

Evaluation der Psychiatrischen Haftnachsorge-Ambulanzen in NRW (Bielefeld, Paderborn und Langenfeld) - Deliktverlauf während und nach Führungsaufsicht -

Exposé von Jan Cronshage, Carl-Ernst von Schönfeld, Martin Driessen

Bielefeld, 09.03.2022

1. Einleitung

1.1. Hintergrund

Das dualistische Rechtsfolgensystem in Deutschland sieht bei erheblichen Rechtsbrüchen grob betrachtet zwei Wege der Sanktionierung vor – die Strafhaft und/oder die Unterbringung im Maßregelvollzug. In Deutschland ist das Vollzugsziel in § 2 Satz 1 des Strafvollzugsgesetzes (StVollzG) festgelegt: *„Im Vollzug der Freiheitsstrafe soll der Gefangene fähig werden, künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen (Vollzugsziel)“*.

Das Vollzugsziel im Maßregelvollzug ist für NRW in § 2 des Strafrechtsbezogenen Unterbringungsgesetzes NRW - StrUG Abs. 2 und 3 wie folgt beschrieben: *„Ziel der Durchführung der Unterbringung ist die Eingliederung der untergebrachten Person in die Gesellschaft“* und *„Bei einer Unterbringung nach § 63 des Strafgesetzbuches soll, soweit möglich, die untergebrachte Person geheilt werden oder durch Behandlung und Betreuung einen Zustand erreichen, in dem von ihr keine weiteren erheblichen rechtswidrigen Taten mehr zu erwarten sind.“* Sinngemäß Gleiches gilt für die Unterbringung nach § 64 StGB.

Ein rekursiver Prozess aus Kriminalprognose und Vollzugs-/Behandlungsplanung bilden in beiden Fällen - Strafhaft und Maßregelvollzug - die Grundlage, eine Rehabilitation der RechtsbrecherInnen im o.g. Sinne voranzubringen.

Für die Zeit extramural nachfolgender Supervision der ProbandInnen tritt in den weiter unten genannten Fällen die Maßregel der Führungsaufsicht ein. Die am 18. April 2007 in Kraft getretene Reform der Führungsaufsicht verfolgte in erster Linie das Ziel, die Maßregel der Führungsaufsicht (§§ 68-68g StGB) als ambulante Sanktion für solche Tätergruppen effektiver zu gestalten, die *„in besonderem Maße kontrollierender Begleitung und Unterstützung bedürfen“* (Dessecker, A., 2007). Die Dauer der Führungsaufsicht beträgt regelhaft 5 Jahre und kann bis auf 2 Jahre verkürzt werden. Die Mindestdauer der Führungsaufsicht beträgt 2 Jahre, was empirisch gut zu begründen ist, da in dieser Zeitspanne nach einer vorherigen Entlassung die meisten neuen Delikte begangen werden. (Weigelt & Hohmann-Fricke 2006)

In wenigen Fällen sieht das Gesetz seit der Fassung von 1998 aber auch eine unbefristete FA in folgenden Fällen vor, nämlich bei

- fehlender Einwilligung in eine Weisung zu einer Heilbehandlung mit körperlichem Eingriff oder zu einer Suchtbehandlung (§ 68c II 1 Nr. 1 StGB),
- Nichtbefolgen einer solchen Weisung oder einer Nachsorgeweisung (§ 68c II 1 Nr. 2 StGB),
- weiterer Gefährlichkeit infolge Wiederauftretens psychischer Störungen nach Aussetzung einer psychiatrischen Unterbringung (§ 68c III Nr. 1 StGB) und
- weiterer Gefährlichkeit nach Unterbringung im Maßregelvollzug (§§ 63 oder 64 StGB) oder Freiheitsstrafe von mehr als 2 Jahren, soweit die Verurteilung wegen eines Sexualdelikts erfolgte (§ 68c III Nr. 2 StGB).

