

- Bd. 4, Köln 1998; Löbmann, R., Haja, D., Krüger, H.-P.: Verkehrssicherheitsprogramme für junge Fahrer und Fahrerinnen in Deutschland; unveröffentlichter Schlussbericht an die Bundesanstalt für Straßenwesen zum Forschungsprojekt Nr. FE 82.136/1997; Sherman, L. et al.: Preventing Crime: What Works, What Doesn't, What's Promising. A Report to the United States Congress Prepared for the National Institute of Justice, Washington D.C. 1997
- [6] Franzkowiak, P.: Suchtprävention und Risikokompetenz in der Jugendphase, in: Gesellschaft für Öffentlichkeitsarbeit der deutschen Brauwirtschaft e.V. (Hg.): Vom Risikoverhalten zur Risikokompetenz, Tagungsband zum Symposium des Deutschen Brauer-Bundes am 23.9.1997 in Bonn, Bremerhaven 1998
- [7] Mc Guire, W.J.: Personality and Susceptibility to Social Influence, in: Borgatta, E.F. & Lambert, W.W. (Hg.): Handbook of Personality Theory and Research, Chicago 1968, S. 1130–1180
- [8] Curdt, E.: Curriculum Modell zur Neuorientierung der Integration fächerübergreifender Lernbereiche – Integration von Themenbereichen zur Mobilität in die Rahmenrichtlinien ausgewählter Fächer, Niedersächsisches Landesinstitut für Fortbildung und Weiterbildung in Schulwesen und Medienpädagogik (Hg.), Hildesheim 2001
- [9] Jugert, G. et al.: Soziale Kompetenz für Jugendliche – Grundlagen, Training und Fortbildung, Weinheim 2001
- [10] Delhomme, P. et al.: Evaluated road safety media campaigns: An overview of 265 evaluated campaigns and some meta-analysis on accidents; GADGET-Projekt o.O. 1999
- [11] Schulze, H. et al.: Entwicklung eines Programms der Personalen Kommunikation für Berufsbildende Schulen, i. A. des Deutschen Verkehrssicherheitsrates e.V., Bornheim 1994; Hoppe, R. & Tekaat, A.: Personale Kommunikation in Berufsbildenden Schulen, Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit, Heft M 74, Bergisch Gladbach 1997
- [12] Schulze, H.: Lebensstil, Freizeitstil und Verkehrsverhalten 18- bis 34-jähriger Verkehrsteilnehmer, in: Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit, Heft M 103, Bergisch Gladbach 1999
- [13] Neumann-Opitz, N.: EVA, RiSk, XpertTalks, Sicherfahren – Wie kommen diese Kurse bei Lehrern an? Vorgehen zur Veröffentlichung in Zeitschrift für Verkehrserziehung, Heft1/2007

## 1 Einleitung

Im Laufe der letzten Jahre ist eine Fülle von Wirksamkeitsuntersuchungen im Bereich *Driver Improvement* veröffentlicht worden. Ihren Ursprung hat die deutschsprachige wissenschaftliche Forschung zu dieser Thematik sicherlich in den Veröffentlichungen von Winkler, Jacobshagen und Nickel (1988; 1991). Wir möchten die Ergebnisse einer von der Impuls GmbH in Auftrag gegebenen Studie zur Wirksamkeit der Kursmodelle CONTROL und REAL darstellen.<sup>1</sup>

Die Impuls GmbH gehört zur TÜV Rheinland Group, Gründung Januar 1998, Sitz in Köln mit 2 Niederlassungen in Berlin und Kaiserslautern.

- Verkehrspsychologisches Angebot:
  - Rehabilitation alkohol-, drogen- und verkehrsauffälliger Kraftfahrer
  - Kurse zur Verkürzung der Sperrfrist
  - Nachschulungen gem. §§ 36, 43 und 70 FeV
- Insgesamt 82 Verkehrspsychologen
- Akkreditierter Träger für Kurse zur Wiederherstellung der Fahreignung.

Die Wirksamkeitsüberprüfung der Kursmodelle erfolgte aus mehreren Gründen. So war und ist es ein Bestreben der Impuls GmbH, sich durch wissenschaftlich fundierte Programme von anderen (unseriösen) Anbietern abzugrenzen und Wissenschaftlichkeit sowohl für die Fachkonzeption als auch die Wirksamkeit der Kursmodelle zu dokumentieren. Das Ministerium für Wirtschaft und Mittelstand, Technologie und Verkehr des Landes Nordrhein-Westfalen hatte im Jahre 1999 zusätzlich angekündigt, dass eine Begutachtung von verkehrspsychologischen-Rehabilitationsprogrammen im Hinblick auf deren wissenschaftliche Standards erfolgen soll (Schlottke, 2000). Es sollten den potenziellen Klienten nur noch Träger benannt werden, deren Kursprogramme folgenden Kriterien genügen:

1. Vorhandensein einer Verkehrspsychologischen Fachkonzeption für diese Programme;
2. Etablierung eines Qualitätsmanagement-Systems für die Programme;
3. Wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit der Programme.

Ziel war es deshalb eine Fachkonzeption zu entwickeln, zu implementieren und umzusetzen, die wissenschaftlichen Standards genügt. Darüber hinaus sollte die Wirksamkeit der Modelle wissenschaftlich nachgewiesen werden. Ferner soll-

<sup>1</sup> Die im Folgenden dargestellte Kurskonzeption der Rehabilitationsprogramme wurde von Ulrich Veltgens von der Impuls GmbH verfasst. Die wissenschaftliche Überprüfung der Wirksamkeit der Programme wurde vom Landesinstitut unter der Leitung von Prof. Dr. Sachse durchgeführt und wird von diesen Autoren im Artikel dargestellt. Das Landesinstitut ist ein eigenständiges Unternehmen und wurde von der Impuls GmbH mit der Evaluation der Kursprogramme beauftragt.

# Zur Wirksamkeit der verkehrspsychologischen Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL für alkoholauffällige Fahrer

Th. Schülken, M. Leisch, R. Sachse, U. Veltgens

**Zusammenfassung:** Die verkehrspsychologischen Rehabilitationsmaßnahmen CONTROL und REAL für alkoholauffällige Kraftfahrer wurden über einen Zeitraum von mehr als fünf Jahren evaluiert. Ihre Zielsetzungen und die Therapiekonzepte werden vorgestellt. Entgegen geläufiger Zwei-Gruppen-Designs stellen die Autoren darüber hinaus ein Modell vor, welches die Einbeziehung unterschiedlicher Validierungskriterien zur Erfassung der Wirksamkeit von Kursprogrammen im Bereich „Driver Improvement“ beinhaltet. Die Wirksamkeit der Kursprogramme wurde anhand verschiedener Selbstbeurteilungsfragebögen im Prä-Post-Design sowie anhand externer Kriterien (Legalbewährung und der MPU-Bestehensquote) ermittelt. Datengrundlage bildeten 837 Klienten. Signifikante Veränderungen innerhalb der psychodiagnostischen Kennwerte weisen auf ein gesteigertes Problembewusstsein und die Aneignung konstruktiver Bewältigungsstrategien der Klienten im Prä-Post-Vergleich hin. Darüber hinaus werden diese positiven Befunde durch eine sehr hohe MPU-Bestehensquote sowie eine geringe Rückfälligkeit innerhalb des Beobachtungszeitraumes von 36 Monaten belegt.

## The Effectiveness of Traffic-Psychological Rehabilitation Programs CONTROL and REAL for Persons Driving Under the Influence (DUI)

**Abstract:** The traffic-psychological rehabilitation measures CONTROL and REAL for drink-driving motorists were evaluated over a period of more than five years. Their objectives and the therapy concepts are presented. Moreover, the authors present a model which, unlike the usual two-group designs, includes different validation criteria for assessing the effectiveness of driver improvement course programs. The effectiveness of the course programs was ascertained based on various pre/post self-assessment questionnaires and external criteria (recidivism and medico-psychological test (MPT) pass rate). The database comprised 837 clients. Significant changes in the psychodiagnostic data as shown by the pre-post comparison suggest that the clients have increased their awareness of the problem and acquired constructive coping strategies. In addition, these positive findings are evidenced by a very high MPT pass rate and a low recidivism rate during the 36-month observation period.

