

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

Stand: Dezember 2024

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort.....	3
2	Umsetzung des Konzepts.....	4
2.1.	Untergliederung der lebenslangen Freiheitsstrafe in Phasen.....	4
2.1.1.	Phase 0 – Vorbereitungsphase, Diagnostik und Einweisung	4
2.1.2.	Phase 1 – Eingliederungsphase im geschlossenen Vollzug	5
2.1.3.	Phase 2 – Behandlungsphase im geschlossenen Vollzug	7
2.1.4.	Phase 3 – Übergangsphase im Offenen Vollzug	9
2.2.	Unterbringung und Behandlung von LL-Gefangenen mit angeordneter Sicherungsverwahrung	10
2.3.	Ort der Unterbringung	10
2.4.	Unterbringung in ausgewiesenen Sonderbereichen	11
2.5.	Behandlung und Betreuung.....	11
2.6.	Evaluation des Unterbringungs- und Behandlungskonzeptes	12
3	Tabellarischer Überblick über die Phasen.....	13
4	Forschungsbefunde	19
4.1.	Allgemeine Angaben zur Belegung und Entlassungen.....	19
4.1.1.	Deutschlandweit	19
4.1.2.	Berlin	20
4.2.	Legalbewährung – Deutschland & Berlin.....	21
4.3.	Behandlungsbedarfe.....	22
4.3.1.	Ausgewählte Ergebnisse der Evaluationsuntersuchung	23
	Literatur.....	26

1 Vorwort

Seit Juli 2002 wird im Berliner Männervollzug nach einem anstaltsübergreifenden Konzept zur Unterbringung und Behandlung von Strafgefangenen, die die lebenslange Freiheitsstrafe verbüßen (LL) gearbeitet. Ziel dieses Konzeptes 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 2018 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 erneut auszuwerten und, soweit erforderlich, zu aktualisieren. Das im Folgenden ausgearbeitete Unterbringungs- und Behandlungskonzept ist das Ergebnis eines gründlichen Diskussionsprozesses. Auf eine kleinteilige Regelung von Details wurde zugunsten der Skizzierung großer Linien verzichtet.

Innerhalb der Gefangenengruppe LL stellen die Strafgefangenen, bei denen das Gericht zusätzlich zur 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 gesondert betrachtet.

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

2 Umsetzung des Konzepts

Eine kritische Bestandsaufnahme führte zu einer insgesamt positiven Einschätzung des Unterbringungs- und Behandlungskonzeptes. Das Konzept wird daher in seinen Grundzügen weiter fortgeführt, Veränderungen bleiben auf wenige Aspekte begrenzt. Die inhaltlichen Schwerpunkte des Konzepts 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

Ausgehend von den insgesamt positiven Erfahrungen mit der Umsetzung des Konzepts wird die Unterteilung der lebenslangen Freiheitsstrafe in mehrere Phasen beibehalten. 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 dass Entwicklungsfortschritte möglich sind.

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. Diese drei Phasen werden ergänzt um eine vorgeschaltete Vorbereitungsphase (Phase 0).

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.

Häufig kommt es schon zu Beginn der Inhaftierung zu familiären Konflikten, Trennungen und Beziehungsabbrüchen aufgrund der (zu erwartenden) hohen Haftstrafe, die für den Inhaftierten mit einem Verlust an sozialer Unterstützung einhergehen. Zum anderen stellt eine lebenslange Haftstrafe den Inhaftierten vor die Herausforderung, bisherige Zukunftsperspektiven, -pläne, Wünsche und Erwartungen verwerfen zu müssen. Besonders nach der Rechtskraft des Urteils überwiegen oftmals Hoffnungslosigkeit, Resignation und häufig auch sozialer Rückzug, was im Rahmen des Monitorings kontinuierlich der Überprüfung bedarf, um einer suizidalen Einengung rechtzeitig entgegenwirken zu können. Eine erste Auseinandersetzung mit den Gegebenheiten, die das Urteil einer lebenslangen Freiheitsstrafe mit sich bringt, muss hier durch die Fachdienste gut begleitet werden.

Die erste Vollzugs- und Eingliederungsplanung wird nach Abschluss des Diagnostikverfahrens durch die Einweisungsabteilung (EWA) im Rahmen einer Fallkonferenz vorbereitet. An der Konferenz nehmen die Leitung sowie der einweisende Psychologe/die einweisende Psychologin der EWA, Fachdienste (SozD, PsychD) und AVD der JVA Moabit, Fachdienste (SozD und PsychD) der JVA Heidering TA III, der JVA Tegel TA II, ggf. TA V und SothA, der sowie die zuständige Fachaufsicht bei SenJustV teil. Die EWA lädt mit hinreichender Frist zur Fallkonferenz ein. Die Einbindung von Fachdiensten der JVA Heidering und 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 Psychologinnen bzw. Psychologen 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.

Je nach Ergebnis der Einweisungskonferenz werden die Gefangenen in die Teilanstalt III der JVA Heidering oder in die Teilanstalt II der JVA Tegel eingewiesen.

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

Die Gefangenen sind zentral auf einer eigenen Station untergebracht. Das Konzept im jeweiligen 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 ersten 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 und 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. Sofern erforderlich, ist bereits in dieser Phase die Gewährung von Ausführungen zum Erhalt der Lebenstüchtigkeit zu prüfen, um Rückzugstendenzen und den Kontaktabbruch zum sozialen Umfeld zu vermeiden.

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

- 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 unter Umständen 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.

Der Verbleib in Phase 1 sollte nicht zu lange angesetzt werden, 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 stehen².

Die Überleitung in Phase 2 wird in einer gemeinsamen Konferenz geplant, an der Dienstkräfte aus beiden Teilanstalten teilnehmen. Die Verlegung wird bei günstigem

² Die Erfahrungen des SV-Bereichs können Anregungen zum Umgang mit unmotivierten Gefangenen und für spezielle Behandlungsmaßnahmen geben.

