

Unterbringungs- und Behandlungskonzept für den Vollzug der lebenslangen Freiheitsstrafe im Berliner Männervollzug

Stand: Juni 2018

1	Einleitung	2
2	Ergebnisse der Arbeitsgruppe	3
2.1.	Untergliederung der lebenslangen Freiheitsstrafe in Phasen	3
2.1.1.	<i>Phase 0 – Vorbereitungsphase, Diagnostik und Einweisung</i>	4
2.1.2.	<i>Phase 1 – Eingliederungsphase im geschlossenen Vollzug (JVA Tegel, TA II)</i>	4
2.1.3.	<i>Phase 2 – Behandlungsphase im geschlossenen Vollzug (JVA Tegel, TA V)</i>	5
2.1.4.	<i>Phase 2 – Behandlungsphase im geschlossenen Vollzug (JVA Tegel, SothA)</i>	6
2.1.5.	<i>Phase 3 – Übergangsphase im Offenen Vollzug (JVA OVB, Bereich RvO)</i>	7
2.2.	Unterbringung und Behandlung von LL-Gefangenen mit angeordneter Sicherungsverwahrung (LL+vSV).....	8
2.3.	Ort der Unterbringung	8
2.4.	Unterbringung in ausgewiesenen Sonderbereichen	9
2.5.	Behandlung und Betreuung	9
2.6.	Evaluation des Unterbringungs- und Behandlungskonzeptes zum Vollzug der lebenslangen Freiheitsstrafe	9
3	Forschungsbefunde	13
3.1.	Allgemeine Angaben, Vorkommen und Entlassungen	13
3.1.1.	<i>In Deutschland</i>	13
3.1.2.	<i>In Berlin</i>	13
3.2.	Legalbewährung	14
3.2.1.	<i>National und international</i>	14
3.2.2.	<i>Legalbewährung Berlin</i>	14
3.3.	Behandlungsbedarf.....	15
	Literatur	16

1 Einleitung

Seit Juli 2002 wird im Berliner Männervollzug nach einem anstaltsübergreifenden Konzept zur Unterbringung und Behandlung von Strafgefangenen, die die lebenslange Freiheitsstrafe verbüßen (LL) gearbeitet. Dessen Ziel ist es, durch eine zeitliche und inhaltliche Strukturierung der unbefristeten Strafe in überschaubare Abschnitte den Gefangenen Orientierung zu bieten, Haftschäden möglichst entgegenzuwirken, die Motivation für die Teilnahme an Behandlungsmaßnahmen zu fördern und die Entwicklung von Perspektiven für die Zeit nach der Entlassung zu unterstützen. Das Konzept orientiert sich an der gesetzlich vorgegebenen Mindestverbüßungsdauer von 15 Jahren¹ und sieht nach der Rechtskraft der Verurteilung einen regelhaften Vollzugsablauf in drei aufeinander folgenden, voneinander klar abgegrenzten Phasen („Drei-Phasen-Modell“) vor.

Eine Überprüfung und Modifizierung des Konzeptes fand zuletzt 2011 statt. Seither hat sich der Justizvollzug durch organisatorische Umstrukturierungen und Veränderungen in den gesetzlichen Rahmenbedingungen fortentwickelt. Dies wurde zum Anlass genommen, die Erfahrungen der bisherigen Praxis mit dem Unterbringungs- und Behandlungskonzept für den Vollzug der lebenslangen Freiheitsstrafe in einer Arbeitsgruppe erneut auszuwerten und, soweit erforderlich, zu aktualisieren. Die Arbeitsgruppe, in der Dienstkräfte aus allen Männeranstalten, dem Kriminologischen Dienst und der Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung vertreten waren, tagte in insgesamt zehn Sitzungen im Zeitraum zwischen Februar und November 2017. Das im Folgenden ausgearbeitete Unterbringungs- und Behandlungskonzept ist das Ergebnis eines gründlichen Diskussionsprozesses in der Arbeitsgruppe. Auf eine kleinteilige Regelung von Details wurde verzichtet zugunsten der Skizzierung großer Linien. In den wesentlichsten Punkten konnte in der Arbeitsgruppe Konsens hergestellt werden. Dort, wo dies nicht möglich war, wird explizit darauf hingewiesen und Alternativvorschläge zur Diskussion gestellt.

Zur Vorbereitung der Arbeitsgruppe wurde eine Länderumfrage durchgeführt, um einen Überblick der Praxis in den anderen Bundesländern zu gewinnen. Die Anfrage wurde von elf Ländern beantwortet. Im Ergebnis ist festzustellen, dass Berlin als einziges Land ein ausdifferenziertes Konzept zur Behandlung und Unterbringung von zu lebenslanger Freiheitsstrafe verurteilten Gefangenen vorhält. In zwei Ländern – Bayern und Brandenburg – wird eine zeitliche Strukturierung der Haft in Pilotprojekten aktuell erprobt, Ergebnisse der Pilotierung liegen nicht vor.

Innerhalb der Gefangenengruppe LL stellen die Strafgefangenen, bei denen das Gericht zusätzlich zu der lebenslangen Freiheitsstrafe eine Sicherungsverwahrung anordnete, eine Sondergruppe dar. Die Unterbringung und Behandlung dieser Zielgruppe ist in allen Ländern mit Ausnahme Berlins in das Konzept für den Vollzug der Sicherungsverwahrung integriert. Die Besonderheiten und spezifische Bedarfslage dieser kleinen Untergruppe wurden von der Arbeitsgruppe gesondert betrachtet.

¹ Das Konzept gilt auch für Gefangene, bei denen vom Gericht die besondere Schwere der Schuld festgestellt wurde.

2 Ergebnisse der Arbeitsgruppe

Die Teilnehmer*innen der Arbeitsgruppe² sprechen sich dafür aus, das Konzept in seinen Grundzügen fortzuführen und Veränderungen nur in einigen Aspekten zu empfehlen. Die inhaltlichen Schwerpunkte des modifizierten Konzeptes werden im Folgenden dargestellt. Dabei sind Einzelheiten wie Zeitangaben nicht als Automatismen oder unumstößliche Festlegungen, sondern als Orientierungswerte zu verstehen. Die Planungen müssen in jedem Einzelfall plausibel begründet werden.

