Die Substitutionstherapie im Justiz- und Maßregelvollzug – eine interdisziplinäre Herausforderung! Wie kann sie verbessert werden?

Heino Stöver, Ingo Ilja Michels

Einleitung

Die Opioidagonistentherapie (OAT) stellt auch im Justiz- und Maßregelvollzug ein wesentliches Element einer evidenzbasierten Suchtbehandlung dar (Kastelic/Pont/Stöver 2026; Van Hout et al. 2026). Dabei gestaltet sich die praktische Umsetzung als interdisziplinäre und multiprofessionelle Herausforderung. Neben medizinischen Aspekten, wie der Auswahl und sicheren Verabreichung geeigneter Substitutionspräparate, sind organisatorische Rahmenbedingungen, rechtliche Vorgaben und ethische Gesichtspunkte zu berücksichtigen (Lesting et al. 2021; Völlm et al. 2021). Weitere Aspekte sind zudem die Sicherstellung einer kontinuierlichen Medikamentengabe unter Berücksichtigung der Haftbedingungen sowie die Prävention von Missbrauch und Diversion (Keppler/Stöver 2021). Eine enge Kooperation zwischen medizinischen Fachkräften, Vollzugsbehörden und weiteren beteiligten Akteur*innen ist notwendig, um den therapeutischen Erfolg so wie die Patient*innensicherheit zu gewährleisten. Die Umsetzung der OAT im Justiz- und Maßregelvollzug unterliegt bundesland-, sowie einrichtungsspezifischen Rahmenbedingungen, die eine Standardisierung auf nationaler Ebene erschweren können (Stöver/Keppler 2021). Unterschiedliche gesetzliche Auslegungen und organisatorische Gegebenheiten führen zu erheblichen Variationen in der praktischen Umsetzung. Einrichtungen sehen sich häufig mit spezifischen Herausforderungen konfrontiert, wie zum Beispiel einem hohen personellen Aufwand, logistischen Problemen beim Transport von Patient*innen zum/ zur Arzt/ Ärztin und der begrenzten Verfügbarkeit von Substitutionsplätzen (Deutsche Aidshilfe 2023). Diese Faktoren bedingen die Notwendigkeit flexibler und auf die Patient*innen und die jeweilige Institution zugeschnittener Lösungen, um die therapeutische Versorgung ausreichend sicherzustellen.

Angesichts der vielfältigen Herausforderungen, die sich bei der Umsetzung der Opioidagonistentherapie im Justiz- und Maßregelvollzug ergeben, besteht ein dringender Bedarf an praxistauglichen Lösungsansätzen. Ziel ist es daher, Best Practice Ansätze zu identifizieren, die auf einrichtungsübergreifende Herausforderungen angewendet werden können. Diese Ansätze können dazu beitragen, bestehende Hürden im Alltag des Justiz- und Maßregelvollzuges zu überwinden und die medizinische Versorgung opioidabhängiger Patient*innen zu verbessern. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf erfolgreichen Strategien zur Bewältigung personeller, organisatorischer und logistischer Aspekte und den Chancen von Depot-Präparaten für eine optimierte Versorgung in der Substitutionsmedizin im Justiz- und Maßregelvollzug.

Interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit

Die erfolgreiche Durchführung einer Opioidagonistentherapie im Justiz- und Maßregelvollzug erfordert eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit und effektive Teamarbeit. Dabei sind patient*innen-individuelle Absprachen zwischen zahlreichen Akteur*innen ausschlaggebend (Kastelic/Pont/Stöver2026). Dazu zählen neben den Ärzt*innen und niedergelassenen Substitutionsärzt*innen auch der nicht-ärztliche Dienst, Apotheker*innen, sowohl vor Ort als auch in zentralen Versorgungsstrukturen, Justiz-/Maßregelvollzugsangestellte, Sozialarbeiter*innen, Psychotherapeut*innen und Mitarbeitende aus Nicht-Regierungsorganisationen (v.a. in der psycho-sozialen Betreuung; vgl. Steimle/Stöver 2026). Um eine kontinuierliche und sichere Versorgung mit Substitutionspräparaten zu gewährleisten, müssen die jeweiligen Zuständigkeiten klar definiert sowie Funktionsabläufe effizient koordiniert werden. Ein regelmäßiger Austausch zwischen den beteiligten Berufsgruppen ist entscheidend, um auf individuelle Bedürfnisse und unvorhergesehene Entwicklungen flexibel reagieren zu können.

Diagnosestellung

Die Feststellung einer tatsächlichen Opioidabhängigkeit ist entscheidend für die Indikationsstellung einer Substitutionstherapie. Die diagnostische Komplexität kann sich aus Faktoren wie unzuverlässigen Selbstangaben der Patient*innen, weiterem nicht-verordnetem Substanzkonsum sowie der begrenzten Verfügbarkeit diagnostischer Möglichkeiten im Justiz- und Maßregelvollzug. Dennoch ist eine sorgfältige und fundierte Beurteilung unerlässlich, um die medizinische Notwendigkeit der Therapie sicherzustellen und eine angemessene Behandlung zu ermöglichen ergeben (Keppler/Stöver 2021).

Der Konsum weiterer psychotroper Substanzen beeinflusst maßgeblich die Auswahl und Steuerung der OAT. Sowohl die Art als auch das Ausmaß des Beikonsums sind dabei entscheidende Faktoren. Eine flexible Anpassung der Substitutionsdosis und des Substitutionspräparats sowie eine teilweise Akzeptanz bestimmter Substanzen können in ausgewählten Fällen zur Stabilisierung der Behandlung beitragen (Stöver/Keppler 2021). Die erfolgreiche Bewältigung dieser Problematik erfordert eine enge, vertrauensvolle interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen, Justiz-/Maßregelvollzugsangestellten und psychosozialen Fachkräften. Klare Präventionsstrategien und definierte Handlungsansätze im Umgang mit Beikonsum sind dabei essenziell, um sowohl die therapeutischen Erfolge zu sichern als auch mögliche Risiken für Patient*innen und Mitinsass*innen zu minimieren (Bundesärztekammer 2026).

Depot-Präparate

Im Allgemeinen können Depot-Präparate (auf Buprenorphin-Basis) allen dafür geeigneten Patient*innen angeboten werden, da sie im Vergleich zu täglich zu verabreichenden Substitutionsmedikamenten eine Reihe von Vorteilen bieten (Keppler/Stöver 2020). Sie tragen zu einer Verbesserung der Lebensqualität, der sozialen Teilhabe und der Vereinbarkeit von Therapie und Berufstätigkeit bei. Darüber hinaus entfallen womöglich lange, tägliche Wege zur Praxis. Depot-Präparate ermöglichen stabilere Wirkstoffspiegel,

wodurch die Patient*innen weniger Gefahr laufen, in den Entzug zu geraten oder täglich an ihre Abhängigkeit erinnert zu werden. Zudem verringert sich das Risiko für Beschaffungskriminalität. Im Kontext des Strafvollzugs führen Depot-Präparate zu einem geringeren Schmuggelpotenzial und einem reduzierten Personal- sowie Transportaufwand. Auch gesellschaftlich bietet diese Therapieform Vorteile, da das Missbrauchs- und Drogenhandelspotenzial gesenkt werden kann. Besonders vor der Entlassung aus der Justizvollzugsanstalt können Patient*innen auf ein Monatsdepot umgestellt werden, um das Risiko einer Überdosis nach Entlassung zu verringern (Stöver/Lesting 2027). Für Patient*innen, die diese Form der Therapie ablehnen oder unter einer ausgeprägten Spritzenangst leiden, sind Depot-Präparate nicht geeignet. In solchen Fällen sollten alternative Substitutionsmethoden in Betracht gezogen werden, die den individuellen Bedürfnissen und medizinischen Voraussetzungen besser entsprechen.

