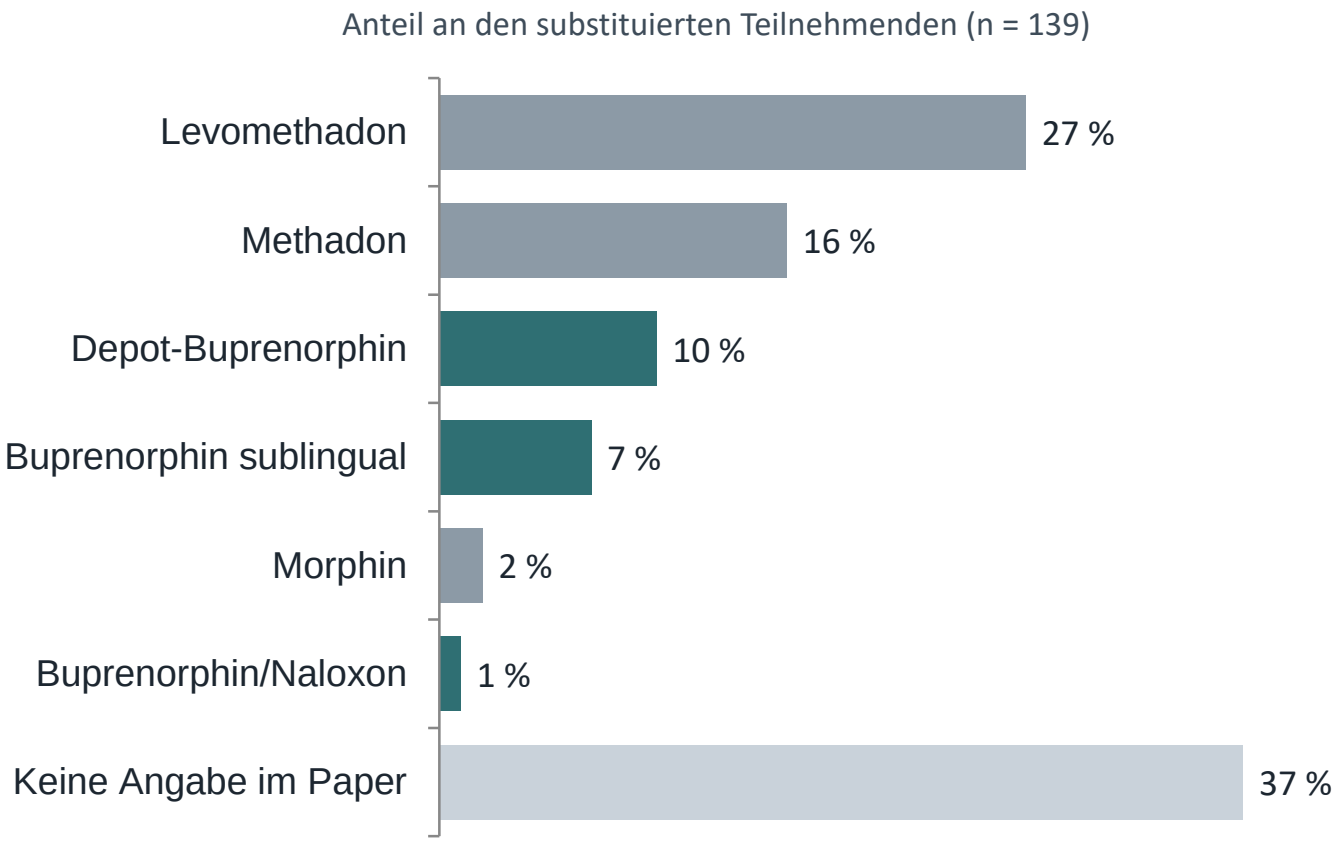
Welche Substitutionsmittel setzen Sie in Ihrer Anstalt ein?