Mit der Umsetzung der Reform beinhaltet die Führungsaufsicht 8 Anwendungsfälle:

- Direkte Anordnung durch die RichterInnen bei einer Gefahrprognose

- Vollverbüßung einer Haftstrafe von mehr als 2 Jahren oder Vollverbüßung einer Haftstrafe von mehr als einem Jahr bei Sexualstraftaten
- Anordnung einer Maßregel bei gleichzeitiger Aussetzung zur Bewährung (§67b)
- Aussetzung zur Bewährung nach der Therapie (§67d Abs. 2)
- Mit Ablauf der Höchstfrist der Unterbringung nach §64 StGB
- Bei gleichzeitiger Anordnung einer Maßregel und Vorwegvollzug einer Strafhaft, wenn nach der Haft keine Notwendigkeit der Vollstreckung der Maßregelunterbringung mehr besteht (§67c Abs. 1)
- Wenn seit der Anordnung der MR mehr als 3 Jahre vergangen sind, ohne dass eine Haftstrafe oder die MR vollstreckt wurden. (§67c Abs. 2)
- FA in Fällen der SV (§§67b Abs. 2, 67c Abs. 1, 67c Abs. 2)

1.2. Entwicklung der Haftnachsorgeambulanzen

In der Praxis wird die Maßregel der Führungsaufsicht meistens kurz vor Beendigung der Strafhaft oder der Entlassung aus dem Maßregelvollzug angeordnet und kann Weisungen nach §68b StGB beinhalten, die den Entlassenen (teils strafbewährte) Verhaltensregeln vorschreiben. Im Rahmen dieses Weisungskatalogs kann das Gericht nach §68b Abs. 2 Satz 2 für psychisch kranke Straftäter „(...) *die verurteilte Person insbesondere anweisen, sich psychiatrisch, psychosozialtherapeutisch betreuen und behandeln zu lassen (Therapieweisung)*“. Und weiter heißt es in Satz 3: „*Die Betreuung und Behandlung kann durch eine forensische Ambulanz erfolgen.*“

Die seit 2004 flächendeckend eingerichtete forensische Nachsorge im Maßregelvollzug hat sich bewährt. Seit 2013 erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Ministerium der Justiz NRW an den Standorten Langenfeld, Paderborn und Bielefeld ein entsprechendes Nachsorgeangebot (psychiatrische Haftnachsorgeambulanz; pHNA) für Menschen mit psychischen Störungen, die aus Strafhaft entlassen wurden. Allerdings gilt dieses Angebot bis dato nur für Endverbüßer. Mit den geltenden Kriterien zur Aufnahme in die Nachsorge bemüht man sich dabei, ehemalige TäterInnen mit hohem Rückfallrisiko und hoher Gefährlichkeit angemessen zu rehabilitieren. So soll neben dem Bestehen einer mit dem Rückfallrisiko assoziierten psychischen Störung und einer regionalen Verbundenheit auch Führungsaufsicht nach vollverbüßter, mindestens zweijähriger (bei Sexualstraftätern einjähriger) Haftstrafe, angeordnet sein, in deren Rahmen dann eine Weisung nach §68b Abs. 2 Satz 2 erfolgt.

1.3. Konzept der Haftnachsorgeambulanzen (HNA)

Die Behandlung der PatientInnen erfolgt nach gültigen Prinzipien kriminaltherapeutischen Vorgehens. Grundgerüst ist dabei das sogenannte RNR-Modell (Andrews & Bonta, 2011). Das „**risk principle**“ (Risikoprinzip) besagt, dass das Rückfallrisiko über valide Methoden (...) erhoben werden sollte. Die Intensität der Intervention (z.B. erhöhter zeitlicher Aufwand, mehr Therapiemaßnahmen, medikamentöse Behandlung, Sicherung etc.) sollte dem Ausmaß des Risikos entsprechen. In der Regel wird zwischen niedrigem, mittlerem und hohem Risiko unterschieden.

Das „**need principle**“ (Bedürfnisprinzip) besagt, dass kriminalpräventive Interventionen auf solche Merkmale abzielen haben, die mit dem kriminellen Verhalten in Zusammenhang stehen („kriminogene Bedürfnisse“ oder „criminogenic needs“).

Das „**responsivity principle**“ (Ansprechbarkeitsprinzip) besagt, dass die Auswahl der Behandlungsmethoden dem Lernstil und den Fähigkeiten der Patienten entsprechen sollte.

