

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Forensische Psychiatrie München

Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München



***Substitution im Maßregelvollzug***

***Wirksamkeit der Substitutionstherapie auf den Therapieverlauf von  
opioideabhängigen Patienten im bayerischen Maßregelvollzug***

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Elke Sogerer

aus

Viechtach

Jahr

2024

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Erster Gutachter: Prof. Dr. Norbert Nedopil

Zweiter Gutachter: Prof. Dr. Christa Mohr

Dritter Gutachter: PD Dr. Tom-Philipp Zucker

Mitbetreuung durch den

promovierten Mitarbeiter: Prof. Dr. Kolja Schiltz

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 21.03.2024

# Inhaltsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Abbildungsverzeichnis .....  | IX |
| Tabellenverzeichnis .....  | X  |
| Abkürzungsverzeichnis .....  | XI |
| 1 Einleitung .....   | 1  |
| 1.1 Opioidabhängigkeit .....   | 2  |
| 1.1.1 Historische Entwicklung der Substitutionstherapie .....                            | 3  |
| 1.1.2 Derzeitiger Goldstandard der Opioidsubstitution .....                              | 4  |
| 1.1.3 Vorteile und Nachteile der Substitutionstherapie .....                             | 6  |
| 1.2 Der Maßregelvollzug .....  | 10 |
| 1.2.1 Indikationen für die Unterbringung im Maßregelvollzug .....                        | 11 |
| 1.2.2 Behandlungskonzept des Maßregelvollzugs .....                                      | 12 |
| 1.2.3 Opioidabhängigkeit im Kontext des Straf- und Maßregelvollzugs .....                | 15 |
| 1.3 Zielsetzung und Hypothesen .....   | 17 |
| 2 Forschungsdesign und Methodik .....  | 19 |
| 2.1 Ablauf der Datenerhebung .....   | 19 |
| 2.2 Die Probandenpopulation .....  | 20 |
| 2.3 Entstehung und Aufbau des Dokumentationsbogens .....                                 | 21 |
| 2.4 Datenmanagement und Datenschutz .....  | 26 |
| 2.5 Statistische Analyse .....   | 26 |
| 3 Ergebnisse .....   | 29 |
| 3.1 Ergebnisse der Probandenrekrutierung und Beschreibung der<br>Studienpopulation ..... | 29 |
| 3.1.1 Ergebnisse der Probandenrekrutierung .....   | 29 |
| 3.1.2 Beschreibung der Studienpopulation .....   | 30 |
| 3.2 Klinischer Hintergrund .....   | 32 |
| 3.3 Hauptergebnisse .....  | 40 |
| 3.3.1 Vergleich der Rückfälle und Regelverstöße .....                                    | 40 |

|       |  |     |
|-------|--|-----|
| 3.3.2 | Vergleich der Therapieabbrüche und Unterbringungsdauer im Maßregelvollzug .....  | 41  |
| 3.3.3 | Vergleich der Häufigkeit der Rückstufungen und Dauer der jeweiligen Lockerungsstufe .....                                    | 42  |
| 3.3.4 | Vergleich der Therapieteilnahme (Arbeitstherapie, Sporttherapie, Ergotherapie etc.) .....                                    | 43  |
| 4     | Diskussion.....  | 45  |
| 4.1   | Aktueller Standard der Substitutionstherapie und Schwierigkeiten der Beurteilung ihrer Effektivität im Maßregelvollzug ..... | 45  |
| 4.2   | Die Erhebung von Studiendaten im bayerischen Maßregelvollzug – Vergleichbarkeit .....  | 47  |
| 4.3   | Diskussion der Datenerhebung zur Substitutionstherapie im bayerischen Maßregelvollzug.....                                   | 47  |
| 4.3.1 | Vergleichbarkeit der Stichproben.....  | 48  |
| 4.3.2 | Auswirkungen auf die Dauer und den Erfolg der Therapie .....   | 49  |
| 4.3.3 | Substitutionstherapie in Bezug auf Häufigkeit und Schwere krimineller Rückfälle.....   | 51  |
| 4.4   | Limitationen.....  | 54  |
| 5     | Resümee.....   | 57  |
| 6     | Weiterer Forschungsbedarf.....   | 60  |
|       | Literaturverzeichnis .....   | 61  |
|       | Anhang.....  | 72  |
|       | Danksagung .....   | 99  |
|       | Affidavit.....   | 102 |

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Für den Maßregelvollzug bestehen keine einheitlichen Behandlungsstandards für die Substitutionstherapie opioidabhängiger Patienten. Bisher wird die Substitutionstherapie in den Maßregelvollzugseinrichtungen nach unterschiedlichen Maßstäben initiiert und auch das Therapieangebot sowie die Sanktionen bei Rückfällen und Regelverstößen der Patienten werden individuell gestaltet. Das Ziel sollten jedoch einheitliche Behandlungsstandards sein, um Opioidabhängige im Rahmen einer Substitutionstherapie möglichst effizient behandeln zu können. An dieser Stelle sollen deshalb die Auswirkungen einer Substitutionstherapie auf den Therapieverlauf bei Patienten, welche gemäß § 64 StGB im bayerischen Maßregelvollzug untergebracht sind, untersucht werden. Sie soll somit der suchtmmedizinischen Entwicklung und der damit einhergehenden Verbesserung therapeutischer Maßnahmen im forensisch-psychiatrischen Setting dienen.

**Methodik:** Insgesamt wurden 144 Probanden aus 11 Maßregelvollzugseinrichtungen in Bayern in diese Studie eingeschlossen. Dazu wurde auf bestehende Daten der Klinikdokumentationssysteme zurückgegriffen. Die zum Zeitpunkt der Datenerhebung nicht substituierten Probanden wurden als Kontrollgruppe mit den substituierten Probanden der Versuchsgruppe hinsichtlich der Grundlagen der Unterbringung, der Therapieart und -teilnahme, der Vollzugslockerungen, der Regelverstöße und besonderen Vorkommnisse, der Substitutionstherapie, der Medikamentenverordnung, der Rückfälligkeit, der Resozialisierung und des Behandlungsabbruchs und der Abbruchgründe, verglichen.

**Ergebnisse:** Die Stichproben unterschieden sich klinisch ausschließlich in der Häufigkeit gescheiterter Entgiftungsversuche, die in der Substitutionsgruppe signifikant höher war (Median 1 vs. 3,  $p = 0,008$ ). Hinsichtlich der Unterbringungsdauer, der Abbruchquote, der erreichten Lockerungsstufen, der Anzahl der Rückstufungen sowie der Anzahl der Verlängerungen einzelner Lockerungsstufen und der allgemeinen Therapieaufnahme (Arbeitstherapie, Sporttherapie, Ergotherapie etc.) ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. In der Gruppe der rückfällig gewordenen Probanden konnten bei den nicht substituierten Probanden signifikant mehr Rückfälle verzeichnet werden (im Median 3 [1; 4–5] vs. 1 [1; 2–3] Rückfälle,  $p = 0,008$ ). Außerdem wiesen Nichtsubstituierte mehr Regelverstöße auf als substituierte Probanden (Median 1 [1; 2]) versus 2 [1; 3],  $p = 0,026$ ,  $r = 0,298$ ).

**Diskussion:** Obwohl sich substituierte Probanden in dieser Untersuchung hinsichtlich der klinischen Parameter, wie z. B. der Unterbringungsdauer, nicht von der Kontrollgruppe unterscheiden, lassen sich dennoch positive Effekte einer Substitutionstherapie auf den Therapieverlauf im Maßregelvollzug ableiten. Die Subgruppenuntersuchungen bei den Probanden mit Regelverstößen und Rückfällen geben Hinweise darauf, dass eine Substitutionstherapie sich durchaus positiv auf den Therapieverlauf, insbesondere hinsichtlich der Anzahl der Rückfälle und Regelverstöße, auswirken könnte. Weitere Untersuchungen sind hier jedoch notwendig.

## Abstract

**Background:** There are no universal treatment standards for patients within opioid maintenance treatment programs in forensic psychiatric hospitals. Currently, the maintenance treatment in forensic psychiatries is composed of various different criteria. Additionally, the offered therapeutic interventions, such as sanctions for drug relapses and rule violations, are individualized for each patient. However, the goal should be to implement a standardized treatment approach in order to treat opioid addicts more efficiently. For this reason, this paper will investigate the effects of maintenance therapy on the therapeutic process of patients placed in forensic psychiatric hospitals according to bavarian Criminal Code § 64 StGB. The aim is to aid the advancement of addiction medicine, accompanied by an improvement of the therapeutic approaches within a forensic psychiatric setting.

**Methods:** A total of 144 participants from 11 psychiatric prisons in Bavaria were included in this study. For this purpose, existing data of the clinic documentation systems were used. The non-substituted participants at the time of data collection were compared as a control group with the substituted participants of the experimental group with regard to baseline characteristics, duration of placement, dropout rate, number of lock-up levels reached, downgrades, as well as willingness to participate in therapy and number of rule violations.

**Results:** The samples differed clinically only in the frequency of failed detoxification attempts, which was significantly higher in the substitution group (median 1 vs. 3,  $p = 0.008$ ). No significant differences were found with regard to the duration of accommodation, the dropout rate, the number of detoxification levels reached, the number of downgradings, the number of extensions of individual detoxification levels, and general therapy participation (occupational therapy, sports therapy, occupational therapy, etc.). In the group of relapsed participants, significantly more relapses were recorded among the non-substituted participants (median 3 [1; 4–5] vs. 1 [1; 2–3] relapses,  $p = 0.008$ ). In addition, nonsubstituted participants had more rule violations than substituted participants (median 1 [1; 2]) vs. 2 [1; 3],  $p = 0.026$ ,  $r = 0.298$ ).

**Discussion:** Although substituted participants in this study did not differ from the control group with regard to clinical parameters, such as length of stay, positive effects of substitution therapy on the course of therapy in the correctional facility can still be derived. The subgroup studies of participants with rule violations and recidivism indicate that

substitution therapy could have a positive effect on the course of therapy, especially with regard to the number of recidivism and rule violations. However, further investigations are necessary here.



## **Abbildungsverzeichnis**

|  |    |
|--|----|
| <b>Abbildung 1</b> <i>Verteilung der Maßregelvollzugseinrichtungen in Bayern .....</i> | 11 |
| <b>Abbildung 2</b> <i>Verordnete Substitutionsmittel in der Versuchsgruppe .....</i>   | 39 |

## **Tabellenverzeichnis**

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabelle 1</b> <i>Vergleich des Bildungsstatus</i> .....                                  | 31 |
| <b>Tabelle 2</b> <i>Vergleich der Diagnosen nach ICD-10</i> .....                           | 33 |
| <b>Tabelle 3</b> <i>Vergleich von Schweregrad des Krankheitsbildes und Suchtanamnese</i> .. | 34 |
| <b>Tabelle 4</b> <i>Vergleich der Häufigkeiten von Bedarfs- und Begleitmedikation</i> ..... | 35 |
| <b>Tabelle 5</b> <i>Vergleich der Indikationen für Gabe von Antikonvulsiva</i> .....        | 37 |
| <b>Tabelle 6</b> <i>Vergleich der Abbruchgründe und der Unterbringungsdauer</i> .....       | 41 |
| <b>Tabelle 7</b> <i>Vergleich der Dauer der Lockerungsstufen</i> .....                      | 43 |
| <b>Tabelle 8</b> <i>Vergleich Bereitschaft zur Therapieteilnahme</i> .....                  | 44 |

## Abkürzungsverzeichnis

|        |   |
|--------|---|
| BADO   | Basisdokumentation  |
| BÄK    | Bundesärztekammer   |
| BfArM  | Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte   |
| BiG    | Behandlungsprogramm für inhaftierte Gewaltstraftäter  |
| BKA    | Bundeskriminalamt   |
| BtM    | Betäubungsmittel  |
| BtMG   | Betäubungsmittelgesetz  |
| BtMVV  | Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung   |
| BZR    | Bundeszentralregister   |
| DFG    | Deutsche Forschungsgemeinschaft   |
| DGPPN  | Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,<br>Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. |
| DSGVO  | Datenschutz-Grundverordnung   |
| DHC    | Dihydrocodein   |
| DHS    | Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen  |
| EMCDDA | European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction   |
| FIS    | Forensisches Informationssystem   |
| HBV    | Hepatitis-B-Virus   |
| HCV    | Hepatitis-C-Virus   |
| HIV    | Human Immunodeficiency Virus  |
| ICD-10 | International Statistical Classification of Diseases and Related Health<br>Problems, 10. Revision   |
| i. v.  | intravenös  |
| kbo    | Kliniken des Bezirks Oberbayern   |
| KIS    | Krankenhausinformationssystem   |
| LAAM   | L-alpha-Acetylmethadol  |

|        |  |
|--------|--|
| medbo  | Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz             |
| NUB    | Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden                  |
| OAT    | Opioid Agonist Therapy                                       |
| PREMOS | Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatment |
| RKI    | Robert Koch-Institut   |
| RVG    | Rückfallvermeidungsgruppe                                    |
| SKT    | Soziales Kompetenztraining                                   |
| SPSS   | Statistical Package für Social Sciences                      |
| StGB   | Strafgesetzbuch  |
| StPO   | Strafprozessordnung  |
| ZBFS   | Zentrum Bayern Familie und Soziales                          |

# 1 Einleitung

Die Entwicklung des Konsums von Opioiden und deren Auswirkungen auf die Kriminalitätsentwicklung in Deutschland und Europa werden seit Jahrzehnten mit Sorge betrachtet. Das Bundeskriminalamt (BKA, 2021) berichtet im Bundeslagebild 2020 nicht nur über einen stetigen Anstieg drogenbedingter Todesfälle in Deutschland von 9,6 % im Jahr 2017 auf 13,1 % im Jahr 2019, sondern zeigt außerdem, dass der Konsum von Opioiden innerhalb der letzten 5 Jahre hauptsächlich für Drogentote in Deutschland ist. Das Bundesland Bayern verzeichnete mit 248 Rauschgifttoden im Jahr 2020 neben Nordrhein-Westfalen (401 Tote) die meisten Rauschgifttoden in Deutschland. Opioidüberdosierungen waren im europäischen Raum in schätzungsweise 74 % der Fälle für die drogenbedingten Todesfälle verantwortlich. Doch Opioide sind nicht nur für die meisten drogenbedingten Todesfälle verantwortlich, sondern verursachen auch am häufigsten Schäden durch illegalen Drogenkonsum (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) und Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2022).

Neben den drogenbedingten Todesfällen zeigt auch die Rauschgiftkriminalität in Deutschland während der letzten 10 Jahre einen stetigen Anstieg (BKA, 2021). Die Opioidabhängigkeit ist dabei mit vielen, oft lebenslangen gesundheitlichen sowie psychischen und psychosozialen Problemen verbunden und gekennzeichnet durch ein hohes Mortalitätsrisiko (Überdosierungen oder Embolien) und eine hohe Komorbiditätslast (Angststörungen, affektive Störungen, Konsum psychotroper Substanzen). Hinzu kommen das krankheitsbedingte delinquente Verhalten (Beschaffungskriminalität) und die daraus resultierenden Folgen wie Haft oder Unterbringung. Diese Faktoren führen zu hohen Kosten für das Sozial- und Gesundheitssystem (Bundesärztekammer [BÄK], 2017; Wittchen et al., 2011) ebenso wie für die Polizei und Justiz.

Insbesondere im Bereich des Justizvollzugs finden sich hohe Prävalenzen einer Opioidabhängigkeit bei Strafgefangenen. Mit einer Prävalenz von ca. 6 % liegt die Opioidabhängigkeit deutlich über der der Allgemeinbevölkerung (ca. 0,3 %) (de Matos et al., 2016; Stoll et al., 2019).

Wie viele Personen in Haft unter einer Suchtmittelabhängigkeit, speziell unter einer Opioidabhängigkeit, leiden, war bis zur bundeseinheitlichen Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug im Jahr 2016 (Stichtag 31.03.2018) durch die länderübergreifende Arbeitsgruppe *Stoffgebundene Suchtproblematik* nicht bekannt.

Diese Untersuchung ergab, dass insgesamt bei 44 % der Häftlinge<sup>1</sup> eine Abhängigkeitserkrankung oder ein Missbrauch von illegalen Substanzen vorlag. Eine Abhängigkeit gemäß der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10. Revision (ICD-10) wurde bei 27 % der Inhaftierten festgestellt (Stoll et al., 2019).

Gegenüber dem Justizvollzug gibt es im Maßregelvollzug keine offizielle Erhebung der Opioidabhängigkeit und der Anzahl an substituierten Patienten<sup>2</sup>. Dies wäre jedoch aufgrund der Schwere der Erkrankung, der steigenden Anzahl an untergebrachten Patienten gemäß § 64 Strafgesetzbuch (StGB) in Bayern ebenso wie in ganz Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2015; 2016; 2017; 2018; 2019; 2020) und einer bedarfsgerechten Behandlung dieser Untergebrachten dringend notwendig.

## 1.1 Opioidabhängigkeit

Nach dem Europäischen Drogenbericht aus dem Jahr 2022 konsumierten im Jahr 2020 ca. 1 Million Menschen in Europa Opiode. Im Jahr 2019 gab es nach Schätzungen des Europäischen Drogenberichts ca. 1,9 bis 2,3 Fälle von Hochrisiko-Opioidkonsum je 1.000 Einwohner in Deutschland. Unter den illegalen Drogen wird Heroin weiterhin am häufigsten konsumiert und verursacht auch die meisten Drogentoten in Europa. Insgesamt bekamen 514.324 Opioidabhängige im Jahr 2020 eine Substitutionstherapie (EMCDDA und Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2022). Für Deutschland meldet das Substitutionsregister für das Jahr 2021 (Stichtag 1. Juli) 81.300 Substitutionspatienten (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, [BfArM], 2022a).

Der aktuelle Goldstandard zur Behandlung einer Opioidabhängigkeit ist die Substitution mit einem medizinischen Opioid, z. B. Methadon oder Buprenorphin, das ärztlich verordnet und verabreicht wird. Die Opioidsubstitution dient der gesundheitlichen wie auch psychischen und psychosozialen Stabilisierung des Opioidabhängigen und stellt somit eine überlebenssichernde und schadensminimierende Maßnahme dar (Fischer et al., 2010).

---

<sup>1</sup> Zur besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Dissertation das generische Maskulinum verwendet. Die in dieser Arbeit verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich – sofern nicht anders kenntlich gemacht – auf alle Geschlechter.

<sup>2</sup> Die Gesamtpopulation der Untergebrachten im Maßregelvollzug wird im Folgenden als „Patienten“ bezeichnet, die Studienteilnehmer hingegen als „Probanden“.

### 1.1.1 Historische Entwicklung der Substitutionstherapie

Der Gedanke einer pharmakologischen Behandlung des Entzugssyndroms sowie der medizinischen Langzeittherapie mit Opioiden bei Opioidabhängigkeit entstand im 19. Jahrhundert. Bereits in dieser Zeit gelangte man zu dieser Erkenntnis, dass bei manchen Opioidabhängigen eine lebenslange Einnahme von Opioiden notwendig ist. Dieses Wissen setzte sich durch, sodass bis in das 20. Jahrhundert hinein die Opioiderhaltungstherapie als medizinische Standardtherapie galt. Sigmund Freud unternahm im 19. Jahrhundert den Versuch, Morphiumsüchtige mit Kokain zu behandeln und so zu heilen (Springer, 2002). Ab 1928 änderte sich jedoch das Therapiekonzept von Opioidabhängigen. Fortan sollten Opioidabhängige zur Erreichung des Abstinenzziels in Entziehungsanstalten eingewiesen und behandelt werden. Dies bestätigte 1955 auch das Deutsche Ärzteblatt. Im Jahr 1950 wurde Levomethadon zum Zwecke des Entzuges an der Nervenlinik der Universität München bei 13 Probanden erfolgreich getestet, die Entzugssymptomatik ließ sich lindern (Poehlke, o. J.a, Poehlke, o. J.b; Springer, 2002; Ullmann, 2001).

Mit der Veröffentlichung steigender Zahlen an Heroindrogentoten durch die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) Mitte/Ende der 1970er-Jahre, der zunehmenden Verbreitung von Infektionen mit dem Human Immunodeficiency Virus (HIV) und der hohen Rückfallzahl durch die bisher wenig erfolgreichen (Abstinenz-)Behandlungsstrategien von Drogenabhängigen wurden erneut Substitutionsprogramme gestartet (Poehlke, o. J.b; Schmidt-Semisch, 2020).

In den Jahren 1988–1996 wurden verschiedene nieder-<sup>3</sup> und hochschwellige<sup>4</sup> Pilotsubstitutionsprogramme wie z. B. das Hamburger Methadonprogramm, das Hannoverische Levomethadonprogramm und das Methadonprogramm in Bremen gestartet (Deutsches Ärzteblatt, 1991; Krach, 1978; Lehmann et al., 2021; Poehlke, o. J.c; Stöver & Gerlach, 2010). Im internationalen Vergleich begann Deutschland deutlich später mit diesen Substitutionsprogrammen als andere Länder (Dole & Nyswander, 1965; Gearing & Schweitzer, 1974; Joseph et al., 2000; Newman, 2001; Poehlke, o. J.b, Poehlke, o. J.c; Stöver & Gerlach, 2010; Verster & Buning, 2000).

---

<sup>3</sup> Niederschwellig: mit wenig Aufwand erreichbar und an wenige bis keine Anforderungen geknüpft.

<sup>4</sup> Hochschwellig: mit viel Aufwand erreichbar und an hohe Anforderungen geknüpft.

Bis Anfang der 1990er-Jahre gab es keine Leitlinien für die Substitutionstherapie von Opioidabhängigen. Therapieinhalte- und -ziele einer Substitutionstherapie ergaben sich bis zu diesem Zeitpunkt aus der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) sowie den Neue-Untersuchungs-und-Behandlungsmethoden- (NUB-)Richtlinien (Lehmann et al., 2021). Erst seit 1991 ist die Substitutionstherapie in Deutschland offiziell anerkannt und im Jahr 1992 wurde diese auch erstmals von Krankenkassen finanziert. Die Opioidsubstitutionstherapie orientierte sich dabei weiterhin an der BtMVV sowie den NUB-Richtlinien, bis im Jahr 2002 die ersten Richtlinien für eine Substitutionstherapie erstellt wurden (Lehmann et al., 2021; Poehlke, o. J.c; Stöver & Gerlach, 2010). Bei einer Opioidabhängigkeit gilt seitdem nach der BtMVV eine Substitutionstherapie als indiziert (Stöver & Gerlach, 2010). Seit 2017 ist die BÄK für alle Belange rund um die Substitutionstherapie zuständig, während die BtMVV für die Verordnung der Substitutionsmedikamente sowie die Betäubungsmittelsicherheit verantwortlich zeichnet (Erbas et al., 2016; Poehlke o. J.c).

### **1.1.2 Derzeitiger Goldstandard der Opioidsubstitution**

Vor Einleitung einer Substitutionstherapie ist die Indikation bzw. die Voraussetzung durch einen entsprechend qualifizierten Arzt genau zu überprüfen und eine ausführliche Diagnostik durchzuführen. Nach den *Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger* (BÄK, 2017) steht gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 BtMVV die Sicherung einer manifesten Opioidabhängigkeit (ICD-10: F11.2) an erster Stelle. Darüber hinaus können auch Patienten substituiert werden, die einen weiteren Substanzmissbrauch aufweisen. Hier ist jedoch besondere Vorsicht geboten und mögliche weitere Abhängigkeiten, wie z. B. ein Alkoholmissbrauch, sollten ggf. mittherapiert werden. Auch bei inhaftierten Opioidabhängigen, die aktuell nicht konsumieren, bei denen aber eine erhöhte Rückfallgefahr oder ein erhöhtes Mortalitätsrisiko besteht, kann mit medizinischer Begründung eine Substitutionstherapie sinnvoll sein.

Vor und während einer Schwangerschaft soll das Risiko durch einen Drogenkonsum gesenkt werden. Schwangere opioidabhängige Inhaftierte sowie opioidabhängige HIV-Infizierte und Inhaftierte am Ende der Haftstrafe sind vorrangig zu substituieren. Bei Letzteren besteht ein verstärktes Risiko für Überdosierungen, wenn diese nach ihrer Entlassung ihren Drogenkonsum wieder aufnehmen (BÄK, 2017; Erbas et al., 2016; Pont et al., 2012).



Vor Einleitung einer Substitutionstherapie sind die Gefahren eines unkontrollierten Drogenkonsums dem Nutzen dieser Therapieform gegenüberzustellen. Außerdem sollte der Vorteil einer Substitutionstherapie gegenüber einer abstinenzorientierten Therapie geprüft werden. Erst nach sorgfältiger Abwägung sollte eine Entscheidung getroffen werden. Prinzipiell dürfen gemäß § 13 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) Opiate nur dann eingesetzt werden, wenn eine andere Behandlungsform keinen Erfolg hatte (BÄK, 2017; Erbas et al., 2016; Pont et al., 2012).

Für die Substitutionstherapie werden (Opiat-)Agonisten, Antagonisten sowie auch gemischte Agonisten/Antagonisten eingesetzt. (Opiat-)Agonisten ähneln der Wirkung von Heroin/Morphin und stimulieren die Opiatrezeptoren. Sie lindern und reduzieren somit Entzugserscheinungen und das Verlangen nach Heroin, jedoch besteht, wie bei allen Opioiden, ein Abhängigkeitspotenzial (Pont et al., 2012).

Im Gegensatz zu den Agonisten hemmen Antagonisten die Wirkung anderer Opiode, indem sie Opiatrezeptoren besetzen und blockieren. Antagonisten erzeugen keinen Rauschzustand und erzielen auch keine Reduktion des Substanzverlangens. Vielmehr kommt es im Gegenteil zu Entzugserscheinungen, wenn ein Antagonist nach längerem Opioidkonsum eingenommen wird. Antagonisten eignen sich deshalb nicht zur Behandlung von noch nicht entgifteten Opioidabhängigen. Wird zuerst ein Antagonist und dann ein Opioid eingenommen, hebt Ersterer die euphorisierende Wirkung des Opiats auf. Ein großer Vorteil der Antagonisten liegt darin, dass sie im Gegensatz zu Agonisten keine suchterzeugende Wirkung haben (Pont et al., 2012).

Zu den (Opiat-)Agonisten zählen folgende Substanzen: Methadon, Levomethadon, L-alpha-Acetylmethadol (LAAM), retardiertes Morphin, Codein, Diamorphin und Heroin. Bis auf Diamorphin haben Agonisten eine lange Wirkdauer und rufen keinen Rauschzustand hervor. Zu den Antagonisten zählen Naltrexon und Naloxon. Während Naltrexon zur Behandlung der Opioidabhängigkeit eingesetzt wird, wird Naloxon nur in der Notfalltherapie zur Behandlung von Opiatüberdosierungen verwendet. Buprenorphin wird als gemischter Agonist/Antagonist ebenfalls zur Behandlung Opioidabhängiger eingesetzt. Naloxon-Buprenorphin-Kombinationspräparate finden zudem Verwendung, wenn dem intravenösen (i. v.) Drogenkonsum vorgebeugt werden soll (Pont et al., 2012).

Zu Beginn einer Substitutionstherapie ist vor allem bei einer unklaren Opioidtoleranz eine Überdosis durch eine eingehende Eindosierungsphase bzw. Dosisfindungsphase

zu vermeiden. Für sehr schwierige Fälle ist dabei ein stationäres Setting erforderlich. Zwar können hier die Angaben der Probanden zur Konsummenge der eingenommenen Drogen nützlich sein, eine Dosisreduzierung oder -erhöhung sollte jedoch schrittweise vorgenommen und die Dosis über mehrere Tage hinweg kontinuierlich angepasst werden (BÄK, 2017; Pont et al., 2012).

In Deutschland schreibt § 5 Abs. 6 i. V. m. § 2 BtMVV die zur medizinischen Anwendung erlaubten Substitutionsmittel vor. Folgende Substitutionsmittel kommen mit folgender Dosisempfehlung zum Einsatz:

- Methadon-Racemat (Eptadone oder Methadict): alle 24 Stunden 60–120 mg oral als Sirup oder in Tablettenform (BÄK, 2017; Pont et al., 2012)
- Levomethadon (L-Polamidon): alle 24 Stunden 40–60 mg oral als Sirup (BÄK, 2017; Pont et al., 2012)
- Buprenorphin (Subutex): alle 24, 48 oder 72 Stunden 8–24 mg täglich sublingual eingenommen; Buprenorphin in Kombination mit Naloxon (Suboxone) sublingual maximal 24 mg alle 8–24 Stunden (Indivior Europe Limited, 2021) oder als Buprenorphin-Injektionslösung (Buvidal) einmal im Monat (frühestens alle 26 Tage) maximal 300 mg subkutan injiziert (BfArM, 2022c)
- Retardiertes Morphin (Substitol): alle 24 Stunden 30–1200 mg oral als Kapsel (BÄK, 2017; Pont et al., 2012)
- Codein und Dihydrocodein wird in begründeten Ausnahmefällen eingenommen und in Form von Tabletten oder in flüssiger Form als Sirup (Dihydrocodein-(DHC-)Tartrat) oral verabreicht. Codein kann alle 6 Stunden bei einer maximalen Tagesdosis von 176 mg verabreicht werden (BÄK, 2017; BfArM, 2022b; Pont et al., 2012)

Für Diamorphin als Substitutionsmittel gelten gesonderte gesetzliche Vorschriften, die in § 5a BtMVV verankert sind (BÄK, 2017). Die BtMVV schreibt vor, dass die Substitutionsmittel nicht i. v. injiziert, sondern gemäß § 13 Abs. 1 BtMG nur oral unter Aufsicht von Ärzten mit suchtmmedizinischer Zusatzqualifikation verabreicht werden dürfen (Erbas et al., 2016).

### **1.1.3 Vorteile und Nachteile der Substitutionstherapie**

Aktuell herrscht kein einheitlicher Konsens unter dem medizinischen Fachpersonal hinsichtlich des Effektes einer Substitutionstherapie. Im Folgenden werden deshalb

die positiven Aspekte sowie Bedenken gegenüber der Substitutionstherapie dargestellt.