- Methadon / Levomethadon
- Buprenorphin sublingual
- Buprenorphin/Naloxon
- Buprenorphin-Lyophilisat
- Depot-Buprenorphin
- Keine Substitution in meiner Anstalt

Mehrfachauswahl möglich · Das Ergebnis greifen wir im Fazit wieder auf

Zum Vergleich

Womit wird in bayerischen JVAs substituiert?



18 %

aller Substituierten erhielten eine Buprenorphin-Form

HOpE-Studie
20 bayerische JVAs, 2020–2022, Befragung kurz vor Entlassung

Anteile laut Paper summieren sich auf 63 %; für den Rest keine Angabe. Quelle: Geißelsöder et al., Nordic Studies on Alcohol and Drugs 2024;41(6):640–655

Beispielfall · Teil 1

Ein Zugang um 18 Uhr

FIKTIVER BEISPIELFALL

6 Wochen vor Haft
Abbruch der Substitution nach einem Ausraster in der Praxis unter Beikonsum-Intoxikation

Danach
Jobverlust, Beschaffungskriminalität

Vor Haftantritt
Beikonsum von Fentanyl und Heroin, ca. 5–10 h vor der Inhaftierung

18:00 Uhr
Vorstellung beim Arzt – kurz vor Dienstende

? Welche Probleme haben wir?

1. **Start mit Buprenorphin?**
   Fentanyl ist lipophil – hohes Risiko eines präzipitierten Entzugs
2. **Die erste Nacht**
   Substitution erst am Folgetag geplant
3. **Nach der Haft**
   Kein Job, kein wohnortnaher Substitutionsplatz

Beispielfall · Problem 1

Sofort mit Buprenorphin starten?

A Standardinduktion am Folgetag

- Warten auf objektiven Entzug, Start häufig ab COWS ≥ 8
- **Risiko: Nach Fentanyl ist ein präzipitierter Entzug trotz Entzugszeichen möglich**

B Erst Vollagonist, später umstellen

- Niedrig dosierter Start mit Levomethadon, Methadon oder retardiertem Morphin – je nach Anstalt
- Nach Stabilisierung und Ausscheidung des Fentanyls (einige Tage bis 2 Wochen): Standardinduktion, wenn gewünscht
- Oder: Patient bleibt beim Vollagonisten

C Mikroinduktion

- Wenn der Patient länger beim Vollagonisten war und höhere Dosen erreicht hat
- Wechsel ohne Entzugsphase – Details in Teil 4

Evidenz uneinheitlich: Fallserien berichten präzipitierten Entzug trotz objektiver Entzugszeichen (Shearer et al. 2021). In einer Notaufnahme-Kohorte (n = 1.200, ca. 70 % Fentanyl) trat er nur bei 0,8 % auf (D'Onofrio et al. 2023).

Die erste Nacht: behandeln und überwachen

Symptomatische Entzugsbehandlung

Vegetative Symptome	Clonidin (off-label) – Blutdruck und Puls kontrollieren
Unruhe, Schlafstörung	z. B. Doxepin (zugelassen bei leichten Entzugserscheinungen)
Durchfall	Loperamid
Übelkeit, Erbrechen	Antiemetikum
Glieder- und Muskelschmerzen	Nicht-Opioid-Analgetika
Flüssigkeit	Trinkmenge und Elektrolyte sichern

Überwachung in der Nacht

- Nachtdienst informieren, Kontrollen in kurzen Abständen
- Naloxon beim Personal griffbereit
- Sedativa zurückhaltend: Restwirkung von Fentanyl und Beikonsum
- Suizidrisiko zu Haftbeginn beachten
- **Am Morgen: COWS erheben, Entscheidung A oder B**

Beispielfall · Problem 3

Weiterversorgung nach Haft: früh beginnen

ZURÜCK ZUM FALL

Kurz vor Haftantritt aus der wohnortnahen Substitution entlassen

Kein Job, kein Behandlungsplatz – nimmt die Praxis ihn wieder auf?