Das Ziel der Behandlung weicht von den o.g. Zielen des Vollzugs nicht ab und sieht vielfach eine Überleitung in gemeindepsychiatrische Versorgungssysteme vor, um eine erreichte Rehabilitation fortgesetzt zu erhalten. Trotz dieser Bemühungen lege artis erscheinen nach eigenen Beobachtungen einzelne PatientInnen zum Ende der Führungsaufsichtszeit (und damit auch zum Behandlungsende durch die Haftnachsorgeambulanzen) nach wie vor gefährlich und mit einem hohen Risiko für erneute Straffälligkeit versehen, insbesondere dann, wenn sie weiterführende Unterstützung ablehnen.

2. Ziele, Fragestellungen und Hypothesen

Ziel dieser Studie ist es, Personen, die das Modell der psychiatrischen Haftnachsorge in NRW (pHNA) in Anspruch nehmen, auf ihre a. Delinquenzentwicklung, den b. Krankheitsverlauf (so weit möglich) sowie c. der initialen Inanspruchnahme der Haftnachsorge und weiteren Inanspruchnahme psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosozialer Hilfen sowie die Zusammenhänge dieser drei Bereiche hin zu untersuchen. Im Zentrum des Projekts steht jedoch die Legalbewährung bzw. der Deliktverlauf. Die sich aus der Studie potenziell ergebenden Ziele und Perspektiven werden im letzten Abschnitt dargestellt.

In einem ersten Schritt soll deskriptiv untersucht werden, welche charakteristischen (forensischen/psychiatrischen) Merkmale die PatientInnen der pHNA aufweisen. Anschließend erfolgt die Prüfung folgender Hypothesen:

- 2.1. Haupthypothese I: Die Deliktrückfälligkeit während der ambulanten HNA Behandlung kann durch unspezifische (demografische) und spezifische Merkmale (klinische und kriminologische, Inanspruchnahmeverhalten) vorhergesagt werden.
- 2.2. Haupthypothese II: Die Deliktrückfälligkeit nach der pHNA Behandlung (in der Regel nach Auslaufen der Führungsaufsicht), kann durch unspezifische (demografische) und spezifische Merkmale (klinische und kriminologische, Inanspruchnahmeverhalten) vorhergesagt werden.
- 2.3. Nebenhypothese I: PatientInnen der pHNA mit erhöhten Psychopathie-Werten unterscheiden sich hinsichtlich möglicher, erneuter Straffälligkeit und Inanspruchnahmeverhalten von den PatientInnen ohne psychopathisch auffällige Merkmale.
- 2.4. Nebenhypothese II: Die Kontaktaufnahme und ein Beziehungsaufbau zu PatientInnen durch MitarbeiterInnen der Ambulanzen vor Entlassung aus Haft erhöht sowohl die nachfolgende Zuverlässigkeit der Teilnahme an der Behandlung, als auch den Behandlungserfolg in Hinblick auf das Kriterium der Rückfälligkeit. Dabei könnten Zuverlässigkeit und Rückfälligkeit von der Häufigkeit stattgefundenener Kontakte vor der Entlassung abhängen.
- 2.5. Nebenhypothese III: Die pHNA Gruppe weist einen günstigeren Verlauf bezogen auf die Deliktrückfälligkeit während und nach der Führungsaufsicht/Behandlung auf, als Endverbreüßer, die nicht in der pHNA behandelt werden. Die Überprüfung dieser Hypothese ist an die Möglichkeit geknüpft, Daten einer Vergleichsgruppe nutzen zu können. Hierfür kommt eine Gruppe derer infrage, die aus unterschiedlichen Gründen die Behandlung in den Ambulanzen frühzeitig beendet haben.
Alternativ ist der Vergleich mit den Ergebnissen der Studie von Jehle et al. 20216 möglich (die genaue Prüfung der Vergleichbarkeit folgt noch).

3. Methodik

3.1 Studiendesign

Die Studie ist retro- und prospektiv sowie multizentrisch (drei Standorte in NRW) angelegt, primär ohne Kontrollgruppe. Sollten die Daten von Kontrollgruppen zur Verfügung stehen, handelt es sich um eine nicht-randomisierte kontrollierte Studie.