Eine Zusammenfassung mit den maßgeblichen Merkmalen des Konzeptes findet sich in der Tabelle am Ende dieser Beschreibung.

2.1. Untergliederung der lebenslangen Freiheitsstrafe in Phasen

Es war Konsens in der Arbeitsgruppe, dass die Unterteilung der lebenslangen Freiheitsstrafe in mehrere Phasen sinnvoll ist und beibehalten werden sollte. Eine zeitliche Untergliederung der theoretisch unbefristeten Inhaftierungsdauer unterstützt die Gefangenen darin, ein überschaubares Ziel – die Überleitung in die nächste Phase – zu verfolgen, die Haft ohne Folgeschäden zu bewältigen und gut vorbereitet auf das Leben in Freiheit entlassen zu werden. Der phasenhafte Ablauf soll die Gefangenen ermutigen, den Vollzugsverlauf konstruktiv mitzugestalten, ihnen ein Gefühl dafür vermitteln, dass Zeit vergeht, die delinquente Vergangenheit verarbeitet werden kann und Entwicklungsschritte möglich sind.

An drei Phasen nach Abschluss des Einweisungsverfahrens wird festgehalten. Es wird jedoch empfohlen, die Dauer der Phasen zu verändern, den Zeitpunkt der Verlegung in den Offenen Vollzug vorzulegen und den Verbleib im geschlossenen Vollzug zu verkürzen. Es hat sich gezeigt, dass die bisherige Praxis einer durchschnittlichen Verweildauer von zwei Jahren im Offenen Vollzug für eine tragfähige Entlassungsvorbereitung häufig zu kurz ist. Viele berufliche Qualifizierungsmaßnahmen bzw. die Etablierung eines tragfähigen freien Beschäftigungsverhältnisses haben längere Vorlaufzeiten und können erst im Offenen Vollzug eingeleitet werden. Die Gefangenen sollten die Möglichkeit haben, diese Maßnahmen vor der Entlassung abzuschließen. Auch unter rückfallprophylaktischen Gesichtspunkten wäre eine längere Erprobungszeit in einem offenen Vollzugsregime zu begrüßen.

Unter inhaltlichen Gesichtspunkten sind für den Vollzug der lebenslangen Freiheitsstrafe drei Schwerpunkte festzustellen, die den Zeitablauf mit voneinander abgrenzbaren Behandlungszielen markieren und nacheinander erarbeitet werden. Die drei Phasen werden ergänzt um eine vorgeschaltete Vorbereitungsphase (Phase 0).

² In der AG arbeiteten die folgenden Dienstkräfte kontinuierlich mit:

Frau Temme, Herr Dr. Bieneck, Frau Cardini, Herr Guder, Frau Paus, Herr Stark, Herr Schauer, Frau Schmid, Herr Vöge, Frau Öder, Frau Andree, Frau Dr. Kamrodt, Frau Dr. Zolondek, Frau Adolph, Frau Dr. Seewald, Frau Dr. Bardarsky, Frau Dr. Guth

2.1.1. Phase 0 – Vorbereitungsphase, Diagnostik und Einweisung

Dieser Zeitabschnitt beschreibt das Zeitintervall zwischen der Verurteilung in erster Instanz vor Eintritt der Rechtskraft und Abschluss des Einweisungsverfahrens. Dabei handelt es sich um einen besonders sensiblen Zeitraum, in dem vom Gefangenen der Verurteilungsschock verarbeitet werden muss und mit der ersten Vollzugsplanung entscheidende Weichenstellungen für den späteren Vollzugsverlauf erfolgen. Die Gefangenen befinden sich über einen längeren Zeitraum in der JVA Moabit, sind dort dezentral untergebracht, in der Regel in einem Arbeitsbereich integriert und stehen durchgängig im Fokus des Sozialdienstes und des Psychologischen Dienstes.

Das Einweisungsverfahren wird dem Vorgehen bei der Gruppe der Strafgefangenen mit angeordneter bzw. vorbehaltener Sicherungsverwahrung (vSV) angeglichen und von einer Fallkonferenz vorbereitet. Daran nehmen LEWA, Psycholog*in der EWA, Fachdienste und AVD der JVA Moabit sowie Vertreter*innen der JVA Tegel TA II, ggf. TA V und SothA teil³. Die Einbindung von Fachdiensten der JVA Tegel sichert die Behandlungs- und Betreuungskontinuität von Beginn der Strafhaft an und trägt dazu bei, unrealistische Planungen zu vermeiden.

Das Diagnostikverfahren wird regelhaft von Psycholog*innen der EWA durchgeführt. Geplante Behandlungsmaßnahmen sollen im Vollzugsplan gut begründet werden. Nach Möglichkeit ist der Zeitpunkt für den Beginn einer Behandlung festzulegen, ggf. ist auf den Zeitpunkt für eine Indikationsprüfung zu verweisen.

Die Gefangenen werden grundsätzlich in die Teilanstalt II der JVA Tegel eingewiesen.

2.1.2. Phase 1 – Eingliederungsphase im geschlossenen Vollzug (JVA Tegel, TA II)

Die Gefangenen sind zentral auf einer eigenen Station untergebracht. Das Konzept im Unterbringungsbereich ist darauf ausgerichtet, ein positives, behandlungsfreundliches Klima zu schaffen und den Gefangenen ein Gemeinschaftsleben mit großzügigen Öffnungszeiten und einer gewissen Bewegungsfreiheit innerhalb der Teilanstalt zu ermöglichen.

Die vorrangigen Behandlungsziele in der 1. Phase bestehen darin, die Akzeptanz der Gefangenen für die Strafe und die Haftsituation zu fördern, sie in einen Arbeitsbereich zu integrieren, Perspektiven für die Haftzeit zu erschließen und den psychischen und gesundheitlichen Status zu stabilisieren. Erfahrungsgemäß bedarf es einer gewissen Zeit, bis sich Gefangene mit den Gegebenheiten vor Ort arrangieren. Im Hinblick auf die Behandlung sind keine aufdeckenden, sondern ressourcenstärkende Maßnahmen, ggf. unterstützende psychologische Interventionen angezeigt. Besonderes Augenmerk ist auf eine potentielle Suizidgefährdung zu legen. Aufmerksamkeit ist bei Vorliegen einer Suchtproblematik geboten, hier sind Maßnahmen zur Förderung der Abstinenz zu priorisieren.