Schlüsselrolle: Sozialdienst der JVA

1 **Sozialdienst früh einbinden**
Weiterversorgung ab Haftbeginn planen – nicht erst kurz vor der Entlassung

2 **Frühere Praxis anfragen**
Ist eine Wiederaufnahme möglich? Was wäre dafür nötig?

3 **Falls nein: Alternative suchen**
Andere Praxis oder Substitutionsambulanz am Wohnort

4 **Übergabe vorbereiten**
Termin, Entlassbrief, Krankenversicherung – Details in Teil 5

Was zählt im Vollzug? Ein Vergleich

Kriterium	Sublingual	Bup/Naloxon	Lyophilisat	Depot
Vergabe unter Sicht	lang (Minuten)	lang (Minuten)	kurz	entfällt, 1× Woche/Monat
Diversionsrisiko	hoch	mittel	geringer	praktisch keines
Personalaufwand	hoch	hoch	mittel	gering
Dosisflexibilität	hoch	hoch	mittel (ab 2 mg)	eingeschränkt (Stufen)
Medikamentenkosten (D)	gering	gering	mittel	hoch
Verlegung/Entlassung	Lücke möglich	Lücke möglich	Lücke möglich	Schutz wirkt fort

Qualitative Einschätzung nach eigener Erfahrung und Literatur. Grün = günstig im Vollzug, Orange = neutral, Rot = ungünstig.

Depot im Vollzug: was die Daten zeigen

UNLOC-T: 7 Haftanstalten in NSW (Australien), 16 Wochen, n = 67

92 % — Haltequote über 16 Wochen (Kaplan-Meier)

0 — festgestellte Fälle von Diversion

97 → 12 % — nicht verordneter Opioidkonsum (Baseline → Woche 16)

Nicht randomisiert; Depot-Arm vorher ohne Substitution, Vergleich mit Methadon-Gruppe laut Autoren nicht möglich.

Kosten pro Patient und Monat (AUD, Ist-Daten Juli 2019)

	Depot	Methadon	Bup/Nx sublingual
Personal und Logistik	151	379	1.529
Medikament	434	80	525
Gesamt	**585**	**459**	**2.054**

Depot spart vor allem Personalzeit. Mit Medikamentenkosten liegt es über Methadon, aber deutlich unter sublingualem Buprenorphin.

Medikamentenpreise australisch, nicht auf Deutschland übertragbar. Ohne Arztzeit, Nebenwirkungs- und Folgekosten. Quellen: Dunlop et al., Addiction 2022; Ling et al., BMC Health Serv Res 2022 (Basisszenario, 2021/22 AUD)

Ambulant vs. Vollzug: andere Spielregeln

	Ambulant	Vollzug
Vergabe	In der Praxis, Take-Home bei Stabilität	Täglich unter Sicht, kein Take-Home. Zeitdruck: Blöcke werden nacheinander abgerufen, danach Rückführung in Zelle oder Betrieb
Diversion	Weitergabe auf dem Schwarzmarkt	Handel mit allen Substituten, auch (Levo-)Methadon – Druck und Erpressung
Kostenträger	Gesetzliche Krankenversicherung	Justiz – die Versicherung ruht während der Haft
Kontinuität	Feste Praxis, planbare Termine	Verlegungen, Überstellungen, kurzfristige Entlassung
Haltung	Substitution etabliert	Teils abstinenzorientiert, Skepsis im Vollzugsalltag
Personal	Auch hier fehlen Substitutionsärzte	Zu wenige Ärzte und Pflegekräfte für den Versorgungsbedarf

Klinischer Eindruck: *Buprenorphin macht den Großteil der Diversion aus – Tabletten lassen sich leichter schmuggeln als flüssiges Methadon oder Levomethadon.*

Standardinduktion: erst Entzug, dann Buprenorphin

1

Vollagonist reduzieren

z. B. Methadon schrittweise auf niedrige Tagesdosis (20–40 mg)

2

Abstand halten

Nach letzter Gabe:
Heroin ≥ 8–12 h
Fentanyl ≥ 48–72 h
Methadon ≥ 24–72 h

3

Entzug abwarten

objektive Entzugszeichen, z. B. COWS ≥ 8–12

4

Start und Titration

2–4 mg, an Tag 1 meist bis 8–12 mg nach Klinik

Risiko präzipitierter Entzug
Im Vollzug zusätzlich heikel: Entzug in der Zelle, Vertrauensverlust, Konflikte mit Personal und Mitgefangenen.