Zu den Vorteilen gehören:

- Reduktion des Heroinkonsums: Zahlreiche Studien belegen, dass sich der Heroinkonsum bei Opioidkonsumenten unter einer Substitutionstherapie nachhaltig reduziert, der Suchtdruck verringert und weniger Kontakt zum Drogenmilieu gepflegt wird. Ebenfalls konnte eine geringere Beikonsumrate unter einer Substitutionstherapie nach Haftentlassung beobachtet werden (Dole & Nyswander, 1965; Gordon et al., 2008; Kinner et al., 2013; Mattick et al., 2009; Moore et al., 2019; Sees et al., 2000; Vogt et al., 2000; Wittchen et al., 2011).
- Drogeninduzierte Infektionskrankheiten: Studien zeigen einen deutlichen Rückgang des i. v. bzw. riskanten Drogenkonsums unter einer Substitutionstherapie und der damit verbundenen drogeninduzierten Infektionskrankheiten, die durch das Hepatitis-B-Virus (HBV), das Hepatitis-C-Virus (HCV) und HIV verursacht werden. Somit kann ein präventiver Nutzen der Substitutionstherapie nachhaltig belegt werden. Dies lässt sich unter anderem durch die Vermeidung von geteiltem Spritzbesteck erklären (Dolan et al., 2005; Kimber et al., 2010; Maddux & Desmond, 1997; Moore et al., 2019; Stark et al., 1996; Thiede et al., 2000).
- Haltequote bei Opioidabhängigen: Nicht nur die Häufigkeiten von Infektionskrankheiten und das Ausmaß des Heroinkonsums werden positiv durch die Substitutionstherapie beeinflusst. Eine Substitutionstherapie zeigte zudem einen nachhaltigen Effekt auf die Haltequote, also die langfristige Behandlungskontinuität bei Opioidabhängigen (D'ippoliti et al., 1998; Gordon et al., 2008, 2014; Kinlock et al., 2007, 2009; Sees et al., 2000; Wittchen et al., 2011; Zippel-Schultz et al., 2019).
- Mortalität: Spezifische Todesursachen bei Heroinabhängigkeit sind tödliche Überdosierungen, tödliche HIV-Infektionen und Suizide. Ergebnisse unterschiedlicher Studien zur Mortalitätsentwicklung bei Substituierten im Vergleich zu Nichtsubstituierten konnten nachweisen, dass eine Substitutionstherapie die Mortalitätsrate von Opioidabhängigen senkt und als Überlebenshilfe dienen kann (Brugal et al., 2005; Esteban et al., 2003; Fugelstad et al., 1998; Risser et al., 2001; Scherbaum, 2007; Wittchen et al., 2011). Substituierte haben somit eine höhere Lebenserwartung.

- **Kriminalitätsentwicklung:** Auch die Kriminalitätsentwicklung von Substituierten und Nichtsubstituierten wurde aus wissenschaftlicher Sicht beleuchtet (Bellin et al., 1999; Dolan et al., 2005; Fugelstad et al., 1998; Hua-Min et al., 2015; Maddux und Desmond, 1997). Anhand der verschiedenen Forschungsergebnisse lässt sich ableiten, dass eine Substitutionstherapie kriminelles Verhalten wie z. B. Beschaffungskriminalität verringert, aber auch zu einem Rückgang des Drogenhandels und der illegalen Prostitution durch Abhängige beiträgt. Daraus folgt eine geringere Verhaftungs- und Verurteilungsrate in der Population der Substituierten.
- **Allgemeine Lebenssituation:** Auch die allgemeine Lebenssituation bzw. das Sozial- und Familienleben der Opioidabhängigen kann durch eine Substitutionstherapie verbessert und stabilisiert werden. Substituierte stehen häufiger als Nichtsubstituierte in Beschäftigungsverhältnissen und sind beruflich besser integriert als Nichtsubstituierte (Appel et al., 2001; Dole & Nyswander, 1965; Hua-Min et al., 2015).
- **Schwangerschaft:** Eine Substitutionstherapie bei Frauen soll zur Risikoreduktion konsumbedingter Probleme Opioidabhängiger während der Schwangerschaft und nach der Geburt beitragen (Kastelic et al., 2007; Pont et al., 2012).

Diese Vorteile stellen gleichzeitig auch mögliche und wünschenswerte Therapieziele dar (BÄK, 2017; Kastelic et al., 2007; Pont et al., 2012; Tretter, 2016). Im Optimalfall werden möglichst viele der genannten Therapieziele erreicht, jedoch ist es einzelfallabhängig, welche Ziele in welchem Zeitraum erreicht werden können (BÄK, 2017). Obwohl die Substitutionstherapie als schadensmindernde Therapie angelegt ist, sollte nach erfolgreich verlaufender und stabiler Substitutionstherapie die Opioidabstinenz gemäß § 5 Abs. 2 Satz 1 BtMVV besprochen und dokumentiert werden (BÄK, 2017). Durch diese Form der Behandlung soll drogeninduziertes Risikoverhalten vermieden werden und zu einer gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung des Drogenkonsumenten führen. Die Substitutionstherapie soll es den Drogenkonsumenten ermöglichen, ihre Lebensweise zu verändern und ein normales Leben ohne Beschaffungskriminalität und Drogenkonsum zu führen und einen Ausstieg aus dem kriminellen Milieu zu finden (BÄK, 2017; Pont et al., 2012).

Nachfolgend werden die Nachteile und Bedenken gegenüber der Substitutionstherapie dargestellt:

- Ein Hauptargument der Kritiker stellt der lange Behandlungszeitraum durch eine Substitutionstherapie dar, mit dem eine Abhängigkeit von einem Medikament und auch vom substituierenden Arzt verbunden ist. Wegen dieser Abhängigkeit würde der Substituierte eine passive Haltung einnehmen und in die Rolle des Kranken fallen (Kastelic et al., 2007).
- Für die Ärzte erschweren undurchsichtige bürokratische Anforderungen und Reglementierungen durch die BtMVV und nicht zuletzt die fehlende Rechtssicherheit eine einfache Umsetzung der Substitutionstherapie (Stöver, 2011a).
- Aus der rechtlichen Unsicherheit resultiert zwangsweise eine Angst vor Strafverfolgung, die durch politische und die jeweiligen institutionellen Ungewissheiten über den gewollten allgemeinen Einsatz einer Substitutionstherapie noch gefördert wird. Dies führt bei den Behandlern nicht zuletzt zu einer Abnahme der Bereitschaft, sich für den Fachbereich Sucht und Substitution einzusetzen und als Substitutionsmediziner tätig zu werden (Stöver, 2011a).
- Bezogen auf Haftanstalten ist ein weiteres Argument der Kritiker der Substitutionstherapie, dass Substitutionstherapie und Haft bezüglich des Sicherheitsauftrags im Widerspruch zueinanderstehen, da ein Gefängnis frei von Drogen zu sein hat. Substitutionsmittel wie beispielsweise Methadon oder Buprenorphin werden demnach auch als Drogen definiert wie jede andere psychoaktive Substanz, sie schwächen das System Haft und verhindern ein drogenfreies Leben. Ein Substitutionsmittel ist ihrer Meinung nach lediglich ein Ersatz für eine andere psychoaktive Substanz (Pont et al., 2012).
- Auch das Risiko des Missbrauchs bzw. die Befürchtung, dass Substitutionsmittel für andere Zwecke verkauft werden könnten, schürt die Angst der Kritiker in Bezug auf eine Substitutionstherapie (Pont et al., 2012).
- Der organisatorische Aspekt ist ein weiterer Ablehnungsgrund für eine Substitutionstherapie. Die bereits begrenzten räumlichen und personellen Umstände in den Haftanstalten würden durch die weitere Aufgabe der Substitutionstherapie und den damit verbundenen zusätzlichen Aufwand für das gesamte medizinische Behandlungsteam erschwert. Zudem stellt die Durchführung einer Substitutionstherapie keine aner kennenswerte Tätigkeit dar und wird durch Anfeindungen seitens des Vollzugspersonals abgewertet. Hintergrund hierfür ist das abstinenzorientierte Denken (Pont et al., 2012).

- Im Maßregelvollzug wird laut Stöver et al. (2012) die Substitutionstherapie als möglicher Störfaktor für die Psychotherapie betrachtet. Früher argumentierten Therapeuten damit, dass Substitution die Bereitschaft für eine Therapie, vor allem für die Tiefenpsychologie, senken würde. Die psychische Konstitution von Substituierten würde zudem eine Beschäftigung mit der Therapie nicht mehr in ausreichendem Maße zulassen (Behrendt & Meyer-Thompson, 2011). Ähnlich wie in den scheinbar drogenfreien Haftanstalten wurde auch im Maßregelvollzug speziell der Behandlungsbereich des § 64 StGB von vielen Ärzten als drogenfreier Raum betrachtet bzw. eine abstinenzorientierte Therapieform forciert. Nur unter Abstinenzbedingungen schien das Ziel einer Maßregelbehandlung nach § 64 StGB erreicht werden zu können (Stöver, 2011a, Stöver & Gerlach, 2010). Trotz dieser mittlerweile als veraltet geltenden Überlegungen gibt es auch heute noch einige Anstalten, die sich einer Substitutionstherapie verweigern.

## **1.2 Der Maßregelvollzug**

Mit dem Maßregelvollzug, in dem freiheitsentziehende Maßregeln der Besserung und Sicherung vollzogen werden, existiert seit der Strafrechtsreform im Jahr 1933 parallel zum Justizvollzug eine weitere Rechtsfolge innerhalb des strafrechtlichen Sanktionensystems (Müller & Nedopil, 2017; Zentrum Bayern Familie und Soziales, 2022).

Die Anordnung einer Maßregel der Besserung und Sicherung ist nicht von der Schuld eines Straftäters abhängig und gilt auch nicht als Sanktionsart im Sinne einer Bestrafung. Durch eine Maßregel soll in erster Linie die Allgemeinheit vor dem kriminellen Rückfallrisiko und weiteren Straftaten durch den Untergebrachten geschützt werden. Außerdem soll die den Straftaten zugrunde liegende psychische Erkrankung der Straftäter, hier konkret eine Suchterkrankung, behandelt werden, sodass den Betroffenen nach Heilung und Besserung der Erkrankung künftig ein straffreies Leben in Freiheit möglich ist (Best & Rössner, 2007; Heinz, 2014; Müller & Nedopil, 2017; Wolf, 2012; Zentrum Bayern Familie und Soziales, 2022).

In Bayern gibt es derzeit 14 Maßregelvollzugseinrichtungen mit 3.000 Untergebrachten, die in der folgenden Abbildung 1 dargestellt werden.

## Abbildung 1

### Verteilung der Maßregelvollzugseinrichtungen in Bayern



*Anmerkungen.* Aus Hinweise für untergebrachte Personen im Maßregelvollzug, von Zentrum Bayern Familie und Soziales, 2022, o. S.

Einzelne Maßregelvollzugseinrichtungen mit besonderer fachlicher Ausrichtung stellen Taufkirchen (Frauen), Parsberg (Jugendliche, Heranwachsende und junge Erwachsene nach § 64 StGB) und Regensburg (Jugendliche, Heranwachsende und junge Erwachsene gemäß § 64 StGB) dar (Zentrum Bayern Familie und Soziales, 2022).

#### 1.2.1 Indikationen für die Unterbringung im Maßregelvollzug

Gerichte können Straftäter unter bestimmten Voraussetzungen in Maßregelvollzugseinrichtungen unterbringen. Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB setzt voraus, dass die Tat aufgrund einer psychischen Störung, Schuldunfähigkeit oder verminderter Schuldfähigkeit verübt wurde (Müller & Nedopil, 2017). Die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung gemäß § 66 StGB setzt eine erhebliche Rückfallgefahr mit schweren Straftaten voraus. Beide Maßregeln sind zeitlich nicht befristet. Auf diese beiden Maßregeln wird hier jedoch nicht weiter eingegangen.

Im Gegensatz zu der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB und der Sicherungsverwahrung (§ 66 StGB) ist die Unterbringung in einer

Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB auf 2 Jahre befristet bzw. wird nur so lange angeordnet, bis der Betreffende nach Ablauf der Halbstrafe entlassen werden kann. Diese Maßregel wird dann angeordnet, wenn bei dem Straftäter der Hang zu übermäßigem Substanzmissbrauch (Alkohol und Drogen) festgestellt wird, diese Neigung Grund für die Begehung einer rechtswidrigen Tat war und eine Therapie einen gewissen Erfolg dahin gehend verspricht, dass der Patient eine gewisse Zeit in Freiheit keinen Substanzkonsum betreibt und nicht erneut straffällig wird. Eine Beendigung ist aufgrund des Fristablaufes möglich bzw. wenn die Voraussetzungen des § 64 StGB nicht mehr vorliegen. Dann tritt eine Führungsaufsicht ein. Besteht keine Aussicht auf Therapieerfolg, wird die Maßnahme durch das Gericht als erledigt erklärt (Müller-Isberner & Eucker, 2012; Müller & Nedopil, 2017; Zentrum Bayern Familie und Soziales, 2022).

Die Voraussetzungen der §§ 20, 21 StGB liegen bei einer Verurteilung gemäß § 64 StGB häufig nicht vor (Müller & Nedopil, 2017).

### **1.2.2 Behandlungskonzept des Maßregelvollzugs**

Die Behandlung von untergebrachten Straftätern kann nicht mit anderen üblichen Behandlungssettings verglichen werden, da hier nicht der Patient aufgrund seines Leidensdruckes freiwillig medizinische oder psychotherapeutische Hilfe aufsucht, sondern ihm eine Behandlung unter Zwangsbedingungen rechtlich auferlegt wird, damit die Gesellschaft vor einer durch ihn ausgehenden Gefahr geschützt ist (Müller-Isberner & Eucker, 2012). Deshalb ist in Maßregelvollzugseinrichtungen auch mit einer geringeren Therapiemotivation zu rechnen. Möglicherweise erhoffen sich die Untergebrachten schnellere Lockerungen und die Entlassung. Die Untergebrachten müssen deshalb sehr ausführliche Informationen, eine Psychoedukation und Aufklärung über die Unterbringung und die Therapie erhalten. Dies geht nur durch eine enge Therapiebindung (Hecker, 2018).

Bis zum Jahr 2017 lagen keine fachlichen Behandlungsstandards für den psychiatrischen Maßregelvollzug vor. Diese wurden von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) im Jahr 2014 im Rahmen einer interdisziplinären Arbeitsgruppe erarbeitet und sollen zur Verbesserung der Behandlung von Untergebrachten beitragen (Müller et al., 2017). Medizinische Behandlungsformen wie die Opioidsubstitutionstherapie wurden bislang noch nicht standardisiert angewendet und evaluiert (Heilmann & Scherbaum, 2015).



Ein Untergebrachter durchläuft in einem Maßregelvollzug drei Stadien:

1. Aufnahme, Diagnostik und Therapieplanung:

In diesem Stadium befinden sich die Untergebrachten in einem spezialisierten Aufnahmebereich, auf einer besonders gesicherten Station. Hier wird die psychiatrische Diagnostik durchgeführt. Neben der Diagnose werden auch die kriminogenen Merkmale untersucht und identifiziert. Zudem wird eine erste Risikoeinschätzung vorgenommen und ein individueller Behandlungsplan erarbeitet. Der Behandlungsplan wird alle 6 Monate aktualisiert (Müller-Isberner & Eucker, 2012; Nedopil et al., 2021, Zentrum Bayern Familie und Soziales, 2022).

2. Behandlung:

Die Behandlung der Untergebrachten findet, je nach Therapiefortschritt, auf unterschiedlich gesicherten Stationen statt. Vom Therapiefortschritt ist auch die jeweilige Lockerungsmöglichkeit bzw. Lockerungsstufe abhängig. Konnte sich ein Patient im Laufe der Therapie bewähren, werden ihm Lockerungen (Stufensystem) gewährt. Somit kann der Betreffende bei zunehmenden Freiheitsgraden seine Fortschritte erproben und sich bezüglich seiner Selbststeuerung und seiner Zuverlässigkeit bewähren, indem er z. B. Ausgänge außerhalb des Klinikgeländes wahrnimmt. Nach Aufbau der Therapiefähigkeit durch Bündnis- und Gruppenfähigkeit, durch Abklingen akuter psychopathologischer Auffälligkeiten und dem Aufbau einer intrinsischen Veränderungsmotivation, kann mit der Psycho- und Sozialtherapie begonnen werden (Müller-Isberner & Eucker, 2012; Zentrum Bayern Familie und Soziales, 2022).

Diese Therapie gestaltet sich in Form von Einzeltherapie- und Gruppentherapiesitzungen, beispielsweise soziales Kompetenztraining und/oder psychoedukative Programme. Ergänzt wird diese durch weitere Therapieangebote wie die Ergo- und Arbeitstherapie, die Sport- und Musiktherapie. Die psychopharmakologische Behandlung, die in vielen Fällen erforderlich ist, kann Dissozialität oder Kriminalität im Allgemeinen nicht behandeln, sondern zielt unter anderem auf die Behandlung bzw. Linderung von Zielsymptomen wie beispielsweise impulsivem, aggressivem Verhalten, emotionaler Labilität oder psychotischer und depressiver Symptome ab (Müller-Isberner & Eucker, 2012; Zentrum Bayern Familie und Soziales, 2022).

Durch die Arbeitstherapie bzw. Qualifizierungs- und Trainingsmaßnahmen sollen dem Patienten berufsbezogene Kompetenzen und soziale Fertigkeiten vermittelt werden.

Des Weiteren soll auch die berufliche Leistungsfähigkeit verbessert werden. Für die Patienten gibt es auch die Möglichkeit, an der Sport- und Bewegungstherapie als gruppentherapeutische Maßnahme teilzunehmen. Diese soll die Körperwahrnehmung und die körperliche Leistungsfähigkeit verbessern (Müller-Isberner & Eucker, 2012; Zentrum Bayern Familie und Soziales, 2022).

Die Therapie beinhaltet im Maßregelvollzug die Verlaufskontrolle, aber auch die Überwachung des Risikos unter Behandlungs- und Lockerungsbedingungen durch unterschiedliche Methoden wie die Durchführung von Alkoholtests und Drogenscreenings und Kontrollen des Medikamentenspiegels, durch Hausbesuche, telefonische Kontrollen und vor allem die Verhaltensbeobachtung durch die Mitarbeiter. Zur Behandlung der Probanden werden die genannten Therapieformen miteinander kombiniert (Müller-Isberner & Eucker, 2012; Zentrum Bayern Familie und Soziales, 2022).

Im Bayerischen Maßregelvollzugsgesetz sowie in den Verlautbarungen des Amts für Maßregelvollzug des Zentrums Bayern Familie und Soziales (ZBFS) finden sich allerdings keine spezifischen Hinweise für die Gestaltung der Suchttherapie. Im Praxis- handbuch Maßregelvollzug sind zwar Vorschläge enthalten, die aber nicht zwingend in dieser Form umgesetzt werden müssen. Dabei durchlaufen laut Osher und Kofoed (1989) insbesondere Suchterkrankte mehrere Behandlungsphasen:

- Schaffen von Krankheitseinsicht und therapeutischer Allianz
- Erzeugung von Änderungsmotivation
- Verhaltensänderung
- Relapse-Prävention und Verbesserung der Gesundheit

Im Anschluss an die Behandlung sollte eine Adaptionphase zur beruflichen und sozialen Rehabilitation stattfinden (Hecker, 2018).

Laut ZBFS soll sich die Behandlung und demnach auch die Suchttherapie an den gängigen Behandlungsstandards für die klinische Psychiatrie und Psycho- sowie Suchttherapie orientieren. Derzeitig gibt es bezüglich einer standardisierten Suchttherapie, wie z. B. der Substitutionstherapie von Opioidabhängigen als Leitstruktur ausschließlich die in Kapitel 1.1.2 genannten Richtlinien und Vorgaben. Spezifische Konzepte für die Suchttherapie im Maßregelvollzug fehlen bislang.

### 3. Reintegration und Entlassung:

In diesem Stadium stehen vor allem entlassvorbereitende Maßnahmen und die Vorbereitung auf das Probewohnen im Mittelpunkt. Hier geht es um die Suche nach einem geeigneten sozialen Empfangsraum. Zeigt sich der Patient mit dem sozialen Umfeld, in das er entlassen wird, einverstanden und kann dieses für sich akzeptieren, folgt dessen Erprobung. Bei positiver Erprobung erfolgt schlussendlich die Entlassung des Patienten (Müller-Isberner & Eucker, 2012; Zentrum Bayern Familie und Soziales, 2022).

Oberste Priorität bei den Behandlungen, und zwar sowohl im Maßregelvollzug als auch während der Nachsorge, hat die Verbesserung der sozialen Funktionsfähigkeit (z. B. Finanzmanagement, Selbstversorgung, Akzeptanz von Regeln). Diese sogenannten Alltagskompetenzen, die bei Suchterkrankten schnell in den Hintergrund rücken, müssen kontinuierlich angepasst und überwacht werden. In jeder Phase der Behandlung, so auch während der Nachsorge nach der Entlassung, erfolgen regelmäßige Abstinenzkontrollen (Hecker, 2018). Die im Maßregelvollzug erworbenen Fähigkeiten müssen dann im Rahmen der jeweiligen Lockerungen außerhalb des geschlossenen Rahmens erprobt werden.

Mit der Entlassung des Patienten aus dem Maßregelvollzug tritt automatisch die Führungsaufsicht ein und der Entlassene wird in der Regel an eine forensisch-psychiatrische Ambulanz angebunden (Müller-Isberner & Eucker, 2012; Zentrum Bayern Familie und Soziales, 2022). Die Sicherung des Lebensunterhalts, befriedigende Lebensverhältnisse, ein stabiles Bezugspersonensystem und eine feste Tagesstruktur sind hierbei essenzielle Ziele (Müller-Isberner & Eucker, 2012). Auch weitere Suchthilfeangebote, wie Selbsthilfegruppen, können dabei stabilisierend wirken (Hecker, 2018).

#### **1.2.3 Opioidabhängigkeit im Kontext des Straf- und Maßregelvollzugs**

Die Ansicht von Heilmann und Scherbaum (2015), dass der Strafvollzug für suchtkranke Menschen ein zusätzliches Gesundheitsrisiko darstellt und kriminelles Verhalten fördern kann, gilt mittlerweile als überholt. Dass dies beispielsweise anhand eines höheren Risikos der Infektion mit HIV oder Hepatitisviren durch geteiltes und verunreinigtes Spritzbesteck sowie an der verbreiteten Beschaffungskriminalität unter Haftbedingungen deutlich wird, ist eine ebenfalls nicht mehr zeitgemäße Einschätzung (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung beim Bundesministerium für Gesundheit, 2019).

In Justizvollzugsanstalten ist laut Soyka und Steinböck (2022) die Substitutionstherapie ein etablierter Standard, der allerdings im Bereich des Maßregelvollzugs trotz hoher Zahlen an opioidabhängigen Patienten so noch nicht existiert. Da für die medizinische Versorgung unter Haftbedingungen jedoch das Äquivalenzprinzip gilt, welches somit auch die Substitutionstherapie umfasst, ist dies ein dringend zu optimierender Zustand (Kastelic et al., 2007; Stöver, 2011a).

In einer explorativen Arbeit von Weiss et al. (2022) wurden medizinische Mitarbeitende aus 18 bayerischen Haftanstalten ( $n = 20$ ) im Rahmen teilstrukturierter Leitfadeninterviews zur Substitutionspraxis in den Anstalten und zu ihren Einstellungen hierzu befragt. Die individuelle Behandlungsentscheidung hing aus Sicht der Befragten von dem Patientenwunsch, der Schwere und Dauer der Abhängigkeit, der Strafdauer und organisatorischen Faktoren ab. Problematisiert wurden insbesondere die Versorgungssituation innerhalb und außerhalb der Haftanstalten sowie Schwierigkeiten im Übergangmanagement. Das Abstinenzziel wurde zwar von einem Teil der Befragten grundsätzlich positiv bewertet, aber als wenig realistisch eingestuft. Die am häufigsten genannten Vorteile der Substitution waren der ruhigere Haftalltag, die Stabilisierung der Lebenssituation der Betroffenen sowie die Reduktion von Schmuggel und des Beikonsums. Bei den Nachteilen wurden am häufigsten die Gefahr der illegalen Weitergabe des Substitutionsmittels, das erhöhte Risiko eines gefährlichen Beikonsums und Compliance-Probleme genannt.

Überregional ist derzeit das Angebot an institutioneller Opioidagonistherapie (Opioid Agonist Therapy [OAT]) nicht vereinheitlicht. Die kanadischen Forscher Russel et al. (2021) plädieren mit ihrer Forschung für standardisierte OAT-Prozesse im Strafvollzugssystem mit dem Fokus auf eine patientenzentrierte Betreuung. Vor dem Hintergrund der oben genannten Prävalenzen von Drogendelikten, der verminderten Verfügbarkeit von Substitutionstherapie im Maßregelvollzug bei stetig steigender Verfügbarkeit von illegalen Opioiden und den damit verbundenen Kriminalitätszahlen besteht hier weiterer Handlungs- und Forschungsbedarf.

Eine einheitliche Regelung zum Umgang mit einer Opioidabhängigkeit im deutschen Justiz- und Maßregelvollzug sollte langfristiges Ziel sein, um möglichst nachhaltig die Erkrankung, insbesondere für die Zeit nach der Entlassung, zu behandeln und strafrechtliche Rückfälle zu mindern. Bisher gibt es keine Untersuchung zur spezifischen

Effektivität der Substitutionstherapie opioidabhängiger Patienten auf den Therapieverlauf gemäß § 64 StGB.

### **1.3 Zielsetzung und Hypothesen**

In der vorliegenden Dissertation wird die Wirksamkeit der Substitutionstherapie bei opioidabhängigen Patienten, die nach § 64 StGB im bayerischen Maßregelvollzug untergebracht sind, untersucht. Eine differenzierte und vergleichende Untersuchung des Therapieverlaufs soll der weiteren suchtmmedizinischen Entwicklung unter Haft- und Unterbringungsbedingungen insofern förderlich sein, als sie über Bedingungen und Ausschlusskriterien für die Wirksamkeit einer Substitutionstherapie im Maßregelvollzug weiter aufklärt und zur Differenzierung, Individualisierung und Verbesserung der therapeutischen Maßnahmen der Behandlung im Rahmen der Unterbringung nach § 64 StGB beiträgt.

Die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit lautet demnach:

Wie wirkt sich die Substitutionstherapie opioidabhängiger Patienten im Maßregelvollzug auf den Erfolg der Therapie aus?

Außerdem wurden folgende Hypothesen aufgestellt:

Hypothese 1:

Eine Substitutionstherapie opioidabhängiger Patienten im Maßregelvollzug wirkt sich positiv auf die Dauer und den Erfolg der Therapie aus.

Untersucht wurden zur Prüfung von Hypothese 1 die Gruppenunterschiede zwischen substituierten und nicht substituierten Probanden in Bezug auf die Unterbringungs-  
dauer, die Abbruchquote, die erreichten Lockerungsstufen und ihre jeweilige Dauer, die Anzahl der Rückstufungen, die Anzahl der Verlängerungen der einzelnen Lockerungsstufen sowie die Bereitwilligkeit zur Therapieteilnahme.

Hypothese 2:

Eine Substitutionstherapie opioidabhängiger Patienten im Maßregelvollzug reduziert die Häufigkeit und Schwere krimineller Rückfälle während einer stationären Behandlung.

Zur Prüfung von Hypothese 2 wurden die Anzahl der Rückfälle und Regelverstöße während der stationären Behandlung, die Art der Regelverstöße sowie die Abbruchquote und die Abbruchgründe für die Therapie nach § 64 StGB in beiden Behandlungsgruppen untersucht.

Um die Homogenität der Vergleichsgruppen gewährleisten zu können, wurden beide Gruppen auf Unterschiede bzgl. demografischer Merkmale, des Bildungsstatus und des familiären Hintergrundes geprüft. Weiterhin wurde untersucht, ob die Schwere des Krankheitsbildes einen Einfluss auf die Verschreibung von Substitutionsmitteln hat, wobei erwartet wird, dass Probanden mit einem schweren Krankheitsbild häufiger eine Substitutionstherapie erhalten.

## **2 Forschungsdesign und Methodik**

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine multizentrische, retrospektive Querschnittstudie. Um Effekte der krankenhausspezifischen Behandlung auf die Untersuchungsergebnisse zu minimieren, sollte aus jeder der 11 teilnehmenden Maßregelvollzugseinrichtungen eine festgelegte Anzahl von Probanden sowohl für die Versuchsgruppe als auch für die Kontrollgruppe ausgewählt werden. Die Datenerhebung erfolgte von März 2020 bis Mai 2021.

Die Gruppenzuteilung erfolgte nach den jeweiligen Ein- und Ausschlusskriterien für die Kontroll- und Versuchsgruppe und entsprach somit üblichen Verfahrensvorgängen bzw. den Wünschen der Probanden. Hierfür wurden ausschließlich bestehende Daten aus den Patientenkrankenakten erhoben und zur Auswertung herangezogen. Um die Studienfrage zu beantworten, wurden retrospektiv Matched Pairs gebildet.

### **2.1 Ablauf der Datenerhebung**

Die Datenerhebung zur vorliegenden Untersuchung fand in insgesamt 11 Maßregelvollzugseinrichtungen in Bayern statt. Zur Datenerhebung sollte auf die Basisdokumentation, die aus einer elektronischen Datenbank z. B. ORBIS, ein Krankenhausinformationssystem (KIS) oder ein forensisches Informationssystem (FIS) besteht und auf die handschriftlichen Patientenkrankenakten zugegriffen werden. Erfasst wurden mittels eines Dokumentationsbogens (siehe Anhang a) sowohl ärztliche und therapeutische als auch pflegerische und sozialpädagogische Dokumentationen, wie sie in Punkt 2.3 aufgelistet sind.

Nach der Genehmigung durch die Ethikkommission wurde umgehend mit der Datenerhebung begonnen. Die Erhebung wurde innerhalb von 14 Monaten abgeschlossen. In jeder Maßregelvollzugseinrichtung wurde das Projekt schriftlich per E-Mail vorgestellt und die Zustimmung durch die jeweiligen Verantwortlichen der Maßregelvollzugseinrichtungen für die Teilnahme eingeholt. Nach Zusage der jeweiligen Maßregelvollzugseinrichtung wurde die Datenerhebung wie folgt geplant:

- Tag 1: Mündliche Information über das Forschungsprojekt im Patientenforum der jeweiligen Station, Rekrutierung der infrage kommenden Probanden und Verteilung der schriftlichen Probandeninformation
- Tag 2: Besprechung der Probandeninformation (siehe Anhang b) mit den einzelnen Studienteilnehmern sowie Einholung der Einwilligungserklärung (siehe

Anhang c). Die Probanden wurden vom jeweils zuständigen Oberarzt der Maßregelvollzugseinrichtung und der Doktorandin im Rahmen einer schriftlichen Probandeninformation sowie einer gesonderten schriftlichen Einwilligungserklärung und datenschutzrechtlicher Hinweise nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) (siehe Anhang d) aufgeklärt. Erst nach dieser ärztlichen Aufklärung entschied der Proband über seine freiwillige Teilnahme an der Studie

- Tage 3–7: Datensammlung aus der Basisdokumentation mittels Dokumentationsbögen. Nach der Datenerhebung erfolgten die Codierung, die Auswertung aller Ergebnisse bzw. der Dokumentationsbögen sowie die Übertragung der Daten in die Software Statistical Package für Social Sciences (SPSS)

## **2.2 Die Probandenpopulation**

In die Untersuchung eingeschlossen wurden alle männlichen Probanden, die mindestens 18 Jahre alt und im Untersuchungszeitraum im bayerischen Maßregelvollzug nach § 64 StGB untergebracht waren und die Diagnose einer Opioidabhängigkeit (ICD-10: F11.2) und/oder psychischer und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F19.2) mit Präferenzdroge Opioide aufwiesen.