Entlassmanagement

Das Entlassmanagement spielt eine zentrale Rolle bei der Gewährleistung einer nahtlosen Fortführung der Substitutionsbehandlung nach der Haftentlassung. Ein besonders wichtiges Ziel ist die Vermeidung von Drogentoten innerhalb der ersten 48 Stunden nach Entlassung, da dieser Zeit raum statistisch gesehen das höchste Risiko für Rückfälle und tödliche Überdosierungen birgt (Stöver/Lesting 2027). Um diesem Risiko entgegenzuwirken, hat sich das Hannoveraner Modell als etablierter Best Practice Ansatz bewährt (Sozialer Dienst JVA Hannover o.J.). Für dieses Modell arbeiten Justizvollzugsanstalten, das Jobcenter der Region und die AOK Niedersachsen eng zusammen, um eine kontinuierliche Versorgung und einen nahtlosen Übergang bei der Substitution zwischen Haft und Leben in Freiheit zu sichern. Außerdem soll es die Gesundheit der Substitutionspatient*innen, die Teilhabe am Arbeitsmarkt und Leben in der Gemeinschaft langfristig fördern.

Nutzung der gesamten Palette zugelassener Medikamente

OAT kann nur dann erfolgreich sein, wenn die gesamte Medikamentenpalette auch in Haft genutzt wird. Dies ist zentral für die Zufriedenheit der Patient*innen, denn Medikamentenumstellung, v.a. wenn sie nicht aus medizinischen, sondern anstaltspolitischen, sicherheitsorientierten Gründen erfolgen, bergen große Gefahren des Scheiterns und einer unnötigen Belastung der Patient*innen. Auch die Diamorphinvergabe, die bislang in keiner JVA/MRV erfolgt sollte mit der zunehmenden Zahl der Patient*innen eingeführt werden.

Fazit und Ausblick

Die Opioidagonistentherapie im Justiz- und Maßregelvollzug bietet sowohl für die betroffenen Patient*innen als auch für die Justizvollzugsanstalten zahlreiche Chancen, stellt jedoch gleichzeitig eine Reihe von interdisziplinär und multiprofessionell zu bearbeitenden Herausforderungen dar. Um diese zu meistern, ist eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich, sowohl während der Haftzeit als auch

im Entlassmanagement. Diese enge Kooperation zwischen medizinischen Fachkräften, Sozialarbeitenden, Justiz-/Maßregelvollzugsangestellten und weiteren Akteur*innen ist ein entscheidender Schlüsselfaktor für die erfolgreiche Umsetzung der Therapie und die Verbesserung der therapeutischen Ergebnisse.

Qualitätsverbesserungen sind nötig insbesondere in Bezug auf:

- Verbesserung des Zugangs zur OAT
- Nutzung der gesamten Medikamentenpalette
- Einbezug von Diamorphin in die OAT
- Psycho-soziale Betreuung
- Verbesserung des Entlassmanagements.

Literatur

Bundesärztekammer (16.07.2026): Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger / Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) in der vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 11./12.12.2025 verabschiedeten Fassung. Richtlinie Substitution (Stand: 16.07.2026) (Zugriff: 30.09.2026)

Deutsche Aidshilfe (2023): Substitution in Haft Substitution in Haft | Deutsche Aidshilfe (Zugriff: 30.09.2026)

Kastelic, A., Pont, J., Stöver, H. (2026): Clinical Foundation fort he Use of Opioid Agonist Treatment in Prison. In: Maremmani, I. (ed.): Principles and Practice of Methadone Treatment. AU-CNS Press, S. 387-410

Keppler, K; Stöver, H (2020: Der Vergabeaufwand von Buprenorphin-Depot im Vergleich zu anderen im Justizvollzug verwendeten Substitutionsmedikamenten – Eine gesundheitsökonomische Modellrechnung. Cam_Bup-Depot_im_JV_final.pdf (Zugriff: 30.09.2026)

Keppler, K; Stöver H (2021): Opioidsubstitutionstherapie und Substitutionsmedikamente im Justizvollzug – Bestandserhebung und Vergleich. In: Suchtmedizin 2/2021, S. 81ff

Lesting, W: Stöver, H; Keppler, K; Fährmann, J (2021): Opioidsubstitutionsbehandlung im Justizvollzug – praktische Schwierigkeiten und rechtliche Beurteilung. In: Suchtmedizin 2/2021, S. 67ff

Sozialer Dienst JVA Hannover (o.J.): Wohnungslos durch Haft – Was kann Prävention leisten? Erfahrungen der Entlassungskoordination und des Sozialen Dienstes der JVA Hannover. Abrufbar unter https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/TGD/TGD_24_Praevention_AG1_Dehnad.pdf (Zugriff: 02.09.2026)

Steimle, L; Stöver, H (2026): Soziale Arbeit in Totalen Institutionen. Nomos Verlag Soziale Arbeit in Totalen Institutionen | Prof. Dr. Heino Stöver | Larissa Steimle (Zugriff: 30.09.2026)

Stöver, H; Keppler, K (2021): Opioidsubstitutionsbehandlung um Justizvollzug: Welche Belege für die Wirksamkeit, welche Hindernisse und welche Lösungsmöglichkeiten bestehen. In: Suchtmedizin 2/2021, S. 59ff

Stöver, H; Lesting, W (2027): Drogenkonsumierende Gefangene. In: Graebsch, C. et al. (Hrsg.): Alternativkommentar zum Strafvollzugsgesetz (im Druck)

Van Hout, MC; Klankwarth, U-B; Kent, L; Stöver, H (2026): 'Balancing human rights, access and governance': European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) mission reporting on opioid agonist treatment and naloxone provision in European prisons . In: HEROIN ADDICTION & RELATED CLINICAL PROBLEMS (im Druck)

Völlm, B; Cerci, D (2021): Suchtbehandlung im Maßregelvollzug. Narrativer Review. In: Suchtmedizin 2/2021, S. 90ff

Die Bedeutsamkeit Forensischer Suchtbehandlung gem. § 64 StGB im Gesamtgefüge der Suchthilfe – und weshalb diese durch die jüngste Reform bedroht wird

Jan Querengässer

Einleitung

Bereits im Alternativen Drogen- und Suchtbericht 2025 wurden forensische Suchtbehandlung gem. § 64 Strafgesetzbuch (StGB) und die im Jahr 2023 erfolgte Reform dieser sogenannten „Maßregel der Besserung und Sicherung" prominent thematisiert (Michels / Stöver 2025). Dies ist sehr erfreulich, da forensische Suchtbehandlung im Gesamtgefüge des Suchthilfesystems eine wichtige Rolle spielt – jedenfalls was die Zahlen der behandelten Personen und die gesamtgesellschaftliche Bedeutung dieser Sanktionsform angeht. Demgegenüber steht die Beobachtung, dass die forensische Dimension von Substanzkonsum und damit assoziierter Störungen in den Diskursen des Suchthilfesystems bisher nicht immer die ihr gebührende Beachtung findet.[1]

Dass im diesjährigen Alternativen Drogen- und Suchtbericht erneut § 64 StGB und dessen jüngste Reform thematisiert werden, liegt darin begründet, dass zwischenzeitlich die konkreten Folgen der Reform spürbar geworden sind und in diversen Fachpublikationen beschrieben wurden. Wie erhofft bzw. befürchtet (eben je nach Perspektive) werden als Folge der Reform wesentlich weniger Personen gem. § 64 StGB in einer „Entziehungsanstalt" untergebracht.

Der vorliegende Beitrag ordnet die Bedeutung forensischer Suchtbehandlung ein, setzt sich mit den Reformfolgen auseinander und leitet daraus Empfehlungen und Forderungen an die Politik und andere Stakeholder ab.

Hintergrund

Konsum psychotroper Substanzen findet in allen Gesellschaften statt. Im Laufe der Jahrtausende haben sich zahlreiche soziale, kulturelle oder religiöse Konventionen geformt, die den regulativen Rahmen für gesellschaftlich akzeptierte Formen von Substanzkonsum abstecken. Ebenso „normal" wie Substanzkonsum ist es, dass manche Individuen aus den jeweils geltenden Konsumkonventionen ausbrechen. Die moderne psychiatrische Nomenklatur spricht dann von Missbrauch bzw. schädlichem Gebrauch. Steigert sich dieser und es entsteht eine Selbstverstärkung, so spricht man von Sucht, Substanzabhängigkeit oder – um den modernsten und zugleich technischsten Begriff zu bemühen – von einer Substanzkonsumstörung.