Mikroinduktion: Umstellung ohne Entzugsphase

Prinzip (Berner Methode)

- Start mit 0,2 mg sublingual, überlappend zum weiterlaufenden Vollagonisten
- Kleine tägliche Steigerungen – kein Entzugsintervall nötig
- Vollagonist bei ausreichender Buprenorphin-Dosis abrupt absetzen

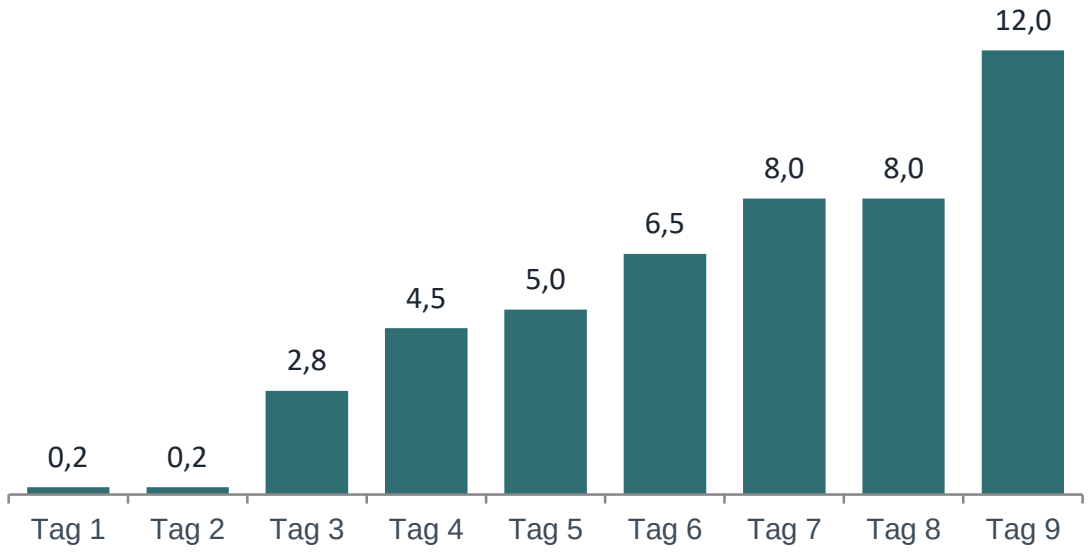
Im Vollzug günstig

- Kein Entzug in der Zelle
- Hohe Akzeptanz

Herausforderungen

- Viele Einzelgaben
- Tablettenteilung
- Aufwendige Doku

Berner Methode, Fall 1: Buprenorphin sublingual (mg/Tag)



	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6	Tag 7	Tag 8	Tag 9
Heroin (g)	**2,5**	**2**	**0,5**	**1,5**	**0,5**	0	0	0	0

Heroin überlappend bis Tag 5, ab Tag 6 abrupt beendet. Tag 3–9 jeweils zwei Gaben pro Tag. Hämmig et al., Subst Abuse Rehabil 2016;7:99–105, Tab. 1