Aus der Untersuchung ausgeschlossen wurden Probanden unter 18 Jahren, Probanden, bei denen eine Opioidabhängigkeit nicht vorlag, Probanden mit einer Intelligenzminderung sowie Probanden, die unter der therapeutischen Zuständigkeit der Doktorandin stehen.

Der Versuchsgruppe zugeordnet wurden alle Probanden, die sich zum Zeitpunkt der Untersuchung im Maßregelvollzug einer Substitutionstherapie unterzogen und die Einschlusskriterien erfüllten.

Der Kontrollgruppe zugeordnet wurden alle Probanden, die sich zum Zeitpunkt der Untersuchung im Maßregelvollzug keiner Substitutionstherapie unterzogen und die Einschlusskriterien erfüllten.

Um mögliche Störeinflüsse aufgrund der Persönlichkeitsstruktur der untersuchten Probanden zu berücksichtigen, wurde die Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10: F60–F69 ausgewertet und nicht, wie am Anfang der Untersuchung geplant, als Ausschlusskriterium definiert.

Die Teilnahme an der Studie war für alle Probanden freiwillig.



## 2.3 Entstehung und Aufbau des Dokumentationsbogens

Im Rahmen der Datenerhebung wurde ein 16-seitiges Dokumentationsinstrument zur Erhebung ärztlicher, therapeutischer, sozialer und pflegerische Daten erstellt. Bei der Erstellung des Dokumentationsbogens wurde sich an dem hausinternen Aufnahmebogen des Bezirksklinikums Mainkofen für die ärztliche und psychologische Patientenaufnahme von Probanden, die nach § 64 StGB im bayerischen Maßregelvollzug aufgenommen wurden, sowie am Basisdokumentation- (BADO-)Aufnahme- und Entlassbogen orientiert. Dieser Anamnesebogen ist im Bezirksklinikum Mainkofen im ORBIS-Verwaltungssystem, in dem u. a. die elektronische Patientenkrankenakte geführt wird, für die Patientenaufnahme hinterlegt. Zudem wurde der Fragebogen der Regensburger Katamnesestudie, welche die Frage der Resozialisierung von Patienten aus dem Maßregelvollzug (§ 64 StGB) untersucht, als Anregung für die Erstellung des vorliegenden Dokumentationsbogens verwendet (Bezzel et al., 2019).

Alle Daten für den Dokumentationsbogen wurden aus den jeweiligen KIS wie ORBIS, MEDICO oder dem FIS gewonnen. Im FIS werden die Grunddaten der untergebrachten Patienten erfasst (rechtliche Angaben, Basisdokumentation psychiatrisch, Basisdokumentation strafrechtlich, Lockerungen, Verlegungen, Ausgänge, Urlaub, Probe- wohnen, Zwischenfälle, Entweichungen, Besucher/Kontakte, Dokumente). Im ORBIS werden zudem die Pflege-, Entlass- und Therapiedokumentationen durchgeführt und Arztbriefe erstellt.

Zu Beginn der Datendokumentation wurden folgende demografische Merkmale der Probanden mithilfe des Dokumentationsbogens erfasst:

### **Grundlagen der Unterbringung:**

- Aufnahmealter
- Datum der aktuellen Unterbringung
- Art der Station
- Rechtsgrundlage der aktuellen Unterbringung
- Strafmaß
- Anlassdelikt
- Zuerlegende Anstalt/Klinik/Einrichtung
- Unterbringungsdiagnose (ICD-10)
- Aktuelle Unterbringungsdauer
- Anzahl Betäubungsmittel- (BtM-)Delikte (Auszug aus dem Bundeszentralregister [BZR])
- Erstes BtM-Delikt (Alter)
- Somatische Erkrankungen
- Psychosomatische Auffälligkeiten

### **Suchtanamnese:**

- Anzahl bisher abgeschlossener Therapien nach § 64 StGB
- Anzahl bisher gescheiterter Therapien nach § 64 StGB
- Dauer der Opiatabhängigkeit (Alter bei Beginn)
- Konsumform
- Anzahl Überdosen (Opiate)
- Anzahl/Dauer Clean-Phasen (Opiate)
- Anzahl erfolgreich abgeschlossener Entgiftungsversuche
- Anzahl/Dauer gescheiterter Entgiftungsversuche

### **Biografische Anamnese:**

- Geburtsland/Geburtsort
- Staatsangehörigkeit
- Religion
- Familienstand
- Eigene Kinder
- Leibliche Eltern geschieden
- Bis zum 18. Lebensjahr aufgewachsen bei
- Gewalterfahrung
- Höchster Schulabschluss
- Abgeschlossene Berufsausbildung
- Abgebrochene Berufsausbildung
- Abgeschlossenes Studium

Das Ergebnis der Substitutionstherapie wurde anhand folgender Erfolgskriterien untersucht und die jeweiligen Daten im Dokumentationsbogen erfasst:

#### **1. Therapieart und -teilnahme**

Bei der Entwöhnungsbehandlung kommen im Maßregelvollzug verschiedene Formen der Therapie zum Einsatz: Medikamente wie z. B. Antidepressiva, Neuroleptika, Antikonvulsiva und Benzodiazepine sowie psycho- und sozialtherapeutische Maßnahmen wie Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Arbeits- und Ergotherapie, Sporttherapie, Musiktherapie, soziales Kompetenztraining sowie Beschulungsmaßnahmen.

Erhoben wurden daher bei jedem Untersuchten folgende Maßnahmen:

- Arbeitstherapie
- Gruppentherapien, soziales Kompetenztraining (SKT), Rückfallvermeidungsgruppe (RVG), Motivationsgruppe, Drogengesprächsgruppe, Deliktgruppe, Behandlungsprogramm für inhaftierte Gewaltstraftäter (BiG) etc.
- Therapeutische Einzelgespräche
- Bezugspflegegespräche
- Schulunterricht (bei Untergebrachten, die sich für einen qualifizierenden Hauptschulabschluss oder einen Sprachkurs angemeldet hatten)
- Tagesstrukturierende Maßnahmen (Stationseinkauf, Stationsdienste etc.)

Bei jeder angebotenen Therapiemaßnahme wurde angegeben, ob der Proband am Therapieangebot teilgenommen hatte oder nicht, im letzteren Fall wurden auch die Gründe für die fehlende Therapieteilnahme abgefragt, wie z. B. Verweigerung oder Rentenstatus des Probanden. Ebenfalls wurde notiert, ob eine Therapieform auf der jeweiligen Station angeboten wurde oder nicht.

## 2. Vollzugslockerungen

Im Maßregelvollzug gibt es laut dem Amt für Maßregelvollzug insgesamt fünf Lockerungsstufen, die von den einzelnen Maßregelvollzugseinrichtungen inhaltlich gefüllt werden können. Die Lockerungsstufen werden im Folgenden so dargestellt, wie sie im Bezirksklinikum Mainkofen vollzogen werden:

- Lockerungsstufe 0: kein Ausgang für Untergebrachte nach §§ 81, 126a, 453c Strafprozessordnung (StPO)
- Lockerungsstufe A (A1–A3): Ausgang mit Personal im freigegebenen Bereich des Klinikgeländes (1:1) sowie mit Personal im Gruppenausgang (1:5); Ausgang mit Personal außerhalb des Klinikgeländes (1:1) sowie begleitete Außenbeschäftigung
- Lockerungsstufe B (B1–B4): Ausgang mit Personal außerhalb des Klinikgeländes (1:3); Besucherausgang gegen Revers im vorgegebenen Bereich des Klinikgeländes mit vorheriger ärztlicher/psychologischer Vorstellung; Gruppenausgang ab drei Patienten; Ausgang mit Personal außerhalb des Klinikgeländes (1:5); Einzelausgang/Besucherausgang im vorgegebenen Bereich des Klinikgeländes ohne Revers.
- Lockerungsstufe C (C1–C3): Besucherausgang gegen Revers außerhalb des Klinikgeländes zu den Ausgangszeiten mit vorheriger Vorstellung beim Bezugstherapeuten; Gruppenaktivitäten ganztags außerhalb des Klinikgeländes; Stundenurlaube allein bis max. 6 Stunden, Tagesbeurlaubungen allein bis max. 12 Stunden, sachbezogene Urlaube können zusätzlich genehmigt werden. Beurlaubungen max. monatlich vier Stunden- und vier Tagesurlaube; Ausgangszeiten dürfen nur im freigegebenen Bereich des Klinikgeländes genutzt werden.
- Lockerungsstufe D (D1–D2): externe Arbeitsmöglichkeit; Stundenbeurlaubungen außerhalb des Klinikgeländes wie bei Stufe C; Übernachtungsurlaube; Ausgangszeiten dürfen außerhalb des Klinikgeländes genutzt werden; Beurlaubungen max. monatlich vier Stunden- und vier Tagesurlaube; bei Verweildauer > 6

Monate in Stufe D1 kann eine Beurlaubung für längstens zwei Wochen am Stück genehmigt werden; Beurlaubungen/Probewohnen bis zu 14 Nächten.

Die Lockerungen ermöglichen den Patienten einen Ausgang innerhalb oder außerhalb des Klinikgeländes und dienen dazu, das Verhalten außerhalb der Maßregelvollzugseinrichtung zu erproben und Therapiefortschritte zu überprüfen.

Erhoben wurden folgende Parameter:

- Aktuelle Lockerungsstufe
- Dauer der einzelnen und bisher erreichten Lockerungsstufen
- Anzahl der Rückstufungen/Dauer und Grund der jeweiligen Rückstufung
- Verlängerung von Lockerungsstufen/Dauer und Grund der jeweiligen Verlängerung einer Lockerungsstufe

### 3. Regelverstöße und besondere Vorkommnisse

Hierunter fällt beispielsweise der persönliche Besitz unerlaubter Gegenstände im Patientenzimmer bzw. auf Station wie z. B. USB-Sticks, Feuerzeuge, Messer, Drogen/Alkohol etc. Ebenso zählen hierzu verbal aggressives Verhalten sowie körperliche Übergriffe auf das Personal oder die Mitpatienten.

Erhoben wurden die folgenden Faktoren:

- Der Besitz unerlaubter Gegenstände
- Verbal-aggressives Verhalten
- Ernsthafte Bedrohungen
- Entweichungen/Fluchtversuch/Lockerungsmissbrauch
- Besitz/Erwerb/Handel und/oder Weitergabe von Betäubungsmitteln
- Einschmuggeln/Handel und Weitergabe von Betäubungsmitteln/des Substitutionsmittels
- Neuerliche Delikte (Anzeige)
- Suizidversuche

Darüber hinaus wurden die Anzahl, Häufigkeit und sanktionierende Reaktion auf den Regelverstoß bzw. das besondere Vorkommnis registriert.

### 4. Substitutionstherapie

Erhoben wurden hierzu:

- Alle erhaltenen Substitutionsmittel während der aktuellen Unterbringung
- Das aktuell verabreichte Substitutionsmittel
- Die Verabreichungsform des aktuellen Substitutionsmittels
- Die aktuelle Tagesdosis/der Dosisrhythmus
- Ggf. die Gabe einer Depotmedikation
- Ggf. die Take-Home-Regelung
- Dosisänderungen der bisher verordneten Substitutionsmittel/der Grund für die Dosisänderungen
- Die Regelmäßigkeit der Einnahme

- Die Anzahl der Wechsel der bisher verordneten Substitutionsmittel/der Grund für den Wechsel
- Die Anzahl der Dosisänderungen der bisher verordneten Substitutionsmittel
- Die Regelmäßigkeit der Substitutionsmitteleinnahme
- Der Wechsel der Substitutionsmedikation/der Grund für den Wechsel

## 5. Medikamentenverordnung

Vermerkt wurden hier die folgenden Punkte:

- Die aktuell verordnete Begleitmedikation (Antidepressiva, Antikonvulsiva, Neuroleptika, Benzodiazepine, andere)
- Die Indikation der aktuellen Begleitmedikation (Schmerzen, Depressionen, Schlafstörungen etc.)
- Die Tagesdosis der aktuellen Begleitmedikation
- Die aktuell verordnete Bedarfsmedikation (Antidepressiva, Antikonvulsiva, Neuroleptika, Benzodiazepine, andere)
- Die Indikation der aktuellen Bedarfsmedikation (Schmerzen, Depressionen, Schlafstörungen etc.)
- Die Tagesdosis der aktuellen Bedarfsmedikation
- Die Verweigerung einer ärztlich empfohlenen/verordneten Medikation
- Die Verweigerung einer (notwendigen) medizinischen Behandlung

## 6. Rückfälligkeit (Substanz- bzw. Beikonsum)

Erhoben wurden:

- Die Anzahl bisheriger Rückfälle
- Die Rückfallbeschreibung pro Rückfall: konsumierte Substanz (Amphetamine, Opiate, Halluzinogene, Kokain, Cannabis, Alkohol, Gamma-Hydroxybuttersäure) und Konsumhäufigkeit (einmaliger oder mehrmaliger Konsum der Substanz), die Dauer der Rückfälligkeit (ein Tag, mehrere Tage, mehrere Wochen).
- Rückfall vom Probanden selbst gemeldet
- Rückfall durch Drogenscreening aufgedeckt
- Rückfall vom Probanden trotz positiver Drogenscreenings geleugnet

## 7. Resozialisierung (ab Lockerungsstufe C)

Erhoben wurden:

### Externe Arbeit:

- Die Art des aktuellen Arbeitsverhältnisses (Zeitarbeitsfirma, Festanstellung, Minijob, Praktikum, befristet, unbefristet, anderes)
- Die Dauer des aktuellen Arbeitsverhältnisses
- Der Wechsel des Arbeitgebers/der Grund für den Arbeitgeberwechsel/Anzahl der Arbeitgeberwechsel während der Therapie
- Die Beendigung des Arbeitsverhältnisses/der Grund für die Beendigung
- Umschulung/Ausbildung/Studium/Schulabschluss
- Umschulung/Berufsausbildung/Studium/Nachholen eines Schulabschlusses/andere
- Außen- bzw. Besuchskontakte (aus Erstkontaktliste der aktuellen Unterbringung)
- Besuchskontakt mit Partnerin/Ehefrau/Kindern/leiblichen Eltern/Pflegeeltern/Freunden und Bekannten, die nicht aus dem Drogenmilieu stammen/Freunden und Bekannten, die aus dem Drogenmilieu stammen/sonstiger Besuchskontakt
- Grund für fehlende Besuchskontakte

## 8. Behandlungsabbruch und Abbruchgrund

Erhoben wurden:

- Wiederholter/schwerer Regelverstoß
- Wiederholter/schwerer Rückfall
- Wiederholtes verbal-aggressives Verhalten
- Wiederholt tätlich-aggressives Verhalten
- Ernsthafte Bedrohung
- Entweichung/Fluchtversuch/schwerer und/oder wiederholter Lockerungsmisbrauch
- Mangelnde/fehlende Therapiemotivation/Therapieverweigerung
- Erneute Straftat (mit Anzeige)
- Eigener Abbruchwunsch des Probanden
- Andere Gründe

### 2.4 Datenmanagement und Datenschutz

Die pseudonymisierten Daten wurden im Rahmen der Datenweiterverarbeitung aus den Dokumentationsbögen in einen SPSS-Datensatz eingepflegt und auf einem externen Laufwerk verschlüsselt gespeichert. Der Verschlüsselungscode wird im Tresor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Forensische Psychiatrie München, aufbewahrt. Die erhobenen Daten werden im Falle einer erneuten Anfrage der Ethikkommission für Nachuntersuchungen zur Verfügung gestellt. Für den Fall der Veröffentlichung der Studienergebnisse bleibt die Vertraulichkeit der persönlichen Daten gewährleistet. Entsprechend den aktuellen Leitlinien der Deutschen Forschungsgemeinschaft (Allianz der deutschen Wissenschaftsorganisationen, 2010) im Umgang mit Forschungsdaten werden die erhobenen Daten an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Forensische Psychiatrie München, für mindestens 10 Jahre archiviert. Nach dieser Zeit werden die Daten gelöscht.

Zur Genehmigung der vorliegenden Studie durch die Ethikkommission und den einzelnen Bezirken der Maßregelvollzugseinrichtungen: Bei dieser Studie entstehen keine Belastungen und Risiken für den einzelnen Probanden, aber auch kein mit der Studie verbundener individueller Nutzen. Körperliche Eingriffe und zusätzliche Belastungen entstehen für die Untersuchten nicht. Bei ihnen werden keine Erhebungen durchgeführt, die nicht der klinischen Routinebehandlung entsprechen.

### 2.5 Statistische Analyse

Metrische Variablen wurden initial auf Normalverteilung anhand des Histogramms, von QQ-Plots und des Shapiro-Wilk-Tests geprüft. Bei Vorliegen einer Normalverteilung wurden die Variablen als Mittelwert  $\pm$  eine Standardabweichung ( $MW \pm SD$ ) deskriptiv

berichtet. War keine Normalverteilung gegeben, wurden der Median sowie das 25. und 75. Perzentil berichtet (Median [25.; 75. Perzentil]).

Ordinalskalierte Variablen wurden ebenfalls als Median [25.; 75. Perzentil] berichtet, nominalskalierte Variablen als absolute und relative Häufigkeiten ( $N$  (%)).

Um Gruppenunterschiede in metrischen, normalverteilten Variablen zu testen, wurden ungepaarte  $t$ -Tests gerechnet. Gruppenunterschiede in metrischen, nicht normalverteilten sowie ordinalskalierten Variablen wurde anhand des Mann-Whitney-U-Tests getestet. Sowohl für den Mann-Whitney-U-Test als auch für den ungepaarten  $t$ -Test wurde die Effektstärke  $r$  berichtet, wobei  $r = 0,1$  einem kleinen Effekt,  $r = 0,3$  einem moderaten Effekt und  $r = 0,5$  einem großen Effekt entspricht.

Nominalskalierte Variablen wurden mithilfe von Kreuztabellen und dem  $\chi^2$ -Test auf signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen untersucht. Im Falle geringerer erwarteter Zelhäufigkeiten als 5 wurde alternativ Fishers exakter Test durchgeführt. Als Effektstärke wurde im Falle von  $2 \times 2$ -Kreuztabellen die Effektstärke Phi berichtet. Im Falle höherkategorialer Kreuztabellen ( $> 2 \times 2$ ) wurde Cramers  $V$  berichtet. Dabei entsprach auch hier ein Phi/Cramers  $V$  von 0,1 einem kleinen Effekt, 0,3 einem moderaten Effekt und 0,5 einem großen Effekt (Field, 2018).

Um die Homogenität der Gruppen zu sichern, wurde eine Matched-Pairs-Analyse durchgeführt. Hierfür erfolgte in Schritt 1 die Prüfung der Gruppen auf Unterschiede bzgl. der demografischen Variablen (Alter), des Bildungsstatus (höchster erreichter schulischer Bildungsabschluss, abgeschlossene/abgebrochene Berufsausbildung, erfolgreich abgeschlossenes Studium) sowie des familiären Hintergrundes (erlebte Gewalt im Elternhaus, Scheidung der Eltern, Aufwachsen außerhalb des eigenen Elternhauses).

Im Falle signifikanter Unterschiede zwischen den Gruppen bzgl. der zu matchenden Variablen sollte in Schritt 2 ein Propensity Score Matching durchgeführt werden, um eine Vergleichbarkeit der Gruppen herzustellen. Da die Überprüfung der Gruppen bzgl. der zu matchenden Variablen in Schritt 1 allerdings ergab, dass keine signifikanten Unterschiede vorlagen und allen statistischen Vergleichen kleine Effektstärken zugeordnet wurden, wurde auf das Propensity Score Matching im Weiteren verzichtet. Dies hatte den Vorteil, dass die Stichprobengröße nicht verringert wurde und infolgedessen mögliche Gruppenunterschiede innerhalb der Endpunkte leichter detektiert werden konnten.

Wurden Gruppenvergleiche explorativ durchgeführt, wurden die p-Werte für multiple Vergleiche anhand einer Bonferroni-Korrektur angepasst. Erfolgte die Auswertung hypothesenbasiert, wurde auf eine Korrektur für multiple Vergleiche verzichtet.

Ein p-Wert von 0,05 galt dabei als signifikant, ein starker Trend zur Signifikanz war definiert als  $0,05 < p \leq 0,06$ , ein mittlerer Trend zur Signifikanz als  $0,06 < p \leq 0,08$  und ein schwacher Trend zur Signifikanz als  $0,08 < p \leq 0,1$  (Field, 2018).



## **3 Ergebnisse**

### **3.1 Ergebnisse der Probandenrekrutierung und Beschreibung der Studienpopulation**

#### **3.1.1 Ergebnisse der Probandenrekrutierung**

Aufgrund der zum Untersuchungszeitpunkt herrschenden Coronapandemie kam es zu Verzögerungen der Untersuchungen in den einzelnen Maßregelvollzugseinrichtungen. Die Datenerhebung begann erst im März 2020, endete im Mai 2021 und dauerte somit 14 Monate. Von den derzeit 14 Maßregelvollzugseinrichtungen in Bayern nahmen die folgenden 11 Maßregelvollzugseinrichtungen an der Studie teil:

- Bezirksklinikum Bayreuth, Klinik für Forensische Psychiatrie
- Klinikum am Europakanal in Erlangen, Klinik für Forensische Psychiatrie
- Bezirkskrankenhaus Günzburg, Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
- Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren, Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
- Bezirkskrankenhaus Lohr am Main, Klinik für Forensische Psychiatrie
- Bezirksklinikum Mainkofen, Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
- Bezirkskrankenhaus Straubing, Forensisch-Psychiatrische Klinik
- Kliniken-des-Bezirks-Oberbayern- (kbo-)Inn-Salzach-Klinikum Wasserburg am Inn, Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
- kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost, Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
- Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz (medbo) Bezirkskrankenhaus Parsberg, Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
- medbo Bezirksklinikum Regensburg, Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie

Da die vorliegende Studie ausschließlich Daten von männlichen untergebrachten Probanden untersucht, konnte die Forensische Klinik Taufkirchen, in der ausschließlich Frauen behandelt werden, nicht berücksichtigt werden.

Die Untersuchung fand nach den jeweiligen Hygiene- und Schutzvorgaben der Einrichtungen statt.

Insgesamt konnten 144 Probanden für die vorliegende Untersuchung aus den 11 teilnehmenden Maßregelvollzugseinrichtungen rekrutiert werden.

### **3.1.2 Beschreibung der Studienpopulation**

Demografie:

Von den 144 teilnehmenden Probanden gehörten 78 der Gruppe der substituierten Probanden (Versuchsgruppe) und 66 der Gruppe der nicht substituierten Probanden (Kontrollgruppe) an.

Die Probanden der Kontrollgruppe waren zum Untersuchungszeitpunkt im Mittel  $37.02 \pm 6,96$  Jahre alt, die Probanden der Versuchsgruppe  $37.71 \pm 7.56$  Jahre alt, damit konnte kein signifikanter Altersunterschied zwischen den Gruppen festgestellt werden ( $p = 0,572$ ,  $r = 0,05$ ).

Bildungsstatus:

Am häufigsten erreichten die Probanden den Hauptschulabschluss (41,0 % der Versuchsgruppe; 42,4 % der Kontrollgruppe), gefolgt vom qualifizierten Hauptschulabschluss (26,9 % der Versuchsgruppe; 22,7 % der Kontrollgruppe). Einen Realschulabschluss/die Mittlere Reife erlangten 12,1 % der Probanden in der Kontrollgruppe und 17,9 % Probanden in der Versuchsgruppe. In Bezug auf die Schulbildung unterschieden sich die Gruppen nicht ( $p = 0,514$ , Cramers  $V = 0,226$ ), ebenso wenig in Bezug auf den Berufsschulabschluss:

Einen Berufsschulabschluss erreichten 56,4 % der Probanden in der Versuchsgruppe und 47 % in der Kontrollgruppe ( $p = 0,259$ , Cramers  $V = 0,094$ ).

Während also ca. die Hälfte der untersuchten Probanden eine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen konnte ( $n = 75$  (52,1 %)), absolvierten nur ein Proband (1,5 %) der Kontrollgruppe und drei (3,8 %) der Versuchsgruppe erfolgreich ein Studium ( $p = 0,405$ , Cramers  $V = 0,070$ ). Eine abgebrochene Ausbildung wiesen dagegen 26 (39,4 %) Befragte der Kontrollgruppe und 33 (42,3 %) der Versuchsgruppe auf ( $p = 0,723$ , Cramers  $V = 0,030$ ). Eine detaillierte Übersicht über alle erfassten Abschlussarten findet sich in Tabelle 1.

**Tabelle 1**  
*Vergleich des Bildungsstatus*

|                                    | <b>KG (n = 66)</b> | <b>VG (n = 78)</b> | <b>Statistik</b>                |
|------------------------------------|--------------------|--------------------|---------------------------------|
| <b>Schulabschluss</b>              |                    |                    |                                 |
| Hauptschulabschluss                | 28 (42,4 %)        | 32 (41,0 %)        | $p = 0,514$ , Cramers V = 0,226 |
| qualifizierter Hauptschulabschluss | 15 (22,7 %)        | 21 (26,9 %)        |                                 |
| Realschulabschluss/Mittlere Reife  | 8 (12,1 %)         | 14 (17,9 %)        |                                 |
| qualifizierter Bildungsabschluss   | 1 (1,5 %)          | 1 (1,3 %)          | -                               |
| Fachhochschulreife                 | 0 (0 %)            | 1 (1,3 %)          | -                               |
| qualifizierter Bildungsabschluss   | 1 (1,5 %)          | 1 (1,3 %)          | -                               |
| Abitur                             | 1 (1,5 %)          | 2 (2,6 %)          | -                               |
| kein Schulabschluss                | 12 (18,2 %)        | 6 (7,7 %)          |                                 |
| <b>Berufliche Ausbildung</b>       |                    |                    |                                 |
| abgeschl. Berufsausbildung         | 31 (47,0 %)        | 44 (56,4 %)        | $p = 0,259$ , Phi = 0,094       |
| abgeschl. Studium                  | 1 (1,5 %)          | 3 (3,8 %)          | $p = 0,405$ , Phi = 0,070       |
| abgebroch. Berufsausbildung        | 26 (39,4 %)        | 33 (42,3 %)        | $p = 0,723$ , Phi = 0,030       |

*Anmerkungen.* KG = Kontrollgruppe; n = Anzahl; VG = Versuchsgruppe. Für kategoriale Variablen stellt die Tabelle absolute und relative Häufigkeiten (in Klammern) dar.

Zwischen den substituierten (Versuchsgruppe) und den nicht substituierten (Kontrollgruppe) Probanden fand sich somit kein Hinweis auf Unterschiede bzgl. des Bildungsstatus.

Familiäre Belastungen:

Die Anzahl der erlebten Gewalt im Elternhaus lag in der Gruppe der substituierten Probanden bei 28/63 (44,4 %) und in der Gruppe der nicht substituierten Probanden bei 30/57 (52,6 %). Dabei fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ( $p = 0,370$ ,  $\Phi = 0,082$ ).

Ähnlich verhielt es sich bzgl. der Scheidung der biologischen und Adoptiveltern: Hier berichteten 35/73 (47,9 %) der substituierten und 26/61 (42,6 %) der nicht substituierten Probanden von einer Scheidung im Elternhaus ( $p = 0,538$ ,  $\Phi = 0,053$ ). Auch hier war kein signifikanter Unterschied zu finden.

Außerhalb des eigenen Elternhauses wuchsen 23/64 (35,9 %) der Probanden der Kontroll- und 32/76 (42,1 %) der Probanden der Versuchsgruppe auf. Auch hier fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen ( $p = 0,457$ ,  $\Phi = 0,063$ ).

Die Auswertung der Daten zeigte, dass sich beide Gruppen bzgl. zentraler Belastungsfaktoren glichen.

Weiterhin erfolgte eine Zusatzuntersuchung bzgl. sexueller Gewalterfahrung bei den Probanden, die zuvor über familiäre Gewalterfahrung berichtet hatten. Aufgrund der unzureichenden Angaben ergab sich allerdings eine sehr unzuverlässige Datenlage. Bei dieser Analyse fand sich jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen bzgl. der erlebten Gewalt im Elternhaus, der Scheidung der eigenen Eltern sowie des Aufwachsens außerhalb des eigenen Elternhauses. Demnach hatten die substituierten Probanden bezüglich dieser Parameter keinen schwierigeren familiären Hintergrund als nicht substituierte Probanden.

Zusammenfassende Beurteilung der Studiengruppen:

Die untersuchten Studiengruppen zeigten keine Unterschiede bzgl. des Alters, der erreichten Schul- und Berufsschulabschlüsse sowie des familiären Hintergrunds. Von einer demografischen Vergleichbarkeit der Gruppen in Bezug auf wesentliche Aspekte der Entwicklung kann also ausgegangen werden.

## **3.2 Klinischer Hintergrund**

Diagnose:

57 Probanden (39,6 %) wiesen die Diagnose *Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioid* (ICD-10: F11.2) auf, 74 Probanden (51,4 %) die Diagnose *Psychische*

*Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom* (ICD-10: F19.2) mit Präferenzdroge Opioide. 13 (9,0 %) Probanden wiesen beide Diagnosen in Kombination auf.

Dabei zeigte sich kein Unterschied zwischen den Probandengruppen bzgl. der Verteilung beider Diagnosen (F11.2:  $p = 0,966$ ,  $\Phi = 0,004$ ); F19.2:  $p = 0,759$ ,  $\Phi = 0,026$ , F11.2 und F19.2:  $p = 0,537$ ,  $\Phi = 0,051$ , siehe Tabelle 2).

Weiterhin ergab sich kein signifikanter Unterschied bezüglich der Häufigkeiten der Persönlichkeitsstörungen innerhalb der Gruppen (KG: 7,6 %, VG: 8,9 %,  $p = 0,760$ ,  $\Phi = 0,025$ ).

Die Ergebnisse können Tabelle 2 entnommen werden.