Bei insgesamt sehr individuellen Fallkonstellationen lassen sich in dieser Phase zwei Gruppen von Gefangenen unterscheiden:

³ Die EWA lädt zur Fallkonferenz

- Gefangene am Beginn der Strafhaft, die ihre Strafsituation (noch) nicht akzeptieren und/oder verleugnen und hohen Gesprächsbedarf haben. Eine Therapie bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Strafhaft kann bei einem Teil der Gefangenen den Vollzugsverlauf und die Kriminalprognose positiv beeinflussen. Die Behandlung sollte in Phase 1 aber nicht stationär in der SothA, sondern in einem ambulanten Setting (z. B. durch Anbindung an die PTB) stattfinden.
- Gefangene, die die Kriterien für den Übergang in die nächste Phase nicht schaffen und über längere Zeit in Phase 1 verbleiben. Sie leben häufig zurückgezogen und meiden u. U. den Kontakt zu den Dienstkräften im Unterbringungsbereich. Ein Schwerpunkt der Behandlung wird darin bestehen, Schädigungen durch die Haftsituation zu begrenzen. Angezeigt sind Maßnahmen zur Enthospitalisierung wie kontinuierliche Kontaktangebote, ggf. auch eine aufsuchende Betreuung.

Es wird empfohlen, den Verbleib in Phase 1 nicht zu lange anzusetzen, da sonst die Gefahr von Stagnation, Resignation, Verstrickung in der Subkultur oder generell von Folgeschäden durch die Inhaftierung besteht. Gefangene, bei denen das Risiko gesehen wird, dass sie die Anforderungen für die Überleitung in die nächste Phase nicht erfüllen, sollten daher besonders im Fokus der Dienstkräfte stehen⁴.

Die Überleitung in Phase 2 wird in einer gemeinsamen Konferenz geplant, an der Dienstkräfte aus beiden Teilanstalten teilnehmen. Die Verlegung wird bei günstigem Haftverlauf zum Ende des vierten Haftjahres empfohlen. Verlegungskriterien sind Abstinenz von „harten“ Drogen, keine groben disziplinarischen Auffälligkeiten sowie die Fähigkeit und Bereitschaft sich in die soziale Gemeinschaft der Wohngruppe einzufügen.

2.1.3. Phase 2 – Behandlungsphase im geschlossenen Vollzug (JVA Tegel, TA V)

Es stehen zwei Stationen mit je 30 Haftplätzen zur Verfügung, von denen relativ konstant ca. 50 Plätze von LL-Gefangenen besetzt sind. Freie Haftplätze werden mit Langstrafern belegt. Die Stationen orientieren sich am Konzept eines prosozialen Wohngruppenmilieus.

Die Vollzugsplanung liegt in der Regel aus der Phase 1 (TA II) vor und wird von der TA V übernommen. Behandlungsziele sind der Einstieg in eine Auseinandersetzung mit der Straftat bzw. der kriminellen Entwicklung⁵, die Entwicklung einer beruflichen Perspektive, Förderung von Außenkontakten (mindestens zwei Ausführungen im Jahr) und die Entwicklung von Lebensperspektiven über eine Erprobung in vollzugsöffnenden Maßnahmen. Selbstständige Vollzugslockerungen sollten ab dem neunten Haftjahr und nach ca. einjähriger positiver Lockerungserprobung die Verlegung in den Offenen Vollzug möglich sein.

⁴ Die Erfahrungen des SV-Bereichs können Anregungen zum Umgang mit unmotivierten Gefangenen und für spezielle Behandlungsmaßnahmen geben.

⁵ Notwendigkeit, Zeitpunkt, Behandlungsziel und erforderliche Behandlungstiefe sind in jedem Einzelfall zu bedenken. Es ist zu berücksichtigen, dass das Leugnen einer Tat keine kriminalprognostische Relevanz hat. Die Indikation für eine stationäre Sozialtherapie ist zu prüfen, der Gefangene ggf. für eine Bewerbung zur Aufnahme in die SothA oder für eine ambulante Psychotherapie (PTB oder extern) zu motivieren.

Bei positivem Vollzugs- und Lockerungsverlauf, Drogenabstinenz und nach Abschluss der Straftatbearbeitung ist ab dem elften Haftjahr die Verlegung in den Offenen Vollzug (Phase 3) möglich. Um Unsicherheiten zu begegnen und den Übergang in die andere Vollzugsanstalt zu erleichtern, sollte den Gefangenen Gelegenheit gegeben werden, die JVA OVB und die voraussichtlich zuständige Dienstkraft des SozD im Rahmen von Ausgängen kennenzulernen. Die Überleitung in Phase 3 wird in einer gemeinsamen Konferenz vorbereitet, an der der zuständige Sozialdienst der JVA OVB teilnimmt.

2.1.4. Phase 2 – Behandlungsphase im geschlossenen Vollzug (JVA Tegel, SothA)

Bei Vorliegen einer entsprechenden Indikation können LL-Gefangene in die SothA aufgenommen werden. Die Aufnahme kann von der EWA, der TA V, dem PsychD oder vom externen Gutachter empfohlen werden, der Gefangene kann sich aber auch selbst für eine sozialtherapeutische Behandlung bewerben. Die konkrete Indikation wird zum geeigneten Zeitpunkt von der EWA bei der Einweisung, von der SothA selbst oder vom PsychD der JVA Tegel überprüft. Eine grundlegende Motivation des Inhaftierten wird vorausgesetzt. Es gelten die generellen Aufnahmebedingungen für die SothA (ungünstige Kriminalprognose, Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Delikt, Wohngruppenfähigkeit, Distanz zur Subkultur, Abstinenz von Drogen, Mindestbereitschaft zur Auseinandersetzung mit dem Delikt). Der Behandlungsablauf in der Sozialtherapie unterscheidet sich nicht von demjenigen bei anderen Langstrafern.