**Dokumentation:** Schülken, Th., Leisch, M., Sachse, R., Veltgens, U.: Zur Wirksamkeit der verkehrspsychologischen Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL für alkoholauffällige Fahrer. Z. f. Verkehrssicherheit 52 (2006) Nr. 4, S. 194

**Schlagwörter:** Alkohol (7347), Rückfälltäter (1519), Fahrerlaubnisentzug (1500), Fahrernacherziehung (1521), Rehabilitation (2292), Gutachten (2028), Wirksamkeitsuntersuchung (9112)

ten die Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung dazu genutzt werden, Feedbackschleifen für die stetige Optimierung der Kursangebote einzuführen. Auf der *International Conference on Traffic and Transport Psychology* (ICTTP) in Bern stellte Prof. Dr. Rainer Sachse im Jahre 2000 unser Evaluationsdesign zur Erfassung der Wirksamkeit der verkehrspsychologischen Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL vor. Neben den „klassischen“ externen Erfolgskriterien „MPU-Bestehensquote“ und „Legalbewährung“ liegen diesem Forschungsdesign Selbstbeurteilungsinstrumente (psychodiagnostische Messinstrumente) zugrunde, welche die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Rehabilitationsprogramme bescheinigen. Dieses Vorgehen wurde aus folgenden Gründen gewählt:

Eine positive MPU-Begutachtung und die Legalbewährung sind externe Erfolgskriterien, die die Wirksamkeit von Kursprogrammen belegen. Allerdings geben diese Maße keinerlei Auskunft darüber, *warum* das Kursprogramm wirkt. Ist es der abschreckende bzw. bestrafende Charakter der Entziehung der Fahrerlaubnis, die Güte der MPU oder die Wirksamkeit des Kursprogrammes? In diesem Sinne werden (zumindest empirisch) Kursprogramme als eine „Black-Box“ behandelt. Aus diesen Gründen wurden im vorliegenden Forschungsdesign unterschiedliche Erfolgsmaße eingesetzt, um die interne Validität und Konstruktvalidität im Sinne einer konvergen-ten Validität zu erhöhen. Psychodiagnostische Verfahren stützen somit die externen Kriterien MPU-Bestehensquote und Legalbewährung.

Bislang wurden Einstellungsmaße nur selten eingesetzt (vgl. z. B. Winkler et al., 1988). Diese Einstellungsmaße waren jedoch häufig hinsichtlich ihrer Validität kritisch. Die in unserer Studie eingesetzten Messinstrumente sind innerhalb der psychotherapeutischen Wirksamkeitsforschung etabliert und hinreichend validiert. Die im Rahmen der psychodiagnostischen Erhebungen ermittelten Daten beziehen sich unmittelbar auf das wissenschaftlich begründete Behandlungskonzept. Sie messen intrapsychische Veränderungen auf Seiten der Klienten im zeitlichen Verlauf. Alkoholspezifische Instrumente wurden wegen der Gefahr sozial erwünschter Antworttendenzen nicht eingesetzt.

Auf die Erhebung einer Kontrollgruppe haben wir verzichtet, da uns die Operationalisierung eines entsprechenden Designs nicht Erfolg versprechend schien. Wir werden die von uns gefundenen Ergebnisse hinsichtlich der ermittelten Legalbewährung und des Anteils positiver MPU-Gutachten stattdessen i. S. v. Bench-

marks mit denen vergleichbarer Studien in Beziehung setzen (vgl. Schmidt & Pfafferoth, 2002). Bei den psychodiagnostischen Verfahren ist dieses nicht möglich, da bisher psychologische Prozesse und deren Veränderungen innerhalb von Kursangeboten mit derlei Verfahren noch nicht hinreichend erfasst wurden.

## 2 Beschreibung der Kursmodelle CONTROL und REAL

Zwischen Juli 1997 und Mai 1998 entwickelte die Impuls GmbH die verkehrspsychologischen Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL (Bentlage, Gürten & Veltgens; 1998). Zielsetzung war die Bereitstellung eines wissenschaftlich begründeten Programmangebots für Fahrer, die

- erstmalig aufgrund alkoholbedingter Verkehrsauffälligkeit(en) behördlich angeordnet an einer MPU teilnehmen mussten bzw.
- nach einer negativ verlaufenen MPU (bzw. mehreren negativ verlaufenen Untersuchungen) professionelle Hilfeangebote suchten, um die Chancen auf ein positives Fahreignungsgutachten zu optimieren.

Die Programminhalte von CONTROL und REAL wurden unter folgenden Zielparametern entwickelt:

- Verkehrspsychologische Interventionen müssen durch ein effektstarkes psychotherapeutisches Verfahren begründet werden.
- Verkehrspsychologische Interventionen müssen sich an fahreignungsdiagnostischen Beurteilungshypothesen, -kriterien und -indikatoren orientieren.
- Innerhalb der Klasse des Alkoholmissbrauchs sind unterschiedliche Interventionsangebote für verzichtspflichtige und trinkkontrollernfähige Klienten notwendig.
- Verkehrspsychologische Interventionen müssen der besonderen motivationalen Ausgangslage der Klienten Rechnung tragen.
- Es müssen eindeutige Regeln der Indikation/Kontraindikation Berücksichtigung finden.

Ein Kompetenzteam, bestehend aus erfahrenen Fahreignungsgutachtern und Psychotherapeuten, erarbeitete Programmmanuale, welche einen fachlich-inhaltlichen Orientierungsrahmen für die praktische Durchführung durch Verkehrspsychologen darstellen. Darüber hinaus sollten die Manuale grundsätzlich einer wissenschaftlichen Überprüfung zugänglich gemacht und deren praktische Anwendungen in Bezug zu Evaluationsergebnissen gesetzt werden

können. Parallel wurde zwischen Oktober 1997 und November 1998 ein Therapeutenetzwerk errichtet. Diese Partner wurden intensiv in die Programme eingewiesen und begannen anschließend mit deren Umsetzung. Das Netzwerk besteht nunmehr aus 42 Partnern. Bis heute haben mehr als 10.000 Klienten die verkehrspsychologischen Programme durchlaufen.

### 2.1 Programme und Zielgruppen

CONTROL und REAL sind wissenschaftlich fundierte Programme, die hypothesenorientiert selektive und gleichzeitig adaptive Indikationsabklärungen leisten (s. Aßfalg, 1997). Sie lenken die Aufarbeitung der individuellen Alkoholproblematik, begünstigen somit die Entwicklung zielführender Problembewältigungsstrategien und initiieren deren Transfer auch in andere Lebensbereiche. Die generellen Ziele von CONTROL und REAL bestehen darin, diejenigen Einstellungen und Verhaltensweisen angemessen zu beeinflussen, die in der Vergangenheit für das Zustandekommen der Alkoholauffälligkeit bzw. für den problematischen Umgang mit Alkohol verantwortlich waren. Im Rahmen einer eingehenden Auseinandersetzung mit den Ursachen der Alkoholproblematik und der individuellen Lerngeschichte soll der zukünftige Umgang mit Alkohol derart strukturiert und kontrollierbar gemacht werden, dass die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Auffallens im Straßenverkehr als vertretbar gering einzustufen ist.

Das verkehrspsychologische Programm CONTROL wurde für Klienten entwickelt, bei denen – unter Gesichtspunkten der Fahreignung – eine Missbrauchsdiagnose zu stellen ist und unter fachlichen Maßgaben ein kontrollierter Umgang mit Alkohol als noch erlern- und stabilisierbar angesehen wird. Diese Zielgruppe entspricht der Klientel, die der sog. Hypothese 3 (Fähigkeit zum kontrollierten Trinken) der Beurteilungskriterien zuzuordnen ist (Schubert & Mattern, 2005). Der zeitliche Umfang des Programms liegt bei sechs Monaten.

Das Programm REAL ist ein verkehrspsychologisches Angebot für gravierendere Ausprägungsgrade innerhalb der fahreignungsbezogenen Kategorie des Alkoholmissbrauchs. Hier ist i. d. R. nicht nur eine intensivere Problembearbeitung gefordert, sondern gleichzeitig ist das Rehabilitationsziel einer Trinkkontrolle perspektivisch als unrealistisch zu bewerten. Dieses entspricht der Hypothese 2 (Notwendigkeit von Alkoholverzicht angesichts der Lerngeschichte ohne Abhängigkeitsdiagnose im klinischen Sinne) der Beurteilungskriterien nach Schubert und Mattern (2005). Grund-

sätzlich ist hier Alkoholverzicht als zu stabilisierendes Verhaltensziel angezeigt, das durch dieses spezielle Rehabilitationsprogramm in den Mittelpunkt der Auseinandersetzungsprozesse gestellt wird.

Die Programme CONTROL und REAL beginnen obligatorisch mit einem für den Klienten kostenfreien Erstgespräch, in dem sich der Klient entscheiden kann, ob er den Verkehrspsychologen sowie die Programm-Charakteristika akzeptiert. Für den Verkehrspsychologen handelt es sich um eine Erstsitzung mit probatorischem Charakter. Sie dient insbesondere der diagnostischen Vorabklärung und dem Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung.