Haftverlauf zum Ende des vierten Haftjahres empfohlen. Verlegungskriterien sind Abstinenz von „harten“ Drogen, keine groben disziplinarischen Auffälligkeiten, minimale Mitwirkungsbereitschaft 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 bzw. SothA)

In der Teilanstalt V stehen zwei Stationen mit je 30 Haftplätzen für die Unterbringung von LL-Gefangenen zur Verfügung. 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 vor und wird von der TA V übernommen. Behandlungsziele in dieser Phase sind der Einstieg in eine Auseinandersetzung mit der Straftat bzw. der kriminellen Entwicklung³, 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 möglich sein, die Verlegung in den Offenen Vollzug nach ca. einjähriger positiver Lockerungserprobung.

Bei Vorliegen einer entsprechenden Indikation können LL-Gefangene in die SothA aufgenommen werden. Die Aufnahme kann von der EWA, der TA V, dem Psychologischen Dienst oder von einem externen Gutachter/einer externen Gutachterin 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 Psychologischen Dienst 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 SothA. Die Behandlung ist in den meisten Fällen nach drei bis vier Jahren

³ 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.

abgeschlossen. Behandlungszeiten von über fünf Jahren sind erfahrungsgemäß problematisch. In begründeten Einzelfällen ist eine mehrmalige Aufnahme in der SothA möglich.

Bei positivem Vollzugs- und Lockerungsverlauf, Drogenabstinenz und nach Abschluss der Straftatbearbeitung ist in der Regel ab dem zehnten 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 des Offenen Vollzuges Berlin und die voraussichtlich dann zuständige Gruppenleitung im Rahmen von Ausgängen kennenzulernen. Die Überleitung in Phase 3 wird in einer gemeinsamen Konferenz vorbereitet, an der Dienstkräfte der JVA des Offenen Vollzuges Berlin teilnehmen.

Bei einer Unterbringung in der SothA ist nach Beendigung der Therapie ca. im zehnten Haftjahr zu prüfen, ob der Gefangene für die Freigangsphase (Phase 3) in der SothA verbleibt und von dort entlassen wird oder alternativ in die JVA des Offenen Vollzuges Berlin 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.

Die Behandlungsphase im geschlossenen Vollzug ist durch zwei wesentliche Meilensteine gekennzeichnet:

- *Psychologische Stellungnahme zum Entwicklungsstand*⁴

Im sechsten Haftjahr erfolgt eine psychologisch-diagnostische Untersuchung des Gefangenen durch den Psychologischen Dienst. 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 relevant sind. Das Untersuchungsergebnis, ggf. ergänzt durch 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

⁴ gilt nicht bei Unterbringung in der SothA

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 wird und die Vollzugsanstalt die Lockerungsprognose als günstig einschätzt, beantragt die Vollzugsanstalt im achten Haftjahr bei der Aufsichtsbehörde die Auftragsvergabe für ein Prognosegutachten. Die Fachabteilung 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.

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

Voraussetzung für die Verlegung in den Offenen Vollzug in der Regel ab dem zehnten Haftjahr ist die Eignung für diese Vollzugsform. Zudem sollten der Prozess der Straftatauseinandersetzung sowie weitere notwendige Behandlungsmaßnahmen in der Regel weit fortgeschritten sein. Der Gefangene sollte hinreichend in unstrukturierten Lockerungen erprobt sein. Die Gewährung von Freigang bereits aus dem geschlossenen Vollzug heraus wird nicht empfohlen. Andernfalls sind die Kontaktmöglichkeiten zwischen dem Sozialdienst und dem Gefangenen zeitlich sehr eingeschränkt und der Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung wird unnötig erschwert.

Die LL-Gefangenen werden im offenen Vollzug 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 (Sozialdienst und Psychologischer Dienst) stehen im regelmäßigen Gesprächskontakt mit den Gefangenen. Zwischen den Berufsgruppen besteht eine enge Kooperation. Auf eine frühzeitige Einbindung der Sozialen Dienste der Justiz ist zu achten.

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. 3 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 aufgrund der stärker wechselnden Belegung im dortigen Bereich eine frustrierende Erfahrung sein. 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 niedrigschwelligen 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

Der Übertritt von einer in die nächste Phase ist mit einer örtlich-räumlichen Veränderung verbunden, 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.

Um diesem Gedanken hinreichend Rechnung zu tragen, wird die Phase 1 im geschlossenen Vollzug in der Teilanstalt 3 der JVA Heidering oder in der Teilanstalt II der JVA Tegel vollzogen. Über den Ort der Unterbringung in der ersten Phase entscheidet die Fallkonferenz einvernehmlich unter Berücksichtigung der Erfordernisse des jeweiligen Einzelfalls.

Mit dem Übertritt in Phase 2 ist eine Unterbringung in der Teilanstalt V der JVA Tegel (bzw. bei entsprechender Indikationsstellung in der SothA) vorgesehen.

Für die dritte Phase findet ein Umzug in die JVA des Offenen Vollzuges Berlin, Teilanstalt Robert-von-Ostertag-Straße statt.

2.4. Unterbringung in ausgewiesenen Sonderbereichen

Nach allgemeiner Auffassung hat sich für LL-Gefangene die Unterbringung in besonders ausgewiesenen Bereichen innerhalb der Vollzugsanstalten bewährt. 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 des Offenen Vollzuges Berlin gibt es schon aufgrund der geringen Fallzahlen keine Alternative zu einer durchmischten Belegung. Eine Durchmischung wird aber auch inhaltlich befürwortet. 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 bewertet⁵. 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) sichergestellt 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 eine 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.

⁵ Fehlbelegungen sind in Phase 1 möglichst zu vermeiden

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.