**Tabelle 2**

*Vergleich der Diagnosen nach ICD-10*

|                            | <b>KG (n = 66)</b> | <b>VG (n = 78)</b> | <b>Statistik</b>             |
|----------------------------|--------------------|--------------------|------------------------------|
| <b>F11.2</b>               | 26 (39,4 %)        | 31 (39,7 %)        | $p = 0,966$ , $\Phi = 0,004$ |
| <b>F19.2</b>               | 33 (50,0 %)        | 41 (52,6 %)        | $p = 0,759$ , $\Phi = 0,026$ |
| <b>F11.2 und<br/>F19.2</b> | 7 (10,6 %)         | 6 (7,7 %)          | $p = 0,537$ , $\Phi = 0,051$ |
| <b>F60–69</b>              | 5 (7,6 %)          | 7 (8,9 %)          | $p = 0,768$ , $\Phi = 0,025$ |

*Anmerkungen.* KG = Kontrollgruppe; n = Anzahl; VG = Versuchsgruppe. F11.2: Psychische Verhaltensstörungen durch Opioide; F19.2: Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen Abhängigkeitssyndrom; F60-69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Für kategoriale Variablen stellt die Tabelle absolute und relative Häufigkeiten (in Klammern) dar.

Allgemeiner Schweregrad des Krankheitsbildes:

Bezüglich der Konsumform wurde ein Unterschied beider Gruppen deutlich: In der Gruppe der substituierten Probanden konsumierten 78,9 % Opiate i. v., während es in der Gruppe der nicht substituierten Probanden nur 60,6 % waren ( $p = 0,059$ ,  $\Phi = 0,161$ ). Ein signifikanter Unterschied beider Gruppen ergab sich bezüglich der bisher gescheiterten Entgiftungsversuche. Demnach wiesen substituierte Probanden signifikant mehr gescheiterte Entgiftungen auf als nicht substituierte Probanden (VG: 3 Abbrüche [1; > 5 Abbrüche], KG: 1 Abbruch [0; 3],  $p = 0,008$ ,  $r = 0,239$ , siehe Tabelle 3).

Bezüglich der Anzahl bisher gescheiterter Therapieversuche nach § 64 StGB wurde ebenso ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen deutlich: Substituierte Probanden wiesen signifikant häufiger gescheiterte Therapieversuche auf ( $p = 0,024$ , Cramers  $V = 0,230$ ), wobei dieser Unterschied insbesondere auf die Anzahl der zweifach gescheiterten Therapieversuche zurückzuführen ist. In der Kontrollgruppe zeigte sich, dass bei 14 Probanden (21,2 %) ein Therapieversuch gescheitert war, aber bei keinem Probanden gab es zwei gescheiterte Versuche (0 %). Bei der Versuchsgruppe hingegen scheiterten 17 Probanden (22,4 %) einmal und acht Probanden (10,5 %) scheiterten sogar bei zwei Therapieversuchen.

Der Vergleich der Suchtanamnesen beider Gruppen zeigte weder für das Alter bei Beginn der Opioidabhängigkeit ( $p = 0,973$ ,  $r = 0,003$ ), die Dauer der Opioidabhängigkeit ( $p = 0,358$ ,  $r = 0,08$ ), die Anzahl an Überdosen ( $p = 0,874$ ,  $r = 0,01$ ) und die Anzahl der Clean-Phasen ( $p = 0,675$ ,  $r = 0,035$ ) noch für die Dauer der Clean-Phasen ( $p = 0,629$ ,  $r = 0,040$ ) signifikante Unterschiede (siehe Tabelle 3).

**Tabelle 3**

*Vergleich von Schweregrad des Krankheitsbildes und Suchtanamnese*

|  | <b>KG (n = 66)</b> | <b>VG (n = 78)</b>   | <b>Statistik</b>  |
|--|--------------------|----------------------|---|
| <b>Schweregrad des Krankheitsbildes</b>          |                    |                      |   |
| intravenöser Konsum                              | 40 (60,6 %)        | 60 (78,9 %)          | $p = 0,059$ , Phi = 0,161                                     |
| <b>Anzahl gescheiterter Entgiftungsversuche*</b> | <b>1 [0; 3]</b>    | <b>3 [1; &gt; 5]</b> | <b><math>p = 0,008</math>, <math>r = 0,239</math></b>         |
| <b>Anzahl gescheiterter Therapieversuche</b>     |                    |                      |   |
| <b>0</b>   | 51 (77,3 %)        | 51 (67,1 %)          | <b><math>p = 0,024</math>, Cramers <math>V = 0,230</math></b> |
| <b>1</b>   | 14 (21,2 %)        | 17 (22,4 %)          |   |
| <b>2</b>   | <b>0 (0 %)</b>     | <b>8 (10,5 %)</b>    |   |
| <b>Suchtanamnese</b>                             |                    |                      |   |
| Alter bei Suchtbeginn (Jahre)                    | 18 [16; 24]        | 19 [16; 23]          | $p = 0,973$ , $r = 0,003$                                     |

|                                     | KG (n = 66)                      | VG (n = 78)                     | Statistik              |
|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------|
| Dauer der Opiatabhängigkeit (Jahre) | 16,5 [11,75; 22,00]              | 18,00 [12,00; 22,50]            | $p = 0,358, r = 0,08$  |
| Anzahl der Überdosen                | 1 [0; 3]                         | 1 [0; 3]                        | $p = 0,874, r = 0,01$  |
| Anzahl der Clean-Phasen             | 1,5 [1; 2]                       | 1,5 [1; 2]                      | $p = 0,675, r = 0,035$ |
| Dauer der Clean-Phasen              | 1–2 Jahre [3 Monate; 5–10 Jahre] | 1–2 Jahre [3 Monate; 1–2 Jahre] | $p = 0,629, r = 0,040$ |

*Anmerkungen.* KG = Kontrollgruppe; n = Anzahl; VG = Versuchsgruppe. Für kategoriale Variablen stellt die Tabelle absolute und relative Häufigkeiten (in Klammern) dar, für metrische Variablen den Median [25.; 75. Perzentil].

Weiterhin zeigte sich kein Unterschied bzgl. der aktuellen Gabe von Bedarfsmedikation im Allgemeinen, die für die Kontrollgruppe bei 78,8 % und für die Versuchsgruppe bei 87,2 % lag ( $p = 0,178, \Phi = 0,112$ ). Die Bedarfsmedikation wird je nach Beschwerdeintensität unregelmäßig und bei Bedarf eingenommen. Dieser Befund fand sich ebenfalls bei den angesetzten Antidepressiva ( $p = 0,438, \Phi = 0,071$ ), Antikonvulsiva ( $p > 0,999, \Phi = 0,080$ ), Neuroleptika ( $p = 0,686, \Phi = 0,037$ ), Benzodiazepinen ( $p = 0,387, \Phi = 0,098$ ) und den weiteren Bedarfsmedikamenten ( $p = 0,613, \Phi = 0,046$ ). Für eine detaillierte Darstellung der Häufigkeiten siehe Tabelle 4.

Die zwei am häufigsten verschriebenen Bedarfsmedikamente in beiden Gruppen waren dabei die Antidepressiva (KG: 25,0 %, VG: 19,1 %) und die Neuroleptika (KG: 40,4 %, VG: 36,8 %). Dementsprechend wurden für diese beiden Medikamente zusätzlich die vermerkten Indikationen zwischen den Gruppen verglichen. Signifikante Gruppenunterschiede bzgl. der einzelnen Indikationen bei den Probanden, die ein Antidepressivum oder Neuroleptikum erhielten, fanden sich hier jedoch nicht.

**Tabelle 4**  
*Vergleich der Häufigkeiten von Bedarfs- und Begleitmedikation*

|                               | KG          | VG          | Statistik                 |
|-------------------------------|-------------|-------------|---------------------------|
| <b>Bedarfsmedikation</b>      |             |             |                           |
| Bedarfsmedikation (ja), n (%) | 52 (78,8 %) | 68 (87,2 %) | $p = 0,178, \Phi = 0,112$ |

|                          | <b>KG</b>                 | <b>VG</b>                 | <b>Statistik</b>   |
|--------------------------|---------------------------|---------------------------|--|
| Antidepressiva           | 13/52<br>(25,0 %)         | 13/68<br>(19,1 %)         | $p = 0,438$ , $\Phi = 0,071$                             |
| Antikonvulsiva           | 0/52 (0 %)                | 1/68 (1,5 %)              | Fishers z: $p > 0,999$ , $\Phi = 0,080$                  |
| Neuroleptika             | 21/52<br>(40,4 %)         | 25/68<br>(36,8 %)         | $p = 0,686$ , $\Phi = 0,037$                             |
| Benzodiazepine           | 1/52 (1,9 %)              | 4/68 (5,9 %)              | Fishers z: $p = 0,387$ , $\Phi = 0,098$                  |
| Andere Bedarfsmedikation | 46/52<br>(88,5 %)         | 58/68<br>(85,3 %)         | $p = 0,613$ , $\Phi = 0,046$                             |
| <b>Begleitmedikation</b> |                           |                           |  |
| Begleitmedikation (ja)   | 44/66<br>(66,7 %)         | 55/78<br>(70,5 %)         | $p = 0,620$ , $\Phi = 0,041$                             |
| Antidepressiva           | 13/44<br>(29,5 %)         | 24/55<br>(43,6 %)         | $p = 0,150$ , $\Phi = 0,145$                             |
| <b>Antikonvulsiva</b>    | <b>5/44<br/>(11,4 %)</b>  | <b>14/55<br/>(25,5 %)</b> | <b><math>p = 0,077</math>, <math>\Phi = 0,178</math></b> |
| <b>Neuroleptika</b>      | <b>19/44<br/>(43,2 %)</b> | <b>10/55<br/>(18,2 %)</b> | <b><math>p = 0,007</math>, <math>\Phi = 0,273</math></b> |
| Benzodiazepine           | 0/44 (0 %)                | 0/55 (0 %)                | -  |
| Andere Begleitmedikation | 34/44<br>(77,3 %)         | 40/55<br>(72,7 %)         | $p = 0,605$ , $\Phi = 0,052$                             |

*Anmerkungen.* KG = Kontrollgruppe; n= Anzahl; VG = Versuchsgruppe. Für kategoriale Variablen stellt die Tabelle absolute und relative Häufigkeiten (in Klammern) dar.

Für die allgemeine Gabe von Begleitmedikation zeigte sich ebenfalls kein Unterschied zwischen den Gruppen (KG: 66,7 %, VG: 70,5 %,  $p = 0,620$ ,  $\Phi = 0,041$ ). Als Begleitmedikation wurde eine fest verordnete und nach einem bestimmten Einnahmeschema angesetzte Medikation definiert.



Dies wiederholte sich wiederum bei den angesetzten Antidepressiva (KG: 29,5 %, VG: 43,6 %,  $p = 0,150$ ,  $\Phi = 0,145$ ), Benzodiazepine (KG/VG: 0 %) sowie den weiteren Begleitmedikamenten (KG: 77,3 %, VG: 72,7 %,  $p = 0,605$ ,  $\Phi = 0,052$ ).

Für die Antikonvulsiva fand sich ein Trend zur signifikant häufiger verschriebenen Begleitmedikation (KG: 11,4 %, VG: 25,5 %,  $p = 0,077$ ,  $\Phi = 0,178$ ) innerhalb der substituierten Gruppe und für die Neuroleptika ein signifikant seltenerer Konsum (KG: 43,2 %, VG: 18,2 %,  $p = 0,007$ ,  $\Phi = 0,273$ , siehe Tabelle 5) innerhalb der substituierten Gruppe.

Die Indikation für die Begleitmedikation wurde der Krankengeschichte entnommen. Hierbei zeigte sich, dass Depressionen in der Kontrollgruppe eine signifikant häufigere (allerdings in absoluten Zahlen (4:2) relative unbedeutende) Indikation für die Verschreibung von Antikonvulsiva waren als in der Versuchsgruppe (KG: 80 %, VG: 14,3 %,  $p = 0,017$ ,  $\Phi = 0,623$ ). Für alle weiteren Indikationen fand sich kein Unterschied zwischen den Gruppen, weder für die Antikonvulsiva noch für die ebenfalls sehr häufig verschriebenen Neuroleptika (siehe Tabelle 5).

**Tabelle 5**

*Vergleich der Indikationen für Gabe von Antikonvulsiva*

|                       | <b>KG (n = 5)</b> | <b>VG (n = 14)</b> | <b>Statistik</b>  |
|-----------------------|-------------------|--------------------|---|
| <b>Antikonvulsiva</b> |                   |                    |   |
| <b>Depression</b>     | <b>4 (80 %)</b>   | <b>2 (14,3 %)</b>  | <b>Fishers z: <math>p = 0,017</math>, <math>\Phi = 0,623</math></b> |
| Schmerzen             | 1 (20 %)          | 4 (28,6 %)         | Fishers z: $p > 0,999$ , $\Phi = 0,086$                             |
| Angstzustände         | 2 (40 %)          | 3 (21,4 %)         | Fishers z: $p = 0,570$ , $\Phi = 0,186$                             |
| Innere Unruhe         | 3 (60 %)          | 6 (42,9 %)         | Fishers z: $p = 0,628$ , $\Phi = 0,151$                             |
| Schlafstörung         | 4 (80 %)          | 4 (28,6 %)         | Fishers z: $p = 0,111$ , $\Phi = 0,046$                             |

|                                | <b>KG (n = 5)</b> | <b>VG (n = 14)</b> | <b>Statistik</b>                     |
|--------------------------------|-------------------|--------------------|--------------------------------------|
| Suchtdruck                     | 3 (60 %)          | 7 (50,0 %)         | Fishers z. $p > 0,999$ , Phi = 0,088 |
| Impulsiv aggressives Verhalten | 0 (0 %)           | 0 (0 %)            | -                                    |
| Andere                         | 1 (20 %)          | 3 (21,4 %)         | Fishers z. $p > 0,999$ , Phi = 0,015 |

---

### Neuroleptika

---

|                                | <b>KG (n = 19)</b> | <b>VG (n= 10)</b> |                                      |
|--------------------------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------|
| Depression                     | 6 (31,6 %)         | 5 (50,0 %)        | Fishers z. $p = 0,432$ , Phi = 0,180 |
| Schmerzen                      | 4 (21,1 %)         | 0 (0 %)           | Fishers z. $p = 0,268$ , Phi = 0,290 |
| Angstzustände                  | 4 (21,1 %)         | 1 (10,0 %)        | Fishers Z: $p = 0,633$ , Phi = 0,139 |
| Innere Unruhe                  | 7 (36,8 %)         | 3 (30,0 %)        | Fishers z. $p = 0,713$ , Phi = 0,068 |
| Schlafstörung                  | 12 (63,2 %)        | 4 (40,0 %)        | Fishers z. $p = 0,233$ , Phi = 0,221 |
| Suchtdruck                     | 4 (21,1 %)         | 0 (0 %)           | Fishers z. $p = 0,268$ , Phi = 0,290 |
| Impulsiv aggressives Verhalten | 0 (0 %)            | 0 (0 %)           | -                                    |
| Andere                         | 7 (36,8 %)         | 6 (60,0 %)        | Fishers z. $p = 0,270$ , Phi = 0,221 |

---

*Anmerkungen.* KG = Kontrollgruppe; n = Anzahl; VG = Versuchsgruppe. Für kategoriale Variablen stellt die Tabelle absolute und relative Häufigkeiten (in Klammern) dar.

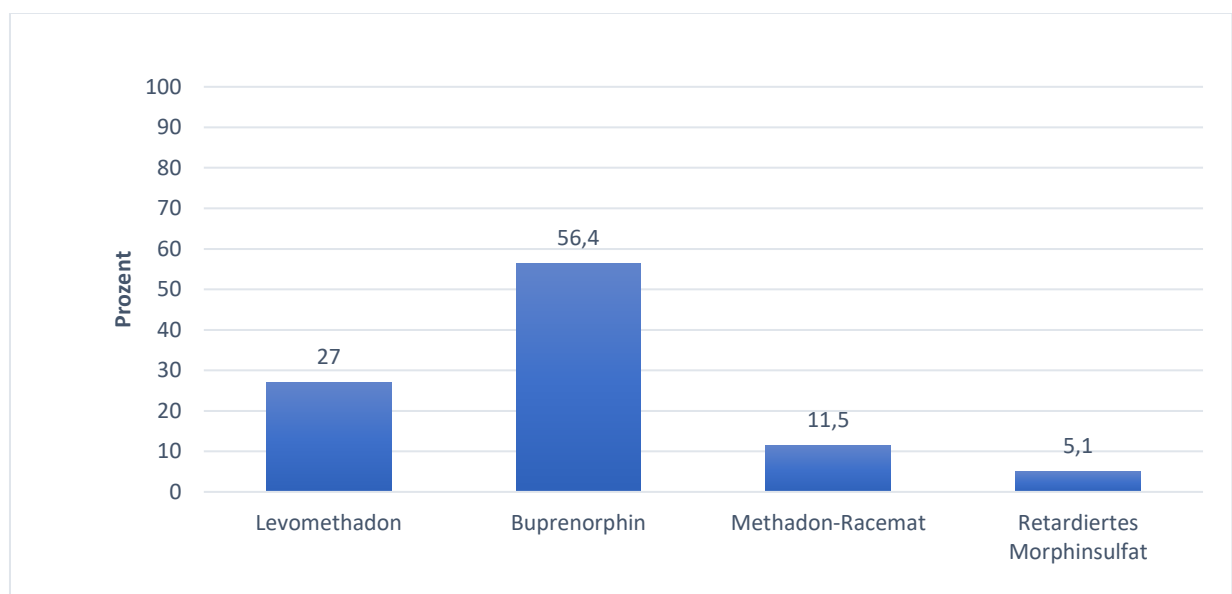
Während sich somit in vielen klinischen Aspekten keine Unterschiede zwischen der Kontrollgruppe und der Versuchsgruppe ergaben, zeigten sich bezüglich des Ausmaßes der suchtmittelbedingten Störung signifikante Unterschiede dahin gehend, dass bei den Substituierten häufiger i. v. Drogenkonsum, gescheiterte Entgiftungen und gescheiterte Therapieversuche registriert wurden. Dies deutet darauf hin, dass Probanden mit schwerwiegenderen Krankheitsbildern häufiger eine Substitutionstherapie erhielten.

Verordnete Substitutionsmittel in der Versuchsgruppe:

Das zum Zeitpunkt der Untersuchung am häufigsten erhaltene Substitutionsmittel (aktuelles Substitutionsmittel) war Buprenorphin (44/78 (56,4 %)), gefolgt von Levomethadon (21/78 (27,0 %)) und Methadon-Racemat (9/78 (11,5 %)). Vier Probanden erhielten retardiertes Morphinsulfat (5,1 %; siehe Abbildung 2).

### Abbildung 2

*Verordnete Substitutionsmittel in der Versuchsgruppe*



Bei den mit Buprenorphin substituierten Probanden wurde eine mediane Tagesdosis von 8,00 mg [4,00; 12,00] gegeben, wobei die Einnahmeform 2 x sublingual erfolgte, 36 x als gemörserte Tablette, 4 x als Depot und bei zwei Probanden unbekannt war.

40 von 44 Probanden (90,9 %) nahmen ihre Dosis dabei 1 x täglich ein und die restlichen vier Probanden als Depot (9,1 %).

Bei mit Levomethadon substituierten Probanden lag die Tagesdosis im Median bei 9,75 [6; 10,75] ml, gegeben als: 1 x tägl. flüssig zum Trinken.

Bezogen auf alle substituierten Probanden erhielten 5 von 78 (6,4 %) eine Depotmedikation. Davon bekamen vier Probanden (80 %) eine wöchentliche Dosis und einer erhielt eine monatliche Dosis (20 %).

Eine Take-Home-Regelung für das Substitutionsmittel wurde lediglich bei zwei (2,6 %) Probanden der Versuchsgruppe angewendet. Allerdings befanden sich unter den Probanden der Versuchsgruppe nur fünf (6,4 %) in Lockerungsstufe D (Probewohnen), wodurch die geringe Anzahl an Take-Home-Verordnungen begründet sein dürfte.

Bei 21 von 78 Probanden (26,9 %) wurde das Substitutionsmittel gewechselt, bei 17 (21,8 %) lagen Informationen zur Anzahl der Wechsel vor: 15 dieser 17 Probanden (88,23 %) hatten 1 x gewechselt, 2 (11,76 %) hatten 3 x gewechselt.

Bei 60 Probanden (76,9 %) wurde die Dosis des Substitutionsmittels geändert, von denen bei 59 (75,6 %) Informationen zur Anzahl der Änderungen vorlagen: Im Median wurde 4 x [3 x; 7 x] gewechselt.

### **3.3 Hauptergebnisse**

#### **3.3.1 Vergleich der Rückfälle und Regelverstöße**

In der Kontrollgruppe wiesen 43,9 % ( $n = 29$ ) und in der Versuchsgruppe 37,1 % ( $n = 29$ ) der Probanden Rückfälle auf. Hierbei ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen ( $p = 0,446$ ,  $\Phi = 0,064$ ).

Die rückfällig gewordenen nicht substituierten Probanden verzeichneten dabei mehr Rückfälle als die substituierten Probanden (im Median 3 [1; 4–5] vs. 1 [1; 2–3] Rückfälle). Dieser Unterschied war hochsignifikant ( $p = 0,008$ ,  $r = 0,347$ ).

Regelverstöße konnten bei 40,9 % ( $n = 27$ ) der Probanden der Kontrollgruppe und 43,6 % ( $n = 34$ ) der Probanden der Versuchsgruppe verzeichnet werden. Dieser Unterschied war nicht signifikant ( $p = 0,746$ ,  $\Phi = 0,027$ ). Allerdings kam es innerhalb der mit Regelverstößen auffällig gewordenen Probanden der jeweiligen Gruppen zu einem signifikanten Unterschied: Während 50 % der substituierten Probanden mit vermerktem Regelverstoß (Median 1 [1; 2]) nur einen Regelverstoß zeigten, fanden bei den nicht substituierten Probanden mit 2 [1; 3] signifikant mehr Regelverstöße statt ( $p = 0,026$ ,  $r = 0,298$ ).

Bei den 61 Probanden, die Regelverstöße zu verzeichnen hatten, zeigte sich kein Unterschied bzgl. der Art der Regelverstöße. Einzig bei dem Regelverstoß des verbal

aggressiven Verhaltens wiesen Probanden der Kontrollgruppe eine signifikant größere Häufigkeit auf als Probanden der Versuchsgruppe (KG: 37,1 % ( $n = 10$ ) vs. VG: 14,7 % ( $n = 5$ ),  $p = 0,044$ ,  $\Phi = 0,258$ ).

Zusammenfassend dargestellt konnten bei den rückfällig gewordenen Probanden signifikant mehr Rückfälle und auch mehr Regelverstöße in der Kontrollgruppe verzeichnet werden, wobei insbesondere signifikant häufigeres verbal-aggressives Verhalten innerhalb der Kontrollgruppe dokumentiert wurde.

### 3.3.2 Vergleich der Therapieabbrüche und Unterbringungsdauer im Maßregelvollzug

Wird die Abbruchquote für die Therapie nach § 64 StGB betrachtet, konnte kein Unterschied zwischen den beiden Studiengruppen gefunden werden: (Abbruch-KG: 6,1 %, Abbruch-VG: 2,6 %,  $p = 0,413$ ,  $\Phi = 0,087$ ).

Bezüglich der Abbruchgründe im Detail zeigte sich allerdings ein schwacher Trend zur Signifikanz, der belegt, dass die Kontrollgruppe geringgradig häufiger wegen wiederholter schwerer Rückfälle die Therapie beendete: Drei Probanden (4,5 %) in der Kontrollgruppe, aber keiner in der Versuchsgruppe (0 %,  $p = 0,094$ ,  $\Phi = 0,159$ ), brachen die Therapie wegen eines schweren Rückfalls ab. Für alle weiteren Abbruchgründe fand sich kein systematischer Unterschied zwischen den Gruppen (siehe Tabelle 6).

**Tabelle 6**

*Vergleich der Abbruchgründe und der Unterbringungsdauer*

|  | <b>KG (<math>n = 66</math>)</b> | <b>VG (<math>n = 78</math>)</b> | <b>Statistik</b>                           |
|--|---------------------------------|---------------------------------|--|
| Summe abgebrochen (ja)                   | 4 (6,1 %)                       | 2 (2,6 %)                       | Fishers $z$ : $p = 0,413$ , $\Phi = 0,087$ |
| <b>Wiederholter schwerer Rückfall</b>    | <b>3 (4,5 %)</b>                | <b>0 (0 %)</b>                  | Fishers $z$ : $p = 0,094$ , $\Phi = 0,159$ |
| Wiederholter schwerer Regelverstoß       | 2 (3 %)                         | 0 (0 %)                         | Fishers $z$ : $p = 0,208$ , $\Phi = 0,129$ |
| Wiederholt tätlich aggressives Verhalten | 0 (0 %)                         | 0 (0 %)                         | -  |
| Bedrohung                                | 0 (0 %)                         | 0 (0 %)                         | -  |
| Fluchtversuch                            | 0 (0 %)                         | 0 (0 %)                         | -  |

|                                   | <b>KG (n = 66)</b> | <b>VG (n = 78)</b> | <b>Statistik</b>                     |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------------------------|
| Therapiemotivation                | 2 (3 %)            | 1 (1,3 %)          | Fishers z: $p = 0,593$ , Phi = 0,063 |
| Erneute Straftat                  | 0 (0 %)            | 0 (0 %)            | -                                    |
| Abbruchwunsch des Untergebrachten | 2 (3 %)            | 0 (0 %)            | Fishers z: $p = 0,208$ , Phi = 0,129 |
| Andere                            | 0 (0 %)            | 1 (1,3 %)          | Fishers z: $p > 0,999$ , Phi = 0,077 |
| Unterbringungsdauer (Wochen)      | 25,5 [11,0; 49,5]  | 23,0 [10,5; 46,25] | $p = 0,529$ , $r = 0,005$            |

*Anmerkungen.* KG = Kontrollgruppe; n = Anzahl; VG = Versuchsgruppe. Für kategoriale Variablen stellt die Tabelle absolute und relative Häufigkeiten (in Klammern) dar, für metrische Variablen den Median [25.; 75. Perzentil]. Bei den Abbruchgründen war eine Mehrfachnennung möglich.

Die Kontrollgruppe war zum Zeitpunkt der Untersuchung im Median 25,5 Monate untergebracht und die Versuchsgruppe 23 Monate (siehe Tabelle 6). Dabei ergab sich kein signifikanter Unterschied bzgl. der Unterbringungsdauer zwischen den Gruppen ( $p = 0,529$ ,  $r = 0,005$ ).

### **3.3.3 Vergleich der Häufigkeit der Rückstufungen und Dauer der jeweiligen Lockerungsstufe**

Bei 42,4 % ( $n = 28$ ) der nicht substituierten und bei 32,5 % ( $n = 25$ ) der substituierten Probanden kam es zu Rückstufungen ( $p = 0,219$ , Phi = 0,103). Demnach kann hier nicht von einem signifikanten Unterschied gesprochen werden. Dabei wiesen die nicht substituierten Probanden im Median 2 [1; 2,75] vorherige Rückstufungen auf, die Probanden der Versuchsgruppe hingegen 1 [1; 2,5]. Auch dieser Unterschied war nicht signifikant ( $p = 0,435$ ,  $r = 0,107$ ). Hinsichtlich der Verlängerung aktueller oder vorheriger Lockerungsstufen wiesen 21,2 % ( $n = 14$ ) der nicht substituierten Probanden jeweils mindestens eine Verlängerung auf, bei den substituierten Probanden hingegen nur 12,8 % ( $n = 10$ ):

Bei allen Probanden mit vermerkten Verlängerungen fand sich in beiden Gruppen im Median eine Verlängerung (Kontrollgruppe: Median 1 [1; 2], Versuchsgruppe: 1 [1; 1,25]). Weder die Anzahl der Probanden mit mindestens einer vermerkten Verlängerung ( $p = 0,718$ , Phi = 0,112) noch die Anzahl der vermerkten Verlängerungen aller

Probanden mit mindestens einer vermerkten Verlängerung ( $p = 0,292$ ,  $r = 0,210$ ) zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

Weiterhin konnte kein Unterschied zwischen den Gruppen bzgl. der Lockerungsstufen gefunden werden (KG/VG: Lockerungsstufe A [0; B],  $p = 0,623$ ,  $r = 0,041$ ). In der Lockerungsstufe D befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung in der Kontrollgruppe drei (4,5 %) Probanden und in der Versuchsgruppe fünf (6,4 %). Dabei fand sich auch hier kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ( $p = 0,685$ ,  $\Phi = 0,126$ ).

Bei den Probanden, die eine Lockerungsstufe komplett abschlossen, zeigten sich keine Unterschiede bzgl. der medianen Dauer der einzelnen Lockerungsstufen ( $p \geq 0,198$ , siehe Tabelle 7).

**Tabelle 7**  
*Vergleich der Dauer der Lockerungsstufen*

|      | KG                |    | VG                |    | Statistik                 |
|------|-------------------|----|-------------------|----|---------------------------|
|      | Dauer (Wochen)    | n  | Dauer (Wochen)    | n  |                           |
| LS 0 | 18.5 [12.0; 27.4] | 41 | 17.3 [5.0; 17.3]  | 46 | $p = 0,242$ , $r = 0,125$ |
| LS A | 10.0 [6.5; 19.0]  | 25 | 14.0 [10.0; 18.0] | 31 | $p = 0,198$ , $r = 0,172$ |
| LS B | 11.0 [8.8; 18.8]  | 14 | 13 [4.0; 19.0]    | 14 | $p = 0,898$ , $r = 0,024$ |
| LS C | 7 [2.0; 13.0]     | 7  | 8.0 [2.0; 12.0]   | 8  | $p = 0,857$ , $r = 0,046$ |

*Anmerkungen.* KG = Kontrollgruppe; n = Anzahl; VG = Versuchsgruppe. Für die Dauer der abgeschlossenen Lockerungsstufen werden der Median [25.; 75. Perzentil] sowie die Anzahl der Probanden pro Gruppe (n), welche die Lockerungsstufe abschlossen, berichtet.

Damit konnte nicht bestätigt werden, dass nicht substituierte Probanden häufiger als substituierte Probanden rückgestuft werden.

Ebenfalls gab es keine Hinweise darauf, dass nicht substituierte Probanden häufiger als substituierte Probanden bezüglich der Lockerungsstufe verlängert wurden oder dass Lockerungsstufen sich bzgl. ihrer Dauer zwischen den Gruppen unterschieden.

### 3.3.4 Vergleich der Therapieteilnahme (Arbeitstherapie, Sporttherapie, Ergotherapie etc.)

Die allgemeine Therapieteilnahme war mit 100 % der Kontrollgruppe und 98,7 % der Versuchsgruppe sehr hoch und nicht signifikant unterschiedlich zwischen den Gruppen ( $p = 0,353$ ,  $\Phi = 0,078$ , siehe Tabelle 8).