1 Der Verfasser vermutet, dass sich dahinter oft das ehrenwerte Motiv verbirgt, einer Stigmatisierung abhängiger Menschen vorzubeugen. Vermutlich spielt aber – diese kollegiale Spitze sei mir gestattet – bei einigen auch eine eher ideologisch anmutende Verkennung der kriminogenen Bedeutung eine Rolle, der Substanzkonsumstörungen in Einzelfällen (sic!) zukommt.

Schon den Verfassern von Texten des Altertums fiel die phänomenologische Nähe von Substanzkonsum(störungen) und deviantem oder gar kriminellem Verhalten auf, die in vielen, wenn auch bei weitem nicht allen Konsumenten zu beobachten ist. Dies spiegelt sich einige Tausend Jahre später auch in aktuellen deutschen Statistiken wider: Die polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) weist bei über 10 % aller 1,6 Mio. männlichen Tatverdächtigen des Jahres 2024 zum Tatzeitpunkt einen Alkoholeinfluss aus – bei manchen Delikten liegt dieser Anteil gar über 50 %; darüber hinaus gelten 6,5 % aller Tatverdächtigen als Konsumenten harter Drogen (PKS 2024). Da es sich bei letzteren nur um polizeibekannte Konsumenten handelt, ist von einer deutlichen Dunkelziffer auszugehen.

Nicht umsonst handelt es sich bei Substanzkonsum und damit assoziierten Störungen um einen der am besten empirisch abgesicherten Risikofaktoren für kriminelles Verhalten – er zählt sogar zu den sog. *central eight* (Andrews / Bonta 2010). Nun kann von einer bloßen Koinzidenz zweier Phänomene nicht unmittelbar auf eine Kausalität geschlossen werden. Insbesondere die Zusammenhänge zwischen Substanzkonsum und Delinquenz sind vielschichtig und komplex.[2] Dennoch stellt bei einem Teil der Menschen, die missbräuchlich oder suchthaft psychotrope Substanzen konsumieren, genau dies einen (teil)kausalen Faktor für delinquentes Verhalten dar.[3] Mit anderen Worten ergibt sich in dieser *Teil*gruppe (sic!) der Konsumenten aus dem Konsum eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit.

Einem tertiärpräventiven Ansatz folgend stellt die Unterbringung gem. § 64 StGB den Versuch dar, der substanzassoziierten Gefährlichkeit dieser Gruppe nicht nur repressiv zu begegnen, sondern idealerweise durch die Beseitigung der Gefährlichkeitsursache. Damit steht das deutsche Strafrecht im internationalen Vergleich relativ alleine dar, nur wenige andere Rechtssysteme kennen analoge Regelungen zu forensischer Suchtbehandlung.

Dieser an sich aufgeklärte, ja humanistische Ansatz führt jedoch zu dem Dilemma, dass die Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit einer konkreten Person zum Ziel strafrechtlicher Interventionen wird. Da die geltende Gesetzeslage auch vorsieht, Personen, die zum Tatzeitpunkt voll schuldfähig waren, gem. § 64 StGB unterzubringen, und deren Bereitschaft oder gar Zustimmung zur Unterbringung formal nicht erforderlich ist, wird die Regelung oft als übergriffig, paternalistisch oder gar der UN-Behindertenrechtskonvention widersprechend kritisiert. Aus diesem Grund haben sich schon seit einiger Zeit mehrere Experten und Fachgesellschaften für die ersatzlose Abschaffung des § 64 StGB eingesetzt. Diese Forderung war übrigens auch im letztjährigen Alternativen Drogen- und Suchtbericht zu lesen.

2 Ein guter Überblick findet sich in Kreuzer (2015). Darüber hinaus darf nicht vergessen werden, dass durch das Verbot bestimmter Substanzen bereits eine Kriminalisierung von Besitz und Konsum stattfindet.

3 Im juristischen Sprachgebrauch wird diesem delinquenten Verhalten dann ein Symptomcharakter der Substanzkonsumstörung zugesprochen.

Zur Verteidigung des Maßregelvollzugs gem. § 64 StGB

Der Verfasser erkennt die inneren Widersprüche der aktuellen Regelung und die grundrechtlichen Dilemmata an, kommt aber (primär aus der Perspektive der Versorgungsforschung) zu anderen Schlüssen. Denn zum einen würde die Abschaffung des § 64 StGB (zumindest unter den gegenwärtigen strukturellen Bedingungen[4]) bedeuten, dass weniger suchtkranke Straftäter eine adäquate Behandlung erhalten und somit eine (weitere) Chronifizierung ihres Konsumverhaltens droht. Chronifiziert eine kriminogene Substanzkonsumstörung, werden wiederum dauerhafte Haftkarrieren inklusive der gefürchteten Drehtüreffekte wahrscheinlicher – denn nur wegen der Abschaffung des § 64 StGB werden Justiz und Gesellschaft nicht damit aufhören, kriminelles Verhalten zu sanktionieren. Sie werden dann aber mangels Alternativen einen eher repressiven Ansatz verfolgen. Ob dies auch und gerade aus individualethischer Perspektive einer initial angeordneten Behandlung vorzugswürdig ist, sei dahingestellt.[5]

Zum anderen stellen Kliniken des Maßregelvollzugs (MRV) als vom Selbstverständnis her therapeutische Einrichtungen gute Rahmenbedingungen zur Verfügung, um jene Ansätze und Konzepte anzuwenden, deren Wirksamkeit in der Behandlung von suchtkranken Straftätern durch Studien[6] belegt sind: Hier ist an erster Stelle das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft bzw. der Milieutherapie zu nennen. Aber auch für Substitutionsbehandlungen und therapeutische Konzepte, die viel Wert auf die Wirkfaktoren Haltung des Behandlungsteams und therapeutische Beziehung legen (z. B. DBT oder *Motivational Interviewing*) bieten Kliniken im Vergleich zu Haftsettings strukturelle Vorteile. Vor dem Hintergrund der immer wieder geforderten Evidenzbasierung kriminalpolitischer Maßnahmen sollte diesem Argument in der fachlichen Diskussion mehr Gewicht beigemessen werden.

Zuletzt wird gerne übersehen, dass es auch und gerade dank der gegenwärtigen Regelung gelingt, Menschen erstmals in Kontakt zu suchttherapeutischen Angeboten zu bringen, die sich andernfalls nie mit Therapie beschäftigen würden. An dieser Stelle lohnt eine kritische Auseinandersetzung mit dem Begriff der Zwangsbehandlung.

Einschub: Begriffsreflexion

Die Unterbringung gem. § 64 StGB wird manchmal pauschal als Zwangsbehandlung bezeichnet. Dies ist aus mehreren Gründen unterkomplex:

1. Die Behandlung in einer MRV-Klinik erfolgt multimodal, besteht also aus vielen Elementen, darunter etwa Psycho-, Sport-, Arbeitstherapie. Nichts davon kann im gegebenen rechtsstaatlichen Rahmen ohne aktive Mitwirkung bzw. gegen den Willen der Person durchgeführt werden. Dasselbe gilt auch für die Gabe von Pharmazeutika, pflegerische oder sozialarbeiterische Interventionen. Allenfalls dem (per definitionem übergeordneten) milieutherapeutischen Konzept kann man sich als Untergebrachter in einer MRV-Klinik nicht einfach entziehen, da es das Selbstverständnis der Behandlungseinrichtung darstellt.

4 Siehe dazu unten ausführlicher.

5 Ausführlich nachgelesen werden können die hier nur angerissenen Argumente beider Seiten in Hoffman und Mielke (2017), Querengässer et al. (2022) sowie Steinert (2017).