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

Die empirische Überprüfung des Konzepts bzw. einzelner Phasen erfolgt anlassbezogen. In die Formulierung eines konkreten Forschungsanliegens sowie die nachfolgende Erstellung der erforderlichen Erhebungsinstrumente wird der Kriminologische Dienst für den Berliner Justizvollzug und die Sozialen Dienste der Justiz jeweils eingebunden.

3 Tabellarischer Überblick über die Phasen

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. Haftjahr	JVA Moabit	- o Suizidscreening und -monitoring - o Krisenintervention, psychische Erste Hilfe (insbesondere bei Erstinhaftierung, teilweise akute Belastungsreaktion durch das Tatgeschehen) - o Umgang mit Beziehungsabbrüchen, Verlust der Familie (einschließlich Kindern) und Freunde - o Vorbereitung auf das Gerichtsverfahren und ein zu erwartendes hohes Urteil	- o kontinuierliche Betreuung durch SozD und PsychD - o Gruppenbehandlungsmaßnahmen für potentielle Langstrafer - o niedrigschwellige psychologische Interventionen	- o rechtskräftiges Urteil - o Vollzugsplan und Einweisungsentscheidung	- o rechtskräftiges Urteil - o Diagnostikverfahren - o erster Vollzugs- und Eingliederungsplan

Phase	Zeitraum	Ort der Unterbringung	Behandlungsziele	Spezifische Maßnahmen der Behandlung/Betreuung	Kriterien für den Übergang in die nächste Phase	Meilensteine
			- o Psychische Stabilisierung im Rahmen des laufenden Gerichtsverfahrens - o Umgang mit der Medienwirksamkeit solcher Verfahren (Fernsehberichte, Zeitungsartikel, z.T. sehr reißerische Darstellungen und Vorverurteilungen in den Medien) - o Übergang zur EWA, Diagnostikverfahren durchlaufen - o ersten VEP erstellen			

Phase 1 Eingliederungsphase im geschlossenen Vollzug	bis Ende 4. Haftjahr	JVA Heidering - TA 3 JVA Tegel - TA II	- o Integration im Wohnbereich - o Zusammenleben in der Gemeinschaft fördern - o Integration im Arbeitsbetrieb - o psych. Stabilisierung - o Behandlungsmotivation fördern - o Folgeschäden der Haft verhindern - o Begrenzung von Subkultur - o zur Abstinenz von Drogen motivieren	- o kontinuierliche Betreuung durch SozD (ggf. aufsuchend) - o Psychotherapie (PTB) - o niedrigschwellige psychologische Betreuung - o Maßnahmen zur Förderung des Lebens in der Gemeinschaft (VV, gemeinsame Aktivitäten zur Ausgestaltung von Gemeinschaftsräumen, Kleingruppenarbeit zu ausgewählten Themen) - o Behandlungsmaßnahmen für Suchtgefährdete - o Maßnahmen zur Förderung der Behandlungsmotivation	- o Abstinenz von harten Drogen - o Bereitschaft und Fähigkeit zum Zusammenleben in einer Wohngruppe - o keine schwerwiegenden disziplinarischen Vorkommnisse	o ggf. Verfahren zur Feststellung der Kompetenz
--	----------------------	---	---	---	---	---

Phase 2 Behandlungs- phase im geschlossenen Vollzug	ca. 5. bis 10. HJ	JVA Tegel – TA V	- o psych. Stabilisierung - o Auseinandersetzung mit der Tat und der kriminellen Entwicklung - o Behandlungsmotivation wecken (evtl. für SothA-Aufnahme) - o Entwicklung von beruflichen Perspektiven - o Außenkontakte fördern (Angehörige, Vollzugshelfer) - o Erprobung in Vollzugslockerungen	- o kontinuierliche Betreuung durch SozD - o ggf. Psychotherapie (PTB), niedrigschwellige psychologisch Betreuung - o ggf. externe Psychotherapie - o Gruppenmaßnahmen. zu zielgruppen-spezifischen Themen (intern angeleitet und/oder externe Trainer), - o Meeting-veranstaltungen - o familienfreundliche Langzeitsprech-stunde - o Vollzugslockerungen	- o positiver Vollzugsverlauf - o positiver Lockerungsverlauf - o Drogenabstinenz - o weitgehend abgeschlossene Behandlung - o günstige Kriminalprognose - o Eignung für den offenen Vollzug	- o 6. Haftjahr: Stellungnahme zum Entwicklungsstand - o 8. Haftjahr: externes Gutachten zur Lockerungsprognose
	ca. 6. bis 10. HJ ggf. Vollzug der Phase 3 (ab 11. HJ) ebenfalls in der SothA	JVA Tegel – SothA	- o psych. Stabilisierung - o Auseinandersetzung mit der Tat und der krim. Entwicklung - o Entwicklung von beruflichen Perspektiven	- o kontinuierliche Betreuung durch GL - o Psychotherapie - o milieutheraeutische Gruppenmaßnahmen - o Meeting-veranstaltungen		- o 8. Haftjahr: externes Gutachten zur Lockerungsprognose - o Entlassungsgutachten zur

	der JVA Tegel		- o Außenkontakte fördern (Angehörige, Vollzugshelfer) - o Erprobung in Vollzugslockerungen - o Entlassung	- o familienfreundliche Langzeitsprechstunde - o Vollzugslockerungen - o Freigang - o Entlassungsvorbereitung - o Langzeitausgang zur Vorbereitung der Entlassung		Gefährlichkeitsprognose
--	------------------	--	--	---	--	-------------------------

Phase 3 Eingliederungs- phase im offenen Vollzug	ab 10. HJ bis Entlassung	JVA OVB Bereich RvO	- o berufliche Integration vorbereiten - o soziale Integration vorbereiten - o Wohnraum beschaffen - o Entlassung	- o kontinuierliche Betreuung durch SozD und PsychD - o Freigang - o Entlassungsvorbereitung - o Langzeitausgang zur Vorbereitung der Entlassung		Entlassungsgutachten zur Gefährlichkeitsprognose
--	--------------------------------	------------------------	--	---	--	--

4 Forschungsbefunde

4.1. Allgemeine Angaben zur Belegung und Entlassungen

4.1.1. Deutschlandweit

Wie Abbildung 1 entnommen werden kann, lässt sich im deutschen Strafvollzug bis 2010 ein kontinuierlicher Anstieg der Belegungszahlen von Personen mit lebenslanger Freiheitsstrafe erkennen, danach stagnieren die Belegungszahlen zwischen 1.883 Personen (2015) bis 1.764 Personen (2023). Laut Bericht des Statistischen Bundesamts (2024) machten die lebenslang Inhaftierten 4% an allen deutschlandweit inhaftierten Personen zum Stichtag 31. März 2023 aus (1.764 von 44.232 Personen).