Wurde die Teilnahmebereitschaft der Teilnehmer für jede Therapiemaßnahme einzeln ausgewertet, zeigte sich ebenfalls kein Unterschied zwischen den Gruppen ( $p > 0,999$ , siehe Tabelle 8). Ausgewertet wurde dabei die Anzahl der möglichen Teilnahmen im Verhältnis zu den verweigerten Teilnahmen.

War die Teilnahme an einer Therapiemaßnahme aufgrund eines fehlenden Angebots, des eingetretenen Rentenalters, des Abbruchstatus des Probanden oder der einstweiligen Unterbringung gemäß § 126a StPO nicht möglich, wurde der entsprechende Proband nicht in die Analyse eingeschlossen.

**Tabelle 8**  
*Vergleich Bereitschaft zur Therapieteilnahme*

|                              | <b>KG</b>     | <b>VG</b>      | <b>Statistik</b>                        |
|------------------------------|---------------|----------------|---|
| Allgemeine Therapieteilnahme | 66/66 (100 %) | 76/78 (98,7 %) | $p = 0,353$ , $\Phi = 0,078$            |
| Arbeitstherapie              | 52/52 (100 %) | 60/61 (98,4 %) | Fishers z. $p > 0,999$ , $\Phi = 0,087$ |
| Beschäftigungstherapie       | 25/25 (100 %) | 26/27 (96,3 %) | Fishers z. $p > 0,999$ , $\Phi = 0,135$ |
| Musiktherapie                | 4/4 (100 %)   | 2/2 (100 %)    | -                                       |
| Sportgestützte Therapie      | 37/37 (100 %) | 45/46 (97,8 %) | Fishers z. $p > 0,999$ , $\Phi = 0,099$ |
| Tiergestützte Therapie       | 1/1 (100 %)   | 1/1 (100 %)    | -                                       |

*Anmerkungen.* KG = Kontrollgruppe; VG = Versuchsgruppe. Für kategoriale Variablen stellt die Tabelle absolute und relative Häufigkeiten (in Klammern) dar.

Zusammenfassend unterschieden sich die Probandengruppen nicht bezüglich ihrer Teilnahmequote und der Teilnahmebereitschaft an den angebotenen Therapien im Maßregelvollzug.



## 4 Diskussion

### 4.1 Aktueller Standard der Substitutionstherapie und Schwierigkeiten der Beurteilung ihrer Effektivität im Maßregelvollzug

Seit 1991 bestehen in Deutschland anerkannte etablierte Substitutionsprogramme für opioidabhängige Patienten. Diese haben einen sehr positiven Effekt auf die Erkrankung und die Rückfallquote, wie in zahlreichen Studien belegt werden konnte (Gordon et al., 2008; Moore et al. 2019). Im Maßregelvollzug bestehen bis dato keine einheitlichen Behandlungsstandards zur Substitutionstherapie, zudem liegen bisher keine Daten zur Auswirkung einer Substitutionstherapie auf den Therapieerfolg der Maßregelvollzugsbehandlung vor. Therapiegruppen werden je nach Klinik, Therapeut und dessen Ausbildung individuell gestaltet, was dazu führt, dass keine einheitliche Systematik besteht. Das Therapieangebot und dessen Umfang sind ebenfalls sehr unterschiedlich. Auch die Reaktion auf Rückfälle und Regelverstöße mit entsprechenden Sanktionen sowie die Art der Reaktion sind je nach Maßregelvollzugseinrichtung uneinheitlich gestaltet.

Die Datenerhebung in geschlossenen Einrichtungen, insbesondere bei prospektiven Interventionsstudien, ist häufig aus ethischen Gründen nicht vertretbar und die oft fehlende Bereitschaft für eine Studienteilnahme sowie die daraus resultierende geringe Compliance der Patienten mit psychischen Erkrankungen erschweren solche Datenerhebungen. Dies zeigten kürzlich Stewart et al. (2021) in ihrer Datenerhebung zur Patientencompliance, insbesondere nach Haftentlassung. Rund 85 % der Teilnehmer kamen noch zur ersten Follow-up-Untersuchung, jedoch nahmen nur 42 % an Interviews teil. Das Fazit der Forscher war, dass die Studienteilnehmer sehr genau, auch hinsichtlich ihrer Adresswechsel u. Ä., nachverfolgt werden müssen, um zu aussagekräftigen Ergebnissen zu gelangen.

Die Abbruchrate in solchen Studien ist laut Clark et al. (2020) insbesondere durch Faktoren wie einen Migrationshintergrund, vorherige Festnahmen und das Verhalten während der Inhaftierung erhöht. Frauen haben, wie Crisanti et al. (2014) zeigen, eine deutlich höhere Compliance bei wissenschaftlichen Befragungen und Untersuchungen als Männer, insbesondere bei der Nachverfolgung nach Entlassung. Hinzu kommt, dass Studien im Rahmen des Maßregelvollzugs für die Probanden durch die Konfrontation mit der eigenen Krankheitsgeschichte eine weitere Belastung darstellen können.

Damit sind häufig auch Ängste, z. B. dahin gehend, ob aus der Studienteilnahme Konsequenzen wie eine Rückstufung oder eine Verlängerung der Therapiemaßnahme resultieren könnten, verbunden. Aufgrund dieser Unsicherheiten ist die Teilnahmebereitschaft an Studien im Maßregelvollzug erfahrungsgemäß eher gering.

Zusätzlich zu den ethischen Aspekten gibt es auch sehr strenge Datenschutzauflagen, welche die Datenerhebung im Maßregelvollzug erschweren. Die umfangreichen Aufklärungsunterlagen zum Datenschutz und die Notwendigkeit mehrerer Unterschriften zur Datenverwertung führen möglicherweise bei den untergebrachten Patienten zu Unsicherheiten. Zudem ist die Datenerhebung im Maßregelvollzug mit einem hohen personellen Aufwand verbunden. Die Untersuchung der Probanden muss stets durch einen von der Ethikkommission vorgeschriebenen oberärztlichen Supervisor begleitet werden, um die Freiwilligkeit der Probanden zu bestätigen.

Außerdem sind die Zugänge zu den Krankenhausdokumentationssystemen für externe wissenschaftliche Mitarbeiter ebenfalls mit strengen datenschutzrechtlichen Richtlinien versehen. Unterschiedliche Dokumentationsformen in den Maßregelvollzugseinrichtungen sowie fehlende Daten durch Verweigerung von Aussagen durch die Patienten erschweren ebenfalls die Datenerhebung, insbesondere wenn diese Daten nicht von den Studienleitern selbst erhoben werden können.

In der Theorie sollte sich eine Substitutionstherapie aufgrund ihrer Vorteile gegenüber abstinentenorientierten Behandlungsansätzen oder dem kalten Entzug, der mit einer hohen Rückfallquote einhergeht, auch positiv auf die Therapiemaßnahmen im Maßregelvollzug auswirken. Bis dato bestehen im Maßregelvollzug jedoch keine einheitlichen Standards bei der Auswahl von Patienten für unterschiedliche Therapiezeile. Bisher wurde nicht einrichtungsübergreifend festgelegt, welche Voraussetzungen Patienten erfüllen sollten, damit sie standardmäßig eine Substitutionstherapie angeboten bekommen. Dies obliegt aktuell der individuellen Einschätzung der Behandler in den einzelnen Maßregelvollzugseinrichtungen.

In den 11 teilnehmenden Maßregelvollzugseinrichtungen gibt es unterschiedliche Konzepte hinsichtlich der Substitutionstherapie bei Opioidabhängigkeit. Um die Erfolgchancen einer Therapie im Maßregelvollzug bei opioidabhängigen Patienten zu optimieren, sollten zukünftig einrichtungsübergreifende Konzepte mit einer standardisierten Dokumentation etabliert werden.

## **4.2 Die Erhebung von Studiendaten im bayerischen Maßregelvollzug – Vergleichbarkeit**

Unter Berücksichtigung der in Punkt 4.1 genannten Schwierigkeiten der allgemeinen Datenerhebung konnten in dieser Arbeit unter Einhaltung der ethischen sowie datenschutzrechtlichen Vorgaben Daten erhoben werden. Die Daten wurden aus den jeweiligen Krankenhausdokumentationssystemen wie FIS und ORBIS gewonnen. Eine direkte Probandenbefragung wurde aus ethischen und organisatorischen Gründen nicht durchgeführt. Weitere Daten lieferten die Papierakten/Krankengeschichten/Kurven auf den jeweiligen Stationen. Um die unterschiedlich dokumentierten Daten vergleichbar zu machen, wurden die Daten, sofern sie zur Verfügung standen, pseudonymisiert jeweils auf einem einheitlichen Dokumentationsbogen übertragen. Dabei wurde versucht, möglichst viele objektivierbare Daten zu erheben, zu denen z. B. die Grundlagen der Unterbringung, Suchtanamnese, biografische Anamnese, Therapieteilnahme, Vollzugslockerungen (Rückstufungen und Verlängerungen von Lockerungsstufen), Regelverstöße und besondere Vorkommnisse, Substitutionstherapie, Medikamentenverordnung (Begleit- und Bedarfsmedikation), Rückfälligkeit (Substanz- bzw. Beikonsum), Resozialisierung (externe Arbeit, Umschulung, Ausbildung, Studium etc., Besuchskontakte) und Behandlungsabbruch zählten. Aufgrund der Einschränkung, dass ausschließlich männliche Probanden in diese Analyse einbezogen wurden, ist eine allgemeine Aussage für das Gesamtkollektiv im Maßregelvollzug nur bedingt möglich. Boksán und Kollegen (2023) zeigten in einer kürzlich publizierten Arbeit allerdings, dass sich männliche von weiblichen substituierten Inhaftierten nur geringfügig, z. B. in Bezug auf die Häufigkeit von Depressionen, unterscheiden.

## **4.3 Diskussion der Datenerhebung zur Substitutionstherapie im bayerischen Maßregelvollzug**

In der vorliegenden Arbeit wurde erstmalig der mögliche Effekt einer Substitutionstherapie auf den Therapieverlauf bei nach § 64 StGB untergebrachten Patienten im bayerischen Maßregelvollzug untersucht. In die Studie eingeschlossen wurden insgesamt 144 Probanden aus 11 Maßregelvollzugseinrichtungen in Bayern. Dazu wurde auf bestehende Patientendaten der jeweiligen Maßregelvollzugseinrichtung zurückgegriffen. Die nicht substituierten Probanden wurden als Kontrollgruppe mit den substituierten Probanden im Sinne einer Versuchsgruppe hinsichtlich der nachfolgenden Hypothesen und demografischen Merkmale miteinander verglichen.

### 4.3.1 Vergleichbarkeit der Stichproben

Die beiden untersuchten Gruppen mit ausschließlich männlichen Teilnehmern unterschieden sich im Wesentlichen nicht hinsichtlich der demografischen Merkmale, wie Alter, Bildungsstatus oder wichtiger familiärer Belastungen (z. B. Gewalterfahrung/Scheidung etc.). In der Gesamtkohorte fanden sich 39,6 % der Probanden mit der Diagnose ICD-10: F11.2, 51,4 % mit der Diagnose ICD-10: F19.2 und 9,0 % der Probanden wiesen beide Diagnosen auf. Aus der hier vorliegenden Untersuchung könnte gemutmaßt werden, dass die Vergabe der Diagnose F11.2 heute nicht mehr zeitgemäß erscheint, immer seltener vergeben und häufig durch die Diagnose ICD-10: F19.2 ersetzt wird. Dies resultiert möglicherweise aus dem fortwährend erweiterten Angebot auf dem Drogenmarkt. Auch konnten Stoll et al. (2019) in einer bundeseinheitlichen Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug zeigen, dass die Diagnose multipler Substanzmissbrauch am häufigsten vergeben wurde.

Hinsichtlich klinischer Diagnosen, des Alters bei Beginn der Opioidabhängigkeit, der Dauer der Opioidabhängigkeit, der Anzahl und Dauer der Clean-Phasen sowie der Konsumform ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Substituierte Probanden wiesen signifikant mehr gescheiterte Entgiftungs- und Therapieversuche in der Vergangenheit auf als die Kontrollgruppe. Außerdem gab es bei den untersuchten Probanden in dieser Arbeit einen klinischen Trend dahin gehend, dass laut Aktenlage in der Versuchsgruppe ein häufigerer i. v. Opioidkonsum vorlag. Beide Aspekte deuten möglicherweise auf ein schwerwiegenderes Krankheitsbild bei Substituierten bezüglich ihrer Suchterkrankung hin. Der i. v. Opioidkonsum ist häufig mit Infektionskrankheiten verbunden, sodass hier ein positiver Effekt der Substitutions-therapie, auch unter den Bedingungen des Maßregelvollzugs, durchaus sinnvoll erscheint, um Infektionskrankheiten vorzubeugen.

Die Studie *Drogen und chronische Infektionskrankheiten* (DRUCK) des Robert Koch-Instituts (RKI, 2016) kam in einem multizentrischen Infektions- und Verhaltenssurvey zu dem Ergebnis, dass unter sich Drogen injizierenden Menschen in niedrighschwellig- en Einrichtungen in den Jahren 2011–2014 eine höhere Anzahl von Patienten mit HIV, HBV und HCV registriert wurde. Dabei wurden eine Inhaftierung, langjähriger Drogenkonsum und ein höheres Lebensalter als Risikofaktoren für Infektionskrankhei- ten wie HBV, HCV und HIV identifiziert: Von den insgesamt 2.077 teilnehmenden i. v. Drogenkonsumierenden lag bei 70 mindestens eine dieser Infektionskrankheiten vor. Hafterfahrung gaben 81 % der i. v. Drogenkonsumierenden an, von denen 30 % auch

in Haft i. v. Drogen konsumiert hatten. Mit längerer Haftdauer und höherer Anzahl an Inhaftierungen stieg in dieser Studie auch das Infektionsrisiko. Eine Substitutionstherapie wurde laut Bericht des RKI (2016) als Präventivmaßnahme gegen HBV-, HCV- und HIV-Infektionen empfohlen.

Bereits 1996 hatten Stark et al. (1996) gezeigt, dass eine Substitutionstherapie bei Opioidabhängigen das HIV-Risikoverhalten beim Beikonsum durch z. B. gebrauchte Spritzen senkte. Vergleichbare Ergebnisse fanden später Kimber et al. (2010). In einer weiteren randomisiert kontrollierten Studie aus Australien mit 382 männlichen Heroinkonsumenten in einem Gefängnis im Jahr 1997/98 und einer Follow-up-Studie von 1998–2022 untersuchten Dolan et al. (2005) die Wirkung der Substitutionstherapie auf die Mortalität, die Prävalenz von Hepatitisinfektionen sowie auf die Wiederinhaftierungsrate. Die Autoren konnten in ihrer Untersuchung feststellen, dass Substitutionsphasen von mehr als 5 Monaten mit einem niedrigeren Risiko einer Infektion mit dem HCV einhergingen. Todesfälle konnten während der Substitutionstherapie nicht verzeichnet werden. Mit dieser Studie bestätigten Dolan et al. (2005), dass sich eine kontinuierliche und stabile Substitutionstherapie positiv auf den Gesundheitszustand auswirkt.

Die Unterschiede in der Konsumform und der Häufigkeit gescheiterter Therapieversuche sollten bei der Interpretation der nachfolgenden Ergebnisse berücksichtigt werden. Zusammenfassend kann jedoch von einer guten Vergleichbarkeit der Stichproben ausgegangen werden.

#### **4.3.2 Auswirkungen auf die Dauer und den Erfolg der Therapie**

Die vorliegende Studie sollte die Hypothese überprüfen, dass sich eine Substitutionstherapie positiv auf die Dauer und den Erfolg der Therapie im Maßregelvollzug auswirkt. Hierzu wurden die Unterbringungsdauer, die Abbruchquote, die erreichten Lockerungsstufen, die Anzahl der Rückstufungen sowie die Anzahl von Verlängerungen der einzelnen Lockerungsstufen und die allgemeine Therapieteilnahme (Arbeitstherapie, Sporttherapie, Ergotherapie etc.) der substituierten Probanden mit jenen der nicht substituierten Probanden verglichen. Hierbei zeigten sich in allen Punkten keine signifikanten Unterschiede bei einer durchgehend kleinen Effektstärke.

Somit ergab sich in dieser Arbeit kein eindeutiger Effekt der Substitutionstherapie auf den Therapieverlauf. Dieses Ergebnis überrascht, wenn die in Punkt 1.1.3 genannten

Vorteile der Substitutionstherapie betrachtet werden. Insbesondere durch den gelinderten Suchtdruck hätte der Patient mehr Möglichkeiten, sich auf die Therapieangebote zu konzentrieren, was zur Folge hätte, dass die Lockerungsstufen schneller erreicht werden und sich damit die Unterbringungsdauer reduziert.

Außerdem sollte sich in der Theorie durch den verringerten Suchtdruck auch die Beschaffungskriminalität vermindern. In dieser Arbeit wurde dieser Punkt nicht spezifisch untersucht. Ausschließlich anhand der Anzahl der Rückfälle, zu denen als eine Art auch die Beschaffungskriminalität zählt, könnte indirekt darauf zurückgeschlossen werden. Hierzu sind allerdings weitere Datenerhebungen notwendig, um eine Aussage treffen zu können.

D'ippoliti et al. (1998) fanden im Gegensatz zu den hier untersuchten Daten bei Heroinkonsumenten, die 1995 an ein Behandlungszentrum angebunden waren, heraus, dass die Haltequote bei substituierten Drogenkonsumenten nach einem Jahr bei 40 %, hingegen bei Drogenkonsumenten in drogenfreien Programmen bei nur 15 % lag. Ausschlaggebend für die Haltequote waren dabei die Höhe der Methadondosierung sowie die Art des Behandlungsprogrammes: Eine Methadondosis von > 60 mg/Tag und 30–59 mg/Tag wies eine um 70 % bzw. 50 % höhere Haltequote auf als Substituierte mit < 30 mg/Tag. Zudem konnten substituierte Probanden mit 30 % höherer Wahrscheinlichkeit zur Weiterführung der Therapie motiviert werden, wenn sie mit jenen aus abstinenzorientierten Zentren verglichen wurden. Die Höhe der Dosis wurde zwar ermittelt, fand in der vorliegenden Arbeit aber keine Berücksichtigung und sollte auf Basis der vorliegenden Literatur in weitere Studien einbezogen werden, um möglicherweise auch hier einen positiven Einfluss herauszufinden.

Auch Sees et al. (2000) bestätigten bei längerfristig Methadonsubstituierten eine im Schnitt 2,8-mal so lange Haltedauer. Gordon et al. (2008; 2014) ermittelten, dass eine Methadonsubstitutionstherapie in Haft zu einer höheren Bereitschaft, sich weiterhin einer Substitutionstherapie zu unterziehen, führte. Bei substituierten Probanden konnte in der Studie *Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatment* (PREMOS) von Wittchen et al. (2011) nach 6 Jahren eine Gesamthaltequote von 70 % nachgewiesen werden. Bei knapp der Hälfte der substituierten Studienteilnehmer (46 %) verlief die Substitutionstherapie dabei für eine gewisse Zeit stabil und ohne Unterbrechungen oder Abbrüche. Auch die körperliche Morbidität verbesserte sich. Zu ähnlichen Ergebnissen wie die PREMOS-Studie kamen auch Zippel-Schultz et al.

(2019) in der deutschen *SubsCare*-Studie, welche die Auswirkungen der Substitutionstherapie auf den gesundheitlichen Zustand sowie die soziale Integration von 130 über 5 Jahre substituierte Probanden über einen Zeitraum von 2 Jahren untersuchte. Die Autoren belegten eine hohe Haltequote von 82,3 % über den gesamten Beobachtungszeitraum.

Mögliche Gründe, weshalb sich in dieser Arbeit kein positiver Effekt der Substitutionstherapie auf den Therapieerfolg im Allgemeinen nachweisen ließ, könnten sein, dass in die beiden Gruppen auch Probanden eingeschlossen wurden, die zusätzlich andere Abhängigkeiten aufwiesen. In dieser Probandengruppe konnte am häufigsten Beigebrauch/Missbrauch von Sedativa und Hypnotika festgestellt werden (11 %). Diese sind nicht zwangsläufig gleichzeitig als Diagnose festgeschrieben und fallen erst dann auf, wenn der Proband beispielsweise mit Amphetaminen rückfällig wurde. Darüber hinaus wies ca. die Hälfte aller eingeschlossenen Studienteilnehmer die Diagnose ICD-10: F19.2. auf. Dies könnte auch den Umstand erklären, weshalb es keine Unterschiede in der Anzahl der Regelverstöße und Rückfälle und der damit häufig verbundenen Beschaffungskriminalität zwischen den Gruppen gab, da es sich unter Umständen hierbei nicht um die Beschaffung von Opioiden handelte. Selbst Probanden mit der Diagnose ICD-10: ICD F11.2. könnten einen möglichen Beikonsum mit Amphetaminen (o. Ä.) aufgewiesen haben. Nach Stöver (2012) finden sich unter den Strafgefangenen viele mit gleichzeitiger Alkohol- und Tabakabhängigkeit. Dies könnte auch bei Maßregelvollzugspatienten der Fall sein und sollte bei zukünftigen Studien berücksichtigt werden.

Zudem wurde, wie bereits oben beschrieben, nicht die Dosis des Substitutionsmittels berücksichtigt. Diese könnte ebenfalls einen Einfluss auf den Therapieerfolg haben. Die Erhebung von Komorbiditäten erfolgte in dieser Arbeit ebenfalls nicht. Auch diese könnten das Ergebnis beeinflusst haben.

#### **4.3.3 Substitutionstherapie in Bezug auf Häufigkeit und Schwere krimineller Rückfälle**

Hypothese 2 sollte mittels der Merkmale Anzahl der Rückfälle und Regelverstöße während der stationären Behandlung, Art der Regelverstöße, Abbruchquote und Abbruchgründe für die Therapie nach § 64 StGB geprüft werden. In den genannten Merkmalen zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede. Eine mögliche Erklärung für die hier fehlenden signifikanten Gruppenunterschiede wäre, dass in die Studie auch Probanden eingeschlossen wurden, die erst kürzlich aufgenommen wurden, wodurch

noch kein Rückfall oder Regelverstoß dokumentiert werden konnte. Genauso gilt dies auch für die Abbruchquote und die Anzahl der Rückstufungen sowie der Verlängerungen. Insgesamt war die Anzahl der Rückfälle in beiden Gruppen gering, was ebenfalls einen fehlenden statistisch signifikanten Unterschied bedingen könnte.

Da ein Rückfall per Definition immer mit der Einnahme einer Substanz verbunden war, wurde die Gruppe der rückfällig gewordenen Probanden noch einmal gesondert untersucht. Zusammenfassend dargestellt, konnten bei den rückfällig gewordenen Probanden signifikant mehr Rückfälle pro Proband und auch mehr Regelverstöße pro Proband in der Kontrollgruppe verzeichnet werden, wobei insbesondere signifikant häufigeres verbal aggressives Verhalten innerhalb der Kontrollgruppe dokumentiert wurde. Dies lässt wiederum vermuten, dass sich die Substitutionstherapie mindestens auf die Anzahl und möglicherweise auch Schwere der Rückfälle positiv auswirkt und somit kriminelles Verhalten reduzieren kann. Beide Unterschiede wiesen eine moderate Effektstärke auf. Dies untermauert auch das Ergebnis, dass in der Kontrollgruppe bei den Abbruchgründen der Maßregelbehandlung nach § 64 StGB ein schwacher Trend zum signifikant häufigeren Auftreten des Merkmals des wiederholt schweren Rückfalls zu finden war.

Dass sich eine Methadonsubstitution positiv auf die Rückfallquote auswirken kann, bewiesen bereits frühere Untersuchungen. Laut Moore et al. (2019) reduziert eine Opioidsubstitutionstherapie den illegalen Opioidkonsum während des Gefängnisaufenthalts sowie den i. v. Drogenkonsum. Auch Gordon et al. (2008) fanden in einer randomisiert kontrollierten Studie von 2003 bis 2005 heraus, dass sich durch eine Methadonsubstitution in Haft der Heroinkonsum auch 6 Monate nach der Haftentlassung deutlich reduzierte.

Zusammenfassend konnte jedoch die zentrale Hypothese, welche dieser Studie zugrunde lag, nicht bestätigt werden. Die Substitutionstherapie wirkte sich, wenn die hier festgelegten Merkmale betrachtet werden, nicht positiv auf die Therapiedauer und den Therapieerfolg bei einer Maßregelbehandlung gemäß § 64 StGB im Vergleich zur herkömmlichen Behandlung aus. Allerdings wiesen Probanden innerhalb der Gruppe der rückfällig gewordenen Probanden signifikant mehr Rückfälle und Regelverstöße auf als nicht substituierte Probanden. Dieser Umstand deutet darauf hin, dass eine Substitutionstherapie positive Aspekte vorweist, die sich möglicherweise auf das Leben nach der Unterbringung in einer Maßregelvollzugseinrichtung auswirken können.



Eine sich derzeitig noch im Publikationsprozess befindende Studie von Stemmler (2023) kam zu ähnlichen Ergebnissen mit vergleichbarer Stichprobe aus verschiedenen Justizvollzugsanstalten. Das Studiendesign war im prospektiven Setting angelegt, wobei es eine Hauptbefragung und Aktensichtung unter Haftbedingungen und drei Folgeinterviews nach Entlassung gab (1, 3–6 und 12 Monate nach Entlassung). Stemmler (2023) fand ebenfalls heraus, dass sich in Haft die zwei Gruppen (substituierte vs. nicht substituierte Inhaftierte mit primär abstinenzorientierter Behandlung im geschlossenen Setting) nicht signifikant bezüglich des Konsums weiterer illegaler Substanzen, der Berufstätigkeit, Entzugerscheinungen, der Anzahl an Krankenhausaufenthalten sowie Straftaten (BtM-Handel und -Einfuhr, Beschaffungsdelikte) unterschieden. Unter Haftbedingungen wiesen Nichtsubstituierte ein 2,18-fach erhöhtes Risiko für einen Opiatkonsum auf ( $p = 0,007$ ). Des Weiteren ergab sich ein deutlich erhöhtes Risiko ( $OR\ 4,77$ ,  $p < 0,001$ ) für den Missbrauch illegaler Substitutionsmittel bei Nichtsubstituierten. Auch das Craving-Verhalten war in der Gruppe der nicht substituierten Inhaftierten erhöht ( $OR\ 1,91$ ,  $p = 0,026$ ). Interessanterweise zeigte sich in dieser Studie ein erhöhtes Risiko für Disziplinarverfahren in der Gruppe der Substituierten während der Haft ( $OR\ 0,53$ ,  $p = 0,047$ ). Bemerkenswert ist, dass nach einem Monat noch 87 % der in Haft Substituierten weiterhin substituiert wurden und nur 5 % einen illegalen Drogenkonsum im Vergleich zu 18 % der in Haft Nichtsubstituierten ( $OR\ 4,46$ ) aufwiesen.

Weiterhin konnte Stemmler (2023) mit dem Interview 3–6 Monate nach Entlassung zeigen, dass sogar zu diesem Zeitpunkt mehr als 90 % der in Haft Substituierten weiterhin bzw. erneut substituiert wurden ( $OR\ 34,80$ ). Auch das Risiko für einen Konsum illegaler Substitutionsmedikamente steigerte sich erneut in der Gruppe der in Haft Nichtsubstituierten ( $OR\ 9,32$ ,  $p = 0,015$ ). Ebenso war das Craving-Verhalten in der Haft-Substitutionsgruppe deutlich geringer (19 % vs. 42 %,  $OR\ 3,04$ ,  $p = 0,006$ ). Das Vorkommen einer Überdosis war in der Substitutionsgruppe ebenfalls signifikant geringer und deutlich erhöht für die Nichtsubstituierten ( $OR\ 5,36$ ,  $p = 0,025$ ). Das dritte Interview nach 12 Monaten zeigte weiterhin eine gute Haltequote von knapp 81 % unter Substitution, wenn die Inhaftierten im Maßregelvollzug substituiert waren. In der Gruppe der in Haft Nichtsubstituierten waren es nur 33 % ( $OR\ 8,50$ ,  $p < 0,001$ ). Hinsichtlich anderer Merkmale unterschieden sich die Gruppen jedoch nach 12 Monaten nicht mehr. Hierbei sollte die relativ hohe Drop-out-Rate berücksichtigt werden.

Diese neue Studie deutet auf einen maßgeblichen Effekt einer Substitutionstherapie mit Beginn unter Haftbedingungen hin, da diese sich positiv auf den weiteren Verlauf der Opioidabhängigen in der Nachbeobachtung auswirken kann, auch wenn die Substitution unter unmittelbaren Haftbedingungen weniger Unterschiede zeigt. Dies könnte auch damit zu erklären sein, dass alle Opioidabhängigen, ob substituiert oder nicht, unter Haftbedingungen einer strengen Überwachung und Therapieangeboten unterliegen. Somit könnte der Effekt einer Substitutionstherapie auf Inhaftierte etwas verschleiert werden.

Die Untersuchungsergebnisse aus einer Nachbeobachtung von substituierten Opioidabhängigen von Stemmler et al. (2023) bestätigt ebenfalls die positiven Effekte der Substitutionstherapie. Die in Haft Substituierten wiesen in der Nachbeobachtung weniger Opiatkonsum, weniger Beikonsum, höhere Behandlungsbereitschaft für Nachsorgetermine, eine höhere Behandlungs-Compliance und weniger häufig kriminelle Rückfälle sowie Neuinhaftierungen auf.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse erscheint es zur vollständigen Einschätzung der Vor- und Nachteile einer Substitutionstherapie im Maßregelvollzug erforderlich, nicht nur den Verlauf der Behandlung im Vollzug zu untersuchen, sondern ebenfalls die Nachsorge zu beachten, da sich die entscheidenden Vorteile möglicherweise erst nach der Entlassung zeigen. Hierzu sind jedoch weitere Studien unter Berücksichtigung der hier vorliegenden Limitationen notwendig, um diesen Umstand zu belegen.

#### **4.4 Limitationen**

Die hier vorgelegte Studie weist einige Einschränkungen auf: Aufgrund der demografischen Umstände, dass es in Bayern wenige untergebrachte weibliche Patienten im Maßregelvollzug gibt, wurden nur männliche Patienten in die Untersuchung eingeschlossen. In Folgestudien sollte das Geschlecht als potenziell starker Einflussfaktor auf die Compliance der Substitutionstherapie und damit indirekt auch den Therapieerfolg im Maßregelvollzug mitberücksichtigt werden. Zudem handelt es sich bei dieser Untersuchung um eine Studie anhand der aktuellen Ist-Situation und der retrospektiven Aktenlage der Probanden, ohne das bei Arzneimittelstudien übliche randomisierte kontrollierte Studiendesign. Es wäre ethisch nicht vertretbar, Menschen unter Zwangsbedingungen in Zufallsstichproben einer spezifischen Behandlung zuzuführen oder ihnen diese vorzuenthalten.