CONTROL beinhaltet ein Stufenprogramm mit drei aufeinander aufbauenden Phasen: Zielfindungs- und Motivationsphase (ZM-Phase, s. u.), Reflexions- und Selbstbeobachtungsphase sowie Rehabilitationsphase. Der Interventionszeitraum erstreckt sich insgesamt über ca. 25 Wochen. Eine Sitzungseinheit dauert 45 Minuten. Alle Sitzungseinheiten münden in generelle, aber auch interindividuell unterschiedliche Reflexions- und Trainingsaufgaben.

REAL beinhaltet zwei aufeinander folgende Phasen: Zielfindungs- und Motivationsphase (ZM-Phase) und Rehabilitationsphase. Das gesamte Interventionsangebot erstreckt sich insgesamt über ca. 36 Wochen. Wie bei CONTROL münden alle Sitzungseinheiten in generelle, aber auch interindividuell unterschiedliche Reflexions- und Trainingsaufgaben. Der Ablauf der beiden Trainingsprogramme ist in Tabelle 1 aufgeführt. Die Zielfindungs- und Motivationsphase dient in erster Linie der Motivation der Klienten und der indikativen Absicherung, ob im Einzelfall Trinkkontrolle oder Alkoholverzicht (s. „zufriedene Abstinenz“ nach Stephan, 1988) zielführend ist. Diese Absicherung ist insofern bei einem Teil der Klienten notwendig, da diese z. T. noch keine MPU durchlaufen haben und somit noch keine Zielsetzung erfolgte. Andere Klienten hingegen weisen eine negative MPU auf, und einer der Gründe für diese negative Begutachtung ist, dass bei den Klienten Bagatelisierungstendenzen im Vordergrund

standen und eine Einschätzung, ob kontrolliertes Trinken möglich ist, nicht erfolgen konnte. Eine Zielsetzung der ZM-Phase besteht daher darin, außerhalb des Begutachtungssettings über mehrere Kontakte hinweg mit therapeutischen Methoden Einsichten und Zielsetzungen mit dem Klienten zu erarbeiten. Somit orientiert sich die ZM-Phase an denselben Kriterien im Fahreignungsbe- reich, nämlich den Beurteilungskriterien von Schubert und Matern (2005), ohne dabei eine MPU ersetzen zu können und zu wollen.

Es wird berücksichtigt, dass die Programme gemäß der Beurteilungskriterien von Schubert und Matern z. B. nicht indiziert sind bei Klienten mit Abhängigkeitsdiagnose (um hier eine von verschiedenen Kontraindikationen zu nennen), da hier spezifische suchtherapeutische Maßnahmen erforderlich sind. Um indikativ einerseits eine Alkoholabhängigkeit auszuschließen, andererseits passgenau eine Zuweisungsempfehlung zu CONTROL oder REAL zu begründen, orientiert sich die ZM-Phase somit insbesondere an den Hypothesen H 1 (Alkoholabhängigkeit), H 2 (Notwendigkeit von Alkoholverzicht angesichts der Lerngeschichte ohne Abhängigkeitsdiagnose im klinischen Sinne) und H 3 (Fähigkeit zum kontrollierten Trinken) der Beurteilungskriterien sowie deren Schnittstellen. Die ZM-Phase erfüllt somit die selektive Indikation für eines der Programme nach fahreignungsrelevanten Kriterien. Neben dem indikativen Anspruch geht es in der ZM-Phase um die Förderung der Veränderungsmotivation und eines konstruktiven Arbeitsbündnisses (vgl. Berg & Miller, 1993).

Außer dem Erstgespräch und der ZM-Phase finden die Trainings- bzw. Rehabilitationseinheiten in einem *offenen Gruppensetting* statt. Diese Interaktionsform kann Dynamiken in Gang setzen, die die Weiterentwicklung und Verhaltensänderung jedes einzelnen Gruppenmitgliedes begünstigen (vgl. Schelp, 1997). Ein weiterer Vorteil liegt darin, dass dieses Setting kurze Wartezeiten für den einzelnen Klienten bis zum Beginn der Behandlung und bis zur Rückgabe des Führerscheins ermöglicht.

Ziel der Programme ist der dauerhaft kontrollierte oder verzichtende Umgang mit Alkohol zur Vermeidung erneuter Alkoholauffälligkeiten im Straßenverkehr. Daher sind vom Verkehrspsychologen – mit Unterstützung der Gruppe – idealtypisch folgende Subziele im Kontext der Programme sukzessiv zu erreichen:

- Initiieren von Rehabilitationsoffenheit; Ist-Analyse mit dem Ziel realitätsangepasster Bewertungen; erste Festlegungen von individuellen Maßnahmezielen,
- personenbezogenes Aufdecken des komplexen Bedingungsgefüges, das den früheren Alkoholmissbrauch zur Folge hatte und aufrechterhielt,
- Entwicklung einer internal determinierten Veränderungsmotivation,
- Aufdecken und Aktivierung bestehender Ressourcen,
- Kompetenzerweiterung zur Optimierung zielführender Bewältigungsstrategien vor dem Hintergrund kognitiver Umbewertungsprozesse,
- Einsicht, dass die Festlegung von Verhaltenszielen immer einen kontinuierlichen adaptiven Prozess darstellt,
- Erfahrung, dass gravierende Umstrukturierungen einen hohen psychischen Aufwand voraussetzen und zur Stabilisierung langfristiger bewusster Selbstkontrolle bedürfen.

Aufgrund langjähriger Erfahrungen z. B. bei der Durchführung von Kursen zur Wiederherstellung der Fahreignung, werden im Rahmen der Rehabilitationsprogramme die Grundannahmen der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie von Ellis genutzt (vgl. Ellis & McLaren, 1998).

In der Regel werden zur Durchführung der Rehabilitationsprogramme Diplompsychologen eingesetzt. Ergänzend sollten grundsätzlich therapeutische Zusatzausbildungen und Erfahrungen mit der spezifischen Klientel vorliegen. Ist Letzteres nicht vollständig erfüllt, werden zur Kompensation bedarfsgerechte, intensivierte Einweisungsergänzungen in den nachfolgend dargestellten Bereichen der obligatorischen Grundeinweisung durchgeführt:

- Literaturstudium,
- Teilnahme an mindestens 20 Explorationen in einer Begutachtungsstelle für Fahreignung,
- Einweisung in die Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL,
- Einweisung in die Rational-Emotive Verhaltenstherapie,
- Komoderationen bei erfahrenen Verkehrspsychologen.

Die Qualifikation der Verkehrspsychologen wird durch spezifische Weiterbil-

Tabelle 1: Programmabläufe der Gruppen CONTROL und REAL

	CONTROL	REAL
Erstgespräch	1 Einzelsitzung	1 Einzelsitzung
ZM-Phase	2 Einzelsitzungen à 45 Min. (1 Woche)	2 Einzelsitzungen à 45 Min. (1 Woche)
Reflexions- und Trainingsblock	(2 Wochen)	entfällt
Rehabilitationsblock	22 Sitzungseinheiten verteilt auf 11 Gruppensitzungen alle 2 Wochen (22 Wochen)	54 Sitzungseinheiten verteilt auf 18 Gruppensitzungen alle 2 Wochen (36 Wochen)

dungsangebote des Trägers, und zwar mit externen und internen Referenten, kontinuierlich erweitert. Obligatorische Fachsupervision sowie regelmäßige Teilnahme an Regional- und Jahrestreffen vervollständigen das qualitativsichernde Angebot des Trägers.

## 2.2 Klienten-Herkunftsanalyse

Die Klienten wurden durch unterschiedliche „Quellen“ auf die Rehabilitationsprogramme bzw. die Impuls GmbH aufmerksam (siehe Bild 1).

Der größte Anteil der Zuweisungen erfolgt über die Begutachtungsstellen im regionalen Einzugsgebiet der Impuls GmbH<sup>2</sup>. Ein Teil der Klienten weist ein oder mehrere negative MPU-Gutachten in der Vorgeschichte auf. Andere Klienten haben noch keine MPU durchlaufen, und die Angebote wurden innerhalb der Beratungsgespräche der BfF benannt. Begutachtungsstellen machen insgesamt einen Anteil von 61 % aus. Darüber hinaus erfolgen Kundenzuweisungen durch die Führerscheinstellen der Straßenverkehrsämter (SVA), Therapeuten und Rechtsanwälte. Auch das Internet und die Gelben Seiten sind vertreten. In die Kategorie Sonstige fallen z. B. Suchthilfeeinrichtungen, der Bund alkoholauffälliger Fahrer (BAF) oder Angaben der Klienten, die nicht eindeutig zugeordnet werden konnten.