6 Zur Evidenzbasierung von Behandlungsansätzen und Interventionen im Kontext des § 64 StGB siehe Querengässer (2025).

2. Die meisten Untergebrachten gem. § 64 StGB stimmten der Anordnung im Hauptverfahren zu.[7] Andersherum betrachtet lässt sich bei einer vehementen Weigerung, sich auf Therapie einzulassen, das gesetzlich geforderte Eingangskriterium der Erfolgsaussicht nur schwer (und seit der Reform 2023 eigentlich gar nicht mehr) begründen. Eine Anordnung unterbleibt dann von Vorneherein.
3. Das Argument, wegen der drohenden Konsequenzen sei es keine wirklich freie Entscheidung und die erfolgte Zustimmung sei nur oberflächlicher oder taktischer Natur, lässt sich ebenso auf zahlreiche Konstellationen im nicht-forensischen Kontext anwenden. Entspricht es einer freien Entscheidung zu einer Entwöhnungstherapie, wenn – wahlweise – ansonsten der Arbeitsplatz gekündigt wird, die Ehefrau die Scheidung einreicht oder akutes Leberversagen droht? Die drohenden Konsequenzen bei Ablehnung mögen sich graduell unterscheiden, eine Parallelität der Entscheidungs-Unfreiheit ist jedoch unverkennbar. Motivationsarbeit, also die Umwandlung extrinsischer in intrinsische Motive ist entsprechend eines der Kernelemente *jeder* Suchtbehandlung.
4. Es steht jedem gem. § 64 StGB Untergebrachten jederzeit frei, an die zuständige Strafvollstreckungskammer einen Antrag auf Erledigung der Unterbringung zu stellen. Wird dieser plausibel begründet, wird ihm in der Regel auch stattgegeben und es erfolgt ein Therapieabbruch. Dass damit meist negative Folgen einhergehen (Rückverlegung in die JVA) ist unbestritten, aber auch hierfür gilt das Parallelitätsargument zur allgemeinen Suchtbehandlung aus Punkt 2 entsprechend.
5. Tatsächlich gibt es im MRV die Option, eine Zwangs*medikation* anzuwenden. Hierfür sind hohe Hürden (akute Fremd- oder Selbstgefährdung, persistierende Krankheitsuneinsichtigkeit) und eine zusätzliche (!) Einzelfall-Anordnung durch ein Gericht erforderlich.[8] Entsprechend nur in extrem seltenen Einzelfällen werden diese – von allen Beteiligten als sehr belastend erlebten – Zwangsverabreichungen von Psychopharmaka im Kontext des § 64 StGB angewendet. Setzt man nun die Unterbringung gem. § 64 StGB per se begrifflich mit einer derartigen Zwangsmedikation gleich, so besteht die große Gefahr, dass man wiederum diese schwere Eingriffsform trivialisiert und bagatellisiert.

Dass eine Unterbringung gem. § 64 StGB für die untergebrachte Person mit mehr oder weniger sanftem Druck einhergeht, sich behandeln zu lassen, ist unbestritten und auch nicht unproblematisch. Dass es aus Sicht des Verfassers dennoch mehr schadet als nutzt, dafür den Begriff Zwangsbehandlung zu verwenden, sollte hinreichend klar geworden sein.

Die Reform 2023 und deren Folgen

Bekanntlich ist der Gesetzgeber nicht den Rufen nach Abschaffung des § 64 StGB gefolgt, sondern hat ihn im Oktober 2023 reformiert. Was genau wie geändert wurde, kann andernorts nachgelesen werden.[9] Fakt ist, dass die Zielsetzung der Reform nicht

7 Ob sie dabei anwaltlich gut beraten waren, ist eine andere Frage.
8 Die genauen Regelungen sind Ländersache und unterscheiden sich en Detail. Grundsätzlich handelt es sich aber um klar umrissene Vorgaben und stets zeitlich eng befristete Einzelfallentscheidungen.
9 Siehe dazu etwa Baur und Querengässer (2024), Stübner et al. (2024)

nur erreicht, sondern deutlich übertroffen wurde. Wegen der starken Zunahmen an Unterbringungsanordnungen und Belegungszahlen in den Jahren vor der Reform formulierte der Gesetzgeber als klares Ziel, er strebe einen Rückgang der Neuanordnungen um 5 % an.

Ausweislich der durch das statistische Bundesamt veröffentlichten Strafverfolgungsstatistik kam es von 2023 auf 2024 zu einem Rückgang der Neuanordnungen um über 50 %. Wurden 2023 noch 3389 Personen bundesweit gem. § 64 StGB untergebracht, sank diese Zahl 2024 auf 1681. Mit anderen Worten wurde das Ziel bereits im ersten vollen Jahr nach der Reform um den Faktor 10 übertroffen. Zwar setzte dieser Effekt auf die Belegungszahlen der MRV-Kliniken gem. § 64 StGB u.a. wegen abzuarbeitender Wartelisten erst verzögert ein und ist regional unterschiedlich ausgeprägt. Dennoch sind mittlerweile nicht wenige Kliniken massiv von einem Belegungsrückgang betroffen. [10]

War vielerorts anfangs ein gewisses Aufatmen zu vernehmen, weil die jahrelange Überbelegung und der Aufnahmedruck ein Ende hatten, machte sich in den MRV-Kliniken schon bald Ernüchterung breit. Denn es werden nicht nur deutlich weniger Personen untergebracht, auch die Zusammensetzung dieser Gruppe hat sich geändert: Die Kliniken berichten von einer Zunahme an Personen mit schwer(st)en Substanzkonsumstörungen oder komplexen Störungsbildern mit niedrigem Funktionsniveau, komorbiden psychiatrischen Erkrankungen und multiplen psychosozialen Problemlagen. Dies erfordert eine Anpassung von Strukturen, Prozessen und Konzepten.

Einzelne Klinikträger reagieren auf den Rückgang bereits mit Stationsschließungen. Noch häufiger werden Stationen umgewidmet. Aufgrund von steigenden Belegungszahlen im psychiatrischen MRV (gem. § 63 StGB) und der tendenziellen Zunahme an einstweiligen Unterbringungen (gem. § 126a StPO)[11], gelingt es überwiegend, die frei werdenden Plätze anderweitig zu belegen. Das Problematische an Umwidmungen ist eher, dass langjährig in forensischer Suchtbehandlung erfahrene Mitarbeitende ihre Kernkompetenzen nicht mehr einbringen können, weil sich die Populationen und damit die Versorgungsbedarfe der gem. § 63 StGB bzw. § 126a StPO Untergebrachten deutlich von gem. § 64 StGB unterscheiden (und sich die Gruppencharakteristika in den letzten Jahren auch zunehmend auseinanderentwickelt hatten). Dass nun einige erfahrene Mitarbeitende aus diesem Grund kündigen und die Kliniken verlassen, führt also auf der Ebene des Versorgungssystems zu einem Kompetenzverlust.

Diesbezüglich sollte man sich bewusst machen, dass in MRV-Kliniken gem. § 64 StGB nicht Suchttherapie *und* Straftäterbehandlung stattfindet, sondern ein integriertes, multimodales Gesamtpaket, das spezifisch auf suchtkranke Straftäter zugeschnittene Angebote kombiniert.[12] Entsprechende Berufserfahrungen lassen sich – sollte es irgendwann wieder zu einer stärkeren Nachfrage danach kommen – nicht einfach und zügig skalieren. Und gegenwärtig besteht in anderen Versorgungssystemen kaum Nachfrage nach entsprechenden Kompetenzen.

10 Ein Überblick über die Folgen in mehreren Bundesländern findet sich in Querengässer et al. (2025).

11 Diese sind vergleichbar mit einer Untersuchungshaft und werden dann haftrichterlich angeordnet, wenn eine forensische Unterbringung absehbar erscheint.

12 Siehe dazu die „Prinzipien einer modernen forensischen Suchtbehandlung“ (Schlögl et al. 2024).

Hier kommen wir auch zu dem eigentlichen Problem, das durch den Rückgang der Unterbringungsanordnungen entsteht: Es bildet sich eine Versorgungslücke für suchtkranke Straftäter.[13] Hochgerechnet werden nun gut 1.500 Personen jährlich weniger gem. § 64 StGB behandelt als vor der Reform. Die Annahme, dass keine dieser Personen suchtspezifische Behandlungsbedarfe aufweist, ist nicht plausibel. Selbst die vehementesten Vertreter der These, dass es sich bei vielen der zuletzt gem. § 64 StGB Untergebrachten um sogenannte „Fehleinweisungen"[14] handelte, schätzten deren Anteil nicht auf 50 %, sondern auf ein Drittel bis Viertel. Selbst bei diesen als „Fehleingewiesene" titulierten Personen zielte die Kritik nicht nur auf die Frage, ob überhaupt suchtspezifische Behandlungsangebote sinnvoll seien, sondern auch auf Fragen des passenden Settings und der „Dosis" dieser Angebote.