Ein möglicher Bias bezüglich der Wirksamkeit der Substitutionstherapie könnte der nicht immer gut erfassbare Beikonsum sein, da dieser sich eventuell negativ auf den Erfolg der Substitutionstherapie auswirken könnte. Beikonsum ist nicht immer zwangsläufig offensichtlich und Patienten verweigern nicht selten eine detaillierte Aussage zum Beikonsum oder machen trotz positiver Drogenscreeningergebnisse falsche Angaben hierzu, um sich selbst oder möglicherweise auch beteiligte Mitpatienten vor negativen Sanktionen zu schützen. Dementsprechend können auch nur die hierzu zur Verfügung stehenden Informationen vom zuständigen Therapeuten dokumentiert werden.

Weiterhin lag nicht in der gesamten Probandenpopulation die Diagnose ICD-10: F11.2 und somit eine reine Opioidabhängigkeit vor, sondern auch häufig eine Polytoxikomanie gemäß ICD-10: F19.2. Somit ist nicht auszuschließen, dass sich bei den Probanden mit der Diagnose ICD-10: F19.2 trotz Substitutionstherapie auch in der Versuchsgruppe möglicherweise suchtbedingte Störeinflüsse zeigten, welche die zu untersuchenden Effekte negativ beeinflusst haben könnten. Da der Anteil der Probanden mit der Diagnose ICD-10: F19.2 zwischen den Gruppen ähnlich hoch und die Subgruppe der Probanden mit der Diagnose ICD-10: F11.2 für eine Subgruppenanalyse nicht ausreichend groß war, wurde auf eine gesonderte Auswertung verzichtet, sollte jedoch in Folgestudien mehr berücksichtigt werden. Allerdings ist aufgrund der oben beschriebenen Änderung im Drogenkonsumverhalten ein reiner Konsum von Opioiden nach Definition der Diagnose ICD-10: F11.2 erfahrungsgemäß selten zu finden. Somit ist auch in zukünftigen Studien dieser negative Effekt möglicherweise nicht vermeidbar.

Des Weiteren führten die unterschiedlichen Dokumentationssysteme, -formen und auch die persönlichen Präferenzen der Mitarbeiter bei der Dokumentation in den einzelnen Maßregelvollzugseinrichtungen zu Schwierigkeiten bei der Datenerhebung. Manche Daten wurden nicht bzw. unzureichend dokumentiert und konnten deshalb nicht erhoben und in den Dokumentationsbogen aufgenommen werden. Teilweise fehlten Daten von Probanden, da diese erst kürzlich in den Maßregelvollzug aufgenommen wurden. Außerdem fand in einer der Maßregelvollzugseinrichtungen zum Zeitpunkt der Datenerhebungen die initiale Einführung des Lockerungssystems statt, weshalb in den entsprechenden Bereichen Daten nicht erhoben werden konnten. In einer anderen Maßregelvollzugseinrichtung wurde erst kurz vor der Datenerhebung

ein neues Krankenhausdokumentationssystem eingeführt. Viele Patientendaten waren deshalb zum Erhebungszeitpunkt noch nicht vollständig in das neue System übertragen, wodurch es auch hier zu Lücken in der Dokumentation kam. Um diese Limitationen ausgleichen zu können, wäre eine Vereinheitlichung der Krankenhausdokumentationssysteme in den Maßregelvollzugseinrichtungen notwendig. Zusätzlich sollten die Daten in zukünftigen Studien prospektiv erhoben werden. Auf diese Weise könnte eine einheitliche Patientendokumentation und somit vollständige Erhebung der Daten kontrolliert und gewährleistet werden.

Eine weitere Limitation könnte die Datenverzerrung durch das Lockerungsstufensystem darstellen, das indirekt auch die Anzahl der Rückstufungen widerspiegelt. Die Konsequenz einer Rückstufung bei Probanden mit Stufe 0 fällt im Vergleich zu Probanden mit z. B. Stufe A, B oder C sehr gering aus. Ein Proband mit Stufe 0 kann nicht sanktioniert werden, da er bereits Stufe 0 hat. Daraus resultieren ggf. fehlende Angaben zu potenziellen Rückstufungen und anderen Sanktionen bei Probanden in dieser Lockerungsstufe (immerhin 43,9 % in der Kontrollgruppe und 44,9 % in der Versuchsgruppe).

Im Rahmen dieser Datenerhebung wurden alle Patienten mit einer Opioidabhängigkeit, die in den 11 Maßregelvollzugseinrichtungen in Bayern der Teilnahme zugestimmt hatten, aufgenommen. Trotz der Totalerhebung waren die Fallzahlen gering, was die statistische Auswertung beeinträchtigt haben könnte. Daher scheint es sinnvoll, bestimmte in der Untersuchung gefundene Tendenzen auch an größeren Stichproben oder durch Datenzusammenführung aus unterschiedlichen Bundesländern zu überprüfen. Laut Nedopil et al. (2021) sind unter diesen Bedingungen im Rahmen der Machbarkeit keine größeren Fallzahlen zu erwarten. Gleichwohl liefert die vorliegende Arbeit wichtige Indizien, die sich hier allerdings nur als Tendenz abbilden lassen.

## 5 Resümee

Bei dieser Studie handelt es sich um die erste Erhebung dieser Art mit Patienten im bayerischen Maßregelvollzug. In den offiziellen Statistiken zum Maßregelvollzug gibt es keine speziellen Berechnungen zur Population von Suchtkranken in Bayern insgesamt und zu jener der Substituierten. Dies lässt den Eindruck entstehen, dass dieser Patientengruppe weniger Bedeutung im Maßregelvollzug beigemessen wird. Zudem fehlt ein einheitliches Behandlungskonzept für schwer Suchtkranke. Jede Maßregelvollzugseinrichtung beschließt für sich eigenständig und auch weitgehend unabhängig von allgemeinen Richtlinien und Empfehlungen, wie die Indikation und Substitutionstherapie geregelt werden und welche Kriterien für ihre Beendigung oder für das Verweigern einer solchen Therapieform gelten.

Des Weiteren besteht auch keine Abstimmung darüber, unter welchen Bedingungen für Patienten ein Antrag auf Erledigung der Maßregel wegen Erfolglosigkeit beim Gericht gestellt wird, wie viele Rückfälle hierzu beitragen müssen und wann beispielsweise hier auch die Substitutionstherapie abgebrochen und ausgeschlichen wird. Ebenso verhält es sich betreffend die Voraussetzungen für eine Substitutionstherapie in den einzelnen Maßregelvollzugseinrichtungen.

Auch wenn sich die Substitutionstherapie in den hier erhobenen Daten nicht eindeutig als statistisch vorteilhaft erwies, ist festzuhalten, dass sich die Substitutionstherapie nicht negativ auf die Probanden auswirkte. Der allgemeinen Datenlage ist zu entnehmen, dass der Erfolg einer Substitutionstherapie unumstritten ist und somit auch im Maßregelvollzug systematisch Berücksichtigung finden sollte. Die Zuweisungspraxis für eine Substitutionstherapie sollte dabei einem möglichst verbindlichen Vorgehen folgen, wobei die Ausprägung der Substanzkonsumstörung, die Anzahl der gescheiterten Therapieversuche und das soziale Umfeld berücksichtigt werden sollten.

In einzelnen Maßregelvollzugseinrichtungen ist eine Substitutionstherapie erst nach einer Höherstufung und somit erst nach dem Versuch des Abstinenzverhaltens möglich. Dies könnte zu Rückfällen führen, die durch die frühzeitige Substitutionstherapie verhindert worden wären. In Anbetracht der Vorteile in der Nachbehandlung und der dort bereits erforschten kriminalpräventiven Wirkung ist zu vermuten, dass der Beginn einer solchen Behandlung auch in der Maßregelvollzugseinrichtung von Vorteil sein könnte. Dies sollte aber in zukünftigen Studien untersucht werden. Allerdings bedarf es der Untersuchung der kritischen Phase des Wechsels von der stationären in die

ambulante Behandlung. Insbesondere im Hinblick auf die Entlassung aus dem Maßregelvollzug und die Anschlussbehandlung substituierter Patienten muss daher die Zusammenarbeit mit Anschlusspraxen ausgebaut werden, um mögliche Rückfälle zu reduzieren.

Auch das Absetzen von Substitutionsmitteln nach Überstellung vom Justizvollzug in den Maßregelvollzug ist kein seltenes Phänomen. Hier sollte beim Patienten erst das Abstinenzverhalten überprüft werden. Bereits Stöver et al. (2011b) zeigten, dass die Abbruchrate von Behandlungen mit rund 70 % bei Haftantritt sehr hoch war. Die Toleranz gegenüber bspw. der Anzahl von Rückfällen bis zum Abbruch der Therapie variiert zwischen den einzelnen Maßregelvollzugseinrichtungen stark. Unter den Behandlern herrschen sehr unterschiedliche Einstellungen zur Substitutionstherapie, was letzten Endes auch die Praxis beeinflusst. Ein befürwortender Arzt substituiert beispielsweise viel, wohingegen Behandler, welche die Substitutionstherapie eher als kritisch betrachten, nur wenig oder nicht substituieren. Diese Einstellung überträgt sich auf die jeweilige Maßregelvollzugseinrichtung und demnach die Praxis.

Zusätzlich fehlen in den Maßregelvollzugseinrichtungen einheitliche Dokumentationssysteme. Bisher werden in den einzelnen Maßregelvollzugseinrichtungen unterschiedliche Dokumentationssysteme genutzt, die eine Vergleichbarkeit von Daten erschweren können. Diese Arbeit trug erstmalig alle verfügbaren Daten der Maßregelvollzugseinrichtungen in Bayern hierzu wissenschaftlich zusammen.

Aufgrund der Schwere des Krankheitsbildes sollten spezielle Behandlungsstationen bzw. Behandlungssettings für substituierte Opioidabhängige geschaffen werden.

In dieser Untersuchung waren die Ergebnisse nicht so eindeutig wie in früheren Studien, die v. a. an Gefängnisinsassen im Ausland durchgeführt wurden. Einige Unterschiede zwischen den Gruppen weisen jedoch auf einen Effekt der Substitutionstherapie hin: Während es bei den meisten erfassten Parametern keinen Unterschied gab, waren die Zahl und die Häufigkeit der Rückfälle und Regelverstöße in der Versuchsgruppe niedriger als in der Kontrollgruppe, obwohl die Substituierten einen schwereren Krankheitsverlauf mit häufigeren und mehr gescheiterten Therapieversuchen in der Vorgeschichte (vor ihrer Aufnahme in den Maßregelvollzug) hatten. Unter diesem Gesichtspunkt ist es auch bemerkenswert, dass die Gruppe der Substituierten kein ungünstigeres Therapieergebnis aufwies als die Kontrollgruppe der Nichtsubstituierten.

Diese Pilotstudie an Patienten im bayerischen Maßregelvollzug deutet darauf hin, dass sich die Substitutionstherapie insbesondere positiv auf die Schwere und Anzahl der Rückfälle auswirken kann. Die Behandler sollten vermehrt an dieses bisher noch sehr umstrittene und somit sensible Thema herangeführt werden, um dabei möglichst Hemmungen und Ängste (vor Rechtsfolgen) gegenüber der Substitutionstherapie abzubauen. Die bereits in der Literatur beschriebenen positiven Aspekte einer Substitutionstherapie sollten den Behandlern Sicherheit geben und sie ermutigen. Dies sollte auch der sinkenden Anzahl an Substitutionsärzten entgegenwirken, v. a. in ländlichen Regionen, und ländlichen Versorgungseingängen vorbeugen.

Langfristig sollten durch die positiven Aspekte der Substitutionstherapie auch Therapieabbrüche der Behandlung nach § 64 StGB und somit die Erledigerquote wieder gesenkt werden. Zudem sollte diese Studie dazu anregen, ein striktes Abstinenzdenken, das sich im Maßregelvollzug immer wieder findet, abzubauen und die Substitutionstherapie als vollwertigen Therapieansatz in den Maßregelvollzug zu integrieren sowie an die Substitutionsgegebenheiten außerhalb von Haftbedingungen besser anzupassen.

## 6 Weiterer Forschungsbedarf

Um den Effekt einer Substitutionstherapie für Patienten im Maßregelvollzug, insbesondere im Hinblick auf die Reduktion möglicher Rückfälle und Regelverstöße, nachzuweisen, sind weitere Untersuchungen erforderlich. Hierzu sollten zunächst Datenerhebungen im prospektiven Design mit einer Patientennachverfolgung erfolgen. Zudem sollten auch weibliche Patienten in die Untersuchungen eingeschlossen werden. Eine genauere Erhebung des Beikonsums und weiterer psychischer Komorbiditäten sollte in Folgestudien intensiver berücksichtigt werden, um mögliche Verzerrungen zu vermeiden, welche den Nutzen der Substitutionstherapie geringer erscheinen lassen, als dies eventuell tatsächlich der Fall ist. Optimalerweise sollte eine randomisiert kontrollierte Studie mit Zuweisung des Substitutionsprogramms unter gleichen Bedingungen stattfinden. Dies ist jedoch aus ethischen Gründen nicht vertretbar.

Weiterhin sollte die Übergangsphase von der stationären in die ambulante Behandlung und die ambulante Nachbehandlung der Maßregelvollzugspatienten untersucht werden.

Darüber hinaus sollte überlegt werden, ob es auch bei so sensiblen Patientengruppen denkbar wäre, eine Patientenbefragung durchzuführen, wenn der Patient einwilligt. Dies würde den Vorteil bringen, dass sich der Patient persönlich zu den Angaben in den Akten äußern und zusätzliche Informationen liefern könnte. Dem Patienten würde dies zudem mehr Sicherheit dahin gehend geben, was während der Untersuchung passiert, und dadurch könnte ggf. dessen Teilnahmemotivation gefördert werden, denn während der vorliegenden Untersuchung fragten viele Patienten nach einem persönlichen Gespräch, um ihre Geschichte persönlich erzählen zu dürfen.

Zudem sollte die Dosis des Substitutionsmittels bei zukünftigen Studien Berücksichtigung finden, um auch die Auswirkung der Dosis auf eine erfolgreiche Substitutionstherapie untersuchen zu können.



## Literaturverzeichnis

- Allianz der deutschen Wissenschaftsorganisationen. (2010). *Grundsätze zum Umgang mit Forschungsdaten*. [https://gfzpublic.gfz-potsdam.de/pubman/item/item\\_2949914](https://gfzpublic.gfz-potsdam.de/pubman/item/item_2949914)
- Appel, P. W., Joseph, H., Kott, A., Nottingham, W., Tasiny, E., & Habel, E. (2001). Selected In-Treatment Outcomes of Long-Term Methadone Maintenance Treatment Patients in New York State. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 68(1), 55–61.
- Behrendt, K., & Meyer-Thompson (2011). *Moderne Suchtbehandlung – State of the Art bei Drogenabhängigkeit*. [http://gesundinhafteu/wp-content/uploads/DokuMa %C3 %9FregelFin130611.pdf](http://gesundinhafteu/wp-content/uploads/DokuMa%C3%9FregelFin130611.pdf)
- Bellin, E., Wesson, J., Tomasino, V., Nolan, J., Glick, A. J., & Oquendo, S. (1999). High dose methadone reduces criminal recidivism in opiate addicts. *Addiction Research and Theory*, 7(1), 19–29. <https://doi.org/10.3109/16066359909004372>
- Best, D., & Rössner, D. (2007). Die Maßregeln der Besserung und Sicherung. In H. L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf, & H. Sass (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie Strafrechtliche Grundlagen der Forensischen Psychiatrie* (Bd. 1, S. 250–285). Steinkopff Verlag.
- Bezzel, A., Hochstadt, M., Schröder, J., & Schlögl, C. (2019). *Qualitätssicherung im Maßregelvollzug – stationäre Therapie und dann?* [https://epub.uni-Regensburg.de/12085/1/08\\_11\\_10\\_DISS\\_Adelheid\\_Bezzel.pdf](https://epub.uni-Regensburg.de/12085/1/08_11_10_DISS_Adelheid_Bezzel.pdf)
- Boksán, K., Weiss, M., Geißelsöder, K., Dechant, M., Endres, J., Breuer, M., Stemmler, M. & Wodarz, N. (2023). Kaum Geschlechtsunterschiede bei Opioidkonsumierenden in Haft. *Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie*, 17(1), 43-51. <https://doi.org/10.1007/s11757-022-00747-3>
- Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., Barrio, G., de García Olalla, P., & de La Fuente, L. (2005). Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain. *Addiction*, 100(7), 981–989. <https://doi.org/10.1111/J.1360-0443.2005.01089.X>

- Bundesärztekammer. (2017). *Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger*. [https://www.bun-  
desaerztekammer.de/themen/aerzte/public-health/suchtmedizin/illegale-dro-  
gen/substitutionsgestuetzte-behandlung-von-opioidabhaengigen](https://www.bun-<br/>desaerztekammer.de/themen/aerzte/public-health/suchtmedizin/illegale-dro-<br/>gen/substitutionsgestuetzte-behandlung-von-opioidabhaengigen)
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2022a, Januar). *Bericht zum Substitutionsregister*. [https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bun-  
desopiumstelle/SubstitReg/Subst\\_Bericht2022.html](https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bun-<br/>desopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht2022.html)
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2022b). *Fachinformation Codein*. [https://portal.dimdi.de/amguifree/am/docoutput/additionalDocDown-  
load.xhtml?dntObjId=34790c0f-8346-431a-b652-6a8a387d495c](https://portal.dimdi.de/amguifree/am/docoutput/additionalDocDown-<br/>load.xhtml?dntObjId=34790c0f-8346-431a-b652-6a8a387d495c)
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2022c). *Fachinformation Subu-  
tex-Depot-Injektionslösung*. [https://portal.dimdi.de/amguifree/am/docoutput/ad-  
ditionalDocDownload.xhtml?dntObjId=520bef93-b592-4547-b59d-  
4be720ce7659](https://portal.dimdi.de/amguifree/am/docoutput/ad-<br/>ditionalDocDownload.xhtml?dntObjId=520bef93-b592-4547-b59d-<br/>4be720ce7659)
- Bundeskriminalamt. (2021, 27. Juli). *Rauschgiftkriminalität. Bundeslagebild 2020*. [https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Jahresberichte-  
UndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2020RauschgiftBundeslage-  
bild.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Jahresberichte-<br/>UndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2020RauschgiftBundeslage-<br/>bild.pdf?__blob=publicationFile&v=4)
- Clark, K. J., Mitchell, M. M., Fahmy, C., Pyrooz, D. C., & Decker, S. H. (2020). What if they are all high-risk for attrition Correlates of retention in a longitudinal study of reentry from prison. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 0306624X20967934. <https://doi.org/10.1177/0306624x20967934>
- Crisanti, A. S., Case, B. F., Isakson, B. L., & Steadman, H. J. (2014). Understanding study attrition in the evaluation of jail diversion programs for persons with serious mental illness or co-occurring substance use disorders. *Criminal justice and behavior*, 41(6), 772–790.
- D'ippoliti, D., Davoli, M., Perucci, C. A., Pasqualini, F., & Bargagli, A. M. (1998). Retention in treatment of heroin users in Italy: the role of treatment type and of methadone maintenance dosage. In *Drug and Alcohol Dependence*, 52(2), 167–171.

- de Matos, E. G., Atzendorf, J., Kraus, L., & Piontek, D. (2016). Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland: Ergebnisse des epidemiologischen Suchtsurveys 2015. *Sucht*, *62*(5), 271–281. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000445>
- Deutsches Ärzteblatt. (1991). Methadon-Projekt in NRW wird ausgeweitet. *Deutsches Ärzteblatt*, *10*, A726.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung beim Bundesministerium für Gesundheit. (2019). *Drogen- und Suchtbericht*. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Drogen\\_und\\_Sucht/Berichte/Broschuere/Drogen-\\_und\\_Suchtbericht\\_2019\\_barr.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Broschuere/Drogen-_und_Suchtbericht_2019_barr.pdf)
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung beim Bundesministerium für Gesundheit. (2020). *Jahresbericht 2020*. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Drogen\\_und\\_Sucht/Berichte/Broschuere/DSB\\_Jahresbericht\\_2020\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Broschuere/DSB_Jahresbericht_2020_bf.pdf)
- Dolan, K. A., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J., & Wodak, A. D. (2005). Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: Mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addiction*, *100*(6), 820–828. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01050.x>
- Dole, V. P., & Nyswander, M. (1965). A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction a Clinical Trial with Methadone Hydrochloride. *JAMA*, *193*, 646–650.
- Erbas, B., Fahrmbacher-Lutz, C., Haberl, J., Huber, G., Kagerer-Volk, S., Kalb, P., Pogarell, O., Stecker, G., Unglaub, W., & Tauber, W. (2016). *Leitfaden für Ärzte zur substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger*. [https://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/BAS\\_Substitutionsleitfaden\\_2011\\_final\\_110107.pdf](https://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/BAS_Substitutionsleitfaden_2011_final_110107.pdf)
- Esteban, J., Gimeno, C., Barril, J., Aragonés, A., Climent, J. M., & de La Cruz Pellín, M. (2003). Survival study of opioid addicts in relation to its adherence to methadone maintenance treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, *70*(2), 193–200. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(03\)00002-4](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(03)00002-4)

- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA), & Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. (2022). *Europäischer Drogenbericht: Trends und Entwicklungen 2022*. [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/14644/2022.2419\\_DE\\_02\\_wm.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/14644/2022.2419_DE_02_wm.pdf)
- Field, A. (2018). *Discovering Statistic using SPSS* (5. Aufl.). SAGE Publications Ltd.
- Fischer, M., Reimer, J., Schäfer, I., & Haasen, C. (2010). Zum Stand der Substitutionstherapie in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 53(4), 332–339. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1030-2>
- Fuglestad, A., Agren, G., & Romelsjö, A. (1998). Changes in Mortality, Arrests, and Hospitalizations in Nonvoluntary Treated Heroin Addicts in Relation to Methadone Treatment. *Substance Use & Misuse*, 33(14), 2803–2817 <https://doi.org/10.3109/10826089809059352>
- Gearing, F. R., & Schweitzer, M. D. (1974). An epidemiological evaluation of long-term methadone maintenance treatment for heroin addiction. *American Journal Of Epidemiology*, 100, 101–112.
- Gordon, M. S., Kinlock, T. W., Schwartz, R. P., & O'Grady, K. E. (2008). A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: Findings at 6 months post-release. *Addiction*, 103(8), 1333–1342. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.002238.x>
- Gordon, M. S., Kinlock, T. W., Schwartz, R. P., Fitzgerald, T. T., O'Grady, K. E., & Vocci, F. J. (2014). A randomized controlled trial of prison-initiated buprenorphine: Prison outcomes and community treatment entry. *Drug and Alcohol Dependence*, 142, 33–40. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.05.011>
- Hecker, B. (2018). Die Maßregel der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) in R. Müller-Isberner & S. Eucker (Hrsg.), (2018). *Praxishandbuch Maßregelvollzug* (Bd. 3, S. 225–237). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Heilmann, M., & Scherbaum, N. (2015). The importance of psychopharmacological strategies in departments of forensic psychiatry in Germany. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 9(1), 18–28. <https://doi.org/10.1007/s11757-014-0298-8>

- Heinz, W. (2014). *Das strafrechtliche Sanktionensystem und die Sanktionierungspraxis in Deutschland 1882–2012*. <https://www.uni-konstanz.de/rtf/kis/Sanktionierungspraxis-in-Deutschland-Stand-2012.pdf>
- Indivior Europe Limited. (2021). *SUBOXONE Sublingualfilm Gebrauchsinformation*. Rote Liste® Service GmbH. <https://www.patienteninfo-service.de/a-z-liste/s/suboxoneR-sublingualfilm>
- Joseph, H., Stancliff, S., & Langrod, J. (2000). Methadone Maintenance Treatment (MMT): A Review of Historical and Clinical Issues. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 67(5–6), 347–364.
- Kastelic, A., Pont, J., & Stöver, H. (2007). *Leitfaden zur Substitutionsbehandlung im Gefängnis*. [https://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2003/action3/docs/2003\\_07\\_frep\\_a1\\_de.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action3/docs/2003_07_frep_a1_de.pdf)
- Kimber, J., Copeland, L., Hickman, M., Macleod, J., McKenzie, J., de Angelis, D., & Robertson, J. R. (2010). Survival and cessation in injecting drug users: Prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment. *BMJ*, 341(7764), 135. <https://doi.org/10.1136/bmj.c3172>
- Kinlock, T. W., Gordon, M. S., Schwartz, R. P., Fitzgerald, T. T., & O’Grady, K. E. (2009). A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: Results at 12 months postrelease. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(3), 277–285. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.03.002>
- Kinlock, T. W., Gordon, M. S., Schwartz, R. P., O’Grady, K., Fitzgerald, T. T., & Wilson, M. (2007). *A Randomized Clinical Trial of Methadone Maintenance for Prisoners: Results at One-Month Post-Release*, 91(3), 220–227. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.05.022>
- Kinner, S. A., Moore, E., Spittal, M. J., & Indig, D. (2013). Opiate substitution treatment to reduce in-prison drug injection: A natural experiment. *International Journal of Drug Policy*, 24(5), 460–463. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.01.004>
- Krach, C. (1978). Ambulantes Therapieprogramm mit Methadon. *Deutsches Ärzteblatt*, 9, 289–293.

- Lehmann, K., Kuhn, S., Schulte, B., Meyer-Thompson, H. G., & Verthein, U. (2021). Die Substitutionstherapie Opioidabhängiger in Deutschland: Auswirkungen der 3. BtMVVÄndV aus der Sicht substituierender ÄrztInnen und Ärzte. *Gesundheitswesen* 2021, 83(8–9), 651–661. <https://doi.org/10.1055/a-1378-9249>
- Maddux, J. F., & Desmond, D. P. (1997). Outcomes of Methadone Maintenance 1 Year after Admission. *Journal of Drug Issues*, 27(2), 225–238.
- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD002209. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002209.pub2>
- Moore, K. E., Roberts, W., Reid, H. H., Smith, K. M. Z., Oberleitner, L. M. S., & McKee, S. A. (2019). Effectiveness of medication assisted treatment for opioid use in prison and jail settings: A meta-analysis and systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 99, 32–43. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.12.003>
- Müller, J. L., & Nedopil, N. (2017). Maßregeln der Besserung und Sicherung. In J. L. Müller & N. Nedopil (Hrsg.), *Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht* (Bd. 5, S. 42–46). Georg Thieme Verlag.
- Müller, J. L., Saimeh, N., Briken, P., Eucker, S., Hoffmann, K., Koller, M., Wolf, T., Dudeck, M., Hartl, C., Jakovljevic, A. K., Klein, V., Knecht, G., Müller-Isberner, R., Muysers, J., Schiltz, K., Seifert, D., Simon, A., Steinböck, H., Stuckmann, W., & Zeidler, R. (2017). Standards for treatment in forensic commitment according to § 63 and § 64 of the German criminal code: Interdisciplinary task force of the DGPPN. *Nervenarzt*, 88(1), 1–29. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0382-3>
- Müller-Isberner, R., & Eucker, S. (Hrsg.). (2012). *Praxishandbuch Maßregelvollzug* (Bd. 2). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Nedopil, N., Endrass, J., Rossegger, A., & Wolf, T. (2021). *Prognose: Risikoeinschätzung in forensischer Psychiatrie und Psychologie. Ein Handbuch für die Praxis*. Pabst Science Publishers.
- Newman, R. G. (2001). Marie Nyswanders Beitrag: Der Drogenabhängige als Patient. *Suchttherapie Sonderheft*, 2, S11–S14.

- Osher, F. C., & Kofoed, L. L. (1989). Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1025–1030.
- Poehlke, T. (o. J.a). *Geschichte der Opioid-Substitution in Deutschland – Teil I*. <https://step-initiative.de/#wissenschaftliche-artikel>
- Poehlke, T. (o. J.b). *Geschichte der Opioid-Substitution in Deutschland – Teil II*. <https://step-initiative.de/#wissenschaftliche-artikel>
- Poehlke, T. (o. J.c). *Geschichte der Opioid-Substitution in Deutschland – Teil III*. <https://step-initiative.de/#wissenschaftliche-artikel>
- Pont, J., Kastelic, A., Stöver, H., Ritter, C., & Knorr, B. (2012). *Substitutionsbehandlung im Strafvollzug. Ein praktischer Leitfaden*. [https://www.aidshilfe.de/system/files\\_force/documents/2018\\_02\\_09\\_substitutionsbehandlung\\_im\\_strafvollzug.pdf?download=1](https://www.aidshilfe.de/system/files_force/documents/2018_02_09_substitutionsbehandlung_im_strafvollzug.pdf?download=1)
- Risser, D., Hönigschnabl, S., Stichenwirth, M., Pfudl, S., Sebald, D., Kaff, A., & Bauer, G. (2001). Mortality of opiate users in Vienna, Austria. *Drug and Alcohol Dependence*, 64(3), 251–256. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(01\)00131-4](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(01)00131-4)
- Robert Koch-Institut. (2016). *Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland-DRUCK-Studie*. <https://doi.org/10.17886/rkipubl-2016-007.2>
- Russell, C., Nafeh, F., Pang, M., Farrell Macdonald, S., Derkzen, D., Rehm, J., & Fischer, B. (2021). Opioid agonist treatment (OAT) experiences and release plans among federally incarcerated individuals with opioid use disorder (OUD) in Ontario, Canada: a mixed-methods study. *BMC Public Health*, 22(1), 436. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12685-0>
- Scherbaum, N. (2007). Die Substitutionsbehandlung opiatabhängiger. *Nervenarzt*, 78(1), 103–110. <https://doi.org/10.1007/s00115-006-2200-1>
- Schmidt-Semisch, H. (2020). Von der Abstinenz zur Akzeptanz Wegmarken der deutschen Drogenpolitik und Suchthilfe. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 70, 24–30.
- Sees, K. L., Delucchi, K. L., Masson, C., Rosen, A., Clark, P. H. W., Robillard, H., Banys, M. P., & Hall, S. M. (2000). Methadone Maintenance vs 180-Day Psychosocially Enriched Detoxification for Treatment of Opioid Dependence. *Journal of the American Medical Association*, 283(10), 1303–1310.