## 3 Untersuchungsdesign

Die Rehabilitationsmaßnahmen CONTROL und REAL wurden über einen Zeitraum von mehr als fünf Jahren evaluiert. Zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme (Prä-Messung) erhielten die Klienten einen Fragebogen vorgelegt, der psychodiagnostische Items und soziodemografische Fragen enthielt. Als psychodiagnostische Messinstrumente wurden ausschließlich Fragebögen ausgewählt, die bereits als empirisch hinreichend validiert angesehen wurden und darüber hinaus einen direkten Bezug zur Thematik aufwiesen. Es wurden u. a. folgende Inventare eingesetzt:

- Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv – HAKEMP (Kuhl, 1990),
- Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung – SESA (Sorembe & Westhoff, 1990),
- Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen – IPC (Krampen, 1981),
- Stressverarbeitungsbogen – SVF (Janke et al., 1985),
- Toronto-Alexithymie-Skala-26 – TAS-26 (Kupfer et al., 2001).

Die Rehabilitanden wurden darauf hingewiesen, dass ihre Teilnahme an dieser Befragung freiwillig war und die er-

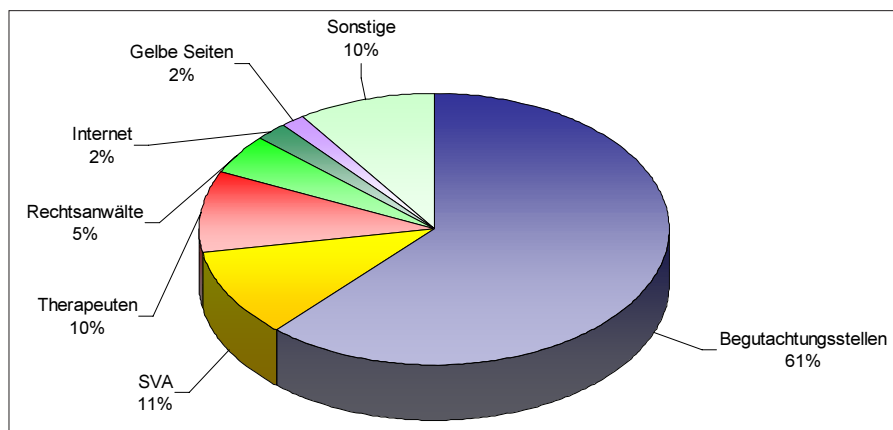


Bild 1: „Kundenzuweisung“ zu den Rehabilitationsprogrammen der Impuls GmbH im Jahre 2005 in Prozent (gerundet)

hobenen Daten dem Datenschutz unterlagen. Außerdem wurde ihnen eine Einwilligungserklärung für die Speicherung und Verarbeitung ihrer Daten vorgelegt. Die Vorgeschichtsdaten der Klienten wurden von den Verkehrstherapeuten erhoben. Nach Beendigung der Maßnahme erfolgte die Wiederholungsmessung (Post-Messung), und die Rehabilitanden bekamen eine weitere Einwilligungserklärung vorgelegt, die die Einholung von Auskünften aus dem Verkehrszentralregister (VZR) beim Kraftfahrtbundesamt (KBA)<sup>3</sup> ermöglichte.

Alle Klienten, die erfolgreich eine der beiden Impuls-Maßnahmen beendet hatten, mussten vor der behördlichen Wiedererteilung der Fahrerlaubnis an einer MPU teilnehmen. Das Ergebnis der MPU wurde den Verkehrstherapeuten von den Klienten mitgeteilt. Zudem ging die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis mit einem entsprechenden Vermerk im VZR einher.

Zur Erhebung der Legalbewährung wurden Daten vom KBA eingeholt. Zu diesem Zweck wurden standardisierte personenbezogene Datensätze an das KBA geschickt und dort 36 Monate nach Wiedererteilung der Fahrerlaubnis einer VZR-Abfrage unterzogen. Überliegezeiten<sup>4</sup> aufgrund von Verzögerungen durch z. B. gerichtliche Verfahren oder Anordnungen wurden berücksichtigt.

## 4 Hypothesen

Das primäre Ziel der Rehabilitanden besteht darin, die Fahrerlaubnis wiederzuerlangen. Voraussetzung ist ein positives MPU-Gutachten nach Beendigung der Therapiemaßnahmen. Die Wirksamkeit der Maßnahmen zeigt sich entsprechend darin, dass die Mehrheit der Klienten die MPU nach Beendigung der Rehabilitationsprogramme besteht. Diese Quote sollte i. S. v. Benchmarking (mindestens) denen vergleichbarer Angebote entsprechen.

Das zweite externe Kriterium ist die Legalbewährung nach 36 Monaten. Die Rehabilitanden sollten innerhalb dieser Zeiträume keine erneute Alkoholauffälligkeiten zeigen, d. h. es sollten keine aktuellen Eintragungen im VZR des KBA vorliegen. Während das Kriterium „MPU-Ergebnis“ in einem direkten Zusammenhang mit den Zielsetzungen der Klienten steht, gibt das zweite Kriterium Auskunft über die Nachhaltigkeit der Rehabilitationsprogramme und sollte ebenfalls dem vergleichbarer Angebote entsprechen.

Auch intrapsychische Veränderungen innerhalb der Rehabilitationsmaßnahmen, ermittelt durch Selbstbeurteilungsinstrumente im Prä-Post-Vergleich, sollen die Wirksamkeit der Rehabilitationen belegen. Es ist zu erwarten, dass Klienten im zeitlichen Verlauf funktionalere Einstellungsmuster aufweisen. Auf Basis der eingesetzten Messinstrumente sind folgende Veränderungen zu erwarten, die in einer direkten Verbindung mit dem Therapieerfolg der Kursprogramme stehen:

- SESA: In unmittelbarem Zusammenhang mit der Alkoholproblematik steht beim Klienten die Akzeptierung der eigenen Person. Klienten sollten bedingt durch das gruppentherapeutische Setting die Erfahrung machen, dass andere ihre Probleme teilen. Unterstützung durch die Gruppe sollte eine Stärkung der Selbstakzeptanz zur Folge haben.

<sup>2</sup> Dazu zählen: DEKRA e. V. Dresden, Kraftfahrt GmbH der TÜV Rheinland Group, MPU GmbH, PIMA GmbH, TÜV Nord AG, TÜV Pfalz Verkehrswesen GmbH, TÜV SÜD Life Service GmbH, TÜV Technische Überwachung Hessen GmbH.

<sup>3</sup> Wir bedanken uns an dieser Stelle beim KBA für die freundliche Unterstützung.

<sup>4</sup> Überliegezeiten müssen berücksichtigt werden, da der Zeitpunkt der Alkoholauffälligkeit und der Rechtskraft weit auseinander liegen können. So kann die Alkoholauffälligkeit zwar in den anvisierten Beobachtungszeitraum fallen, jedoch erst nach dem Beobachtungszeitraum aktenkundig bzw. rechtskräftig werden. Aus diesem Grunde empfiehlt die Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) eine Überliegezeit von 12 Monaten anzurechnen. Auffälligkeiten, die in der Überliegezeit stattfinden, werden nicht einbezogen.