3.2 Stichprobe

Es handelt sich um eine Vollerhebung. Die Grundgesamtheit umfasst (mit Stichtag 15.12.2021) 50 PatientInnen in Bielefeld, die aktuell in der pHNA in Behandlung oder bereits ausgeschieden sind, 74 in Langefeld und 86 in Paderborn. Demnach kann theoretisch mit ca. n=210 TeilnehmerInnen gerechnet werden, von denen aber bis zu 50% die Teilnahme an dem Projekt ablehnen könnten und damit für spätere Interviews nicht zur Verfügung stünden.

	Aktuell in Behandlung	Behandlung regulär beendet	Behandlung aus anderen Gründen beendet (Drop-out)	Summe
Bielefeld	18	17	15	50
Paderborn	24	21	41	86
Langenfeld	22	25	27	74
Gesamt	64	63	83	210

3.3 Unabhängige Variablen (Merkmale), also Risikofaktoren für die Haupthypothesen (HH)

- Alter und Geschlecht der als Risikogruppe erfassten (ehemaligen) TäterInnen
- Familienstand
- Bildungsabschluss
- Berufsausbildung (ja/nein)
- Art und Schwere des Anlassdeliktes
- Häufigkeit, Schwere und Vielfalt der Vordelinquenz
- Häufigkeit vorheriger psychiatrischer Behandlungen (freiwillig/unfreiwillig)
- Frühere Inhaftierungen oder Maßregelbehandlungen (ggf. Dauer des früheren Freiheitsentzugs - abgeurteilt oder verbüßt)
- Art und Vielfalt der psychiatrischen Diagnosen
- Größe des Helferkreises
- Geschlecht der unmittelbaren Bezugsperson in der Ambulanz
- Angehörigengespräche
- Wirksamkeit von Veränderungen einzelner LSI-Faktoren
- Medikation
- Kontaktfrequenz mit den Haftnachsorgeambulanzen während der FA-Zeit
- Häufigkeit der Hausbesuche
- Überleitung in ambulante oder stationäre EGH (ja/nein)
- Aufrechterhaltung des installierten Nachbetreuungsverhältnisses (ja/nein)
- Erfassung des statistischen Rückfallrisikos und des Behandlungsbedarfs
- Weisungsverstöße während der Führungsaufsichtszeit (nur HH II)

- neue Anzeigen, neue Anklagen, Neuverurteilungen oder erneute Haftstrafen oder Maßregel während der Maßnahme (nur HH II)
- Inanspruchnahme von Folgeangeboten psychiatrischer Versorgung mit oder ohne Beziehungskontinuität durch MitarbeiterInnen der Ambulanzen (ja/nein) (nur HH II)

3.4 Abhängige Merkmale (Outcome)

Abhängige Variablen sind neue Strafanzeigen, neue Anklagen, Neuverurteilungen, erneute Haftstrafen oder Maßregeln, sowie erneute unfreiwillige psychiatrische Behandlungen nach PsychKG

- während der Zeit der Führungsaufsicht / pHNA Behandlung
- nach Beendigung der Führungsaufsicht / pHNA Behandlung in einem Zeitraum von 3 Jahren nach Führungsaufsicht.

3.5 Instrumente

Zur Erfassung des Rückfallrisikos und des Behandlungsbedarfs werden zum einen demografische und klinische Daten, die aus den Krankenakten der beteiligten Zentren entnommen werden (siehe Liste der unabhängigen Merkmale bzw. Risikofaktoren oben).

Die deliktspezifischen Verlaufsmerkmale werden aus der verfügbaren Aktenlage (Strafvollstreckungsakten einschließlich Führungsaufsichtsvorgängen), dem Bundeszentralregister und wenn möglich über das zentrale staatsanwaltschaftliche Verfahrensregister erfasst. Voraussetzung sind die Genehmigungen durch das Bundesamt für Justiz und das Justizministerium NRW. Die entsprechenden Anträge werden gestellt.

Als unmittelbar kriminalprognostisches Verfahren zur Einschätzung des Risikos für allgemein straffälliges Verhalten, das statische aber auch dynamische Risikofaktoren abbildet, wird das LSI-R™ (Level of Service Inventory – Revised™, Dahle, Hawardt, Schneider-Njepel (2012)) ausgewertet, das in der Praxis in allen drei Zentren angewandt wird.