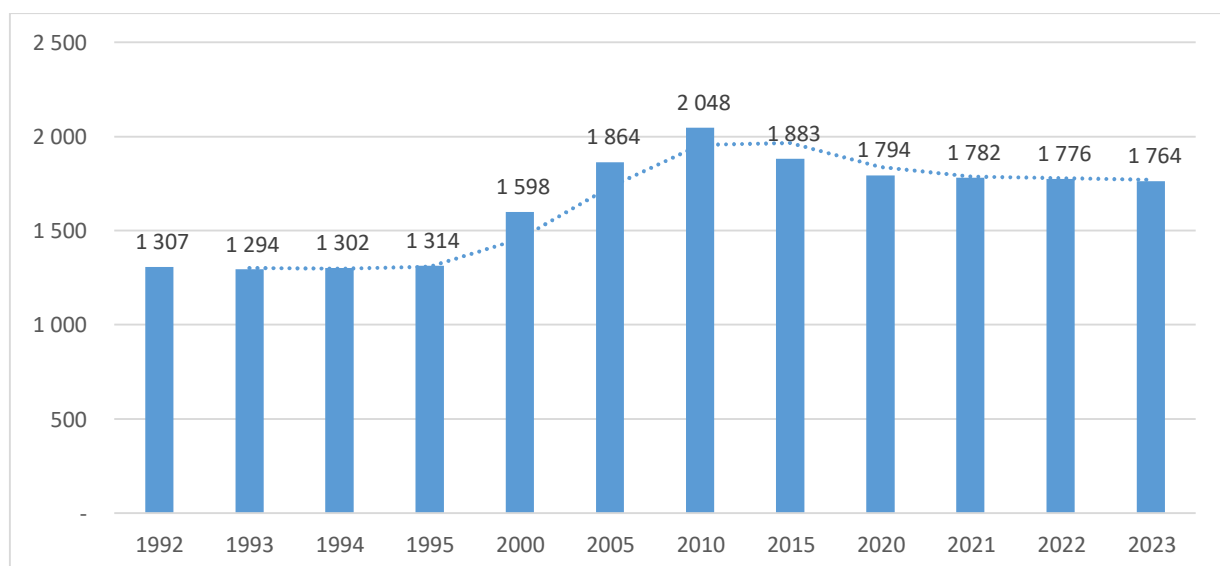


Abbildung 1. Belegungszahlen Inhaftierte mit lebenslanger Freiheitsstrafe in Deutschland im Zeitverlauf.
Quelle: Statistisches Bundesamt (2024)

Daten der Kriminologischen Zentralstelle Wiesbaden e.V. (KrimZ e.V.) zufolge wurde im Jahr 2022 bei 113 Personen die lebenslange Freiheitsstrafe beendet (darunter zählen folgende Austrittsgründe: in Freiheit entlassen; verstorben; abgeschoben; ausgeliefert). Von den 113 Personen wurde bei 82 Personen gemäß § 57a StGB die lebenslange Freiheitsstrafe zur Bewährung ausgesetzt, was in Relation zur Belegungsrate von 1.776 Personen im Jahr 2022 einer Entlassungsrate von 4.6% entspricht.

Für alle ehemaligen 113 Inhaftierten mit lebenslanger Freiheitsstrafe, bei denen 2022 die Strafhaft beendet wurde, lag die Unterbringungsdauer bei 15.7 Jahren (Median) bzw. bei

17.2 Jahren (Mittelwert). Bei den 2022 in Freiheit entlassenen 82 Inhaftierten mit lebenslanger Freiheitsstrafe dauerte die Haft länger (*Median* = 16.2 Jahre; *Mittelwert*: 18.3 Jahre). Zum Zeitpunkt der Beendigung der lebenslangen Freiheitsstrafe im Jahr 2022 hatten 63.4% der entlassenen Lebenslangen eine Gesamtzeit von 15 bis 20 Jahren, fast jeder Zehnte sogar mehr als 25 Jahre (9.8%) im Strafvollzug verbracht (Dessecker & Akgül, 2024).

Bei Betrachtung aller Beendigungsgründe der lebenslangen Freiheitsstrafe in Deutschland ist über den Zeitverlauf (2002 bis 2022) zu sehen, dass 66.3% in Freiheit entlassen wurden, 19.2% ins Ausland abgeschoben wurden sowie 11.9% verstarben (natürlicher Tod bzw. Suizid). Die Beendigungsgründe können Abbildung 2 entnommen werden.