Das sechste bis siebte Haftjahr ist der günstigste Zeitpunkt für die Aufnahme in der SothA⁶. Die Behandlung ist in den meisten Fällen nach drei bis vier Jahren abgeschlossen. Behandlungszeiten von über fünf Jahren sind erfahrungsgemäß problematisch⁷. In begründeten Einzelfällen ist eine mehrmalige Aufnahme in der SothA möglich. Nach Beendigung der Therapie ca. im 10. Haftjahr wird zu prüfen sein, ob der Gefangene für die Freigangphase (Phase 3) in der SothA verbleibt und von dort entlassen wird oder alternativ in die JVA OVB verlegt werden soll. In letzterem Fall ist eine Fortsetzung der Therapie beim SothA-Therapeuten unter quasi-ambulantem Bedingungen eine denkbare Option. Das wäre im Einzelfall zu prüfen.

Meilensteine in Phase 2:

- *Psychologische Stellungnahme zum Entwicklungsstand*⁸

Im sechsten Haftjahr erfolgt eine psychologisch-diagnostische Untersuchung des Gefangenen durch den Psychologischen Dienst der JVA Tegel. Diese soll den aktuellen Stand der Entwicklung des Gefangenen erfassen und Auskunft über einen etwaigen Veränderungsbedarf in der Vollzugsplanung geben. Zu berücksichtigen sind insbesondere Merkmalsbereiche, die für die Legalprognose

⁶ Eine Aufnahme zu einem früheren Zeitpunkt (Phase 1) hat sich als eher ungünstig erwiesen, da Behandlungserfolge nach Rückverlegung in den Regelvollzug oft verloren gehen.

⁷ Bei unklarer Entlassungsperspektive (z. B. in Fällen von besonderer Schwere der Schuld, vor Festlegung der Mindestverbüßungszeit) und überlangem Aufenthalt in der SothA ist es erfahrungsgemäß schwierig, die Behandlungsmotivation der Gefangenen aufrecht zu erhalten.

⁸ gilt nicht bei Unterbringung in der SothA

relevant sind. Das Untersuchungsergebnis, ggf. ergänzt von Empfehlungen für den weiteren Vollzugsverlauf, ist in einer schriftlichen Stellungnahme zu dokumentieren.

Der Psychologische Dienst ist im weiteren Vollzugsverlauf in die Entscheidungsfindung bei den Fragen zum Entwicklungsstand, der Indikation für die Aufnahme in die SothA, der Einleitung eines externen Prognosegutachtens, der Reduzierung der Sicherheitsmodalitäten oder zur Beratung zum Behandlungsplan durch Teilnahme an den Vollzugsplankonferenzen einzubeziehen. Bei Bedarf ist dem Psychologischen Dienst Gelegenheit für eine Nachuntersuchung zu geben.

- *Eignungsprüfung für selbständige Vollzugslockerungen gemäß § 42 StVollzG Bln und für den offenen Vollzug gemäß § 16 StVollzG Bln*

In Fällen, in denen eine positive Entwicklungstendenz festgestellt und die Vollzugsanstalt die Lockerungsprognose als günstig einschätzt, beantragt die Vollzugsanstalt im achten Haftjahr bei der Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung die Auftragsvergabe für ein Prognosegutachten. Die Fachabteilung der Senatsverwaltung überprüft den Antrag auf inhaltliche Plausibilität. Wird dem Antrag zugestimmt, gibt die Aufsichtsbehörde ein Prognosegutachten zur Frage der kurz- und mittelfristigen Lockerungsprognose sowie der langfristigen Gefährlichkeitsprognose bei einer/einem externen Sachverständigen in Auftrag. Nach Eingang des Gutachtens wird dieses an die Vollzugsanstalt weitergeleitet und dort eine Vollzugsplankonferenz gemäß § 9 Abs. 5 StVollzG Bln durchgeführt. In dieser Konferenz, an der in der Regel auch die/der externe Sachverständige teilnimmt, wird die Entscheidung über die Zulassung zu Vollzugslockerungen getroffen. Die Entscheidung steht unter dem Zustimmungsvorbehalt der Aufsichtsbehörde.

2.1.5. Phase 3 – Übergangsphase im Offenen Vollzug (JVA OVB, Bereich RvO)

Voraussetzung für die Verlegung in den Offenen Vollzug ab dem elften Haftjahr sind die Eignung für diese Vollzugsform und eine abgeschlossene Tatbearbeitung. Eine vorherige Lockerungserprobung ist wünschenswert, die Gewährung von umfassenden Lockerungen – Langzeitausgänge mit Übernachten vom geschlossenen Vollzug aus – sind aus Sicht des Offenen Vollzuges aber eher nicht zu empfehlen. Andernfalls sind die Kontaktmöglichkeiten zwischen dem Sozialdienst und dem Gefangenen zeitlich sehr eingeschränkt und der Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung ist unnötig erschwert.

Die LL-Gefangenen sind auf einer Station gemeinsam mit anderen Langstrafern untergebracht.

Oberstes Behandlungs- und Vollzugsziel ist die Entwicklung einer Entlassungsperspektive durch berufliche Qualifizierung und eine Alltags- und Freigangserprobung. Es wird nach dem Prinzip „Sicherheit durch Kontakt“ gearbeitet, die Fachdienste (SozD und PsychD) stehen im regelmäßigen Gesprächskontakt mit den Gefangenen. Zwischen den Berufsgruppen besteht eine enge Kooperation.

Erfahrungsgemäß überschätzen Gefangene ihre Integrationsmöglichkeiten, z. B. ihre Chancen am 1. Arbeitsmarkt. Für ein solides Übergangsmanagement ist genügend

Zeit einzuplanen, ein Zeitraum von fünf Jahren ist dafür angemessen. Die in § 46 Abs. 4 StVollzG Bln vorgesehene Möglichkeit des Langzeitausgangs gibt dem Offenen Vollzug den erforderlichen Spielraum.