Es ist also berechtigt, davon auszugehen, dass die Mehrheit der nun nicht mehr im MRV Behandelten Bedarfe nach wie auch immer gearteter forensischer Suchtbehandlung aufweist. Bloß, wo finden sich entsprechende Angebote?

Aktuelle Untersuchungen aus Bayern deuten darauf hin, dass – im Sinne kommunizierender Röhren – der Anteil an Inhaftierten mit Substanzkonsumproblemen in Justizvollzugsanstalten (JVAen) seit der Reform tatsächlich gestiegen ist (Stübner / Groß 2026). Von einem flächendeckenden Ausbau von Suchtberatung und Suchtbehandlung in JVAen ist hingegen (abgesehen von einigen Pilotprojekten) nichts bekannt, während die strukturelle wie personelle Unterversorgung der JVAen hinlänglich beschrieben wurde (Soyka 2025).

Dass die Angebotsstruktur einer Opiatsubstitution in vielen Regionen Deutschlands im Haftsystem besser ausgebaut ist als im MRV stellt übrigens keinen Widerspruch zu dieser Feststellung dar. Denn zum einen sinkt der Anteil an substitutionsfähigen Hauptdiagnosen (zumindest im bayerischen MRV), sodass für einen großen Teil der Betroffenen ohnehin andere Therapieansätze nötig sind; zum anderen verlangt leitliniengerechte Substitution adjuvante Therapie und Beratung; zuletzt wirkt Substitution erst dann legalbewährungsförderlich, wenn sie eingebettet ist in ein System aus Nachsorge und integrierten Resozialisierungsmaßnahmen. Für die beiden letztgenannten Punkte ist der MRV (zumindest aktuell) strukturell besser aufgestellt als das Haftsystem.

Wenn schon das Haftsystem nicht adäquat die Bedarfe nach forensischer Suchtbehandlung decken kann, wie sieht es dann mit dem allgemeinen Suchthilfesystem aus? Auch diesbezüglich ist deutlich Luft nach oben. Strukturell ist das Modell „Therapie statt Strafe"[15], für das sich international gute Wirksamkeitsbelege finden, in Deutschland eher schwach verankert: § 35 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) kommt als Option nur für Abhängige von illegalen Drogen, nur bei direkter oder indirekter Beschaffungskriminalität und nur bei einem geringen Strafrahmen von unter zwei Jahren in Frage.

Aber auch inhaltlich spielt die deliktische bzw. delinquenzfördernde Dimension von Substanzkonsum(störungen) im allgemeinen Suchthilfesystem erfahrungsgemäß eher

13 Ausführlich dazu das aktuelle Positionspapier in der Zeitschrift SUCHT (Querengässer et al. im Druck).

14 Spätestens seit der Veröffentlichung von Pollähne und Kemper (2007) mit Titel „Fehleinweisungen in die Entziehungsanstalt" hat sich dieser Begriff in der Diskussion etabliert. Für eine kritische Reflexion siehe Berthold und Riedemann (2022).

15 Im Englischen auch als diversion bezeichnet.

eine untergeordnete Rolle. Dies ist sicherlich nicht primär auf mangelndes Interesse vonseiten der dortigen Mitarbeitenden zurückzuführen, sondern eher auf geringe Kenntnisse in forensischer Psychiatrie bzw. Rechtspsychologie. Womöglich begünstigt auch die Befürchtung, Klienten könnten bei allzu intensiven Nachfragen zu Delinquenz aus dem Kontakt gehen, eine gewisse Zurückhaltung.

Umgekehrt fördern restriktive Aufnahme- bzw. Haltevoraussetzungen mancher Institutionen nicht gerade die Offenheit delinquenter Konsumenten. Wer damit rechnen muss, aus der Therapie entlassen zu werden, wenn er davon berichtet, zu Beschaffungszwecken einen Diebstahl begangen zu haben, wird sich dies zweimal überlegen. Dabei wäre die gemeinsame und unvoreingenommene Analyse von Verhaltensweisen, die die Verzahnung von Sucht und Delinquenz sichtbar werden lassen, in diesen Fällen umso wichtiger.Unterm Strich steht somit zu befürchten, dass weder das Haft- noch das allgemeine Suchthilfesystem die entstandene Lücke zu schließen in der Lage sind. Von kriminologischer Seite wurde schon kurz nach der Reform gewarnt, dass die faktische Angebotsverknappung forensischer Suchtbehandlung die Gesellschaft in Form von höheren Folgekosten und steigender Kriminalität teuer zu stehen kommen könnte.[16]

Schlussfolgerungen

Die Verteidigung forensischer Suchtbehandlung und das Festhalten an § 64 StGB erfolgen nicht aus Sentimentalität oder aus Ignoranz gegenüber den berechtigten Kritikpunkten, sondern weil es nach aktuellem Stand der Wissenschaft die effektivste Art ist, den Behandlungsbedarfen suchtkranker Straftäter gerecht zu werden. Über eine Abschaffung der Regelung kann diskutiert werden, wenn alternative Behandlungsstrukturen geschaffen wurden, die in vergleichbarem Umfang und inhaltlich ebenso zielgruppenspezifisch und kompetent Angebote für suchtkranke Straftäter vorhalten. Bis es so weit ist, erscheint die Forderung nach Abschaffung des § 64 StGB sicherheitspolitisch fahrlässig und – was mindestens ebenso relevant ist – nicht im Sinne der Betroffenen.

Empfehlungen und Forderungen

Die übergeordnete Empfehlung, die sich aus all dem ableiten lässt, ist relativ schlicht: Die Hürden für forensische Suchtbehandlung sollten eher gesenkt denn erhöht werden. Idealerweise sollte jeder substanzabhängige Straftäter das Angebot einer adäquaten, evidenzbasierten und zielgruppenspezifischen Behandlung erhalten. Das muss keineswegs immer die volle Dosis einer stationären Unterbringung gem. § 64 StGB bedeuten.

Heruntergebrochen auf die verschiedenen Stakeholder ergeben sich daraus die folgenden Empfehlungen und Forderungen:

1. *An den Gesetzgeber:* Die primär fiskalisch motivierte Engstellung der Eingangsvoraussetzungen des § 64 StGB sollte überdacht und durch eine Re-Reform entschärft werden. Zugleich sollte das gesamte strafrechtliche Sanktionssystem auf den Prüfstand gestellt werden und eine Möglichkeit ambulanter forensischer Suchtbehandlung (nach Schweizer Vorbild) geschaffen werden.

16 Siehe dazu Kinzig (2024)

2. *An die Justiz und forensische Sachverständige:* Wurden die Eingangsvoraussetzungen des § 64 StGB vor der Reform extrem liberal ausgelegt, schwingt das Pendel seither in die Gegenrichtung. Schon eine etwas moderatere Auslegung der Eingangsvoraussetzungen würde es ermöglichen, dass wieder mehr Personen Behandlungsangebote im Kontext des § 64 StGB gemacht werden könnten.
3. *An MRV-Kliniken gem. § 64 StGB:* Der Belegungsrückgang und die Veränderungen der Klientel sollten als Chance erkannt und genutzt werden, um neue und passendere Behandlungskonzepte zu entwickeln und zu testen. Substitution sollte als Therapieoption flächendeckend angeboten werden; die Integration von schadensmindernden Ansätzen und Ansätzen der zieloffenen Suchtbehandlung in den MRV sollten geprüft werden. Weitere Anstrengungen sollten unternommen werden, Therapieabbrüche zu vermeiden.
4. *An das allgemeine Suchthilfesystem:* Die forensische Dimension von Substanzkonsumstörungen sollte häufiger mitgedacht und therapeutisch adressiert werden sowie institutionelle Aufnahme- und Haltebedingungen überprüft werden. Forensisch-psychiatrische und rechtspsychologische Kompetenzen von Mitarbeitenden sollten durch gezielte Fortbildungsangebote gestärkt werden. Auch durch die Einstellung ehemaliger Mitarbeitender des MRV gem. § 64 StGB kann die forensische Kompetenz von Behandlungsteams gesteigert werden.
5. *An die Haftanstalten:* Im Haftsystem braucht es unbedingt mehr finanzielle und personelle Ressourcen, um Suchtberatung und -therapie flächendeckend zu etablieren. Die Politik ist aufgefordert, diese bereitzustellen. Zugleich sollten die Haftanstalten selbstkritisch Strukturen und Haltungen überprüfen, die einer therapie- und veränderungsförderlichen Atmosphäre im Wege stehen. Denn nur durch das Vorhalten von Angeboten in einem ansonsten rein repressiven Setting wird sich das Gros der konsumierenden Inhaftierten nicht motivieren lassen, sich mit ihrem Konsum kritisch auseinanderzusetzen.
6. *An die Forschung:* Es erscheint dringend geboten, Konzepte und Ansätze forensischer Suchtbehandlung zu entwickeln bzw. auszudifferenzieren sowie deren Implementierung und Wirksamkeit zu evaluieren. Ein Fokus sollte auf die Forschungsfrage gelegt werden, ob sich etablierte Konzepte (z. B. aus dem MRV) auch in anderen Settings (z. B. in Haftanstalten) als wirksam erweisen.