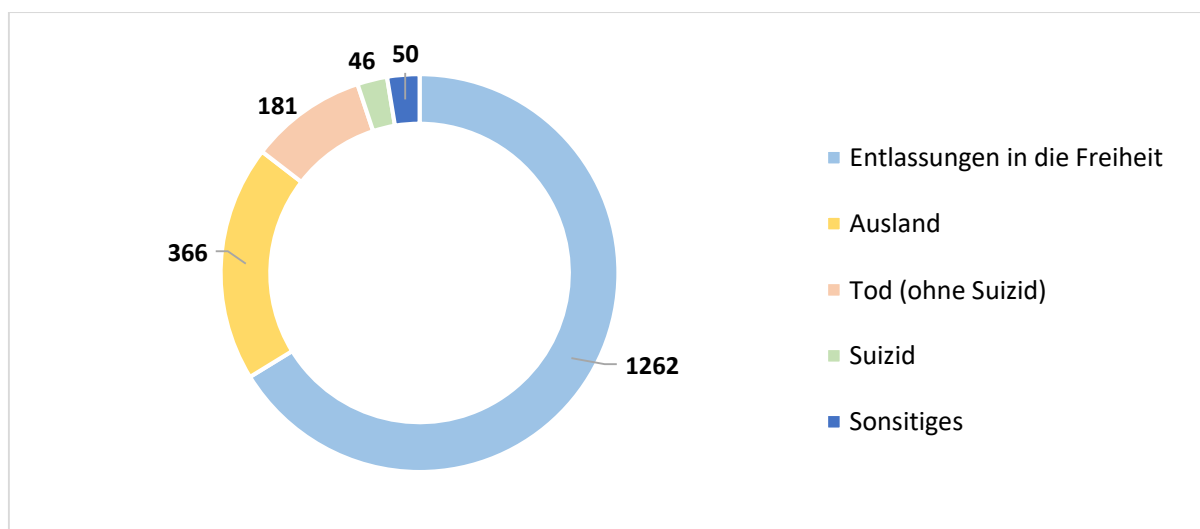


Abbildung 2. Gründe der Beendigung lebenslanger Freiheitsstrafen in Deutschland (2002-2022). $N = 1.905$

4.1.2. Berlin

Am 31. März 2022 waren im Berliner Justizvollzug 95 Inhaftierte mit lebenslanger Freiheitsstrafe untergebracht, von denen fünf Personen aus dem Vollzug austraten. Darunter waren vier Personen, die in die Freiheit entlassen wurden (Entlassungsquote: 4.9%).⁶ Im Durchschnitt verbüßten diese fünf Personen 15.3 Jahre (*Min-Max* = 12.6-18.4; *Median* = 15.1 Jahre) Haftstrafe, wobei auch hier die Verbüßungsdauer der vier in Freiheit entlassenen Personen höher lag (*Mittelwert* = 16.0; *Min-Max* = 15.0-18.4; *Median* = 15.3; Dessecker & Akgül, 2024).

Eine im Rahmen der CRIME-Studie (Dahle, 2010) durchgeführte Dissertation (Hitzel, 2019) untersuchte verschiedene Merkmale von 102 Berliner Inhaftierten mit lebenslanger Freiheitsstrafe. Unter anderem wiesen diese Gefangenen einen Gesamt-LSI-R-Wert von 22.8

⁶ Eine Person wurde nach § 456a StPO ausgewiesen

Punkten auf ($SD = 8.5$; $Min-Max = 5-43$), was einem hohen Risiko und einem hohen Behandlungs-/Kontrollbedarf entspricht. Ermittelt wurde weiterhin, dass bei 59% der Inhaftierten mit lebenslanger Freiheitsstrafe Hinweise in den vorhandenen Akten zu finden waren, dass diese Gefangenen während ihrer Haftzeit psychiatrischen Kontakt/Untersuchungen hatten. Aus diesen Ergebnissen kann geschlossen werden, dass es sich bei der Klientel um Personen handelt, die psychotherapeutische/psychiatrische Unterstützung und Risikomanagement benötigt.

4.2. Legalbewährung - Deutschland & Berlin

Der Legalbewährungsstudie von Jehle et al. (2020) kann entnommen werden, dass von der Entlasskohorte der 43 Inhaftierten mit lebenslanger Freiheitsstrafe bei 53.5% ($n = 23$) kein Rückfall festgestellt wurde, während es bei 25.6% ($n = 11$) nach drei Jahren zu einer Folgeentscheidung kam, bei 11.6% ($n = 5$) nach sechs Jahren und bei 9.3% ($n = 4$) nach neun 9 Jahren (nach 12 Jahren wurden keine weiteren Rückfälle identifiziert).

Aus der berlinspezifischen Auswertung der Daten von Jehle und Kolleg:innen (publiziert von Hohmann-Fricke & Boschke, 2018) lässt sich entnehmen, dass Personen mit einer Freiheitsstrafe über fünf Jahren und Personen, die zu einer lebenslangen Freiheitsstrafe verurteilt wurden,⁷ zu 73.7% keinen Rückfall nach Entlassung aufwiesen. Zu einer erneuten Freiheitsstrafe drei Jahre nach Entlassung wurden 11.6% sowie 14.7% zu einer Geldstrafe verurteilt (schwerste Folgeentscheidung).

Bei Betrachtung der Rückfallraten bei Personen, die wegen eines Tötungsdeliktes verurteilt wurden, zeigte sich, dass 65.5% rückfallfrei blieben, 27.3% im Zeitraum bis zu drei Jahre nach Haftentlassung einen Rückfall aufwiesen und weitere 7.3% nach sechs Jahren. Die rückfällig gewordenen Personen fielen hierbei insbesondere mit nicht-einschlägigen Delikten auf (siehe Abbildung 3)