2.2. Unterbringung und Behandlung von LL-Gefangenen mit angeordneter Sicherungsverwahrung (LL+vSV)

Auch für diese Gruppe von Gefangenen ist eine zeitliche Strukturierung der extrem langen Inhaftierungszeiten notwendig. Es wurde die Erfahrung gemacht, dass die LL+vSV-Gefangenen viele Gemeinsamkeiten mit den LL-Gefangenen aufweisen, sich mit dieser Gruppe identifizieren und das Zusammenleben der beiden Gruppen in der Regel gut funktioniert. Dagegen könnte das Zusammenleben auf der Station vSV für die LL+vSV-Gefangenen eine frustrierende Erfahrung sein, aufgrund der stärker wechselnden Belegung im dortigen Bereich. LL+vSV-Gefangene haben in Phase 2 in der TA V sowohl die Möglichkeit, sich für eine stationäre Sozialtherapie in der SothA zu bewerben als auch die niedrighschwellig psychologischen Behandlungsmaßnahmen des vSV-Bereichs wahrzunehmen. Sie sind daher im Hinblick auf das breitere Behandlungsangebot nicht benachteiligt, sondern den vSV-Gefangenen gleichgestellt. Es sollte daher bei der gemeinsamen Unterbringung von LL-Gefangenen und LL+vSV-Gefangenen in allen drei Phasen bleiben.

Es ist dafür zu sorgen, dass die Fristen für die gerichtliche Überprüfung beachtet werden.

2.3. Ort der Unterbringung

Die Arbeitsgruppe bestätigt die Praxis, die Phasen mit einer örtlich-räumlichen Veränderung zu verbinden. Den Gefangenen ist ein Wechsel ihres Unterbringungsortes zuzumuten. Eine räumliche Veränderung mit einem Wechsel der Bezugspersonen macht den Zeitablauf konkret erlebbar, fordert die Anpassungsleistung und bietet den Gefangenen durch die andere Umgebungskultur neue Herausforderungen und neue Chancen.

Die Phasen 1 und 2 im geschlossenen Vollzug sollten im Regelfall wie bisher in den Teilanstalten II und V der JVA Tegel vollzogen werden. Die Option, eine weitere Anstalt des geschlossenen Vollzuges in das Konzept systematisch einzubeziehen, hat die Arbeitsgruppe nach längerer Diskussion nicht befürwortet. Dem Vorteil, dass die Trennung zwischen Gefangenen einfacher zu organisieren wäre, stehen schwerwiegende Nachteile gegenüber. Entscheidend ist die Tatsache, dass innerhalb der in sich sehr heterogenen Gruppe der LL-Gefangenen bislang keine schlüssige Untergruppe mit einem gemeinsamen Merkmalsprofil zu identifizieren ist, für die ein alternativer Unterbringungsort mit einem eigenen Behandlungsbedarfsprofil plausibel zu begründen wäre. Das schließt jedoch nicht aus, dass unter bestimmten Voraussetzungen, die im Einzelfall zu prüfen wären, eine Verlegung abweichend vom Konzept auch in die JVA Heidering oder der JVA Plätzensee angezeigt sein kann.

2.4. Unterbringung in ausgewiesenen Sonderbereichen

Nach allgemeiner Auffassung hat sich für LL-Gefangene die Unterbringung in besonders ausgewiesenen Bereichen innerhalb der Vollzugsanstalten bewährt, daran soll festgehalten werden. In den Phasen 2 und 3 wird die Belegung der Stationen gemeinsam mit anderen Langstrafern befürwortet. Es hat sich gezeigt, dass ein gewisser Wechsel in der Belegung der Stationen die Dynamik in den Unterbringungsbereichen eher fördert. In der SothA und der JVA OVB gibt es schon aufgrund der geringen Fallzahlen keine Alternative zu einer durchmischten Belegung, die aber auch inhaltlich befürwortet wird. Für Phase 1 sollte dagegen der exklusive Sonderstatus mit einer eher stabilen Belegung beibehalten werden und keine Durchmischung mit anderen Langstrafern stattfinden. Die räumliche Abgrenzung zu den anderen Unterbringungsbereichen der Teilanstalt mit einer geringen Durchlässigkeit wird für diese Phase als notwendig bewertet⁹.

Auf eine ansprechende Gestaltung der gemeinschaftlich genutzten Räumlichkeiten ist zu achten.

2.5. Behandlung und Betreuung

Innerhalb einer Phase sollte eine kontinuierliche Behandlung und Betreuung durch spezialisierte Teams (AVD und Sozialdienst) sicher gestellt sein. Zur Vermeidung von Folgeschäden und Hospitalisierung durch die Dauer der Inhaftierung sind regelmäßige, auch informelle Kontaktmöglichkeiten der Bediensteten mit den Gefangenen zu ermöglichen, bei starken Rückzugstendenzen auch in Form von aufsuchender Betreuung der Gefangenen durch die Fachdienste in den Hafträumen. Da Behandlungskontinuität aufgrund von Personalfluktuations nicht immer zu realisieren ist, ist für eine gute Überleitung zu sorgen. Behandlungskontinuität muss auch beim Übergang von einer Phase in die nächste gewährleistet sein. Dies ist durch gemeinsame Übergabekonferenzen und eine darüber hinaus gehende Zusammenarbeit zwischen den Bereichen umzusetzen.

In jeder Phase sind auf die Fallgruppe zugeschnittene Behandlungs-, Freizeit- und tagesstrukturierende Maßnahmen vorzuhalten. Von besonderer Bedeutung sind ressourcenstärkende Ansätze sowie Maßnahmen, die die Gruppenbildung und das Zusammenleben in der Gemeinschaft fördern. Die Erweiterung von niedrigschwelligen ambulanten psychologisch-psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten wird empfohlen.

Mit der Verlängerung der Haftzeit im Offenen Vollzug von durchschnittlich zwei auf fünf Jahre ergibt sich die Notwendigkeit, strukturierte Behandlungsangebote und tagesstrukturierende Maßnahmen auch in Phase 3 zu schaffen.