Literatur

Andrews, D. A. & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). LexisNexis Matthew Bender.

Baur, A. & Querengässer, J. (2024). Alles beim Alten beim „neuen 64er"? - Hinweise für die Auslegung der neu gefassten Anordnungsvoraussetzungen des § 64 StGB. *Der Strafverteidiger 44*(4), 270-276.

Berthold, D. & Riedemann, C. (2022). Überlastet, überfordert, überbelegt… Und der Wunsch nach „dem guten Patienten". *Recht & Psychiatrie, 40*, 225–231.

Hoffmann, K. & Mielke, R. (2017). § 64 StGB sollte abgeschafft werden–Kontra. *Psychiatrische Praxis*, *44*(04), 192-193.

Kinzig, J. (2024). Erste Erfahrungen mit der neu geregelten Unterbringung nach § 64 StGB. *Der Strafverteidiger, 44*(8), 544-550.

Kreuzer, A. (2015). Zusammenhänge zwischen Drogen und Kriminalität. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, *9*(1), 3-9.

Michels, I. & Stöver, H. (2025). Die Verschiebung von straffällig gewordenen Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen vom Maßregel- in den Justizvollzug: Probleme und Perspektiven. In: akzept e.V. Bundesverband, JES, Deutsche Aidshilfe e.V. (Hrsg.). *12. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2025* (S. 127-135). Pabst Publishers.

PKS (2024). T22 Sonstige Angaben zum Tatverdächtigen (V1.0). Heruntergeladen von https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2024/Bund/Tatverdaechtige/BU-TV-09-T22-Sonst-Angaben_xls.xlsx?__blob=publicationFile&v=3

Pollähne, H. & Kemper, A. (2007). *Fehleinweisungen in die Entziehungsanstalt*. Bremer Forschungen zur Kriminalpolitik, Bd. 10. LIT, Berlin.

Querengässer, J. (2025). Was ist wirksam in forensischer Suchtbehandlung? – Ein nicht-systematischer Einblick in die Evidenzbasierung von Behandlungsansätzen und Interventionen im Kontext des § 64 StGB. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, 93*(6), 230-237.

Querengässer, J., Janele, D., Schlögl, C., & Bezzel, A. (2022). Selbstbestimmung und forensische Suchtbehandlung. *Der Nervenarzt*, *93*(11), 1156-1162.

Querengässer, J., Berthold, D., Kirchmann-Kallas, S., Bezzel, A., Stübner, S.,

Riedemann, C., & Schlögl, C. (2025). Eine klinisch-praktische Perspektive auf die ersten Folgen der Reform des § 64 Strafgesetzbuch - Entziehungsanstalten auf kaltem Entzug. *Forum Strafvollzug, 75*(5), 330-336.

Querengässer, J., Bezzel., A. & Schlögl, C. (im Druck). Wer schließt die Lücke? Warum der Bedeutungsverlust forensischer Suchtbehandlung gem. § 64 StGB das ganze Suchthilfesystem angeht. *SUCHT.*

Schlögl, C., Bader, S. & Bezzel, A. (2024). Prinzipien einer modernen forensischen Suchtbehandlung. *SUCHT, 70*(4), 219–227.

Soyka, M. (2025). Behandlung von Suchterkrankungen im Strafvollzug. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, *68*, 1380-1387.

Steinert, T. (2017). § 64 StGB sollte abgeschafft werden–Pro. *Psychiatrische Praxis*, *44*(04), 190-191.

Stübner, S. & Groß, G. (2026). Reform des § 64 StGB: Folgen für den Strafvollzug?

Bisherige Auswirkungen am Beispiel von Bayern. In: J. Goerdeler & J. Querengässer (Hrsg.), *Von den Widersprüchlichkeiten des Maßregelvollzuges – Zwischen Krisen und Innovationen, Schattendasein und öffentlicher Verantwortung* (S. 53-70). Springer.

Stübner, S., Werner, R., Groß, G., Schwarz, M. & Kaspar, J.(2024). Die Novellierung des § 64 StGB – Vorschläge zur Anwendung aus rechts- und erfahrungswissenschaftlicher Sicht. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 18*, 202–238.

2 Crackkonsum und Hilfebedarfe

Crack-Konsum in Berlin

Fachliche Einordnung und Ansatzpunkte für Versorgung, Schadensminderung und öffentlichen Raum

Tim Hirschfeld

Crack-Konsum ist in Berlin und anderen deutschen Großstädten in den vergangenen Jahren stärker im öffentlichen Raum sichtbar geworden. Politisch wird diese Entwicklung häufig im Zusammenhang mit Nutzungskonflikten und Fragen öffentlicher Ordnung verhandelt. Diese Perspektive ist nachvollziehbar, erfasst aber nur einen Teil der Problemlage. Sie beschreibt vor allem, wo Crack-Konsum sichtbar wird. Die Lebenslagen der Konsumierenden und die Bedingungen, unter denen bestehende Hilfen erreicht oder nicht erreicht werden, geraten dabei leicht aus dem Blick.

Die Berliner Crack-Studie untersuchte diese Zusammenhänge aus mehreren Perspektiven. Sie entstand im Auftrag der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege und wurde von der Charité – Universitätsmedizin Berlin in Kooperation mit dem Institut für Suchtforschung Frankfurt am Main unter Leitung von PD Dr. med. Inge Maria Mick umgesetzt. Methodisch kombinierte sie eine Sekundärdatenanalyse der Berliner Suchthilfestatistik mit einer standardisierten Befragung von 153 Personen an Berliner Szeneorten. Hinzu kamen qualitative Interviews mit Fachkräften und Konsumierenden sowie Fokusgruppen mit Expert*innen aus Praxis und Behörden.

Die Ergebnisse zeigten, dass Crack-Konsum in Berlin Teil einer syndemischen Problemlage ist. Gemeint ist damit das gemeinsame Auftreten gesundheitlicher und sozialer Belastungen, die sich gegenseitig verstärken und durch ungünstige soziale Bedingungen verschärft werden (Singer, 2009, Singer et al., 2017). In der Berliner Studie betrifft dies insbesondere Wohnungslosigkeit, fehlenden Krankenversicherungsschutz, psychische Belastungen, Infektionserkrankungen und multiplen Substanzgebrauch. Ähnliche Belastungsmuster finden sich auch in jüngeren Untersuchungen offener Drogenszenen in Nordrhein-Westfalen (Deimel et al., 2025). Die Ergebnisse der Berliner Crack-Studie sind ausführlich im frei zugänglichen Abschlussbericht dokumentiert (Hirschfeld et al., 2026). Der vorliegende Beitrag bündelt die abgeleiteten Handlungsempfehlungen zu gesundheitlichen Risiken, Hilfezugängen und der Entlastung öffentlicher Räume.