- TAS: In dem Maße, in dem Klienten bedingt durch die Therapien einen Zugang zu eigenen Gefühlen und Zielen entwickeln, werden sie Ressourcen und Lösungsmöglichkeiten in der eigenen Person suchen und von der Rehabilitation profitieren. Dieses beinhaltet auch den Zugang zu Problembereichen, die Auslöser für die Trunkenheitsfahrten waren.
- IPC: Klienten werden sich nicht länger als Opfer von Umständen oder ihrer Umwelt erleben, also external attribuieren, sondern ihre Verhaltensfolgen als selbst verursacht erkennen, also internal attribuieren und dadurch für sich entdecken, dass sie für ihre Probleme und deren Lösung selbst verantwortlich sind. Diese Einsicht stellt die Grundlage für Verhaltensänderungen dar.
- HAKEMP: Klienten werden ihre passive Haltung gegenüber Problemen aufgeben zugunsten einer konsequenten und funktionalen (proaktiven) Problemlösung. Hiermit geht eine stärkere Handlungsorientierung bei der Handlungsplanung und auch nach Misserfolgen einher.
- SVF: Im Verlauf der Interventionsmaßnahmen sollen durch einen veränderten Umgang mit Belastungen (Stress) auch Veränderungen im Bereich des Alkoholkonsums bewirkt werden. Die Stressverarbeitung i. S. v. Copingstrategien steht somit ebenfalls in einem direkten Zusammenhang mit dem Therapieerfolg. Die Klienten sollen im Verlauf der Therapie weniger negative und mehr positive Stressverarbeitungsstrategien entwickeln

Mittelwertsveränderungen im Prä-Post-Vergleich bei obigen psychodiagnostischen Messinstrumenten belegen somit die Wirksamkeit der Rehabilitationsmaßnahmen CONTOL und REAL. Sie spiegeln unterschiedliche Erfolgsaspekte wieder, so z. B. eine internal determinierte Veränderungsmotivation, die Aufdecken und Aktivierung bestehender Ressourcen, die Kompetenzerweiterung zur Optimierung zielführender Bewältigungsstrategien, Einstellungsänderungen und kognitive Umstrukturierungsprozesse, ohne dass diese direkt erfragt werden müssen. Direkte Befragungsmaße beinhalten in diesem sehr kritischen Therapiebereich die große Gefahr sozial erwünschten Antwortverhaltens. Um auszuschließen, dass unsere im Folgenden dargestellten Ergebnisse durch so genannte Moderator-Variablen beeinflusst werden, müssen *Geschlecht, Alter, Blutalkoholkonzentration (BAK) und Anzahl früherer Trunkenheitsfahrten* hinsichtlich ihres Einflusses überprüft werden.

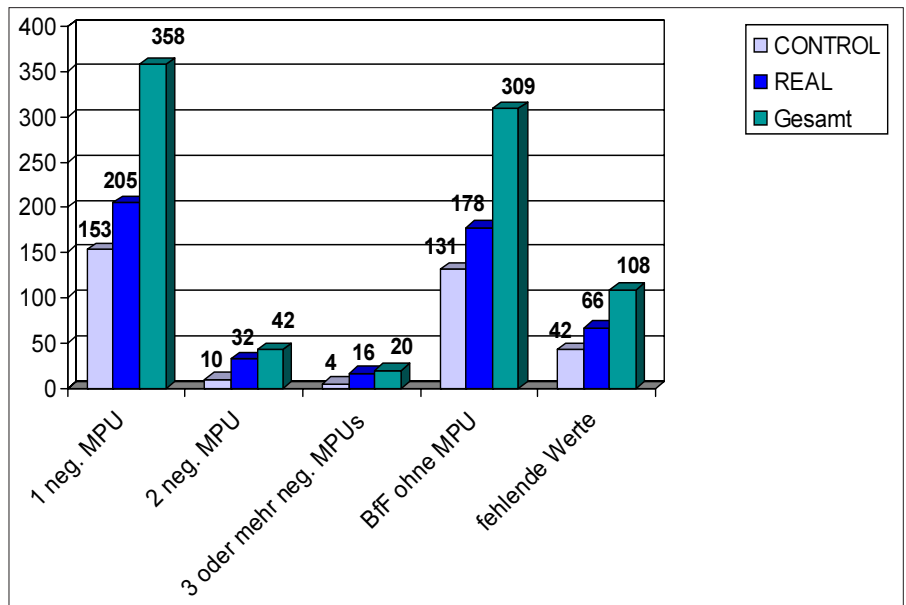


Bild 2: Anzahl vorausgegangener medizinisch-psychologischer Untersuchungen bei den Klienten der Gruppen CONTROL und REAL

### 5 Ergebnisse

Insgesamt nahmen an der Studie 837 Klienten teil. 341 Rehabilitanden nahmen an dem Kursprogramm CONTROL, 496 Probanden am Rehabilitationsprogramm REAL teil. Männer sind mit einem Anteil von 88,1 % wesentlich stärker vertreten als Frauen. Das durchschnittliche Alter für die Stichprobe beträgt 40 Jahre (SD = 11,56). Der jüngste Klient ist 18 Jahre, der älteste 77 Jahre alt. Der Median liegt bei 39 Jahren. Für die Rehabilitation CONTROL ergibt sich ein Durchschnittsalter von 37 Jahren. Innerhalb der Maßnahme REAL beträgt der Mittelwert 43 Jahre. Über die Anzahl vorausgegangener MPU-Gutachten gibt Bild 2 Auskunft.

309 Klienten waren bei einer Begutachtungsstelle für Fahreignung vorstellig, haben aber noch an keiner MPU teilgenommen (BfF ohne MPU). 420 berichteten von einer oder mehreren vorausgegangenen MPU, wobei die Mehrzahl der Klienten erst eine negative MPU durchlaufen hat. Das Maximum liegt bei 5. Hinsichtlich der Gruppen CONTROL und REAL ergeben sich bei der Verteilung keine signifikanten Unterschiede. Die durchschnittliche Blutalkoholkonzentration (BAK) der Klienten liegt bei 1,93 (SD = ,49) Promille. Der Mittelwert der Blutalkoholkonzentration liegt für Klienten des Programms REAL bei 2,1 Promille und damit deutlich über dem Mittelwert der Klienten von CONTROL, die im Mittel einen Wert von 1,7 Promille aufweisen.

#### 5.1 MPU-Bestehensquote

Ein Großteil der Klienten erzielte nach Beendigung der Rehabilitationsprogram-

me ein positives Gutachten. 520 von 551 erreichten Klienten berichten nach Selbstausagen ein positives Gutachten. Dieses entspricht einer Quote von 94,4 %. Getrennt nach den Kursprogrammen erzielten 93,6 % der Klienten des Programms CONTROL ein positives MPU-Ergebnis und 94,9 % der Klienten des Programms REAL. Die Unterschiede zwischen den Programmen sind statistisch nicht bedeutsam. Als zusätzliches Maß für die Bestehensquote kann ebenfalls noch die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis betrachtet werden, wenn man davon ausgeht, dass eine positive MPU eine Voraussetzung für die Wiedererteilung darstellt. 513 Klienten gaben Ihr Einverständnis zur Abfrage im VZR des KBA, um das innerhalb der Post-Messung gebeten wurde. Davon konnten bei 377 Klienten eindeutige Auskünfte über die Wiedererlangung der Fahrerlaubnis vom KBA gegeben werden. Bei 361 (95,8 %) Klienten erfolgte eine Wiedererteilung der Fahrerlaubnis. Das Rehabilitationsprogramm CONTROL erzielte einen Wert von 96,9 %, das Programm REAL einen Wert von 95,0 %. Auch hier sind die Unterschiede statistisch nicht bedeutsam. Die Befunde zeigen zum einen, dass die Selbstauskünfte sehr ehrlich erfolgten, da beide Maße stark miteinander korrespondieren. Offen bleibt jedoch die Frage, warum die KBA-Quote höher ausfällt als die der Selbstauskünfte. Zum einen können hier Stichprobeneffekte eine Rolle spielen. Auf der anderen Seite ist aber auch denkbar, dass für die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis nicht in allen Fällen eine positive MPU-Begutachtung zwingend notwendig war. Vergleicht man diese Quoten mit Ergebnissen aus anderen Studien, so zeigt

sich die hohe Wirksamkeit der Rehabilitationen. Neuere Erhebungen, z. B. IVT-Hö (1994), VPP (1997) und PRO-NON (1999) berichten Werte zwischen 85,1 % und 96,2 % nach Absolvierung eines Rehabilitationsprogrammes. Eine MPU-Quote von 94,4 % positiv Begutachteter in unserem Fall spricht demnach für die hohe Effizienz der Rehabilitationen REAL und CONTROL.

## 5.2 Ergebnisse der Legalbewährung

Hinsichtlich der Legalbewährung konnten bei 358 Klienten Auskünfte vom KBA erteilt werden. Lediglich 15 Teilnehmer wurden innerhalb des Untersuchungszeitraumes erneut auffällig. Dieses entspricht einer Quote von 4,2 % und belegt deutlich die Wirksamkeit der Rehabilitationsprogramme. Eine Aufschlüsselung nach Kursprogrammen zeigt, dass 4 Probanden der Gruppe CONTROL und 11 Klienten der Gruppe REAL auffällig wurden. Die Rückfallquote der Gruppe REAL liegt demnach mit 5,3 % höher als in der Gruppe CONTROL, die einen Wert von 2,6 % erreicht.<sup>5</sup> Auch dieser Unterschied ist statistisch nicht bedeutsam.