- Soyka, M., & Steinböck, H. (2022). Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigen im Maßregelvollzug. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 90(12), 559–564. <https://doi.org/10.1055/a-1669-9033>
- Springer, A. (2002). Kokain, Freud und die Psychoanalyse. *Suchttherapie*, 3, 18–23.
- Stark, K., Müller, R., Bienzle, U., & Guggenmoos-Holzmann, I. (1996). Methadone maintenance treatment and HIV risk-taking behaviour among injecting drug users in Berlin. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50(5), 534–537. <https://doi.org/10.1136/jech.50.5.534>
- Statistisches Bundesamt. (2015). *Zusammenstellung von Länderlieferung zum Maßregelvollzug im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz. Persönliche Mitteilung, E-Mail vom 14.07.2022.*
- Statistisches Bundesamt. (2016). *Zusammenstellung von Länderlieferung zum Maßregelvollzug im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz. Persönliche Mitteilung, E-Mail vom 14.07.2022.*
- Statistisches Bundesamt. (2017). *Zusammenstellung von Länderlieferung zum Maßregelvollzug im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz. Persönliche Mitteilung, E-Mail vom 14.07.2022.*
- Statistisches Bundesamt. (2018). *Zusammenstellung von Länderlieferung zum Maßregelvollzug im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz. Persönliche Mitteilung, E-Mail vom 14.07.2022.*
- Statistisches Bundesamt. (2019). *Zusammenstellung von Länderlieferung zum Maßregelvollzug im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz. Persönliche Mitteilung, E-Mail vom 14.07.2022.*
- Statistisches Bundesamt. (2020). *Zusammenstellung von Länderlieferung zum Maßregelvollzug im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz. Persönliche Mitteilung, E-Mail vom 14.07.2022.*
- Stemmler, Mark (2023, 3. März). *Der Entwicklungsverlauf von opioidabhängigen Strafgefangenen nach ihrer Entlassung in Abhängigkeit der Art der Suchtbehandlung (Substitution versus abstinenzorientiert)* [Konferenzbeitrag]. Kriminologisches Forum Bayern – Fischbachau. Friedrich-Alexander-Universität. Philosophische Fakultät und Fachbereich Theologie.



- Stewart, A. C., Cossar, R., Walker, S., Wilkinson, A. L., Quinn, B., Dietze, P., Winter, R., Kirwan, A., Curtis, M., & Ogloff, J. R. (2021). Strategies to maximise study retention and limit attrition bias in a prospective cohort study of men reporting a history of injecting drug use released from prison: the prison and transition health study. *BMC Medical Research Methodology*, 21(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12874-021-01380-0>
- Stoll, K., Bayer, M., Häßler, U., & Abraham, K. (2019). *Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug. Auswertung der Stichtagserhebung (31.03.2018) zur Konsumeinschätzung und Substitution*. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Drogen\\_und\\_Sucht/Berichte/Forschungsbericht/Projektbericht\\_PRE-MOS\\_-\\_Langfristige\\_Substitution\\_Opiatabhaengiger.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Forschungsbericht/Projektbericht_PRE-MOS_-_Langfristige_Substitution_Opiatabhaengiger.pdf)
- Stöver, H. (2011a). *Neue Wege in der Suchtbehandlung im Maßregelvollzug*. [http://gesundinhaft.eu/wp-content/uploads/DokuMa\\_%C3%9FregelFin130611.pdf](http://gesundinhaft.eu/wp-content/uploads/DokuMa_%C3%9FregelFin130611.pdf)
- Stöver, H. (2011b). Barriers to opioid substitution treatment access, entry and retention: a survey of opioid users, patients in treatment, and treating and non-treating physicians. *European Addiction Research*, 17(1), 44–54. <https://doi.org/10.1159/000320576>
- Stöver, H. (2012). Drogenabhängige in Haft – Epidemiologie, Prävention und Behandlung in Totalen Institutionen. *Suchttherapie*, 13(2), 74–80. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1311600>
- Stöver, H., & Gerlach, R. (2010). Substitution Geschichte und aktuelle Problembereiche der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger vom Glaubenskrieg zur Standardtherapie. *KONTUREN*, 2, 8–13.
- Sun, H.-M., Li, X.-Y., Chow, E. P. F., Li, T., Xian, Y., Lu, Y.-H., Tian, T., Zhuang, X., & Zhang, L. (2015). Methadone maintenance treatment programme reduces criminal activity and improves social well-being of drug users in China: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 5(1), e005997. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005997>

- Thiede, H., Hagan, H., & Murrill, C. S. (2000). Methadone treatment and HIV and hepatitis B and C risk reduction among injectors in the Seattle area. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine* 77(3), 331–345. <https://doi.org/10.1007/BF02386744>
- Tretter, F. (2016). Illegale Drogen. In P. Werner, C. Schwejda, & F. Tretter (Hrsg.), *Suchtmedizin Kompakt Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis* (3. Aufl., Bd. 3, S. 154–196). Schattauer.
- Ullmann, R. (2001). Geschichte der ärztlichen Verordnung von Opioiden an Abhängige. *Suchttherapie Sonderheft*, 2, 20–27.
- Verster, A., & Buning, E. (2000). *Richtlinien zur Methadonsubstitution*. Euro-Methwork.
- Vogt, M., Kufner, H., & Weiler, D. (2000). Katamnestische Ergebnisse zur ambulanten medizinischen Rehabilitation unter Methadon-Substitution. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 2, 93–102.
- Weiss, M., Geißelsöder, K., Breuer, M., Dechant, M., Endres, J., Stemmler, M. & Wodarz, N. (2022). Behandlung opioidabhängiger Inhaftierter – Einstellungen und Behandlungspraxis des medizinischen Personals in bayerischen Justizvollzugsanstalten. *Gesundheitswesen*, 84(12), 1107–1112. <https://doi.org/10.1055/a-1399-9286>
- Wittchen, H.-U., Bühringer, G., & Rehm, J. (2011). *Schlussbericht PREMOS Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome*. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5\\_Publikationen/Drogen\\_und\\_Sucht/Berichte/Forschungsbericht/Projektbericht\\_PREMOS\\_-\\_Langfristige\\_Substitution\\_Opiatabhaengiger.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Forschungsbericht/Projektbericht_PREMOS_-_Langfristige_Substitution_Opiatabhaengiger.pdf)
- Wolf, T. (2012). Maßregelvollzug aus Sicht des Gerichts. In R. Müller-Isberner & S. Eucker (Eds.), *Praxishandbuch Maßregelvollzug Grundlagen, Konzepte und Praxis der Kriminaltherapie* (Bd. 2, S. 3–30). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Zentrum Bayern Familie und Soziales. (2022). *Hinweise für untergebrachte Personen im Maßregelvollzug*. [https://www.zbfs.bayern.de/imperia/md/images/zbfs\\_intranet/produktgruppe\\_x/hinweise\\_fur\\_untergebrachte\\_personen\\_neu.pdf](https://www.zbfs.bayern.de/imperia/md/images/zbfs_intranet/produktgruppe_x/hinweise_fur_untergebrachte_personen_neu.pdf)

Zippel-Schultz, B., Specka, M., Stöver, H., Nowak, M., Cimander, K., Maryschok, M., Poehlke, T., Helms, T. M., & Scherbaum, N. (2019). Results of Long-Term Opioid Maintenance Treatment – The SubsCare Study. *Suchttherapie*, 20(2), 76–84. <https://doi.org/10.1055/a-0623-0714>

# Anhang

## Anhang a

### Dokumentationsbogen

„Substitution im Maßregelvollzug - Wirksamkeit der Substitutionstherapie auf den  
Therapieverlauf von opioidabhängigen Patienten im bayerischen Maßregelvollzug“

|   |
|---|
| <p><b>Probandennummer:</b> _____</p> <p><b>Datum der Datenerhebung (Stichtag):</b> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Versuchsgruppe <input type="checkbox"/> Kontrollgruppe</p> <p><b>Aktuelles Alter:</b> _____</p> <p><b>Grundlagen der Unterbringung</b></p> <p>Aufnahmealter: _____</p> <p>Datum der aktuellen Unterbringung: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Aufnahmestation <input type="checkbox"/> Weiterführende Station <input type="checkbox"/> Probewohnen</p> <p>Abbruchpatient: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Rechtsgrundlage der aktuellen Unterbringung: _____</p> <p>Strafmaß (Anlassdelikt der aktuellen Unterbringung): _____</p> <p>Anlassdelikt (aktuelle Unterbringung): _____</p> <p>Zuverlegende Anstalt/Klinik/Einrichtung: _____</p> <p>Unterbringungsdiagnose (ICD-10): _____</p> <p>Aktuelle Unterbringungsdauer (in Wochen ab Aufnahmedatum): _____</p> <p>Anzahl BZR-Einträge: _____</p> <p>Anzahl BtM-Delikte (BZR): _____</p> <p>Erstes BtM-Delikt (Alter): _____</p> <p>Somatische Erkrankungen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, welche: _____</p> <p>Psychopathologische Auffälligkeiten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, welche: _____</p> <p><b>Suchtanamnese</b></p> <p>Anzahl bisher abgeschlossener Therapien nach § 64 StGB: _____</p> <p>Anzahl bisher gescheiterter Therapien nach § 64 StGB: _____</p> <p>Dauer der Opiatabhängigkeit (Alter bei Beginn): _____</p> <p>Konsumform Opiate (Mehrfachantwort möglich): _____</p> <p>Anzahl Überdosen (Opiate): _____</p> <p>Anzahl/Dauer Cleanphasen (Opiate): _____</p> <p>Anzahl erfolgreich abgeschlossener Entgiftungsversuche: _____</p> <p>Anzahl/Dauer gescheiterter Entgiftungsversuche: _____</p> |
|---|

### Biographische Anamnese

Geburtsland: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  feste Partnerschaft  verheiratet  geschieden

getrennt lebend  Sonstige: \_\_\_\_\_

Eigene Kinder:  Ja, Anzahl \_\_\_\_\_  Nein

Leibliche Eltern geschieden:  Ja  Nein

Wenn ja, seit wann (Alter des Probanden): \_\_\_\_\_

Ergänzende Angaben hierzu: \_\_\_\_\_

Bis zum 18. Lebensjahr überwiegend aufgewachsen bei:

beiden (leiblichen) Eltern  einem Elternteil  Pflegefamilie  Kinderheim

Sonstige: \_\_\_\_\_

Gewalterfahrung (körperliche/verbale Gewalt) in der eigenen Familie (Eltern, Geschwister, Stiefmutter/Stiefvater):  Ja  Nein

Ergänzende Angaben hierzu: \_\_\_\_\_

Höchster Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Abgeschlossene Berufsausbildung:  Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Abgebrochene Berufsausbildung:  Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Abgeschlossenes Studium:  Ja  Nein

Wenn ja, welches: \_\_\_\_\_

### 1. Therapieteilnahme\*

a) Arbeitstherapie  Ja  Nein  VEW  Rente  nicht angeboten

- b) Beschäftigungstherapie  Ja  Nein  VEW  Rente  nicht angeboten
- c) Musiktherapie  Ja  Nein  VEW  Rente  nicht angeboten
- d) Sporttherapie  Ja  Nein  VEW  Rente  nicht angeboten
- e) Tiergestützte Therapie  Ja  Nein  VEW  Rente  nicht angeboten
- f) Einzeltherapie  Ja  Nein  VEW  Rente  nicht angeboten
- g) Gruppentherapie  Ja  Nein  VEW  Rente  nicht angeboten
- h) Bezugspflegegespräche  Ja  Nein  VEW  Rente  nicht angeboten

\* VEW= Verweigert; Nein= 126a StPO, 453c StPO, § 81 StPO;

## 2. Vollzugslockerungen

- a) Aktuelle Lockerungsstufe

0  A  B  C  D

- b) Dauer der einzelnen Lockerungsstufen in Wochen

0: \_\_\_\_\_

A: \_\_\_\_\_

B: \_\_\_\_\_

C: \_\_\_\_\_

D: \_\_\_\_\_

- c) Rückstufung

Ja, Anzahl: \_\_\_\_\_  Nein (bitte weiter mit Frage 2f)

- d) Rückstufung auf Lockerungsstufe (Mehrfachantwort möglich)

0  A  B  C

- e) Dauer und Grund der Rückstufung

### Rückstufung auf Lockerungsstufe 0

1 Woche  2 Wochen  4 Wochen  6 Wochen  8 Wochen

Andere: \_\_\_\_\_

Grund der Rückstufung auf Lockerungsstufe 0 (Mehrfachantwort möglich)

Rückfall/Beikonsum  Regelverstöße  Mangelnde/fehlende

Therapiemotivation  Verbal-aggressives Verhalten  Tätlich-aggressives

Verhalten  Ernsthafte Bedrohung  Entweichung/Fluchtversuch

Andere: \_\_\_\_\_

**Rückstufung auf Lockerungsstufe A**

1 Woche  2 Wochen  4 Wochen  6 Wochen  8 Wochen

Andere: \_\_\_\_\_

Grund der Rückstufung auf Lockerungsstufe A (Mehrfachantwort möglich)

Rückfall/Beikonsum  Regelverstöße  mangelnde/fehlende  
Therapiemotivation  Verbal-aggressives Verhalten  Tätlich-aggressives  
Verhalten  Ernsthafte Bedrohung  Entweichung/Fluchtversuch

Andere: \_\_\_\_\_

**Rückstufung auf Lockerungsstufe B**

1 Woche  2 Wochen  4 Wochen  6 Wochen  8 Wochen

Andere: \_\_\_\_\_

Grund der Rückstufung auf Lockerungsstufe B (Mehrfachantwort möglich)

Rückfall/Beikonsum  Regelverstöße  Lockerungsmissbrauch  
 mangelnde/fehlende Therapiemotivation  Verbal-aggressives Verhalten  
 Tätlich-aggressives Verhalten  Ernsthafte Bedrohung  
 Entweichung/Fluchtversuch

Andere: \_\_\_\_\_

**Rückstufung auf Lockerungsstufe C**

1 Woche  2 Wochen  4 Wochen  6 Wochen  8 Wochen

Andere: \_\_\_\_\_

Grund der Rückstufung auf Lockerungsstufe C (Mehrfachantwort möglich)

Rückfall/Beikonsum  Regelverstöße  Lockerungsmissbrauch  
 Mangelnde/fehlende Therapiemotivation  Verbal-aggressives Verhalten  
 Tätlich-aggressives Verhalten  Ernsthafte Bedrohung  
 Entweichung/Fluchtversuch

Andere: \_\_\_\_\_

**f) Verlängerung von Lockerungsstufen**

Ja, Anzahl: \_\_\_\_  Nein (bitte weiter mit Fragenblock 3)

g) Verlängerung der Lockerungsstufe (Mehrfachantwort möglich)

0  A  B  C  D

h) Dauer und Grund der Verlängerung der Lockerungsstufe

**Lockerungsstufe 0**

1 Woche  2 Wochen  4 Wochen  6 Wochen  8 Wochen

Andere: \_\_\_\_\_

Grund der Verlängerung der Lockerungsstufe 0 (Mehrfachantwort möglich)

Rückfall/Beikonsum  Regelverstöße  Mangelnde/fehlende  
Therapiemotivation  Verbal-aggressives Verhalten  Tätlich-aggressives  
Verhalten  Ernsthafte Bedrohung

Andere: \_\_\_\_\_

**Lockerungsstufe A**

1 Woche  2 Wochen  4 Wochen  6 Wochen  8 Wochen

Andere: \_\_\_\_\_

Grund der Verlängerung der Lockerungsstufe A (Mehrfachantwort möglich)

Rückfall/Beikonsum  Regelverstöße  Mangelnde/fehlende  
Therapiemotivation  Verbal-aggressives Verhalten  Tätlich-aggressives  
Verhalten  Ernsthafte Bedrohung

Andere: \_\_\_\_\_

**Lockerungsstufe B**

1 Woche  2 Wochen  4 Wochen  6 Wochen  8 Wochen

Andere: \_\_\_\_\_

Grund der Verlängerung der Lockerungsstufe B (Mehrfachantwort möglich)

Rückfall/Beikonsum  Regelverstöße  Lockerungsmisbrauch  
 mangelnde/fehlende Therapiemotivation  Verbal-aggressives Verhalten  
 Tätlich-aggressives Verhalten  Ernsthafte Bedrohung

Andere: \_\_\_\_\_

**Lockerungsstufe C**

1 Woche  2 Wochen  4 Wochen  6 Wochen  8 Wochen



Andere: \_\_\_\_\_

Grund der Verlängerung der Lockerungsstufe C (Mehrfachantwort möglich)

- Rückfall/Beikonsum  Regelverstöße  Lockerungsmisbrauch  
 mangelnde/fehlende Therapiemotivation  Verbal-aggressives Verhalten  
 Tätlich-aggressives Verhalten  Ernsthafte Bedrohung

Andere: \_\_\_\_\_

#### **Lockerungsstufe D**

- 1 Woche  2 Wochen  4 Wochen  6 Wochen  8 Wochen

Andere: \_\_\_\_\_

Grund der Verlängerung der Lockerungsstufe D (Mehrfachantwort möglich)

- Rückfall/Beikonsum  Regelverstöße  Lockerungsmisbrauch  
 mangelnde/fehlende Therapiemotivation  Verbal-aggressives Verhalten  
 Tätlich-aggressives Verhalten  Ernsthafte Bedrohung

Andere: \_\_\_\_\_

### **3. Regelverstöße und Besondere Vorkommnisse**

- Ja  Nein (bitte weiter mit Fragenblock 4 )

**a) Anzahl bisheriger Regelverstöße/Besondere Vorkommnisse**

- 1  2  3  4  5  mehr als 5

**b) Besitz unerlaubter Gegenstände**  Ja  Nein

Sanktionierende Reaktion auf Regelverstöße/Besondere Vorkommnisse  
(Mehrfachantwort möglich)

- Ausgangssperre  Besuchsverbot  Verlegung auf eine Akutstation  
 kurzfristige Rückstufung  Widerruf der aktuellen Lockerungsstufe  
 Verlängerung der aktuellen Lockerungsstufe  Abbruch der Therapie  
 keine sanktionierende Reaktion  Andere: \_\_\_\_\_

**c) Verbal-aggressives Verhalten**  Ja  Nein

Sanktionierende Reaktion auf Regelverstöße/Besondere Vorkommnisse  
(Mehrfachantwort möglich)

- Ausgangssperre  Besuchsverbot  Verlegung auf eine Akutstation  
 kurzfristige Rückstufung  Widerruf der aktuellen Lockerungsstufe

- Verlängerung der aktuellen Lockerungsstufe  Abbruch der Therapie  
 keine sanktionierende Reaktion  Andere: \_\_\_\_\_

- d) Ernsthafte Bedrohung**  Ja  Nein  
Sanktionierende Reaktion auf den Regelverstöße/Besondere Vorkommnisse  
(Mehrfachantwort möglich)  
 Ausgangssperre  Besuchsverbot  Verlegung auf eine Akutstation  
 kurzfristige Rückstufung  Widerruf der aktuellen Lockerungsstufe  
 Verlängerung der aktuellen Lockerungsstufe  Abbruch der Therapie  
 keine sanktionierende Reaktion  Andere: \_\_\_\_\_

- e) Entweichung/Fluchtversuch/Lockerungsmissbrauch**  Ja  Nein  
Sanktionierende Reaktion auf den Regelverstöße/Besondere Vorkommnisse  
(Mehrfachantwort möglich)  
 Ausgangssperre  Besuchsverbot  Verlegung auf eine Akutstation  
 kurzfristige Rückstufung  Widerruf der aktuellen Lockerungsstufe  
 Verlängerung der aktuellen Lockerungsstufe  Abbruch der Therapie  
 keine sanktionierende Reaktion  Andere: \_\_\_\_\_

- f) Besitz/Erwerb/Handel und/oder Weitergabe von Betäubungsmitteln**  Ja  Nein  
Sanktionierende Reaktion auf den Regelverstöße/Besondere Vorkommnisse  
(Mehrfachantwort möglich)  
 Ausgangssperre  Besuchsverbot  Verlegung auf eine Akutstation  
 kurzfristige Rückstufung  Widerruf der aktuellen Lockerungsstufe  
 Verlängerung der aktuellen Lockerungsstufe  Abbruch der Therapie  
 keine sanktionierende Reaktion  Andere: \_\_\_\_\_

- g) Neuerliches Delikt (mit Anzeige)**  Ja  Nein  
Sanktionierende Reaktion auf den Regelverstöße/Besondere Vorkommnisse  
(Mehrfachantwort möglich)  
 Ausgangssperre  Besuchsverbot  Verlegung auf eine Akutstation  
 kurzfristige Rückstufung  Widerruf der aktuellen Lockerungsstufe  
 Verlängerung der aktuellen Lockerungsstufe  Abbruch der Therapie  
 keine sanktionierende Reaktion  Andere: \_\_\_\_\_

- h) Suizidversuch**  Ja, Anzahl:\_\_\_  Nein

Sanktionierende Reaktion auf den Regelverstöße/Besondere Vorkommnisse  
(Mehrfachantwort möglich)

- Ausgangssperre  Besuchsverbot  Verlegung auf eine Akutstation  
 kurzfristige Rückstufung  Widerruf der aktuellen Lockerungsstufe  
 Verlängerung der aktuellen Lockerungsstufe  Abbruch der Therapie  
 keine sanktionierende Reaktion  Andere: \_\_\_\_\_

#### 4. Substitutionstherapie

Ja  Nein (bitte weiter mit Fragenblock 5)

##### a) Bisher erhaltene Substitutionsmittel seit der aktuellen Unterbringung

(Mehrfachantwort möglich)

Polamidon  Methadon  Subutex  Andere: \_\_\_\_\_

##### b) Aktuell verordnetes Substitutionsmittel

Polamidon  Methadon  Subutex  Andere: \_\_\_\_\_  
seit (TT.MM.JJJJ): \_\_\_\_\_

##### c) Aktuelle Verabreichungsform des Substitutionsmittels

sublingual als Tablette  oral als gemörserte Tablette  flüssig zum Trinken  
 Andere: \_\_\_\_\_

##### d) Aktuelle Tagesdosis und Dosisrhythmus des Substitutionsmittels

einmal täglich \_\_\_\_\_ mg/ml  zweimal täglich \_\_\_\_\_ mg/ml  
 Andere: \_\_\_\_\_

##### e) Substitutionsmittel als Depotmedikation

Ja  Nein

Wenn ja:  wöchentlich  alle zwei Wochen  alle vier Wochen

Andere: \_\_\_\_\_

Dosis der Depotmedikation in mg/ml: \_\_\_\_\_

##### f) Take-Home-Regelung

Ja  Nein

Wenn ja, Take-Home-Dosis des Substitutionsmittels (in mg/ml): \_\_\_\_\_

##### g) Bisherige Dosisänderung des aktuellen Substitutionsmittels

Ja  Nein

**h)** Anzahl der bisherigen Dosisänderungen: \_\_\_\_\_

**i)** Art der Dosisänderung (Mehrfachantwort möglich)

Dosissteigerung  Dosisreduzierung

**j)** Grund der Dosissteigerung (Mehrfachantwort möglich)

Suchtdruck  Nebenwirkungen  reguläre/geplante Dosissteigerung

Andere: \_\_\_\_\_

**k)** Grund der Dosisreduzierung (Mehrfachantwort möglich)

Nebenwirkungen  reguläre/geplante Abdosierung

Andere: \_\_\_\_\_

**l)** Regelmäßigkeit der Einnahme des Substitutionsmittels

Ja  Nein

**m)** Bisheriger Wechsel des Substitutionsmittels

Ja, Anzahl: \_\_\_\_\_  Nein

**n)** Grund für den Wechsel des Substitutionsmittels (Mehrfachantwort möglich)

Suchtdruck  Nebenwirkungen  reguläre/geplante Abdosierung

reguläre/geplante Dosissteigerung

Andere: \_\_\_\_\_

## **5. Medikamentenverordnung bzw. Begleitmedikation**

Aktuell verordnete Begleitmedikation

Ja  Nein (bitte weiter mit Frage 5d)

**a)** Aktuell verordnete Begleitmedikation (Mehrfachantwort möglich)

Antidepressiva  Antikonvulsiva  Neuroleptika  Benzodiazepine

Andere: \_\_\_\_\_

**b)** Indikation der aktuellen Begleitmedikation (Mehrfachantwort möglich)

Depressionen  Schmerzen  Angst- und Panikzustände  Innere

Unruhe  Schlafstörungen  impulsives/aggressives Verhalten  Suchtdruck

Andere: \_\_\_\_\_

- c)** Aktuell verordnete Tagesdosis (in mg/ml) sowie Einnahmehäufigkeit (letztes Pflegeblatt der Patientenkurve der letzten zwei Wochen) der jeweiligen Begleitmedikation (Mehrfachantwort möglich):

Antidepressiva: \_\_\_\_\_

Antikonvulsiva: \_\_\_\_\_

Neuroleptika: \_\_\_\_\_

Benzodiazepine: \_\_\_\_\_

Andere: \_\_\_\_\_

- d)** Bedarfsmedikation

Ja  Nein (Bitte weiter mit Frage 5g)

- e)** Indikation der Bedarfsmedikation (Mehrfachantwort möglich)

Depressionen  Schmerzen  Angst- und Panikzustände  Innere

Unruhe  Schlafstörungen  impulsives/aggressives Verhalten  Suchtdruck

Andere: \_\_\_\_\_

- f)** Aktuell verordnete Tagesdosis (in mg/ml) sowie Einnahmehäufigkeit (letztes Pflegeblatt der Patientenkurve der letzten zwei Wochen) der jeweiligen Bedarfsmedikation (Mehrfachantwort möglich):

Antidepressiva: \_\_\_\_\_

Antikonvulsiva: \_\_\_\_\_

Neuroleptika: \_\_\_\_\_

Benzodiazepine: \_\_\_\_\_

Andere: \_\_\_\_\_

- g)** Verweigerung einer ärztlich empfohlenen/verordneten Medikation

Ja  Nein

- h)** Verweigerung einer (notwendigen) medizinischen Behandlung

Ja  Nein

- 6. Rückfälligkeit (Substanz- bzw. Beikonsum)**

Ja  Nein (bitte weiter mit Fragenblock 7 )

- a) Anzahl der bisherigen Rückfälle  
 1  2  3  4  5  mehr als 5
- b) Rückfallbeschreibung

**Rückfall 1**

Dauer in Tagen: \_\_\_\_\_

Konsumierte Substanzen: \_\_\_\_\_

Konsumhäufigkeit: \_\_\_\_\_

Auslöser (Mehrfachantwort möglich)

- Konflikt mit dem Partner  Konflikt mit Familienmitgliedern/Freunden  Konflikt in der Arbeit  Trauer  Schmerzen  Trennung  Verfügbarkeit von Drogen  Drogengespräche auf Station/mit Freunden/Bekanntem  Langeweile  Andere: \_\_\_\_\_

Sanktionierende Reaktion auf den Rückfall/Beikonsum (Mehrfachantwort möglich)

- Ausgangssperre  Besuchsverbot  Verlegung auf eine Akutstation  kurzfristige Rückstufung  Widerruf der aktuellen Lockerungsstufe  Verlängerung der aktuellen Lockerungsstufe  Abbruch der Therapie  keine sanktionierende Reaktion  Andere: \_\_\_\_\_

Rückfall vom Patienten selbst gemeldet

- Ja  Nein

Rückfall durch Drogenscreening aufgedeckt

- Ja  Nein

Rückfall vom Patienten geleugnet, trotz positiven Befundes

- Ja  Nein

**Rückfall 2**

Dauer in Tagen: \_\_\_\_\_

Konsumierte Substanzen: \_\_\_\_\_

Konsumhäufigkeit: \_\_\_\_\_

Auslöser (Mehrfachantwort möglich)

- Konflikt mit dem Partner  Konflikt mit Familienmitgliedern/Freunden  Konflikt in der Arbeit  Trauer  Schmerzen  Trennung  Verfügbarkeit von Drogen  Drogengespräche auf Station/mit Freunden/Bekanntem  Langeweile  Andere: \_\_\_\_\_

Sanktionierende Reaktion auf den Rückfall/Beikonsum (Mehrfachantwort möglich)

- Ausgangssperre  Besuchsverbot  Verlegung auf eine Akutstation  kurzfristige Rückstufung  Widerruf der aktuellen Lockerungsstufe  Verlängerung der aktuellen Lockerungsstufe  Abbruch der Therapie  keine sanktionierende Reaktion  Andere: \_\_\_\_\_

Rückfall vom Patienten selbst gemeldet

- Ja  Nein

Rückfall durch Drogenscreening aufgedeckt

- Ja  Nein

Rückfall vom Patienten geleugnet, trotz positiven Befundes

- Ja  Nein

### **Rückfall 3**

Dauer in Tagen: \_\_\_\_\_

Konsumierte Substanzen: \_\_\_\_\_

Konsumhäufigkeit: \_\_\_\_\_

Auslöser (Mehrfachantwort möglich)

- Konflikt mit dem Partner  Konflikt mit Familienmitgliedern/Freunden  Konflikt in der Arbeit  Trauer  Schmerzen  Trennung  Verfügbarkeit von Drogen  Drogengespräche auf Station/mit Freunden/Bekanntem  Langeweile  Andere: \_\_\_\_\_

Sanktionierende Reaktion auf den Rückfall/Beikonsum (Mehrfachantwort möglich)

- Ausgangssperre  Besuchsverbot  Verlegung auf eine Akutstation  kurzfristige Rückstufung  Widerruf der aktuellen Lockerungsstufe  Verlängerung der aktuellen Lockerungsstufe  Abbruch der Therapie  keine sanktionierende Reaktion

Andere: \_\_\_\_\_

Rückfall vom Patienten selbst gemeldet

Ja  Nein

Rückfall durch Drogenscreening aufgedeckt

Ja  Nein

Rückfall vom Patienten geleugnet, trotz positiven Befundes

Ja  Nein

#### **Rückfall 4**

Dauer in Tagen: \_\_\_\_\_

Konsumierte Substanzen: \_\_\_\_\_

Konsumhäufigkeit: \_\_\_\_\_

Auslöser (Mehrfachantwort möglich)

Konflikt mit dem Partner  Konflikt mit Familienmitgliedern/Freunden  Konflikt

in der Arbeit  Trauer  Schmerzen  Trennung  Verfügbarkeit von Drogen

Drogengespräche auf Station/mit Freunden/Bekanntem  Langeweile

Andere: \_\_\_\_\_

Sanktionierende Reaktion auf den Rückfall/Beikonsum (Mehrfachantwort möglich)

Ausgangssperre  Besuchsverbot  Verlegung auf eine Akutstation

kurzfristige Rückstufung  Widerruf der aktuellen Lockerungsstufe

Verlängerung der aktuellen Lockerungsstufe  Abbruch der Therapie

keine sanktionierende Reaktion

Andere: \_\_\_\_\_

Rückfall vom Patienten selbst gemeldet

Ja  Nein

Rückfall durch Drogenscreening aufgedeckt

Ja  Nein

Rückfall vom Patienten geleugnet, trotz positiven Befundes

Ja  Nein



### Rückfall 5

Dauer in Tagen: \_\_\_\_\_

Konsumierte Substanzen: \_\_\_\_\_

Konsumhäufigkeit: \_\_\_\_\_

Auslöser (Mehrfachantwort möglich)