2.6. Evaluation des Unterbringungs- und Behandlungskonzeptes zum Vollzug der lebenslangen Freiheitsstrafe

Es wird eine systematische Einzelfalldokumentation anhand eines strukturierten Erhebungsbogens vorgeschlagen, in dem insbesondere behandlungsrelevante Risikomerkmale erfasst und verlaufsbegleitend regelmäßig fortgeschrieben werden.

⁹ Fehlbelegungen sind in Phase 1 möglichst zu vermeiden

Damit könnten Entwicklungs- und Behandlungsverläufe sichtbar gemacht und Einflussfaktoren für günstige bzw. ungünstige Verläufe identifiziert werden. Die Dokumentationsbögen werden vom KrimD ausgewertet.

Da das Vorhaben mit einem gewissen Aufwand für den SozD und den KrimD verbunden ist, sollte über eine Realisierung gesondert entschieden werden.

Phase	Zeitraum	Ort der Unterbringung	Behandlungsziele	Spezifische Maßnahmen der Behandlung/Betreuung	Kriterien für den Übergang in die nächste Phase	Meilensteine
Phase 0 Vorbereitungsphase Diagnostik und Einweisung	bis Ende 2. HJ	JVA Moabit	<ul style="list-style-type: none"> ○ Stabilisierung nach Verurteilung bis Abschluss des Einweisungsverfahrens, ○ Suizidprophylaxe ○ Diagnostikverfahren durchlaufen ○ Kompetenzfeststellungsverfahren durchlaufen ○ Ersten VP erstellen 	<ul style="list-style-type: none"> ○ kontinuierliche Betreuung durch SozD und PsychD, ○ Gruppenbehandlungsmaßnahmen für potentielle Langstrafer, ○ niedrigschwellige psychologische Interventionen 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Rechtskräftiges Urteil, ○ Vollzugsplan und Einweisungsentscheidung 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Rechtskräftiges Urteil ○ Verfahren zur Feststellung der Kompetenz ○ Diagnostikverfahren ○ Einweisung
Phase 1 Eingliederungsphase im geschlossenen Vollzug	bis Ende 4. HJ	JVA Tegel – TA II	<ul style="list-style-type: none"> ○ Integration im Wohnbereich, ○ Zusammenleben in der Gemeinschaft fördern, ○ Integration im Arbeitsbetrieb, ○ psych. Stabilisierung, ○ Behandlungsmotivation fördern, ○ Folgeschäden der Haft verhindern ○ Begrenzung von Subkultur, ○ zur Abstinenz von Drogen motivieren 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kontinuierliche Betreuung durch SozD (ggf. aufsuchend), ○ Psychotherapie (PTB), ○ Niedrigschwellige psychol. Betreuung (PsychD TA II), ○ Maßnahmen zur Förderung des Lebens in der Gemeinschaft (VV, gemeinsame Aktivitäten zur Ausgestaltung von Gemeinschaftsräumen, Kleingruppenarbeit zu ausgewählten Themen), ○ Behandlungsmaßnahmen für Suchtgefährdete, ○ Maßnahmen zur Förderung der Behandlungsmotivation 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Abstinenz von harten Drogen, ○ Bereitschaft und Fähigkeit zum Zusammenleben in einer Wohngruppe, ○ keine schwerwiegenden disziplinarischen Vorkommnisse 	
Phase 2 Behandlungsphase im geschlossenen Vollzug	ca. 5. bis 10. HJ	JVA Tegel – TA V	<ul style="list-style-type: none"> ○ Psych. Stabilisierung, ○ Auseinandersetzung mit der Tat und der krim. Entwicklung, ○ Behandlungsmotivation 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kontinuierliche Betreuung durch SozD, ○ ggf. Psychotherapie (PTB), niedrigschwellige psychol. Betreuung (PsychD TA V), 	<ul style="list-style-type: none"> ○ positiver Vollzugsverlauf, ○ positiver Lockerungsverlauf, ○ Drogenabstinenz, ○ abgeschlossene Behandlung, 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 6. HJ: Psychologische Stellungnahme zum Entwicklungsstand ○ 8. HJ:

Phase	Zeitraum	Ort der Unterbringung	Behandlungsziele	Spezifische Maßnahmen der Behandlung/Betreuung	Kriterien für den Übergang in die nächste Phase	Meilensteine
			<ul style="list-style-type: none"> wecken (evtl. für SothA-Aufnahme) o Entwicklung von beruflichen Perspektiven, o Außenkontakte fördern (Angehörige, Vollzugshelfer), o Erprobung in Vollzugslockerungen 	<ul style="list-style-type: none"> o ggf. externe Psychotherapie, o Gruppenmaßnahmen. zu zielgruppenspezifischen Themen (intern angeleitet und/oder externe Trainer), o Meetingveranstaltungen, o familienfreundliche Langzeitsprechstunde o Vollzugslockerungen 	<ul style="list-style-type: none"> o günstige Kriminalprognose, o Eignung für den Offenen Vollzug 	<ul style="list-style-type: none"> Externes Gutachten zur Lockerungsprognose
	ca. 6. bis 10. HJ ggf. Vollzug der Phase 3 (ab 11. HJ) ebenfalls in der SothA der JVA Tegel	JVA Tegel – SothA	<ul style="list-style-type: none"> o Psych. Stabilisierung, o Auseinandersetzung mit der Tat und der krim. Entwicklung, o Entwicklung von beruflichen Perspektiven, o Außenkontakte fördern (Angehörige, Vollzugshelfer) o Erprobung in Vollzugslockerungen o Entlassung 	<ul style="list-style-type: none"> o Kontinuierliche Betreuung durch GL, o Psychotherapie, o milieutherapeutische Gruppenmaßnahmen o Meetingveranstaltungen, o familienfreundliche Langzeitsprechstunde o Vollzugslockerungen o Freigang o Entlassungsvorbereitung o Langzeitausgang zur Vorbereitung der Entlassung (§ 46 Abs. 4) 		<ul style="list-style-type: none"> o 8. HJ: Externes Gutachten zur Lockerungsprognose o Entlassungsgutachten zur Gefährlichkeitsprognose
Phase 3 Eingliederungsphase im Offenen Vollzug	Ab 11. HJ bis Entlassung	JVA OVB Bereich RvO	<ul style="list-style-type: none"> o berufliche Integration vorbereiten, o soziale Integration vorbereiten o Wohnraum beschaffen o Entlassung 	<ul style="list-style-type: none"> o Kontinuierliche Betreuung durch SozD und PsychD o Freigang o Entlassungsvorbereitung o Langzeitausgang zur Vorbereitung der Entlassung (§ 46 Abs. 4) 		Entlassungsgutachten zur Gefährlichkeitsprognose