⁷ Bilden eine gemeinsame Kategorie, keine Differenzierung vorgenommen

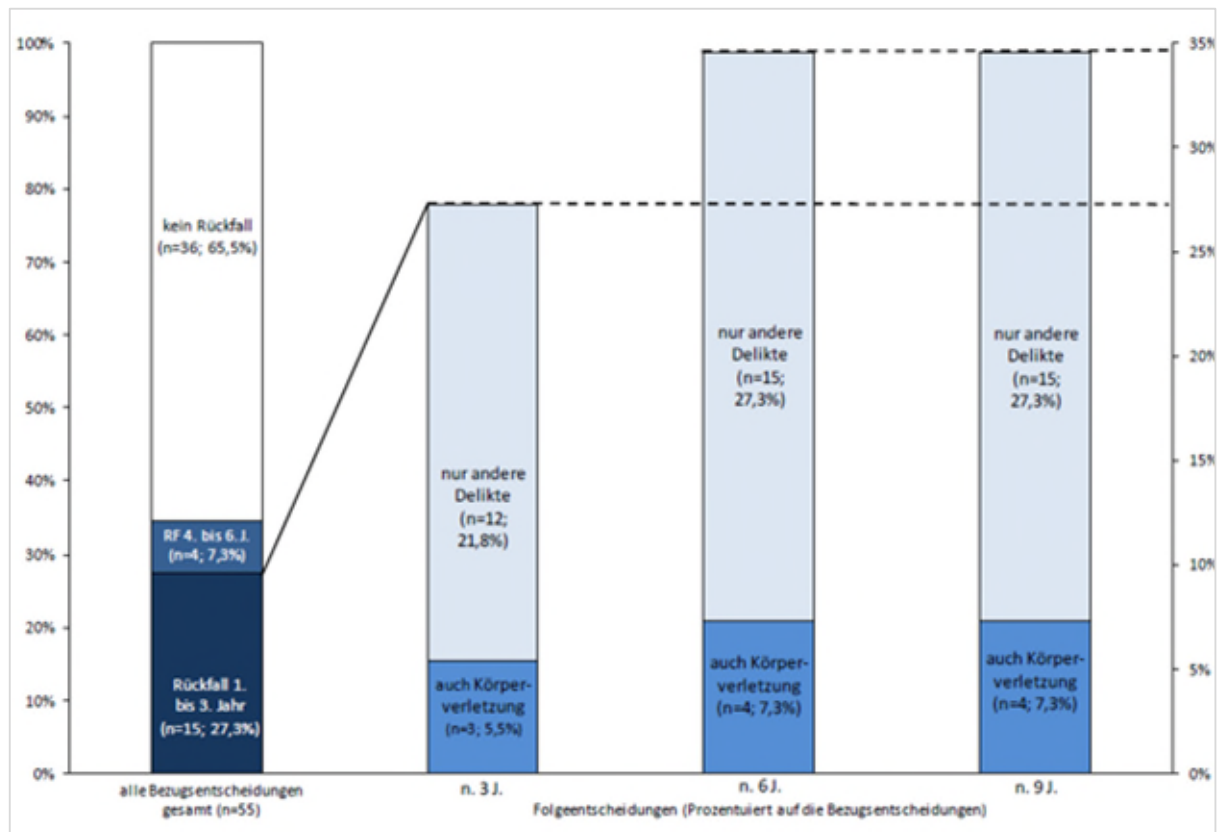


Abbildung 3. Deliktspezifische Rückfälligkeit im 3, 6 und 9-jährigen Beobachtungszeitraum bei Tötungsdelikten. Entnommen aus Fricke & Boschke (2018).

4.3. Behandlungsbedarfe

Die Todesrate bei Personen mit lebenslanger Freiheitsstrafe während der Haftverbüßung kann auf die Problematik von Haftschäden durch lange Freiheitsstrafen hinweisen (Dessecker & Akgül, 2024). Bei Inhaftierten mit lebenslanger Freiheitsstrafe handelt es sich um eine vulnerable Gefangenengruppe. So besteht bei Langzeitgefangenen eine erhöhte Gefahr für die Entstehung von Haftschäden (Snacken & van Zyl Smit, 2009) sowie eine generell höhere psychische Belastung (Kopp et al., 2011). Diese kann sich u. a. in Traumabelastungen/Symptomen einer PTBS (Dudeck et al., 2011; Liem & Kunst, 2013), Depression, sozialem Rückzugsverhalten, Hoffnungslosigkeit (Hawton et al., 2014) und damit einhergehend in einem erhöhten Risiko für Selbstverletzungen und Suizidalität äußern (Hawton et al., 2014).

4.3.1. Ausgewählte Ergebnisse der Evaluationsuntersuchung des Berliner Unterbringungs- und Behandlungsmodells

Um die Bedarfe der im Berliner Vollzug untergebrachten Gefangenen mit lebenslanger Freiheitsstrafe zu untersuchen, wurde seitens des Kriminologischen Dienstes Berlin das bis dato praktizierte Unterbringungs- und Behandlungsmodell betrachtet. Neben strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen lag der Fokus der Untersuchung darauf, Bedarfe der Klientel zu ermitteln. Hierfür wurden zuständige Gruppenleitungen als auch die Inhaftierten selbst befragt. Zum Einsatz kamen unter anderem klinische Instrumente/Fragebogenverfahren zu verschiedenen Belastungsfaktoren. Ausgewählte Auffälligkeiten werden im Folgenden dargestellt.

Im Selbstbericht angegebene kritische Belastungsfaktoren & Bedarfe

Globale psychische & körperliche Belastung

Es zeigte sich, dass die Hälfte der Berliner Inhaftierten mit lebenslanger Freiheitsstrafe angab, durch körperliche und psychische Symptome stark beeinträchtigt und belastet zu sein (53.7% im klinisch auffälligen Bereich, $n = 22$ von 41 Personen; gemessen mittels *Brief Symptom Inventory* von Derogatis & Melisaratos, 1983; deutsche Version von Franke, 2000). Dies galt insbesondere für Personen, welche sich zum Befragungszeitpunkt zu Beginn oder in der Mitte ihrer Verbüßungszeit befanden (Phase 1 und Phase 2).

Posttraumatisches Belastungserleben

Es zeigte sich, dass 25% (9 von 36 Inhaftierten) die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) erfüllten. Daneben wiesen über die Hälfte der Inhaftierten psychische Belastungen durch einzelne Symptome auf, wie Gefühle von Entfremdung, Angst, Reizbarkeit, Schlafprobleme, Alpträume und dem Gefühl des Wiedererlebens des traumatischen Ereignisses. Damit liegen die befragten Inhaftierten mit lebenslanger Freiheitsstrafe weit über der von Kessler et al. (2005) ermittelten Lebenszeitprävalenz für eine PTBS von 6.8%.