Wohnungslosigkeit, Existenzsicherung und Versorgung

Eine zentrale Voraussetzung für eine kontinuierliche Versorgung ist die Stabilisierung elementarer Lebensbedingungen. Körperliche Erholung, Hygiene, medizinische Basisversorgung und ein geschützter Aufenthaltsort schaffen die Grundlage dafür, dass weiterführende suchtbezogene oder psychiatrische Hilfen kontinuierlich genutzt werden können. Wohnungslosigkeit wirkt dabei als Verstärker Crack-bezogener Belastungen, weil ohne privaten Rückzugsraum auch Erschöpfung und akute Krisen öffentlich werden. Unter diesen Bedingungen lassen sich zudem administrative Verfahren und längerfristige Behandlungen kaum aufrechterhalten. In der Szene-

befragung waren 39 Prozent der Befragten obdachlos und 24 Prozent ohne Krankenversicherungsschutz.

In Berlin wird diese Problemlage durch die hohe Zahl wohnungsloser Menschen und den prognostizierten weiteren Anstieg verschärft. Zum Stichtag 31. Januar 2025 waren 53.610 wohnungslose Menschen untergebracht. Bis Ende 2029 wird für diese Gruppe ein Unterbringungsbedarf von rund 85.600 Plätzen prognostiziert. Unter Einbeziehung weiterer Unterbringungsbedarfe liegt der geschätzte Gesamtbedarf bei rund 114.600 Plätzen (Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, 2025a, 2025b). Diese Zahlen markieren den sozialen Rahmen, in dem Crack-Konsum, offene Szenen und Nutzungskonflikte entstehen.

Eine Verringerung der öffentlichen Präsenz von Konsum, Erschöpfung und Krisensituationen setzt erreichbare Alternativen zum Aufenthalt im öffentlichen Raum voraus. Fehlen solche Alternativen oder sind sie nicht konsumakzeptierend ausgestaltet, erscheinen strukturelle Defizite als individuelles Fehlverhalten. Erforderlich sind niedrigschwellige Orte, die Ruhe, Schutz und Basisversorgung verbinden und unabhängig vom Versicherungsstatus zugänglich sind. Mit der Änderung der Berliner Drogenkonsumraumverordnung im November 2025 wurde auch das Anliegen aufgegriffen, in Unterbringungsangeboten rechtlich zulässige Konsumgelegenheiten für obdachlose drogenkonsumierende Menschen zu ermöglichen. Die praktische Wirkung dieser Änderung hängt davon ab, ob entsprechende Angebote umgesetzt werden können und dafür Räume, Personal und Finanzierung zur Verfügung stehen. Konsumakzeptierende Unterbringung und spezialisierte Wohnhilfen gehören somit auch in die sucht- und gesundheitspolitische Betrachtung.

Schadensminderung und Konsumsetting

Niedrigschwellige und mobile Angebote der Suchthilfe bleiben zentrale Bestandteile schadensmindernder Versorgung und müssen der Konsumdynamik von Crack entsprechen. Diese ist durch kurze Konsumintervalle und häufig kurze Aufenthalte in den Einrichtungen gekennzeichnet. Wartezeiten können deshalb eine größere Zugangshürde darstellen als bei weniger hochfrequenten Konsummustern. Versorgungslücken entstehen, wenn Öffnungszeiten, räumliche Kapazitäten oder Personalausstattung diese Dynamik nicht auffangen oder geeignete Konsumutensilien fehlen.

Neben der Ausgestaltung der Einrichtungen beeinflusst auch ihr unmittelbares Umfeld die Erreichbarkeit. Kurze Konsumzyklen sind häufig mit kleinteiliger Beschaffung verbunden, sodass Erwerb und Konsum zeitlich und räumlich eng aufeinander folgen. Mikrohandel ist damit Teil der Szenedynamik und zugleich Gegenstand ordnungsrechtlicher Steuerung. Die qualitativen Erhebungen beschreiben wiederholt, dass repressive Maßnahmen zu räumlichen Verlagerungen führen und bestehende Hilfekontakte erschweren können. Dies betrifft auch Kontrollen im Umfeld niedrigschwelliger Einrichtungen. Wenn der Weg zwischen Beschaffung und Konsumraum mit einem erhöhten Risiko polizeilicher Kontrollen verbunden ist, kann dies die Nutzung des Angebots unattraktiver machen und den Konsum im öffentlichen Raum begünstigen. Für die kommunale Praxis stellt sich daher die Frage, wie Schutzinteressen im Umfeld der Einrichtungen berücksichtigt werden können, ohne den Zugang zur Versorgung unnötig zu erschweren.

Zürich bietet hierfür einen relevanten Vergleichspunkt (Stadt Zürich, o. J.). Die städtischen Kontakt- und Anlaufstellen verbinden beaufsichtigten Konsum, Überlebenshilfe und Triage an einem Ort. Zum Teil wird zudem Kleinhandel unter Schwerstabhängigen innerhalb eines dafür vorgesehenen Bereichs toleriert. Die institutionellen und rechtlichen Bedingungen unterscheiden sich von Berlin, relevant ist jedoch das zugrunde liegende Prinzip. Angebote werden so organisiert, dass möglichst wenig Anlass besteht, einzelne Funktionen unmittelbar in den öffentlichen Raum zu verlagern.

Für Berlin ergibt sich daraus ein Handlungsbedarf bei Kapazitäten, Öffnungszeiten und räumlicher Verteilung der Angebote. Sie sollten sich stärker an den tatsächlichen Aufenthaltsorten und Konsummustern der Zielgruppe orientieren und mit Überlebenshilfe, medizinischer Basisversorgung, psychiatrischer Anbindung und Wohnhilfen verbunden sein. Ebenso relevant sind die ordnungsrechtlichen Bedingungen im Umfeld der Einrichtungen. Lokal abgestimmte Regelungen können dazu beitragen, dass Hilfeangebote erreichbar bleiben und Verdrängungseffekte begrenzt werden.

Über Berlin hinaus bestehen weiterhin strukturelle Grenzen. Drogenkonsumräume sind bundesweit nur in einem Teil der Länder rechtlich ermöglicht. Damit hängt die Verfügbarkeit solcher Angebote weiterhin stark vom jeweiligen landesrechtlichen Rahmen ab, selbst wenn auf kommunaler Ebene ein entsprechender Bedarf besteht.

Integrierte Versorgung

Viele Crack konsumierende Menschen haben gleichzeitig Kontakt zu Suchthilfe, medizinischer Versorgung, Psychiatrie, Sozialverwaltung und Wohnungslosenhilfe. Unterschiedliche Zuständigkeiten und Zugangsvoraussetzungen führen insbesondere bei instabilen Lebenslagen zu wiederholten Übergängen und Versorgungsabbrüchen.

Die Berliner Befunde sprechen daher für integrierte Versorgungsorte, an denen niedrigschwellige Suchthilfe mit medizinischer, psychiatrischer und sozialrechtlicher Unterstützung verbunden wird. Solche Anlaufstellen können Wege verkürzen und Verluste an den Schnittstellen zwischen den Hilfesystemen reduzieren. Ergänzend sind aufsuchende sozialpsychiatrische Angebote und verlässliche Kooperationsstrukturen zwischen Psychiatrie, Suchthilfe und Wohnungslosenhilfe erforderlich.

Differenzierte Angebotsgestaltung und Beteiligung

Crack konsumierende Menschen unterscheiden sich deutlich in ihren sozialen und gesundheitlichen Ausgangslagen. Neben Wohn- und Versicherungsstatus sind dafür Geschlecht, Alter, Sprache, Gewalterfahrung und psychische Belastung maßgeblich. Frauen benötigen geschützte Aufenthaltsräume und eine Versorgung, die Gewalt und sexualisierte Ausbeutung systematisch berücksichtigt, jüngere Menschen frühinterventive Zugänge. Bei Menschen mit geringen Deutschkenntnissen, ohne Versicherung oder ohne gesicherten Aufenthaltsstatus kann Hilfe nicht erst nach vollständiger administrativer Klärung beginnen.

Bundesweite Mindeststandards für die niedrigschwellige Versorgung erscheinen vor diesem Hintergrund sinnvoll, besonders dort, wo Sprache, Geschlecht, Traumaerfahrung oder Versicherungsstatus den Zugang zu Hilfe erschweren. Kommunale Modellprojekte bleiben in ihrer Wirkung begrenzt, solange sie befristet und projektförmig fi-

nanziert werden. Auch Stigmatisierung in öffentlicher und institutioneller Praxis wirkt als Zugangsbarriere. Versorgung verliert ihren niedrigschwelligen Charakter, wenn sie faktisch an Abstinenzerwartungen oder administrative Vorleistungen gebunden ist.