Aus der Praxis

Unsere Substitution in bayerischen JVAs

6 JVAs · ca. 400 Patienten
Landshut, Straubing, Aichach, Würzburg, Gablingen, Amberg

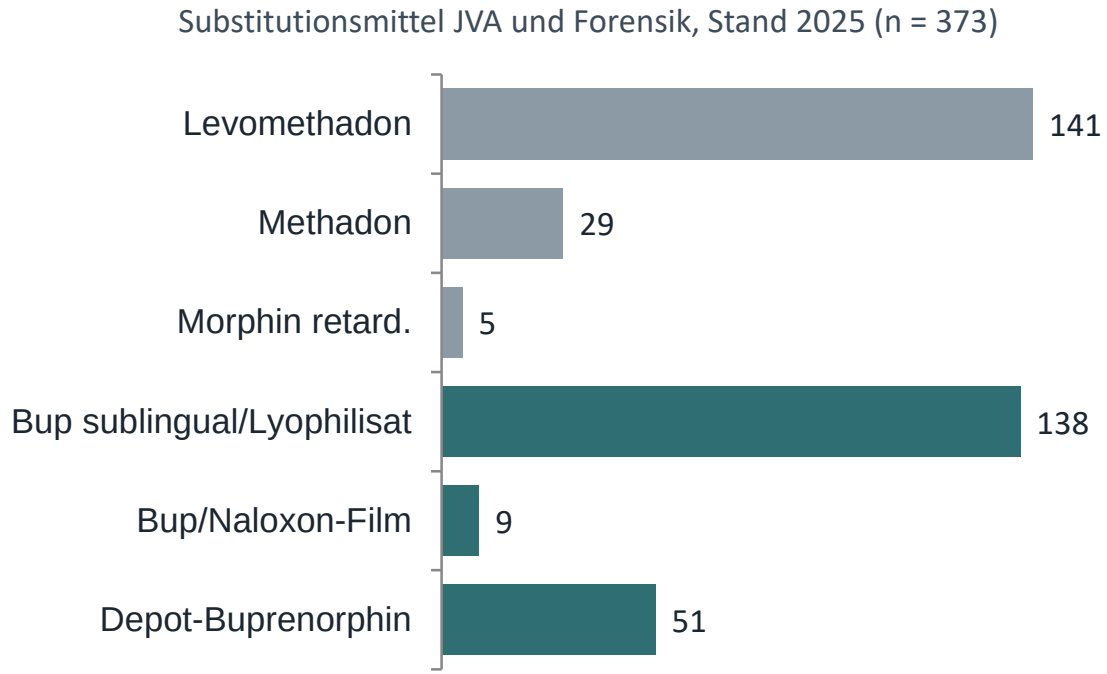
Eigenes Vergabepersonal
Tägliche Vergabe durch unser Team in Straubing, Landshut, Aichach und Amberg

Wöchentliche Sprechstunde
Feste Substitutionssprechstunde in jeder Anstalt

24/7 erreichbar
Telefonischer Hintergrunddienst rund um die Uhr

Vorteile eigenes Vergabepersonal

- ✓ Entlastung des Pflegepersonals
- ✓ Geschultes Fachpersonal
- ✓ Klare Rollen, weniger Fehler
- ✓ Feste Zuständigkeiten



53 % **unserer Patienten erhalten Buprenorphin**
zum Vergleich HOpE (Bayern 2020–2022): 18 %

Die Entlassung ist die Hochrisikophase

3–8 ×

höheres Risiko eines drogenbedingten Todes in den ersten zwei Wochen nach Entlassung

Bestätigt 2024: Sterblichkeit in Woche 1 am höchsten, Drogenvergiftung häufigste Ursache (n = 1,5 Mio., 8 Länder)

Merrall et al., Addiction 2010; Borschmann et al., Lancet 2024

Toleranzverlust
nach Abstinenz oder Unterdosierung in Haft

Versicherungsschutz
muss nach Haft erst wieder aufleben

Kein Termin, kein Rezept
Entlassung oft kurzfristig oder vor dem Wochenende

Altes Umfeld
Rückkehr zu Szene und Konsummustern

Depot als Brücke in die Weiterbehandlung

Vorteile des Depots

- Wirkspiegel hält über den Entlassungstag hinaus
- Kein Rezept und kein Termin am ersten Tag nötig
- Opioidtoleranz bleibt erhalten – geringeres Überdosisrisiko
- Zeit für die Anbindung an Praxis oder Ambulanz