Insgesamt betrachtet zeigten sich bei den Inhaftierten, die sich in den ersten beiden Phasen befanden, stärker ausgeprägte kriminogene Faktoren und Hemmnisse, geringer ausgeprägte Ressourcen und Schutzfaktoren sowie erhebliche psychische Belastungen und Auffälligkeiten (detaillierter siehe Evaluationsbericht des Kriminologischen Dienstes Berlin) sowie der Trend, dass die Inhaftierten zum Ende ihrer Haftzeit besser aufgestellt und psychisch stabiler sind. Dies sollte jedoch mit Vorsicht interpretiert werden, da sich die Angaben auf teilweise sehr kleine Stichproben beziehen.

Durch Gruppenleitungen eingeschätzte Belastungsfaktoren & Bedarfe

Als starke Hemmnisse wurden seitens der Gruppenleitungen insbesondere bei Inhaftierten der beiden ersten Phasen persönlichkeitsbedingte Probleme genannt (bei 72.8% der Inhaftierten in der Phase 1; bei 65.6% der Inhaftierten in Phase 2), sowie das Fehlen von Ressourcen (hier insbesondere Copingstrategien, Empathievermögen, strukturierte Freizeitaktivitäten, Ziele für ein straffreies Leben, prosoziales Netzwerk und stabile Intimbeziehungen). Zudem wurden Einstellungen und Werte als problematisch eingeschätzt.

Neben den klientelbezogenen Besonderheiten (genannt wurden hier u.a. erneut die Persönlichkeitsauffälligkeiten, aber auch der Umgang mit Frustration und Motivationsverlust, geringe Änderungsmotivation seitens der Klienten, Suizidalität sowie der Umgang mit Verdrängung/Leugnung/Scham) wurden jedoch insbesondere **strukturelle Probleme** sowie fachliche Stellschrauben seitens der Gruppenleitungen angesprochen. So wurden das Fehlen von spezifischen Angeboten von 64% der Gruppenleitungen bemängelt, von 90% wurden die Ressourcen des Teams, die fachliche Passung von allen sowie eine fehlende Unterstützung von 90% der Gruppenleitungen thematisiert.

Dazu genauer gefragt, gaben die an der Umfrage teilnehmenden Gruppenleitungen an, dass die momentanen Arbeitsbedingungen verbesserungswürdig seien, wobei insbesondere die mangelnden personellen Ressourcen thematisiert wurden. Die genannten Schwierigkeiten können Abbildung 4 entnommen werden.

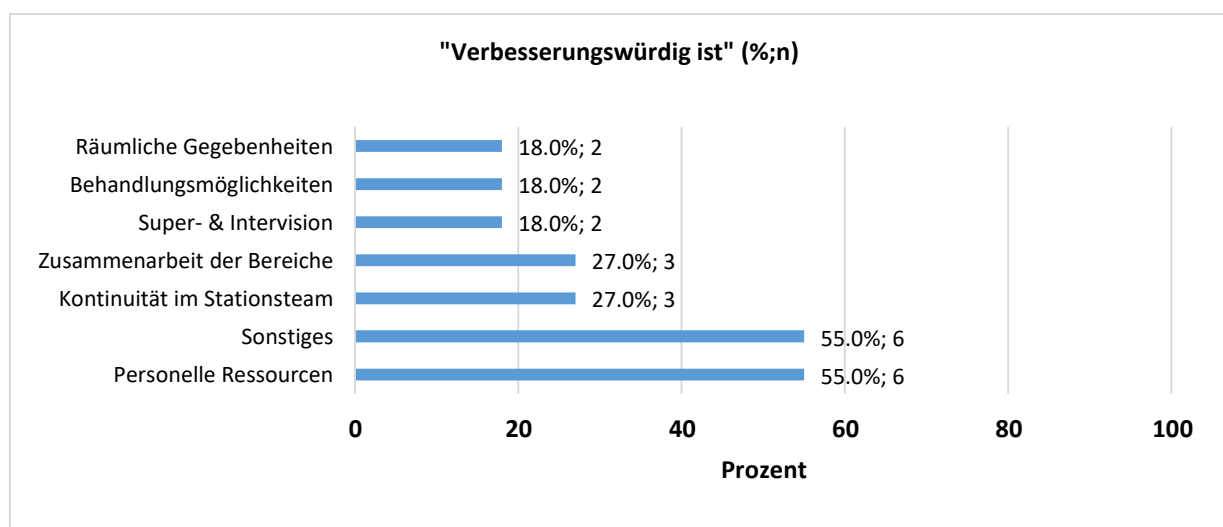


Abbildung 4. Arbeitsbedingungen – „Verbesserungswürdig ist“. N = 11.

Anmerkung. Sonstiges = Hierbei wurde Folgendes genannt: mehr Fortbildungsangebote; unzureichende Arbeitsmittel; Schutz der Bediensteten; Informationsfluss; Zusammenarbeit mit Externen; Umständlichkeit der Behörde; mangelnde Wertschätzung von Therapeut:innen und Sozialarbeitenden.

Nach Unterstützungsbedarf gefragt, gaben bis auf eine Person alle Befragten an, sich Unterstützung für die eigene Arbeit zu wünschen. Hierbei wurde der größte Bedarf in Supervisionsmöglichkeiten sowie in Fort- und Weiterbildungen gesehen, was über die Hälfte der Befragten als aktuellen Bedarf nannte (siehe Abbildung 5).