Konsumierende verfügen über Erfahrungswissen zu Zugangswegen, Barrieren und Risiken, das in Planung und Steuerung der Angebote bislang kaum systematisch genutzt wird. Peer-Strukturen, Nutzer*innenbeiräte und partizipative Forschung schaffen die organisatorischen Voraussetzungen für eine dauerhafte Beteiligung an Entscheidungen über Ausgestaltung, Zugangsregeln und Weiterentwicklung. Auf diesem Weg wird nachvollziehbar, warum Angebote genutzt, gemieden oder abgebrochen werden. Korrigierbar werden zugleich institutionelle Routinen, die fachlich begründet sind, in der konkreten Lebenslage der Zielgruppe aber ins Leere laufen. Beteiligung setzt dafür eigene Ressourcen, Vergütung und verbindliche Verfahrenswege voraus.

Monitoring, Forschung und Steuerung

Offene Drogenszenen und Drogenmärkte verändern sich dynamisch, während die in Berlin verfügbaren Datenquellen bislang kaum systematisch zusammengeführt werden. Ein modular aufgebautes Monitoring könnte zunächst bestehende Routinedaten aus Drogen- und Wohnungslosenhilfe mit wiederkehrenden Szenebefragungen verbinden. Weitere Daten ließen sich schrittweise einbeziehen, sobald Datenschutz, Zuständigkeiten und gemeinsame Indikatoren geklärt sind. Bereits damit ließe sich beobachten, wie sich gesundheitliche Risiken, die Situation an einzelnen Szeneorten und mögliche räumliche Verlagerungen im Zeitverlauf entwickeln.

Ein abgestimmtes Monitoring offener Drogenszenen ist auch über Berlin hinaus erforderlich. Vergleichbare Entwicklungen werden in Frankfurt am Main, Nordrhein-Westfalen und anderen europäischen Städten beschrieben (Arendt und Werse, 2025, Deimel et al., 2025, EUDA, 2026). Qualitative und partizipative Zugänge bleiben dabei notwendig, weil Routinedaten vor allem Personen abbilden, die bereits im Hilfesystem angekommen sind.

Für Kokain- und Crackabhängigkeit stehen anders als bei Opioidabhängigkeit keine etablierten substitutionsgestützten Verfahren zur Verfügung. In Betracht kommen psychosoziale Ansätze, Contingency Management und wissenschaftlich begleitete Modellvorhaben zur kontrollierten Kokainabgabe an schwerstabhängige Personen. Diese Optionen sollten für Deutschland geprüft und in ihrer Übertragbarkeit auf die hiesigen Versorgungsstrukturen bewertet werden. Zu klären wäre dabei insbesondere, wie sich entsprechende Angebote niedrigschwellig zugänglich gestalten lassen und nicht an denselben administrativen Hürden scheitern, die den Zugang zur bestehenden Versorgung erschweren.

Bei der finanziellen Bewertung niedrigschwelliger Crack-bezogener Versorgung sollten auch Ausgaben berücksichtigt werden, die bei fehlender oder unzureichender Versorgung in anderen Bereichen entstehen. Dazu gehören die Notfallversorgung, die Polizei und die Reinigung des öffentlichen Raums. Weil diese Ausgaben in verschiedenen Haushalten erscheinen, werden sie selten gemeinsam bilanziert. Erst eine ressortübergreifende Betrachtung könnte sichtbar machen, ob zusätzliche Mittel für niedrigschwellige Versorgung mit geringeren Folgekosten in anderen Bereichen einhergehen.

Fachpolitische Einordnung

Die Berliner Crack-Studie zeigt, dass Crack-Konsum eng mit gesundheitlichen, psychiatrischen und sozialen Belastungen verbunden ist. Besonders prägend sind Wohnungslosigkeit, fehlender Krankenversicherungsschutz und weitere Formen struktureller Ausgrenzung. Diese Belastungen treten in unterschiedlichen Kombinationen auf und verstärken sich gegenseitig, weshalb die Versorgungsbedarfe innerhalb der Gruppe erheblich variieren.

Für die Berliner Versorgung ergeben sich daraus mehrere Ansatzpunkte. Niedrigschwellige Suchthilfe, medizinische und sozialpsychiatrische Versorgung sowie Wohnungs- und Obdachlosenhilfe sollten enger aufeinander abgestimmt werden. Konsumakzeptierende Aufenthalts- und Unterbringungsmöglichkeiten können Menschen erreichen, für die bestehende Angebote aufgrund ihrer Konsummuster oder Lebenssituation kaum nutzbar sind. Auch der Zugang zu medizinischer Versorgung ohne Krankenversicherung, aufsuchende Angebote und tragfähige Übergänge zwischen den Hilfesystemen bleiben zentrale Aufgaben.

Wo Rückzugsmöglichkeiten fehlen, verlagern sich Konsum, Erholung und akute Krisen in den öffentlichen Raum. Ordnungsrechtliche Maßnahmen können nach den qualitativen Befunden zu räumlichen Verlagerungen führen und bestehende Hilfekontakte erschweren. Eine bedarfsgerechte Versorgung kann diese Funktionen an anderen Orten auffangen, ohne die Nutzungskonflikte im öffentlichen Raum vollständig aufzulösen.

Aus den Befunden ergibt sich insgesamt die Notwendigkeit einer gesundheits- und sozialpolitisch integrierten Gesamtstrategie, in der die genannten Angebote gemeinsam geplant und verlässlich miteinander verbunden werden. Dazu gehören ein Zugang zur Versorgung unabhängig vom Krankenversicherungsstatus, der Abbau struktureller Zugangshürden und rechtliche Rahmenbedingungen, die bedarfsgerechte Angebote ermöglichen. Die Umsetzung betrifft kommunale, landes- und bundespolitische Zuständigkeiten gleichermaßen. Entscheidend ist die dauerhafte Finanzierung einer abgestimmten Versorgungsstrategie, die dem syndemischen Charakter der Problemlage Rechnung trägt.

Literatur

Arendt, I., & Werse, B. (2025). MoSyD-Szenestudie 2024. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main. Institut für Suchtforschung Frankfurt a. M.

Deimel, D., Ferl, L., Gille, C., Mühlen, A., van Rießen, A., Schmitz, H., & Scholten, L. (2025). Offene Drogenszenen in NRW 2024. Einblicke in Lebenslagen, Konsum und Nutzung von Hilfsangeboten in Düsseldorf, Essen, Köln und Münster. Pabst Science Publishers. https://doi.org/10.2440/0007

EUDA. (2026). Europäischer Drogenbericht 2026. Trends und Entwicklungen. Drogenagentur der Europäischen Union. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2026_de

Hirschfeld, T., Martens, J., Abd Al Majeed, R., Stöver, H., Ghanem, C., Deimel, D., Werse, B., & Mick, I. M. (2026). Crack-Studie. Szenestrukturen, Konsummuster und Versorgungslage

in Berlin. Abschlussbericht 2026. Charité – Universitätsmedizin Berlin. https://www.berlin.de/lb/drogen-sucht/service/statistiken-und-berichte/

Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales. (2025a). Entwicklung der Zahl untergebrachter wohnungsloser Personen und Unterbringungsbedarf bis 2029 in Berlin. Antwort auf Schriftliche Anfrage S 19/23201 und Drucksache 19/0692 M. Abgeordnetenhaus von Berlin.

Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales. (2025b). Zahlen, Daten, Fakten. Wohnungslose Menschen in Berlin 2022-2025. Statistik untergebrachter wohnungsloser Personen, Stichtag 31.01. Land Berlin.

Singer, M. (2009). Introduction to syndemics. A critical systems approach to public and community health. John Wiley & Sons.

Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B., & Mendenhall, E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. The Lancet, 389(10072), 941-950.

Stadt Zürich. (o. J.). Kontakt- und Anlaufstellen. Sozialdepartement der Stadt Zürich.