3 Forschungsbefunde

3.1. Allgemeine Angaben, Vorkommen und Entlassungen

3.1.1. In Deutschland

Bundesweit befanden sich am 31.März 2016 50.858 Personen in deutschen Justizvollzugsanstalten, darunter verbüßten 1.863 (3,7%) eine lebenslange Freiheitsstrafe, (Statistisches Bundesamt, 2017). Durchschnittlich liegt die Dauer der lebenslangen Freiheitsstrafe, erhoben in den Jahren 2002-2015 bei 18,9 Jahren (Dessecker, 2017). Dabei bleibt jede 8. Person (13,0%) 25 Jahre und länger im Vollzug.

Im Jahr 2015 wurden 90 (3,1%) der zu lebenslanger Freiheitsstrafe in Deutschland verurteilten Personen in die Freiheit entlassen, darunter eine Frau. Hierbei betrug das Durchschnittsalter der entlassenen Personen 53,4 Jahre (min: 36 Jahre, max: 77 Jahre). Am häufigsten war die Gruppe der 40-50-Jährigen bei den Entlassungen vertreten, wobei 20 % 60 bis 70 Jahre alt waren und 9 % sogar älter (Dessecker, 2017). Bei fast allen (n=88, 97,8%) war die maßgebliche Straftat zur Verurteilung Mord. Ausnahmen bildeten ein Raub mit Todesfolge, sowie ein Totschlag (Dessecker, 2017). Als Gründe der Beendigung lässt sich bei etwa zwei Drittel (n=59, 65,6%) die Aussetzung des Strafrests zur Bewährung identifizieren. Der zweithäufigste Beendigungsgrund sind aufenthaltsrechtliche Entscheidungen (n=13), sowie Tod (bei n=8 Personen natürlicher Tod, n=4 Personen durch Suizid). Bei zwei Verurteilten wurde die lebenslange Freiheitsstrafe unterbrochen (Dessecker, 2017).

3.1.2. In Berlin

Am 31. März 2017 waren in Berlin 3.111 Strafgefangene untergebracht, davon waren 98 Personen (3,2%) zu einer lebenslangen Freiheitsstrafe verurteilt.

Die Dauer der lebenslangen Freiheitsstrafe der entlassenen Personen in Berlin im Jahr 2015 betrug im Schnitt 18,5 Jahre (min: 15,0 Jahre, max: 27,1 Jahre). Von sieben Personen, welche im Jahr 2015 aus der lebenslangen Freiheitsstrafe entlassen wurden, war bei allen der Beendigungsgrund die Aussetzung zur Bewährung (§57a StGB). Im vorangegangenen Jahr 2014 war dies bei acht von elf Entlassenen (72,7%) der Fall (Dessecker, 2016, 2017).

Im Jahr 2014 führte Prof. Kröber vom Institut für Forensische Psychiatrie an der Charité eine Gesamterfassung aller männlicher Berliner Strafgefangenen mit lebenslanger Freiheitsstrafe durch (damalige Stichprobe n=100).

Die Auswertungsgrundlage bildeten die Urteile, gegebenenfalls auch frühere, die Anklageschriften, die Bundeszentralregisterauszüge, die psychiatrischen Gutachten, Urteile zur besonderen Schwere der Schuld und Mindestverbüßungsdauer, die Analysen der Einweisungsabteilung sowie diverse Verlaufsaufzeichnungen bzw. Vollzugspläne der Haftanstalt (Kröber, 2014).

Die bislang vorliegenden Befunde ergaben, dass zehn Personen bereits im Vorfeld der Indexverurteilung ein Tötungsdelikt begangen haben: sechs von ihnen wurden bereits für ein vollendetes Tötungsdelikt bestraft und sind wegen erneutem Tötungsdelikt (Mord) wieder in Haft. Ein anderer hatte bereits ein Tötungsdelikt begangen und in Haft erneut ein Tötungsdelikt versucht. Nach einer früheren Entlassung für die Bestrafung wegen versuchten Mordes, haben zwei Personen einen Mord begangen, und bei einer Person kam es nach der Entlassung in die Freiheit nach Verbüßung der lebenslangen Freiheitsstrafe wegen Mordes zu einer erneuten Mordbegehung.

3.2. Legalbewährung

3.2.1. National und international

Der Rückfallstudie von Jehle, Albrecht, Hohmann-Fricke, und Tetal (2016) zufolge, welche sich auf den Zeitraum von 2010-2013 bezieht, liegt die allgemeine Rückfälligkeit von Personen mit lebenslanger Freiheitsstrafe nach drei Jahren bei insgesamt 13,8%. Die häufigste Strafe war dabei die Geldstrafe (10,3%), Freiheitsstrafe ohne Bewährung, sowie Freiheitsstrafe mit Bewährung kommen auf jeweils 1,7%.

Die Rückfälligkeit von Tötungsdelinquenten – unabhängig vom Strafmaß - nach neun Jahren liegt bei insgesamt 34,0%. Weniger als 1,0% (0,4%, n=3) der Personen wurden dabei mit einem erneuten Tötungsdelikt rückfällig (siehe Abbildung 1).

Eine Übersicht zur internationalen Rückfallrate von Tötungsdelinquenten, deckt sich mit den deutschen Ergebnissen. Diese zeigt eine niedrige Wiederinhaftierungsrate, wobei einem erneuten Tötungsdelikt 1,3 – 5 % zufallen und einer erneuten, anderen Gewaltstraftat 7 – 16 % (Liem, 2013).