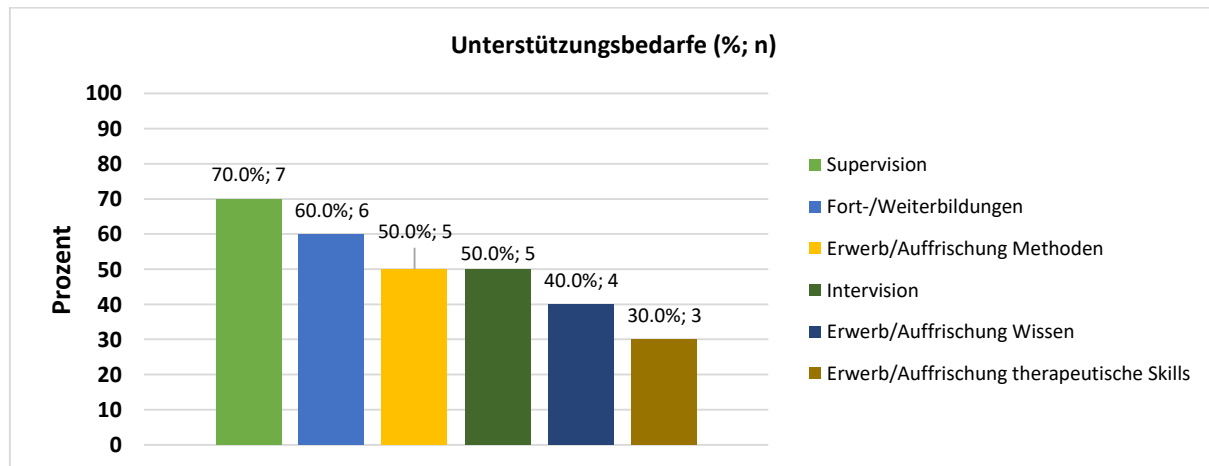


Abbildung 5. Unterstützungsbedarfe. $N = 10$.

Seitens der Gruppenleitungen wurde eine Vielzahl an sehr konkreten Unterstützungsmöglichkeiten genannt. Bei den Nennungen handelte es sich um Einzelfallnennungen, was verdeutlicht, dass es kein systematisches Fehlen an Wissen oder Methoden gibt, jedoch decken die genannten Bedarfe eine große Bandbreite ab, die durch spezifische Schulungen aufgefangen werden könnte (z.B. zu den Themen Prognose, Persönlichkeitsstörungen, Psychopathie, Gesprächsführung, Umgang mit Tatleugnern & Bagatellisierung, Biografiearbeit, strukturierte Straftatauseinandersetzung, Umgang mit Krisensituationen, Therapie von Sexualstraftätern, Umgang mit Schuld). Daneben merkten die befragten Gruppenleitungen wiederholt an, dass frequentiertere Inter- und Supervisionen sowie Fallbesprechungen wünschenswert seien, um die betreuerische und behandlerische Arbeit bedarfsgerecht ausüben zu können.

Literatur

- Dahle, K.-P. (2010). Chronische Rückfalldelinquenz im Individuellen Menschlichen Entwicklungsverlauf: Die Berliner CRIME-Studie. In: *Psychologische Kriminalprognose. Studien und Materialien zum Straf- und Maßregelvollzug*, Vol 23. Herbolzheim: Centaurus. https://doi.org/10.1007/978-3-86226-449-0_4
- Derogatis, L. R. & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605.
- Dessecker, A. & Akgül, Z. (2024). *Die Vollstreckung lebenslanger Freiheitsstrafen. Dauer und Gründe der Beendigung im Jahr 2022*. (BM-Online; Bd. 38). Wiesbaden: KrimZ.
- Dudeck, M., Drenkhahn, K., Spitzer, C., Barnow, S., Kopp, D., Kuwert, P., Freyberger, H. J. & Dünkel, F. (2011). Traumatization and mental distress in long-term prisoners in Europe. *Punishment & Society*, 13(4), 403-423. <https://doi.org/10.1177/1462474511414782>
- Franke, G. H. (2000). *BSI. Brief Symptom Inventory - Deutsche Version*. Beltz.
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62118-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62118-2)
- Hitzel, M. (2019). *Deskriptive Analyse von Personen mit lebenslanger Freiheitsstrafe im Berliner Strafvollzug*. Dissertation an der Freien Universität Berlin. Zugriff: <https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/26247?show=full>
- Hohmann-Fricke, S. & Boschke, V. (2018). Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen in Berlin. Eine Rückfalluntersuchung auf Basis von Bundeszentralregisterdaten 2004-2013 und 2010-2013. Auszug aus: Jehle, J.-M., Albrecht, H.-J., Hohmann-Fricke, S. & Tetel, C. (2016). *Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen. Eine bundesweite Rückfalluntersuchung auf Basis von Bundeszentralregisterdaten 2010-2013 und 2004-2013*. Berlin: Bundesministerium der Justiz.
- Jehle, J.-M., Albrecht, H.-J., Hohmann-Fricke, S. & Tetel, C. (2020). *Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen. Eine bundesweite Rückfalluntersuchung 2013 bis 2016 und 2004 bis 2016*. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>.
- Kopp, D., Drenkhahn, K., Dünkel, F., Freyberger, H. J., Spitzer, C., Barnow, S. & Dudeck, M. (2011). Psychische Symptombelastung bei Kurz- und Langzeitgefangenen in

- Deutschland. *Der Nervenarzt*, 82(7), 880-885. <https://doi.org/10.1007/s00115-010-3066-9>
- Liem, M. & Kunst, M. (2013). Is there a recognizable post-incarceration syndrome among released “lifers”? *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(3-4), 333-337. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.04.012>
- Snacken, S. & van Zyl Smit, D. (2009). Europäische Standards zu langen Freiheitsstrafen: Aspekte des Strafrechts, der Strafvollzugsforschung und der Menschenrechte. *Neue Kriminalpolitik*, 21(2), 58-68. <https://doi.org/10.5771/0934-9200-2009-2-58>
- Statistisches Bundesamt. (2024). *Statistischer Bericht: Strafvollzug*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Zugriff unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Justiz/Rechtspflege/_inhalt.html#_bbmwxo0y