- Konflikt mit dem Partner  Konflikt mit Familienmitgliedern/Freunden  Konflikt in der Arbeit  Trauer  Schmerzen  Trennung  Verfügbarkeit von Drogen  Drogengespräche auf Station/mit Freunden/Bekanntem  Langeweile  Andere: \_\_\_\_\_

Sanktionierende Reaktion auf den Rückfall/Beikonsum (Mehrfachantwort möglich)

- Ausgangssperre  Besuchsverbot  Verlegung auf eine Akutstation  kurzfristige Rückstufung  Widerruf der aktuellen Lockerungsstufe  Verlängerung der aktuellen Lockerungsstufe  Abbruch der Therapie  keine sanktionierende Reaktion  Andere: \_\_\_\_\_

Rückfall vom Patienten selbst gemeldet

- Ja  Nein

Rückfall durch Drogenscreening aufgedeckt

- Ja  Nein

Rückfall vom Patienten geleugnet, trotz positiven Befundes

- Ja  Nein

## 7. Resozialisierung

**Externe Arbeit (auszufüllen ab Lockerungsstufe C, ansonsten bitte weiter mit Umschulung/Ausbildung/Studium/Schulabschluss)**

- Ja  Nein (bitte weiter mit Frage 7c)

a) Art des aktuellen Arbeitsverhältnisses (Mehrfachantwort möglich)

- Zeitarbeitsfirma  Festanstellung  Minijob  Praktikum  befristet  unbefristet  Anderes: \_\_\_\_\_

b) Dauer des aktuellen Arbeitsverhältnisses

- 1-7 Tage  1-4 Wochen  1-3 Monate  3-6 Monate  6-12 Monate  
 länger als 1 Jahr

Andere: \_\_\_\_\_

c) Wechsel des Arbeitgebers

- Ja, Grund: \_\_\_\_\_  
 Nein

d) Anzahl der Arbeitgeberwechsel während der Therapie (nur bei Festanstellung)

- 0  1  2  3  4  5  mehr als fünf

e) Beendigung des Arbeitsverhältnisses

- Kündigung durch Patient  fristlose Kündigung durch Arbeitgeber  Kündigung  
in der Probezeit durch Patient  Kündigung in der Probezeit durch den Arbeitgeber  
 einvernehmliche Auflösung des Arbeitsvertrages  Berentung  
 Andere: \_\_\_\_\_

**Umschulung/Ausbildung/Studium/Schulabschluss**

- Ja  Nein

Wenn ja:  Umschulung  Berufsausbildung  Studium  Nachholen eines  
Schulabschlusses  Andere: \_\_\_\_\_

**Außen- bzw. Besuchskontakte (aus Erstkontaktliste der aktuellen**

**Unterbringung)**

- Ja  Nein, Grund: \_\_\_\_\_ (bitte  
weiter mit Fragenblock 8)

a) Besuchskontakt Partnerin/Ehefrau

- Ja  Nein, Grund: \_\_\_\_\_

b) Besuchskontakt Kinder

- Ja  Nein, Grund: \_\_\_\_\_

c) Besuchskontakt leibliche Eltern

- Ja  Nein, Grund: \_\_\_\_\_

- d) Besuchskontakt Pflegeeltern  
 Ja  Nein, Grund: \_\_\_\_\_
- e) Besuchskontakt Freunde/Bekannte (die nicht aus dem Drogenmilieu stammen)  
 Ja  Nein, Grund: \_\_\_\_\_
- f) Besuchskontakt Freunde/Bekanntes (aus dem Drogenmilieu)  
 Ja  Nein, Grund: \_\_\_\_\_
- g) Besuchskontakt Sonstige  
 Ja, welcher: \_\_\_\_\_

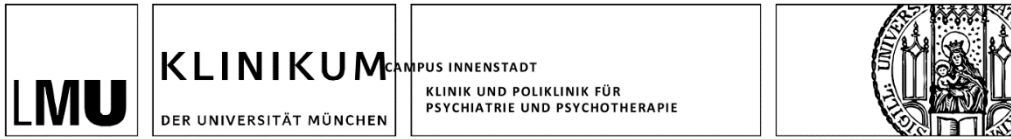
**8. Falls zutreffend: Behandlungsabbruch**

- Ja  Nein (Ende der Dokumentation)

Abbruchgrund (Mehrfachantwort möglich):

- Wiederholter/schwerer Regelverstoß
- Wiederholter/schwerer Rückfall
- Wiederholtes verbal-aggressives Verhalten
- Wiederholt tätlich-aggressives Verhalten
- Ernsthafte Bedrohung
- Entweichung/ Fluchtversuch/schwerer und/ oder wiederholter  
Lockerungsmissbrauch
- Mangelnde/fehlende Therapiemotivation/Therapieverweigerung
- Erneute Straftat (mit Anzeige)
- Eigener Abbruchwunsch des Patienten
- Andere: \_\_\_\_\_

## Anhang b



Klinikum der Universität München · Klinik und Poliklinik für  
Psychiatrie und Psychotherapie · Nußbaumstr. 7 · 80336 München

Prof. Dr. Norbert Nedopil

Telefon +49 (0)89 4400 - 52701  
Telefax +49 (0)89 4400 - 53398  
Norbert.nedopil@med.uni-  
muenchen.de

[www.klinikum.uni-muenchen.de](http://www.klinikum.uni-muenchen.de)

Postanschrift:  
Nußbaumstr. 7  
D-80336 München

An alle Teilnehmer  
an dem Forschungsvorhaben

### Probandeninformation zum Forschungsvorhaben

#### Anlagen: Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13ff. DSGVO Einwilligungserklärung

Lieber Proband,

hiermit erhalten Sie die Probandeninformation sowie Einwilligungserklärung zu folgendem Forschungsvorhaben:

*„Substitution im Maßregelvollzug - Wirksamkeit der Substitutionstherapie auf den Therapieverlauf von opioidabhängigen Patienten im bayerischen Maßregelvollzug“*

#### 1. Grundsätzliche Informationen

Aktuell sind Sie nach § 64 StGB in einer Maßregelvollzugseinrichtung in Bayern untergebracht. Neben der regulären Suchttherapie (Einzeltherapie, Gruppentherapie, Arbeitstherapie etc.) haben Sie sich vielleicht gemeinsam mit Ihrem Arzt und Ihrem Therapeuten zusätzlich für eine Substitutionstherapie entschieden.

---

Direktor der Klinik: Prof. Dr. med. Peter Falkai

Das Klinikum der Universität München ist eine Anstalt des Öffentlichen Rechts

Vorstand: Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Karl-Walter Jauch (Vorsitz), Kaufmännischer Direktor: Markus Zendler  
Pflegedirektor: Marcus Huppertz, Vertreter der Medizinischen Fakultät: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel (Dekan)  
Institutionskennzeichen: 260 914 050, Umsatzsteuer-Identifikationsnummer gemäß §27a Umsatzsteuergesetz: DE813536017

In unserer Studie soll die Wirkung einer Substitutionstherapie von opioidabhängigen Patienten, welche nach § 64 StGB im Bayerischen Maßregelvollzug untergebracht sind, untersucht werden.

Insbesondere soll erforscht werden, wie sich die Substitutionstherapie opioidabhängiger Patienten im Maßregelvollzug auf die Dauer und den Erfolg der Therapie auswirkt. Ziel ist es, die Dauer der Unterbringung zu verkürzen und die Rückfallhäufigkeit zu senken.

Bisher gibt es keine Untersuchung über die spezifische Effektivität der Substitutionstherapie von opioidabhängigen Patienten auf den Therapieverlauf während der § 64 StGB- Maßregelbehandlung. Dies ist Anlass genug für uns, eine genaue Untersuchung der Wirksamkeit der Substitutionstherapie auf den Therapieverlauf während der § 64 StGB- Maßregelbehandlung durchzuführen.

Bei dieser Studie entstehen keine Belastungen und Risiken für Sie als Proband aber auch kein mit der Studie verbundener individueller Nutzen.

Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass zu einem späteren Zeitpunkt zukünftige Patienten im Bayerischen Maßregelvollzug insofern von dieser Studie profitieren könnten, als dass sich dadurch therapeutische Rahmenbedingungen verbessern und der Therapieerfolg gesteigert werden könnte.

## **2. Ablauf der Studie**

Um Sie über das Forschungsvorhaben und über die etwaigen Vorteile und Risiken der Teilnahme zu informieren, wird der für Sie verantwortliche Oberarzt gemeinsam mit der Doktorandin ein ausführliches Gespräch mit Ihnen führen. Bitte sprechen Sie Ihren behandelnden Oberarzt oder die Doktorandin an, wenn Fragen offen geblieben sind oder Sie weitere Informationen möchten.

Untersucht werden Vergleichsgruppen von insgesamt 176 (n= 176) männlichen Patienten im Alter von 21 bis 55 Jahren, die im Bayerischen Maßregelvollzug nach § 64 StGB untergebracht sind. Verglichen wird eine Versuchsgruppe von Patienten mit einer diagnostizierten Opiatabhängigkeit (ICD-10: F11.2), welche sich einer Substitutionstherapie unterziehen, mit einer Kontrollgruppe von Patienten mit einer diagnostizierten Opiatabhängigkeit (ICD-10: F11.2), die sich der üblichen Suchtbehandlung ohne Substitutionstherapie unterziehen. In jeder Klinik sollen insgesamt 16 Patienten, also pro Gruppe acht Patienten, untersucht werden.

Die Untersuchung soll in folgenden Kliniken durchgeführt werden:

- Bezirksklinikum Ansbach, Klinik für Forensische Psychiatrie
- Bezirkskrankenhaus Bayreuth, Klinik für Forensische Psychiatrie
- Klinikum am Europakanal in Erlangen, Klinik für Forensische Psychiatrie
- Bezirkskrankenhaus Günzburg, Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
- Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren, Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
- Bezirkskrankenhaus Lohr am Main, Klinik für Forensische Psychiatrie
- Bezirksklinikum Mainkofen, Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
- medbo Bezirkskrankenhaus Parsberg, Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
- medbo Bezirksklinikum Regensburg, Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
- Bezirkskrankenhaus Schloss Werneck, Klinik für Forensische Psychiatrie
- Bezirkskrankenhaus Straubing, Forensisch-Psychiatrische Klinik

Durch diese Untersuchung wird kein Eingriff in die allgemeine klinische Behandlung vorgenommen. Die Gesamtstudiendauer beträgt ca. 18 Monate.

Im Rahmen der Untersuchung werden wir keinen direkten Kontakt mit Ihnen aufnehmen und Sie auch nicht befragen.

Vielmehr werden folgende Daten aus Ihrer Patientenakte (elektronisch und in Papierform) im Dokumentationsbogen erhoben:

- Therapie- bzw. Behandlungspläne
- Therapieteilnahmen
- Vollzugslockerungen
- Unterbringungsdauer/Therapiedauer
- Regelverstöße/Besondere Vorkommnisse
- Entwicklung der Substitutionstherapie
- Medikamentenverordnung/Begleitmedikation
- Rückfälligkeit (Substanz- bzw. Beikonsum)
- Suchtdruck
- Resozialisierung
- Behandlungsabbruch

Die Doktorandin ist zur Wahrung des Datenschutzes und der Vertraulichkeit gesetzlich verpflichtet. Sie darf deshalb nur auf die Daten zugreifen, für die eine Einwilligung des Probanden vorliegt. Ein Zugriff auf andere Patientendaten ist ihr grundsätzlich nicht gestattet.

Die über Sie erhobenen persönlichen Daten werden verschlüsselt (pseudonymisiert) gespeichert, d.h., weder Ihr Name noch Ihre Initialen oder das Geburtsdatum erscheinen im Verschlüsselungscode. Der Zugang zu den Originaldaten, den pseudonymisierten Daten und zum Verschlüsselungscode, ist auf folgende Personen beschränkt:

- Herr Prof. Dr. Norbert Nedopil (Hauptbetreuer und Studienleiter der Dissertation)
- Herr Prof. Dr. Kolja Schiltz (Zweitbetreuer der Dissertation)
- Frau Prof. Dr. Christa Mohr (Drittbetreuerin der Dissertation)
- Frau Elke Sogerer (Doktorandin)

Weitere Personen erhalten keinen Zugang zu den Originaldaten oder zum Verschlüsselungscode.

Eine Entschlüsselung erfolgt lediglich in Fällen, in denen es Ihre eigene Sicherheit erfordert („medizinische Gründe“) oder falls es zu Änderungen in der wissenschaftliche Fragestellung kommt („wissenschaftliche Gründe“). Die Entschlüsselung kann von den Personen vorgenommen werden, welche auch den Zugang zu den Originaldaten, den pseudonymisierten Daten und dem Verschlüsselungscode haben:

- Herr Prof. Dr. Norbert Nedopil (Hauptbetreuer und Studienleiter der Dissertation)
- Herr Prof. Dr. Kolja Schiltz (Zweitbetreuer der Dissertation)
- Frau Prof. Dr. Christa Mohr (Drittbetreuerin der Dissertation)
- Elke Sogerer (Doktorandin)

### **3. Aufbewahrung und Löschung**

Die namentliche Zuordnungstabelle zu den pseudonymisierten Daten (Kodierliste mit den Klarnamen der Probanden), verbleibt in der jeweiligen Klinik. Nach Abschluss der Datenanalyse wird der Datensatz zum Schutz der Probanden anonymisiert.

#### 4. Zusammenfassung

Hinweise zum Datenschutz und eine Einwilligungserklärung sind dieser Information in der Anlage beigelegt.

Sie entscheiden nach Aufklärung und Beantwortung Ihrer Fragen durch den zuständigen Oberarzt und der Doktorandin über Ihre Teilnahme. Der aufklärende Arzt ist der in der Klinik jeweils zuständige Oberarzt (N.N.).

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig und bedarf der expliziten Zustimmung des Probanden.

Für die Entnahme meiner Daten aus den Akten entbinde ich den für mich zuständigen Oberarzt von seiner Schweigepflicht.

Sie können ohne Angaben von Gründen Ihre Einwilligung zur Teilnahme an dem Forschungsvorhaben zurücknehmen, ohne dass Ihnen hieraus Nachteile entstehen.

Mit freundlichen Grüßen

Elke Sogerer  
Doktorandin

.....  
Ort, Datum

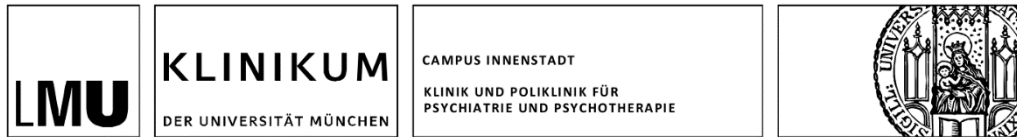
.....  
Unterschrift Teilnehmer

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Oberarzt



## Anhang c



Klinikum der Universität München - Klinik und Poliklinik für  
Psychiatrie und Psychotherapie - Nußbaumstr. 7 - 80336 München

Prof. Dr. Norbert Nedopil

Telefon +49 (0)89 4400 - 52701  
Telefax +49 (0)89 4400 - 53398  
Norbert.nedopil@med.uni-muenchen.de

[www.klinikum.uni-muenchen.de](http://www.klinikum.uni-muenchen.de)

Postanschrift:  
Nußbaumstr. 7  
D-80336 München

## Einwilligungserklärung

in die Verarbeitung personenbezogener Daten in Zusammenhang mit dem  
Forschungsvorhaben

*„Substitution im Maßregelvollzug - Wirksamkeit der Substitutionstherapie auf  
den Therapieverlauf von opioidabhängigen Patienten im bayerischen  
Maßregelvollzug“.*

.....  
Name des Einwilligenden in Druckbuchstaben

geb. am .....

Über den Zweck und das Vorgehen bei der Erfassung und Auswertung von Daten im  
Rahmen des o.g. Forschungsprojekts von Frau Elke Sogerer an der Ludwig-  
Maximilians-Universität München, Medizinische Fakultät unter der Leitung von Herr Prof.

---

Direktor der Klinik: Prof. Dr. med. Peter Falkai

Das Klinikum der Universität München ist eine Anstalt des Öffentlichen Rechts

Vorstand: Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Karl-Walter Jauch (Vorsitz), Kaufmännischer Direktor: Markus Zendler  
Pflegedirektor: Marcus Huppertz, Vertreter der Medizinischen Fakultät: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel (Dekan)  
Institutionskennzeichen: 260 914 050, Umsatzsteuer-Identifikationsnummer gemäß §27a Umsatzsteuergesetz: DE813536017

Norbert Nedopil bin ich aufgeklärt worden. Die Probandeninformation und die Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 ff DSGVO habe ich zur Kenntnis genommen.

Hiermit willige ich freiwillig in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein und gebe hiermit mein Einverständnis zur Teilnahme an der Studie.

Für die Entnahme meiner Daten aus den Akten entbinde ich den für mich zuständigen Oberarzt von seiner Schweigepflicht.

Ich bin ausreichend informiert worden und hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Über die Folgen eines möglichen Widerrufs der datenschutzrechtlichen Einwilligung bin ich aufgeklärt worden. Ich bin darüber informiert worden, dass durch meinen Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird.

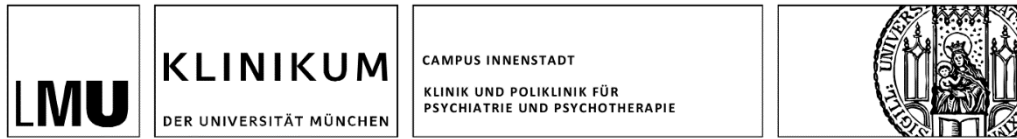
.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Teilnehmer

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Oberarzt

## Anhang d



Klinikum der Universität München - Klinik und Poliklinik für  
Psychiatrie und Psychotherapie - Nußbaumstr. 7 - 80336 München

Prof. Dr. Norbert Nedopil

Telefon +49 (0)89 4400 - 52701  
Telefax +49 (0)89 4400 - 53398  
Norbert.Nedopil@med.uni-muenchen.de

[www.klinikum.uni-muenchen.de](http://www.klinikum.uni-muenchen.de)

Postanschrift:  
Nußbaumstr. 7  
D-80336 München

### Datenschutzrechtliche Hinweise nach Art. 13 ff DSGVO zum Forschungsvorhaben

*„Substitution im Maßregelvollzug - Wirksamkeit der Substitutionstherapie auf den  
Therapieverlauf von opioidabhängigen Patienten im bayerischen Maßregelvollzug“*

#### 1. Datenschutzrechtliche Hinweise

Wir nehmen den Schutz Ihrer persönlicher Daten bei diesem Forschungsvorhaben sehr ernst. Daher berücksichtigen wir die datenschutzrechtlichen Anforderungen der neuen Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Wir informieren Sie als verantwortliche Stelle nachfolgend darüber wie, zu welchem Zweck und auf welcher Rechtsgrundlage wir Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen des Forschungsvorhabens verarbeiten.

#### 2. Angaben zum Verantwortlichen

Ludwig-Maximilians-Universität München  
Postanschrift:  
Geschwister-Scholl-Platz 1  
D-80539 München

---

Direktor der Klinik: Prof. Dr. med. Peter Falkai

Das Klinikum der Universität München ist eine Anstalt des Öffentlichen Rechts

Vorstand: Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Karl-Walter Jauch (Vorsitz), Kaufmännischer Direktor: Markus Zendler  
Pflegedirektor: Marcus Huppertz, Vertreter der Medizinischen Fakultät: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel (Dekan)  
Institutionskennzeichen: 260 914 050, Umsatzsteuer-Identifikationsnummer gemäß §27a Umsatzsteuergesetz: DE813536017

Tel.: +49 (0) 89 / 2180 – 0  
Fax: +49 (0) 89 / 2180 – 2322

### **3. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten**

Herr Dr.jur. Rolf Gemmeke  
Postanschrift:  
Ludwig-Maximilians-Universität München  
Behördlicher Datenschutzbeauftragter  
Geschwister-Scholl-Platz 1  
D-80539 München  
Tel.: +49 (0) 89 2180 - 2414 (Teamassistentz)

### **4. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Verarbeitung der personenbezogenen Daten**

Die Daten werden zum Zwecke der Durchführung des o.g. Forschungsprojekts verarbeitet.  
Die Rechtsgrundlagen hierfür sind Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO, Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO und die rechtl. Stellungnahme des Amtes für Maßregelvollzug vom 12.09.2019 per E-Mail an die Datenschutzbeauftragten der Bezirke Mittelfranken, Oberpfalz und Niederbayern.

### **5. Art der Daten, die im Dokumentationsbogen verarbeitet werden**

- Therapie- bzw. Behandlungspläne
- Therapieteilnahmen
- Vollzugslockerungen
- Unterbringungsdauer/Therapiedauer
- Regelverstöße/Besondere Vorkommnisse
- Entwicklung der Substitutionstherapie
- Medikamentenverordnung/Begleitmedikation
- Rückfälligkeit (Substanz- bzw. Beikonsum)
- Suchtdruck
- Resozialisierung
- Behandlungsabbruch

### **6. Empfänger, denen personenbezogene Daten offengelegt werden**

- Herr Prof. Dr. Norbert Nedopil (Hauptbetreuer und Studienleiter der Dissertation)
- Herr Prof. Dr. Kolja Schiltz (Zweitbetreuer der Dissertation)
- Frau Prof. Dr. Christa Mohr (Drittbetreuerin der Dissertation)
- Frau Elke Sogerer (Doktorandin)

**7. Eine Übermittlung der personenbezogenen Daten in ein Drittland erfolgt nicht.****8. Weitere datenschutzrechtliche Informationen nach Art. 13 Abs. 2 DS-GVO****Dauer der Speicherung**

Die über Sie erhobenen persönlichen Daten werden verschlüsselt (pseudonymisiert) gespeichert, d.h., weder Ihr Name noch Ihre Initialen oder das Geburtsdatum erscheinen im Verschlüsselungscode. Die namentliche Zuordnungstabelle zu den pseudonymisierten Daten (Kodierliste mit den Klarnamen der Probanden), verbleibt in der jeweiligen Klinik. Nach Abschluss der Datenanalyse wird der Datensatz zum Schutz der Probanden anonymisiert.

**Recht auf Auskunft und Löschung**

Sie haben das Recht auf weitere Informationen und Auskunft (einschließlich unentgeltlicher Überlassung von Kopien) über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten sowie deren Berichtigung oder gegebenenfalls Löschung.

Sie haben keinen Anspruch auf Löschung, sofern Ihre Daten für wissenschaftliche Forschung erforderlich sind und die Löschung voraussichtlich die Verwirklichung der Ziele unmöglich macht oder ernsthaft beeinträchtigt. Ob das der Fall ist, entscheidet nicht der Forscher, sondern unabhängige Dritte (z.B. der Verantwortliche).

**Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde**

Sie können sich bei Beschwerden an die Datenschutz-Aufsichtsbehörde wenden:  
Bayerischer Landesbeauftragter für den Datenschutz (BayLfD).

Postanschrift:

Postfach 22 12 19  
80502 München

Hausanschrift:

Wagmüllerstr. 18  
80538 München  
Tel.: 089 212672-0  
Fax: 089 212672-50

Sie haben ohne Angabe von Gründen und ohne daraus entstehende Nachteile das Recht, Ihre Einwilligung zur Teilnahme an dem Forschungsvorhaben zurückzunehmen und somit aus der Studie auszuschneiden

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Teilnehmer

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Oberarzt

## Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle herzlich bei jedem einzelnen Menschen bedanken, der mich in den vergangenen Jahren auf meinem Weg der Promotion begleitet und mit seiner Zeit und Energie tatkräftig unterstützt hat. Jeder von euch hat auf seine eigene einzigartige Weise dazu beigetragen, dass diese Dissertation zu dem Werk geworden ist, das es heute ist.

An vorrangiger Stelle möchte ich Herrn Prof. Dr. Norbert Nedopil einen herzlichen Dank aussprechen. Sie haben mir als Hauptbetreuer die Gelegenheit gegeben, an diesem für mich sehr wichtigen Thema forschen zu können. Von der Planung bis zum Abschluss des Forschungsprojektes haben Sie mich mit anregenden Diskussionen, ehrlicher und zielführender Kritik sowie hilfreichen Korrekturen begleitet. Ihre tiefgehende wissenschaftliche Kompetenz hatte einen großen Einfluss auf mein Denken und Arbeiten. Vor allem aber möchte ich Ihnen meinen großen Dank hinsichtlich Ihrer durchwegs sehr wertschätzenden, geduldigen und aufmerksamen Betreuung aussprechen.

Mein ausdrücklicher Dank gilt nicht nur Herrn Prof. Dr. Norbert Nedopil, sondern auch Frau Prof. Dr. Christa Mohr und Herrn Prof. Dr. Kolja Schiltz für ihre Bereitschaft, mich bei meinem Promotionsvorhaben als weitere Betreuer zu begleiten. Ich danke Ihnen für Ihre wertvolle Unterstützung und den hilfreichen Anregungen bei der Erstellung dieser Arbeit sowie für Ihre ebenfalls sehr wertschätzende Haltung.

Dem ärztlichen Direktor, Herrn Prof. Dr. Peter Falkai, von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am LMU Klinikum München, danke ich für die Genehmigung dieser Studie.

Ich möchte meinen außerordentlichen Dank all den Probanden aussprechen, die an dieser Studie teilgenommen haben. Ihre Teilnahme war von entscheidender Bedeutung für die Entstehung dieser Arbeit. Ich möchte mich insbesondere für Ihr Vertrauen bedanken - Sie haben nicht nur dazu beigetragen, wertvolle wissenschaftliche Erkenntnisse gewinnen zu können, sondern sind auch maßgeblich daran beteiligt, dass das Verständnis für die Substitutionstherapie von opioidabhängigen Menschen einen Wandel erfahren kann.

Mein aufrichtiger Dank gilt den einzelnen Maßregelvollzugseinrichtungen und ihren Mitarbeitern, die an dieser Studie teilgenommen haben. Ohne Ihr Vertrauen und Ihre

Bereitschaft, Ihre Tore für meine Forschung zu öffnen, insbesondere unter den erschwerenden Bedingungen der Coronapandemie, wäre die Durchführung dieser Studie nicht möglich gewesen.

Ferner danke ich Frau Beate Hüttl vom Bezirk Niederbayern für ihre freundliche, geduldige und kompetente Beratung und Unterstützung in Fragen rund um den Datenschutz.

Dem Amt für Maßregelvollzug und auch den jeweiligen Bezirken danke ich für die Genehmigung zur Durchführung dieser Studie in den einzelnen Maßregelvollzugseinrichtungen in Bayern.

Meinem Vorgesetzten, Herrn Dr. Johannes Schwerdtner, von der forensischen Klinik des Bezirksklinikums Mainkofen, danke ich für die Flexibilität und den beruflichen Freiheiten, die er mir während der Erstellung der vorliegenden Arbeit eingeräumt hat.

Ein aufrichtiger Dank gebührt meinen Kolleginnen und Kollegen auf Station E3/E der forensischen Klinik des Bezirksklinikums Mainkofen. Eure humorvolle und unkomplizierte Zusammenarbeit war, besonders in stressigen Zeiten, äußerst wertvoll und aufmunternd. Eure Kollegialität, Unterstützung und Ausdauer während meiner Abwesenheiten schätzte ich sehr. Ebenso danke ich den ausdauernden Vertretungen, die in meiner Abwesenheit einsprangen und die anfallenden Aufgaben bewältigten.

Mein größter Dank gebührt meinen lieben Eltern. Eure unermüdliche und bedingungslose Unterstützung und Liebe, vor allem in Bezug auf die Betreuung meiner Tochter, waren die tragenden Säulen meiner akademischen Reise. Ihr habt mich in jeder erdenklichen Weise unterstützt, mir Trost gespendet und mich mit Zuspruch bestärkt. Eure eigenen Bedürfnisse habt Ihr dabei in den Hintergrund gestellt. Für all das und vor allem dafür, dass Ihr stets fest an mich geglaubt habt, kann ich Euch nicht genug danken.

Ein ganz besonderes und liebevolles Dankeschön möchte ich an den wichtigsten Menschen an meiner Seite richten, meine wunderbare Tochter. Trotz Deines sonnigen und unbeschweren Gemüts war die Zeit meiner Promotion nicht selten eine Herausforderung für uns beide, vor allem aber für Dich. Du musstest insbesondere während der Datenerhebungsphase immer wieder auf unsere gemeinsame Zeit verzichten oder wenn ich mich aufgrund der vielen Schreivarbeiten dem Computer widmen musste.



Du hast dich dabei immer tapfer und geduldig gezeigt. Lass uns jetzt, da diese anspruchsvolle Phase hinter uns liegt, zusammen all das machen und erleben, wofür in den letzten Jahren zu wenig Zeit geblieben ist.

Tief verbunden und überaus dankbar bin ich meinen Großeltern für ihre liebevolle Fürsorge und ebenfalls sehr große Unterstützung während der Anfertigung dieser Doktorarbeit. Eure Türe steht meiner Tochter und mir in allen Belangen immer offen und dafür möchte ich mich ganz herzlich bei Euch bedanken. Ich möchte diesen Dank auch im Gedenken an meinen Großvater aussprechen, der die letzte Phase meiner Promotion leider nicht mehr miterleben konnte.

Auch dem Vater meiner Tochter und seiner Verlobten möchte ich an dieser Stelle für ihre Unterstützung und Mithilfe bei der Betreuung unserer Tochter, vor allem während der Zeit der Datenerhebungsphase, danken.

Ein aufrichtiger Dank gebührt meinen Freunden, die mir in dieser Zeit stets mit offenen Ohren und Türen zur Seite standen. Eure Begleitung hat mir geholfen, diese Phase zu meistern und ich schätze mich glücklich, so wunderbare Freunde in meinem Leben zu haben. Besonders möchte ich Thomas Seitz für seine großzügige Hilfsbereitschaft und Unterstützung, seine Geduld und dem großen Beistand danken, den er jederzeit bereit war zu geben. Du warst mir ein so großer Rückhalt.

Zum Schluss, jedoch keineswegs weniger bedeutend, richte ich auch ein großes Dankeschön an Mackenzie Foth, Anna Metzner und Thomas Seitz für das ausdauernde, engagierte und oftmals auch sehr kurzfristige Korrekturlesen.

# Affidavit



## Eidesstattliche Versicherung

Sogerer, Elke \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel:

„Substitution im Maßregelvollzug- Wirksamkeit der Substitutionstherapie auf den Therapieverlauf von opioidabhängigen Patienten im bayerischen Maßregelvollzug.“

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Arnbruck, 08.04.2024 Elke Sogerer  
Ort, Datum Unterschrift Doktorandin bzw. Doktorand