Zudem wird auf Grundlage der Akten und (falls möglich durch Interviews) mittels der deutschen Version der Hare Psychopathy-Checklist Revised von R. D. Hare (Mokros, Hollerbach, Nitschke, Habermeyer, 2017) die Ausprägung psychopathischer Persönlichkeitsmerkmale der ProbandInnen erhoben.

Speziell die Gruppe der Sexualstraftäter wird u.a. mit zwei deliktspezifischen, aktuarischen Prognoseinstrumenten untersucht – dem Static-99R (Harris A, Phenix A, Thornton D, Hanson RK, 2003) und dem Tatbild-Risiko-Score (TBRS) (Dahle KP, Biedermann J, Lehmann RRB, Gallasch-Nemitz F, 2014). Die Erhebung des TBRS stützt sich auf das konkrete Tatgeschehen des letzten Sexualdelikts bzw. einer entsprechenden Tatserie des einzuschätzenden Täters und wurde konstruiert, um die Risikoklassifikation mittels Static 99 gezielt durch verhaltensbasierte Risikomarker zu ergänzen.

Zur Erfassung des psychischen Gesundheitsverlaufs und der Inanspruchnahme von Hilfen nach Ablauf der Führungsaufsicht (soll wenn möglich) mit den TeilnehmerInnen ein strukturiertes Interview geführt und das LSI-R™ erneut angewandt, zusätzlich werden der aktuelle psychische Status mithilfe der GAF Skala, des CGI und einer Kurzform des SCL-90 erhoben.

4. Datenschutz

Die im Rahmen der Studie nach Einverständniserklärung erhobenen persönlichen Daten aus persönlichen Untersuchungen, der Krankenakte, der Strafakte und des BZR unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzgesetzlichen Bestimmungen. Sie werden in Papierform und auf Datenträgern in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Bethel aufgezeichnet und pseudonymisiert und gespeichert. Bei der Pseudonymisierung (im Sinne der DSGVO Art. 4 Absatz 5) werden der Name und andere Identifikationsmerkmale (z.B. Teile des Geburtsdatums) durch z.B. eine mehrstellige Buchstaben- oder Zahlenkombination (Code) ersetzt, um die Identifizierung der StudienteilnehmerInnen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren. Zugang zu dem Schlüssel, der eine persönliche Zuordnung der Daten des Studienteilnehmers ermöglicht, haben neben dem Studienleiter (Prof. Dr. M. Driessen) nur seine StellvertreterInnen (Herr Dr. C.-E. von Schönfeld, Herr J. Cronshage und Frau S. Westphal). Die Auswertung und Nutzung der Daten durch den Studienleiter und seine MitarbeiterInnen erfolgt in pseudonymisierter Form. Eine Weitergabe der erhobenen Daten im Rahmen der Studie erfolgt nur in vollständig anonymisierter Form. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der Studienergebnisse. Die Studienteilnehmer haben das Recht, über die von ihnen erhobenen personenbezogenen Daten Auskunft zu verlangen und über möglicherweise personenbezogene Ergebnisse der Studie informiert zu werden. Diese Studie wird durch die zuständige Ethik-Kommission in Münster beraten. Der zuständigen Landesbehörde kann ggf. Einsichtnahme in die Studienunterlagen gewährt werden. Sobald der Forschungszweck es zulässt, wird der Schlüssel gelöscht und die erhobenen Daten damit anonymisiert. Im Falle des Widerrufs der Einverständniserklärung werden die bereits erhobenen Daten ebenfalls gelöscht oder anonymisiert und in dieser Form weiter genutzt. Ein Widerruf bereits anonymisierter Daten ist nicht möglich.

Zum Begriff des Anonymisierens: Es handelt sich um das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmaren natürlichen Person zugeordnet werden können.

5. Ethikantrag

Ein Ethikantrag wird bei der Ethikkommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Universität Münster / Bielefeld gestellt.

6. Aufwand

Der personelle Aufwand für die Durchführung der Studie beträgt etwa 0,5 VK WissenschaftlerIn (AVR EG 12, Stufe 2) für 2 Jahre (ca. 93 T€) plus studentische Hilfskräfte (ca. 19 T€, ca. 9 Wochenstunden) plus Sachkosten für AG-Treffen und Fahrten zwischen den Zentren (5 T€).