In einer schwedischen Kohortenstudie von Sturup and Lindqvist (2014) lag die allgemeine Rückfallrate bei 10,0%. Ein erneutes Tötungsdelikt begangen 3,0% durchschnittlich fünf Jahre nach der Entlassung. Als Risikofaktoren dafür zeigten sich junges Alter, männliches Opfer, sowie bekanntes oder intoxikiertes Opfer.

3.2.2. Legalbewährung Berlin

In der Berliner Sonderauswertung der Rückfallstudie von Jehle und KollegInnen (2016) werden im Zeitraum 2004 bis 2007 sechs Entlassungen berichtet. Bei zwei von diesen kam es zu einem Rückfall, welcher jeweils mit einer Geldstrafe geahndet wurde. Im Zeitraum von 2007 bis 2010 wurde eine Person entlassen, für die bislang kein Rückfall bekannt ist (Jehle et al., 2016).

Abb. C 6.3.2.1.1: Deliktsspezifische Rückfälligkeit im drei-, sechs- und neunjährigen Beobachtungszeitraum bei Tötungsdelikten

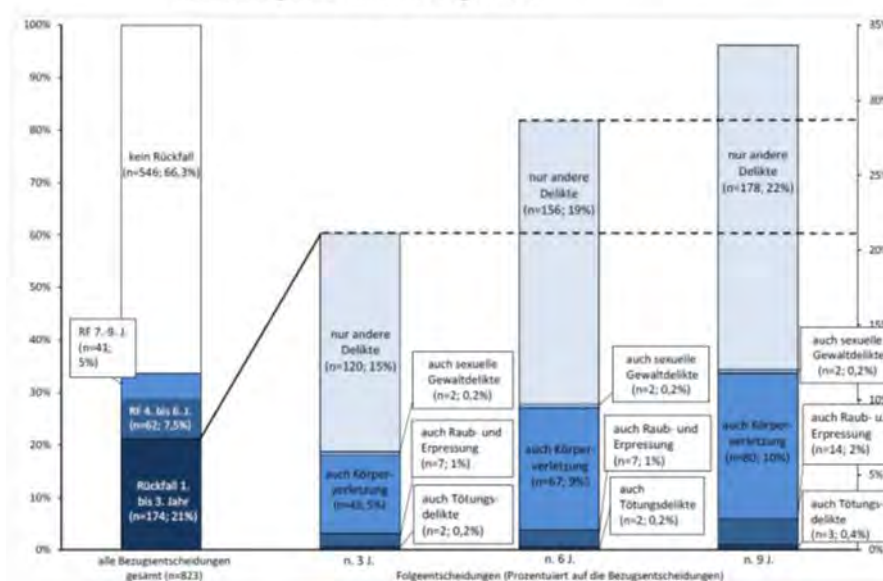


Abb.1: Deliktsspezifische Rückfälligkeit im drei-, sechs- und neunjährigen Beobachtungszeitraum bei Tötungsdelikten

3.3. Behandlungsbedarf

Laut einer Studie von Hulley, Crewe, und Wright (2015) an 294 männlichen Gefangenen mit lebenslanger Freiheitsstrafe wird das allgemeine Deprivationserleben erst nach 2/3 der Strafzeit, folglich bei etwa zehn Jahren, signifikant geringer, während die zeitbezogene Verzweiflung und Herausforderungen des Haftlebens (Konfliktvermeidung etc.), im ersten Drittel, ca. 5 Jahre, am stärksten sind und später abnehmen.

Dauerhaft hingegen, werden Einschränkungen im Autonomieerleben und der Wunsch nach Privatheit, sowie eine hohe Belastung durch die Beziehungen nach draußen berichtet (Hulley et al., 2015).

Das Risiko für Selbstverletzungen und Suizid ist bei Personen mit lebenslangen Freiheitsstrafen signifikant erhöht (adj. OR=1.41; Hawton, Linsell, Adeniji, Sariaslan, & Fazel, 2014).

Außerdem zeigten sich in einer holländischen Studie mit nach lebenslanger Haftstrafe entlassenen Männern (durchschnittliche Haftdauer 18.8 Jahre) Hinweise auf ein sogenanntes *Post-Incarceration Syndrome* mit einer der Posttraumatischen Belastungsstörung ähnlichen Symptomatik, sowie Hospitalisierungsschäden, sozial-sensorische Deprivation und Entfremdungserleben (Liem & Kunst, 2013).

Literatur

- Dessecker, A. (2016). *Die Vollstreckung lebenslanger Freiheitsstrafen: Dauer und Gründe der Beendigung im Jahr 2014* (3945037166). Retrieved from Wiesbaden:
- Dessecker, A. (2017). *Die Vollstreckung lebenslanger Freiheitsstrafen: Dauer und Gründe der Beendigung im Jahr 2015* (3945037166). Retrieved from Wiesbaden:
- Hawton, K., Linsell, L., Adeniji, T., Sariaslan, A., & Fazel, S. (2014). Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide. *The Lancet*, *383*(9923), 1147-1154.
- Hulley, S., Crewe, B., & Wright, S. (2015). Re-examining the Problems of Long-term Imprisonment. *British Journal of Criminology*, *56*(4), 769-792.
- Jehle, J.-M., Albrecht, H.-J., Hohmann-Fricke, S., & Tetel, C. (2016). *Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen: eine bundesweite Rückfalluntersuchung 2010 bis 2013 und 2004 bis 2013*.
- Kröber, H.-L. (2014). *Mordkonzepte und Mordmerkmale aus forensisch-psychiatrischer Sicht*. Unveröffentlichtes Redemanuskript. . Expertengruppe zur Reform der Tötungsdelikte, Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, Berlin.
- Liem, M. (2013). Homicide offender recidivism: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, *18*(1), 19-25.
- Liem, M., & Kunst, M. (2013). Is there a recognizable post-incarceration syndrome among released "lifers"? *International journal of law and psychiatry*, *36*(3), 333-337.
- Statistisches Bundesamt. (2017). Strafvollzug: demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3.2016. Retrieved from <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/Strafvollzug.html>