Checkliste Übergangsmanagement

- ☑ Weiterbehandler:in vor Entlassung kontaktiert
- ☑ Termin in den ersten Tagen vereinbart
- ☑ Entlassbrief: Präparat, Dosis, letzte Gabe
- ☑ Krankenversicherung geklärt
- ☑ **Naloxon mitgeben und schulen**

→ Naloxon: gleich im Vortrag von Prof. Wodarz

Fazit

Unterschätzte Option? Ja – mit Augenmaß.

1. Buprenorphin ist durch den Ceiling-Effekt im Vollzug besonders sicher.
2. Die Darreichungsform entscheidet im Vollzug über Diversion und Personalaufwand.
3. Mikroinduktion macht die Umstellung ohne Entzug in der Zelle möglich.
4. Das Depot schützt über die Entlassung hinaus – als Brücke, nicht als Ersatz für Übergangsmanagement.

Vielen Dank

Diskussion

- Welche Hürden erleben Sie bei der Substitution in Ihrer Anstalt?
- Wie organisieren Sie die Weiterbehandlung nach der Entlassung?
- Wo sehen Sie Grenzen des Depots?

Joseph Kranert
MVZ Boniakowski & Kollegen, Regensburg
joseph.kranert@kranert.net

Literatur

Quellen

Merrall ELC et al. Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. Addiction 2010;105(9):1545–1554.

Borschmann R, Keen C, Spittal MJ, et al. Rates and causes of death after release from incarceration among 1 471 526 people in eight high-income and middle-income countries: an individual participant data meta-analysis. Lancet 2024. doi:10.1016/S0140-6736(24)00344-1

Dunlop AJ et al. Treatment of opioid dependence with depot buprenorphine (CAM2038) in custodial settings. Addiction 2022;117(2):382–391. doi:10.1111/add.15627

Ling R et al. Depot buprenorphine as an opioid agonist therapy in New South Wales correctional centres: a costing model. BMC Health Serv Res 2022;22:1326. doi:10.1186/s12913-022-08687-8

Stöver H, Keppler K. Opioidsubstitutionsbehandlung im Justizvollzug: Der Vergabeaufwand von Buprenorphin-Depot im Vergleich zu anderen Substitutionsmedikamenten – eine gesundheitsökonomische Modellrechnung. Gesundheitswesen 2023;85:573–577. doi:10.1055/a-1842-7164

Wesson DR, Ling W. The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). J Psychoactive Drugs 2003;35(2):253–259.

Shearer D et al. Challenges with buprenorphine inductions in the context of the fentanyl overdose crisis: a case series. Drug Alcohol Rev 2022 (online 2021).

D'Onofrio G et al. Incidence of precipitated withdrawal during a multisite emergency department–initiated buprenorphine clinical trial in the era of fentanyl. JAMA Netw Open 2023.

Hämmig R et al. Use of microdoses for induction of buprenorphine treatment with overlapping full opioid agonist use: the Bernese method. Subst Abuse Rehabil 2016;7:99–105. doi:10.2147/SAR.S109919

EGMR, Wenner v. Germany, Urteil vom 1. September 2016, Nr. 62303/13.

Geißelsöder K, Weiss M, Boksán K, Dechant M, Endres J, Breuer M, Stemmler M, Wodarz N. Opioid substitution treatment, relapse and addiction-related outcomes in prison setting and after release: a longitudinal study (HOpE). Nordic Studies on Alcohol and Drugs 2024;41(6):640–655. doi:10.1177/14550725241276309

Bundesärztekammer. Richtlinie zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger (in der gültigen Fassung).

Länderübergreifende Stichtagserhebung „Stoffgebundene Suchtproblematik im Justizvollzug“, Stichtag 31.03.2025 (Fact Sheet, Senatsverwaltung für Justiz Berlin).