Gemäß dem Leitfaden der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) sollte eine Rückfallquote nicht über 18,8 % liegen (Schmidt & Pfafferott, 2002). Dieser Referenzwert geht auf die Ergebnisse von Winkler et al. (1988) zurück. Angesichts dieser Vorgabe erzielen die Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL ein beachtliches Ergebnis und können zu Recht als nachhaltig wirksam bezeichnet werden. Zudem zeigt sich auch hier erneut, dass CONTROL und REAL im derzeitigen Trend liegen, wenn Befunde aus aktuelleren Untersuchungen herangezogen werden. Zuletzt dokumentierten Birnbaum et al. (2005) für das Modell IRAK-S eine Rückfallquote von 4,7 %. Die Rückfallquoten anderer Programme für alkoholauffällige Kraftfahrer, z. B. IVT-Hö (1994), VPP (1997) und PRO-NON (1999) lagen zwischen 3,6 % und 6,4 % nach 36 Monaten Beobachtungszeit.

## 5.3 Psychodiagnostische Kennwerte

Bei den eingesetzten Skalen handelt es sich ausnahmslos um etablierte Messinstrumente. Sie sind in Tabelle 2 aufgeführt. Im Folgenden werden zeitliche Veränderungen im Prä-Post-Vergleich dargestellt. Mittelwertsunterschiede über die Zeit und zwischen den Gruppen CONTROL und REAL werden mittels einer „zweifach-multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung“ überprüft. Als „between subjects-Faktor“ fungiert hierbei die Gruppenzugehörigkeit (CONTROL vs. REAL). Der „within subjects-Faktor“ wird durch die Prä-

Tabelle 2: Univariate Ergebnisse bei des Faktors „Zeit“.

Faktor	MW Prä	MW Post	F	p
SESA (Selbstakzeptierung)	3,97	4,13	36,94	< ,001
IPC (Internalität/ Kontrolle)	4,58	4,63	2,56	,11
IPC (Externalität/ Machtlosigkeit)	2,46	2,35	7,67	< ,01
IPC (Externalität/ Fatalismus)	2,64	2,43	29,58	< ,001
SVF (Vermeidungstendenz)	3,40	3,25	9,95	< ,01
SVF (Pos. Stressverarbeitung: Abwehr und Ablenkung)	2,99	3,04	3,87	,05
SVF (Positive Stressverarbeitung: Kontrolle)	3,95	4,02	5,14	< ,05
SVF (Negative Stressverarbeitung)	2,27	2,17	12,35	< ,01
HAKEMP (Handlungsorientierung nach Misserfolg)	1,57	1,63	30,31	< ,001
HAKEMP (Handlungsorientierung bei der Handlungsplanung)	1,73	1,77	12,72	< ,001
TAS1 (Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen)	2,08	1,93	16,53	< ,001
TAS2 (Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen)	2,53	2,44	5,97	< ,05

Tabelle 3: Effektstärkenmaße der eingesetzten Messinstrumente nach Grawe (1992) und Cohen (1977)

Variable	ES nach Grawe	ES nach Cohen
SESA Selbstakzeptierung	0,25	0,47
IPC Internalität/ Kontrolle	0,05	0,07
IPC Externalität/ Machtlosigkeit	-0,16	-0,23
IPC Externalität/ Fatalismus	-0,31	-0,45
SVF Vermeidungstendenz	-0,20	-0,27
SVF Pos. Stressverarbeitung: Abwehr und Ablenkung	0,09	0,14
SVF Positive Stressverarbeitung: Kontrolle	0,04	0,06
SVF Negative Stressverarbeitung	-0,12	-0,19
HAKEMP Handlungsorientierung nach Misserfolg	0,21	0,41
HAKEMP Handlungsorientierung bei der Handlungsplanung	0,15	0,28
TAS1 Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen	-0,16	-0,29
TAS2 Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen	-0,15	-0,27

Post-Messung bestimmt. Zusätzlich werden Effektstärken berichtet, die sich als ein Standardmaß bei der Erfassung von Therapie- bzw. Trainingserfolgen etabliert haben.

### 5.3.1 Varianzanalytische Auswertungen

Die multivariaten Befunde belegen die Wirksamkeit der Rehabilitationsprogramme in einem erheblichen Maße. Es zeigen sich signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen der Prä- und Postmessung,  $mF_{12;277} = 6,48$ ,  $p < ,001$ . Das partielle  $\eta^2$  beträgt ,22 und entspricht einer Effektstärke von  $\varepsilon = ,53$ . Die Gruppenunterschiede werden ebenfalls signifikant,  $mF_{12;277} = 1,84$ ,  $p < ,05$  ( $\eta^2 = ,07$ ). Die Wechselwirkung (Gruppenzugehörigkeit x Zeit) hingegen wird nicht signifikant,  $mF_{12;277} = 1,39$ ,  $p = ,17$  ( $\eta^2 = ,06$ ). Die univariaten Ergebnisse des Faktors „Zeit“ sind in Tabelle 2 dargestellt. Bis auf die Skalen „IPC (Internalität/ Kontrolle)“ und „SVF (Pos. Stressverarbeitung: Abwehr und Ablenkung)“ zeigen sich ausnahmslos signifikante Ergebnisse. Die Mittelwertsverschiebungen liegen in der erwarteten Richtung.

### 5.3.2 Effektstärken

Effektstärken (ES) werden üblicherweise folgendermaßen definiert und operatio-

nalisiert (vgl. Reinecker, 1996):  $ES = (M_{exp} - M_{kont}) / S_{kont}$ . Es werden also die Mittelwerte von einer Behandlungsgruppe mit denen einer Kontrollgruppe in Beziehung gesetzt und um die Standardabweichung bereinigt. In dieser Studie wurde keine Kontrollgruppe berücksichtigt. Nach Grawe (1992) können aber auch Behandlungsgruppen im Prä-Post-Vergleich betrachtet werden. Die Effektstärkenberechnung erfolgt dann nach folgender Formel:  $ES = (M_{post} - M_{prae}) / S_{prae}$ . Sind die Korrelationen der Variablen zwischen den beiden Messzeitpunkten bekannt (Retestrelabilität), so kann dieses berücksichtigt werden. Die Effektstärke wird nach folgender Formel (vgl. Cohen, 1977) berechnet:  $ES = (M_{post} - M_{prae}) / ((S_{prae} \cdot \text{sqr}(1 - r))$ . Tabelle 3 stellt die beiden Effektstärkenmaße dar.

Auch dieses Erfolgsmaß dokumentiert eindeutig die Wirksamkeit der beiden Rehabilitationsmaßnahmen. Aufgrund der hohen Retestrelabilitäten der eingesetzten Skalen sind die Effektstärken des „bereinigten“ Maßes höher. Die Vorzeichen weisen wiederum in die von uns erwartete Richtung.

<sup>5</sup> Enthalten ist in diesen Werten auch ein Klient, der keine Wiedererteilung der Fahrerlaubnis erhielt, aber erneut auffällig wurde.

### 5.3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Klienten weisen im Prä-Post-Vergleich eine signifikant höhere Selbstakzeptierung zum zweiten Messzeitpunkt auf. Das Selbstwerterleben hat sich erheblich gesteigert und die Klienten schätzen ihre Problemlösekompetenzen bedingt durch Rehabilitationsprogramme höher ein.

Auch bei den Kontrollüberzeugungen haben sich bedeutsame Veränderungen ergeben. Externale Kontrollüberzeugungen (Machtlosigkeit und Fatalismus) nehmen im zeitlichen Verlauf signifikant ab. Klienten sehen ihr Verhalten nach Beendigung der Programme als selbst gesteuert bzw. Verhaltensfolgen als selbst verursacht. Somit zeigen sie verbesserte kognitive Voraussetzungen für eine interne Problemsicht sowie für die Bereitschaft, Veränderungen bei sich selbst durchzuführen. Internale Kontrollüberzeugungen nehmen zu, wenngleich dieser Zuwachs statistisch nicht bedeutsam ist.

Auch hinsichtlich der Stressverarbeitungsstrategien zeigen sich nach Beendigung der Programme funktionale Strategien. Klienten zeigen nun signifikant weniger Vermeidungstendenzen und negative (dysfunktionale) Stressverarbeitung. Sie berichten darüber hinaus über eine stärkere Kontrolle in Stresssituationen. Die funktionalen Stressverarbeitungsstrategien „Abwehr und Ablenkung“ nehmen im zeitlichen Verlauf ebenfalls zu, verfehlen jedoch knapp das 5-Prozent-Niveau.