7. Perspektive

Wir erhoffen uns, Hinweise darauf zu erhalten, welche Personen nach Strafhaft von einer Haftnachsorge-Ambulanz Behandlung während und nach der Zeit der Führungsaufsicht profitieren bzw. nicht profitieren und welche personenbezogenen und Therapiemerkmale den Verlauf am ehesten vorhersagen können. Im Zentrum steht dabei das Outcome-Merkmal Deliktrückfälligkeit und sekundär die psychische Gesundheit.

Auf der Basis der zu erwartenden Ergebnisse ist die Identifizierung weiterer Untergruppen denkbar. So könnten differenzielle Merkmale erkennbar werden, die die Gruppe derer kennzeichnen, die die Behandlung aus unterschiedlichen Gründen abbrechen, oder die mit der Begleitung durch

die Haftnachsorgeambulanzen zwar deliktfrei durch die Zeit der Führungsaufsicht kommen, jedoch im Anschluss daran mit kurzem zeitlichen Abstand erneut straffällig werden. Mit derart fundierten Grundlagen wären künftige Entscheidungen denkbar, die z.B. die Ausweitung des Anwendungsbereichs der Führungsaufsicht betreffen. Dies könnten Fälle sein, a. in denen eine kürzere Freiheitsstrafe als zwei Jahre endverbüßt wurden, die ProbandInnen jedoch unter einer ICD-10 Störung aus dem Kapitel V (F) leiden oder b. Fälle, bei denen die Anordnung von unbefristeter FA über die genannten Fälle hinaus, bei Vorliegen einer (hohen) Gefährlichkeitsprognose mit regelmäßigen Prüffristen sinnvoll sein könnte. Soweit der Zuständigkeitsbereich der Justiz nicht betroffen ist, könnte sich ein Bedarf für eine gesetzliche Regelung auch im Gesundheitssektor eröffnen. Für die künftige Entwicklung kann diskutiert werden, ob nicht auch andere Gruppen teils langjährig Inhaftierter (aber ohne die Schwelle der Vollverbüßung und damit ohne Führungsaufsicht) von einer verpflichtenden Therapie (z.B. als Bedingung einer Teilaussetzung der Haftstrafe zur Bewährung) profitieren würden und in welchem rechtlichen Rahmen diese erfolgen könnte.

8. Literatur

- Andrews DA, Bonta J, Wormith JS (2011) The risk-need-responsivity (RNR) model. *Crim Justice Behav* 38(7): 735-755).
- Dahle KP, Biedermann J, Lehmann RRB, Gallasch-Nemitz F (2014). The Development of the Crime Scene Behavior Risk Measure for Sexual Offense Recidivism. *Law and Human Behavior*. Advance online publication.
- Dahle KP, Hawardt F, Schneider-Njepel V (2012) LSI-RTM Inventar zur Risikoeinschätzung und Behandlungsplanung bei Straftätern: Deutsche Version des Level of Service Inventory – Revised (LSI-R) nach Don Andrews und James Bonta. Göttingen: Hogrefe
- Dessecker A. (2007). Die Reform der Führungsaufsicht und ihre Grenzen. *Bewährungshilfe* 54(2007), 3, S. 276-286
- Harris A, Phenix A, Thornton D, Hanson RK (2003) Static 99: Coding rules revised 2003. Solicitor General of Canada, Ottawa
- Mokros A, Hollerbach P, Nitschke J, Habermeyer E (2017) Deutsche Version der Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) von R. D. Hare: Manual. Hogrefe, Göttingen
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hg.): Jehle JM, Albrecht HJ, Hohmann-Fricke S, Tetel C (2016) Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen. Eine bundesweite Rückfalluntersuchung 2010 bis 2013 und 2004 bis 2013. Forum Verlag Godesberg, Mönchengladbach (Online unter: https://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Service/Studien-UntersuchungenFachbuecher/Legalbewaehrung_nach_strafrechtlichen_Sanktionen_2010_2013.pdf?__blob=publicationFile&v=1)
- Weigelt, Enrico & Hohmann-Fricke, Sabine (2006). Führungsaufsicht: Unterstellungspraxis und Legalbewährung. Eine empirische Untersuchung anhand von Bundeszentralregisterdaten. *Bewährungshilfe* 53, 216–239.