Klienten berichten nach der Rehabilitation signifikant mehr Handlungsorientierung und eine geringere Lageorientierung. Dieses gilt sowohl für die Handlungsplanung als auch für die Orientierung nach Misserfolgserlebnissen. Sie sind nun stärker in der Lage, Entscheidungen zu treffen und Verantwortung zu übernehmen. Sie besitzen eine höhere Frustrationstoleranz und mehr volitionale Kompetenz.

Nach Beendigung der Rehabilitationsprogramme berichten die Rehabilitanden von einem stärkeren Zugang zu ihren Gefühlen. Dieses bezieht sich sowohl auf die Identifikation als auch Beschreibung der Gefühle. Somit sind emotionale und motivationale Voraussetzungen für die Einnahme einer internalen Perspektive und für eine interne Problemdefinition geschaffen worden. Die Fähigkeit zur Selbstregulation ist erhöht, und Lösungsmöglichkeiten werden in der eigenen Person gesucht.

### 5.4 Moderatorvariablen

Wie wir bereits bei der Darstellung unserer Hypothesen ausgeführt haben, ist es wichtig, auch Moderatorvariablen

bzw. Kovariaten bei der Überprüfung der Wirksamkeit der Programme CONTROL und REAL zu berücksichtigen. Geschlecht, Alter, Anzahl früherer Trunkenheitsfahrten und die Blutalkoholkonzentration zeigen keinerlei Einfluss auf eine nachfolgende positive bzw. negative MPU-Begutachtung. Letzterer Befund deckt sich mit den Befunden von Winkler et al. (1988). Gleiches gilt für die Legalbewährung nach 36 Monaten. Bezüglich der Kriteriumsvariable „psychodiagnostische Messinstrumente“ zeigen varianzanalytische Befunde, dass Geschlecht und Alter auf multivariater Ebene signifikante Ergebnisse hervorbringen. Die Anzahl bisheriger Trunkenheitsfahrten und die gemessene Blutalkoholkonzentration spielen dagegen keine Rolle. Entscheidend ist der Befund, dass alle Moderatorvariablen keine Interaktionen mit dem Faktor Zeit aufwiesen. Es kann daher ausgeschlossen werden, dass diese Faktoren einen differentiellen Effekt auf den Erfolg der Rehabilitationsprogramme haben.

## 6 Diskussion

Wir konnten zeigen, dass die Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL in einem erheblichen Maße wirksam sind. Dieses gilt für eine erfolgreiche MPU und Legalbewährung gleichermaßen. Die von uns gefundenen Bestehensquoten von 93,6 % bzw. 94,4 % bei der MPU sprechen für eine gute Vorbereitung auf diese Untersuchung. Die geringen Rückfallquoten in den Behandlungsgruppen von 5,3 % bzw. 2,6 % nach 36 Monaten sprechen für die Nachhaltigkeit der Maßnahmen.

Die Legalbewährung an sich besitzt jedoch nur eine begrenzte Aussagekraft. Statistisch gesehen verbirgt sich hinter einer entdeckten Alkoholfahrt eine Dunkelziffer von ca. 100–600 Alkoholfahrten. Klopff (2002) berichtet, dass Teilnehmer einer österreichischen Nachschulung Bekenntnisse von 1000–2000 unentdeckten Alkoholfahrten ablegten. Somit sind diese Quoten allgemein zwar ein wichtiger und ein vom Gesetzgeber geforderter Indikator. Sicherlich spiegeln diese Werte aber nicht die realen „Bewährungsquoten“ wider, die einzig durch eine flächendeckende und erschöpfende Dunkelfeldforschung zu eruierten wären. Hierzu wurden z. T. retrospektive Befragungen nach Beendigung von Kursprogrammen durchgeführt. Allerdings ist auch diese Methode mit einigen Fallstricken gekoppelt. Es kann hier nicht ausgeschlossen werden, dass Selektionsmechanismen bei einer anonymisierten Befragung greifen bzw. die Angabe aufgrund befürchteter Repressalien sozial erwünscht erfolgten.

Neben der Erfassung von MPU-Bestehensquote und Legalbewährung haben wir daher einen ergänzenden Ansatz dargestellt, der es ermöglicht, auch therapeutische Prozesse transparent zu machen: Psychodiagnostische Messverfahren im Prä-Post-Vergleich. Wir konnten psychische Veränderungen allgemein und spezielle Effekte der Rehabilitationsmaßnahmen mittels varianzanalytischer Auswertungen und Effektstärkenmessungen im Besonderen nachweisen. Somit konnten wir einen erweiterten Einblick in diese „Black-Box“ im Bereich der Driver-Improvement-Forschung gewähren. Dieses dürfte die künftige Programmentwicklung und –evaluation nicht unwesentlich bereichern.



Dipl.-Psych. Theo Schülken; Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Sozialpsychologie an der Ruhr-Universität Bochum. Geschäftsführer von set – socialmanagement, evaluations & trainings. Freier Mitarbeiter beim tales institut und dem Institut für sozialwissenschaftliche Technikforschung – IUK.



Dipl.-Psych. Markus Leisch; Psychologischer Psychotherapeut und freier wissenschaftlicher Mitarbeiter im Institut für Psychologische Psychotherapie (IPP). Geschäftsführer im Institut für Arbeitspsychologische Unternehmensförderung (tales institut). Seit 1999 Forschung im Bereich der Verkehrspsychologie. Fachautor.



Prof. Dr. Rainer Sachse; Ruhr-Universität Bochum. Dipl.-Psych. und Psychologischer Psychotherapeut; Supervisor. Leiter des Institutes für Psychologische Psychotherapie (IPP). Fachautor zahlreicher wissenschaftlicher Artikel und Bücher zur Psychologischen Psychotherapie, -forschung und Alkoholismus. Seit 1998 Forschung im Bereich der Verkehrspsychologie.



Dipl.-Psych. Ulrich Veltgens; Arbeitsschwerpunkte: Psychotherapie, Fahrignungsdiagnostik, Beratung, Nachschulung und Rehabilitation verkehrsauffälliger Fahrer. Ausbildung anerkannter Fahrerlaubnisprüfer. Seit 1998 Leitender Verkehrspsychologe der Impuls GmbH, Köln.

Anschrift:  
Dipl.-Psych. Theo Schülken  
Ruhr-Universität Bochum  
Fakultät für Psychologie –  
Arbeitseinheit Sozialpsychologie  
Universitätsstr. 150  
44780 Bochum  
theo.schuelken@rub.de

## Literaturhinweise

- [1] Alßfalg, R. & Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (1996). Die Kunst der Indikation. Entscheidungsprozesse in der Rehabilitation Suchtkranker. Geesthacht: Stationäre Suchtkrankenhilfe.
- [2] Berg, I. K. & Miller, S. D. (1992). Working with the problem drinker. New York: W. W. Norton.
- [3] Birnbaum, D., Biehl, B. & Seehars, I. (2005). Die Wirksamkeit des Nachschulungsmodells IRAK-S für erstmals alkoholauffällige Kraftfahrer. Zeitschrift für Verkehrssicherheit, 202–207.
- [4] Cohen, J. (1977). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. New York: Academic Press.
- [5] Ellis, A., & MacLaren, C. (1998). Rational-Emotive Behavior Therapy: A Therapist's Guide. Atascadero, Cal.: Impact Publishers
- [6] Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. Psychologische Rundschau, 43, 189–196.
- [7] Bentlage, O., Gürtlen, J. & Veltgens, U. (1998). Fachkonzeption Rehabilitation alkoholauffälliger Kraftfahrer CONTROL und REAL. Köln: Unveröffentlichtes Manuskript.
- [8] IVT-Hö (1994). Alkoholneurotiker am Steuer. Die Langzeitrehabilitation alkoholauffälliger Kraftfahrer nach dem Modell IVT-Hö. Bericht 1993 der individualpsychologischen Verkehrstherapie, Dr. Höcher (IVT-Hö) an die Bundesanstalt für Straßenwesen.
- [9] Janke, W., Erdmann, G. & Boucsein, W. (1985). Stressverarbeitungsfragebogen (SVF). Göttingen: Hogrefe.
- [10] Klopff, J. (2002). Arbeitsmaterialien zur Übung: „Verkehrspsychologie – Diagnostik und Rehabilitation alkoholauffälliger Kraftfahrer“. Universität Salzburg.
- [11] Krampen, G. (1981). IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen. Göttingen: Hogrefe.
- [12] Kuhl, J. (1990). Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv (HAKEMP). Hamburg: Pelzer AP/scan-up.
- [13] Kupfer, J., Brosig, B. & Brähler, E. (2001). Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAS-26). Göttingen: Hogrefe.
- [14] PRO-NON (1999) Verkehrspsychologische Beratung und Therapie e. V. Jahresbericht 1998. München.
- [15] Reinecker, H. (1996). Therapieforschung. S. 31–47 In: Margraf, J. (Hrsg.). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Heidelberg: Springer
- [16] Schelp, T., Gravemeier, R., Maluck, D. (1997). Rational-Emotive Therapie als Gruppentraining gegen Stress. Bern: Verlag Hans Huber.
- [17] Schlottke, P. F. (2000). Expertise zu den von der Impuls GmbH vorgelegten verkehrspsychologisch orientierten Rehabilitationsprogrammen CONTROL und REAL sowie FREEWAY. Stuttgart: Unveröffentlichter Bericht.
- [18] Schmidt, S. & Pfafferott, I. (2002). Leitfaden zur Anerkennung von Kursen gemäß § 70 FeV. Zeitschrift für Verkehrssicherheit, 134–135.
- [19] Schubert, W. & Mattern R. (2005). Urteilsbildung in der medizinisch-psychologischen Fahreignungsdiagnostik – Beurteilungskriterien. Bonn: Kirschbaumverlag.
- [20] Sorembé, V. & Westhoff, K. (1985). Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung (SESA). Göttingen: Hogrefe.
- [21] VPP (1997) Verkehrspsychologische Praxis. Meyer-Gramcko, F. & Sohn, J.-M. Jahresbericht 1996.
- [22] Winkler, W., Jacobshagen, W. & Nickel, W.-R. (1988). Wirksamkeit von Kursen für wiederholt alkoholauffällige Kraftfahrer. Unfall- und Sicherheitsforschung Straßenverkehr, 64.
- [23] Winkler, W., Jacobshagen, W. & Nickel, W.-R. (1991). Rückfälligkeit von Teilnehmern an Kursen für wiederholt alkoholauffällige Kraftfahrer nach fünf Jahren. Bericht zum Forschungsprojekt 7714/10 der Bundesanstalt für Straßenwesen. Bergisch Gladbach.

# Mitteilung des „Runden Tisches“

der verkehrspsychologischen Verbände und Organisationen – einberufen durch die Sektion Verkehrspsychologie des BDP

## PSYCHOLOGICAL AND MEDICAL ASSISTANCE FOR SAFE MOBILITY (PASS) – Interdisziplinäres Modell zur Förderung und Sicherung der Fahreignung in Europa

Vom derzeitigen Vorstand der Sektion Verkehrspsychologie im BDP wurde der bereits in der letzten Legislaturperiode einberufene Runde Tisch aus 21 Vertretern aller Gruppierungen der Verkehrspsychologie in Deutschland weitergeführt. Er traf sich wiederholt in lockeren Abständen. Eine von ihm eingesetzte Steuerungsgruppe aus acht Vertretern dieser Gruppierungen erhielt den Auftrag, die Grundzüge für ein interdisziplinäres Modell zur Förderung und Sicherung der Fahreignung in Europa zu entwickeln. Dieses Modell wurde nun vorgelegt. Es wird nach dem einstimmigen Beschluss des Runden Tisches vom 13.9.06 von allen maßgeblichen Gruppierungen in der deutschen Verkehrspsychologie getragen.

Das Modell beschreibt die Anforderungen an ein europäisches Fahrerlaubnisssystem aus verkehrspsychologischer (und verkehrsmedizinischer) Perspektive. Das Konzept ist auf einem relativ abstrakten Niveau formuliert, um konkrete länderspezifische Ausformungen zu ermöglichen und stellt somit einen geeigneten Rahmen für die weitere Entwicklung des Fahrerlaubnisrechts in Europa dar. Die Feststellung, dass sich die angestrebten Reduktionsziele der EU (Halbierung der Unfallzahlen) langfristig nur mit Hilfe des interdisziplinären Wissens und der Methoden von Verkehrspsychologie und Verkehrsmedizin erreichen und festigen lassen, stellt eine der Kernaussagen des Modells dar. Der EU wird dringend nahe gelegt, die Chancen und Möglichkeiten der Verkehrspsychologie und Verkehrsmedizin weit aus stärker nutzen und sie in ihren Richtlinien verankern. Das Konzept befindet sich nun in der abschließenden redaktionellen Bearbeitung. Als generelle Ziele dieses Modells der Förderung

und Sicherung der Fahreignung in Europa werden genannt: Einzelfallgerechtigkeit, Verbesserung der Verkehrssicherheit und Aufbau bzw. Wiederherstellung sicherer individueller Mobilität. Bei der Erarbeitung des Modells waren die nachfolgenden Kriterien für die Steuerungsgruppe handlungsleitend: Einfachheit, Qualitätssicherung, Klarheit, präzise Rollendefinition, Kosten-/Nutzenbewertung. Das Modell PASS unterscheidet drei Interventionsstufen:

a) *Die primäre Stufe.* Dazu gehören unter anderem Maßnahmen der vorschulischen Verkehrserziehung und der Fahrschulbildung, sowie Verkehrssicherheitskampagnen. Programme auf dieser Stufe erreichen mit ihrer generalpräventiven Zielsetzung die überwiegende Mehrzahl der Verkehrsteilnehmer. In der individuellen Sozialisation der Verkehrsteilnehmer wird „Mobilitätskompetenz“ aufgebaut, also die Fähigkeit und Bereitschaft zum sicheren Umgang mit den Verkehrsmitteln.

Die primäre Stufe stellt die wichtigste Säule der Verkehrssicherheitsarbeit auf der personenbezogenen Ebene dar und trägt entscheidend zum Aufbau sicherer verkehrsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen der Verkehrsteilnehmer bei. Getragen wird der generalpräventive Ansatz von vielen gesellschaftlichen Gruppen und Organisationen, wobei das Elternhaus, die Schulen, die Fahrschulen und Verbände in der Verkehrssicherheitsarbeit besonders hervorzuheben sind. In den europäischen Staaten ist diese primäre Stufe jedoch qualitativ und quantitativ sehr unterschiedlich entwickelt. Dies spiegelt sich auch in den unterschiedlichen Unfallzahlen der europäischen Länder wider. Die Verkehrspsychologie sollte hier ihre Beiträge im konzeptionellen Bereich und in der wissenschaftlichen Begleitung – etwa durch vergleichende Studien – wesentlich verstärken, um so zu abgestimmten und effizienten Maßnahmen der Generalprävention in Europa beizutragen.

b) *Die sekundäre Stufe.* Auf dieser Stufe befinden sich die Fahrer, die durch körperliche Beeinträchtigungen und/oder fahrverhaltensbezogene Mängel bereits erheblich im Straßenverkehr aufgefallen sind und die Fahrerlaubnis noch besitzen. Diese Gruppe ist deutlich kleiner als die Gruppe auf der primären Stufe. Ihr Risiko für gefährdendes Fahrverhalten im Verkehr ist erhöht, ihre Mobilitätskompetenz ist deutlich eingeschränkt. Die sekundäre Stufe umfasst Maßnahmen zur individuellen Förderung der Fahreignung und setzt ein Punktesystem voraus.

c) *Die tertiäre Stufe.* Auf der tertiären Stufe befinden sich die Fahrer, denen wegen körperlicher Beeinträchtigungen, verhaltens- oder persönlichkeitsbedingter Mängel bzw. erheblicher Verkehrsverstöße und/oder Straftaten im Straßenverkehr die Fahrerlaubnis entzogen wurde und die deshalb legal kein Kraftfahrzeug führen dürfen. Bei dieser sehr kleinen Gruppe von Fahrern (etwa 0,1 % aller Kraftfahrer pro Jahr) ist das Risiko für gefährdendes Fahrverhalten im Verkehr stark erhöht. Ihre Mobilitätskompetenz ist mangelhaft entwickelt. Nach der Entziehung der Fahrerlaubnis erfolgen verkehrspsychologische Interventionen auf der Grundlage einer fachgerechten Diagnostik (Begutachtung der Fahreignung). Bei allen vorgeschlagenen Maßnahmen sollten adäquate Formen der Qualitätssicherung greifen und regelmäßige Wirksamkeitskontrollen erfolgen. Bewährte Modelle hierfür sind im deutschsprachigen Raum verfügbar.

Nach der Veröffentlichung des Modells in der nächsten Ausgabe dieser Zeitschrift soll es den maßgeblichen Institutionen und Entscheidungsträgern in Europa vorgetragen werden, um der Verkehrspsychologie den ihr gebührenden Platz im Rahmen effizienter Verkehrssicherheitsarbeit in Europa zu sichern.

Für die Sektion Verkehrspsychologie im BDP

A. Allhoff-Cramer  
Vorsitzender der Sektion