

Psychologische Rehabilitations- und Therapiemaßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer

Berichte der
Bundesanstalt für Straßenwesen

Mensch und Sicherheit Heft M 196

bast

Psychologische Rehabilitations- und Therapiemaßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer

Teil A: Dokumentation von Maßnahmen außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs und Optimierungsansätze

von

Wilfried Follmann
Eva Heinrich
Daniel Corvo
Markus Mühlensiep
Christian Zimmermann

Obergutachtenstelle für medizinisch-psychologische
Eignungsgutachten, Trier

Teil B: Potenzial bestehender Beratungskonzepte und Ansätze zur Optimierung

von

Simone Klipp
Manfred Bornewasser
Edzard Glitsch
Frieder Dünkel

Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Greifswald

**Berichte der
Bundesanstalt für Straßenwesen**

Mensch und Sicherheit Heft M 196

bast

Die Bundesanstalt für Straßenwesen veröffentlicht ihre Arbeits- und Forschungsergebnisse in der Schriftenreihe **Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen**. Die Reihe besteht aus folgenden Unterreihen:

A - Allgemeines
B - Brücken- und Ingenieurbau
F - Fahrzeugtechnik
M - Mensch und Sicherheit
S - Straßenbau
V - Verkehrstechnik

Es wird darauf hingewiesen, dass die unter dem Namen der Verfasser veröffentlichten Berichte nicht in jedem Fall die Ansicht des Herausgebers wiedergeben.

Nachdruck und photomechanische Wiedergabe, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Bundesanstalt für Straßenwesen, Stabsstelle Presse und Öffentlichkeitsarbeit.

Die Hefte der Schriftenreihe **Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen** können direkt beim Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaft GmbH, Bgm.-Smidt-Str. 74-76, D-27568 Bremerhaven, Telefon: (04 71) 9 45 44 - 0, bezogen werden.

Über die Forschungsergebnisse und ihre Veröffentlichungen wird in Kurzform im Informationsdienst **BAST-Info** berichtet. Dieser Dienst wird kostenlos abgegeben; Interessenten wenden sich bitte an die Bundesanstalt für Straßenwesen, Stabsstelle Presse und Öffentlichkeitsarbeit.

Impressum

Bericht zum Forschungsprojekt FE 82/213/2001
Psychologische Rehabilitations- und Therapiemaßnahmen
für verkehrsauffällige Kraftfahrer

Projektbetreuung
Sandra Schmidt-Arndt

Herausgeber
Bundesanstalt für Straßenwesen
Brüderstraße 53, D-51427 Bergisch Gladbach
Telefon: (0 22 04) 43 - 0
Telefax: (0 22 04) 43 - 674

Redaktion
Stabsstelle Presse und Öffentlichkeitsarbeit

Druck und Verlag
Wirtschaftsverlag NW
Verlag für neue Wissenschaft GmbH
Postfach 10 11 10, D-27511 Bremerhaven
Telefon: (04 71) 9 45 44 - 0
Telefax: (04 71) 9 45 44 77
Email: vertrieb@nw-verlag.de
Internet: www.nw-verlag.de

ISSN 0943-9315
ISBN 978-3-86509-851-1

Bergisch Gladbach, August 2008

Kurzfassung – Abstract

Psychologische Rehabilitations- und Therapie- maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer

Das Ziel der vorliegenden empirischen Erhebung besteht in der Sichtung psychologischer und pädagogischer Interventionsangebote für verkehrsauffällige Kraftfahrer außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs und einer Abschätzung ihrer Bedeutung im Gesamtsystem der Kraftfahrerrehabilitation in Deutschland. Auf der Basis von Wirksamkeitsuntersuchungen bestehender Ansätze und den Ergebnissen der durchgeführten Studie werden Vorschläge zur Qualitätssicherung zusammengestellt.

Hierzu wurden im Jahre 2003 bundesweit Mitarbeiter von Verkehrsbehörden kontaktiert und gebeten, die in ihrem Zuständigkeitsbereich angebotenen Maßnahmen zu benennen.

An der Untersuchung nahmen insgesamt 285 Anbieter teil, die einen Fragebogen ausfüllten oder Informationsmaterial übersandten. Die Befragung wurde ergänzt durch die Auswertung von Beratungs- und Therapieangeboten im Internet.

Insgesamt ist festzustellen, dass außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs Angebote für verkehrsauffällige Kraftfahrer gemacht werden,

- die sich gegenüber umfassenden Beratungs- und Therapiemaßnahmen für Menschen mit Missbrauchs-/Suchtproblematik nur schwer abgrenzen lassen,
- die bzgl. Interventionszielen und eingesetzter Methoden kaum standardisiert und
- die im Hinblick auf den formalen Ablauf (Dauer, Anzahl der Sitzungen usw.) nicht von vorneherein festgelegt sind.

Die Ergebnisse der Untersuchung sowie ein internationaler Vergleich der Rehabilitationssysteme in Europa, USA, Kanada und Australien zeigen, dass qualitätssichernde Maßnahmen außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs Regelungen zur Qualifikation der Mitarbeiter, zu deren Weiterbildung und Supervision, zur Qualität der diagnostischen Verfahren und eingesetzten Interventionsmethoden, zur Dokumentation der durchgeführten Beratungen/Therapien sowie zu Mindestanforderungen bzgl. der Überprüfung des Erfolgs umfassen sollten.

Darüber hinaus wird aufgezeigt, an welchen Schnittstellen verkehrsauffällige Kraftfahrer frühzeitig über mögliche und notwendige Rehabilitationsmaßnahmen informiert werden können.

Der Originalbericht enthält als Anhänge den in der Untersuchung verwendeten mehrteiligen Fragebogen sowie eine Liste der Untersuchungsteilnehmer. Auf die Wiedergabe der Anhänge wurde in dieser Veröffentlichung aus organisatorischen Gründen verzichtet. Sie liegen bei der Bundesanstalt für Straßenwesen vor und sind dort einsehbar. Verweise auf die Anhänge im Berichtstext wurden zur Information des Lesers beibehalten.

Psychological rehabilitation and therapy measures for traffic offenders

The objective of the present empirical research was to look out for psychological and educational treatments beyond the scope of measures regulated by German traffic laws and regulations and furthermore to evaluate their relevance within the general system of rehabilitation measures for traffic offenders in Germany. Recommendations for quality assurance are made on basis of effectiveness studies on existing approaches and the results of the present research.

In 2003 the administrative personnel of driving licence offices was contacted nation-wide and requested to list all known measures offered within their jurisdiction.

285 service providers of such measures took part in this survey and filled out a questionnaire or sent informational material. An additional examination of counselling and therapy measures found on the internet was conducted.

To summarize up there exist treatments for the rehabilitation of traffic offenders beyond the scope of measures regulated by German laws and regulations that

- can barely be distinguished from counselling and therapy measures for people with substance abuse or a dependency,
- are hardly standardized concerning goals and methods of therapy and

- with regard to the formal treatment progress (duration, number of sessions etc.) there is no predetermination right from the beginning.

The research results as well as an international comparison of rehabilitation systems across Europe, USA, Canada and Australia indicate that quality assurance steps for measures beyond the scope of measures regulated by German traffic laws and regulations should cover arrangements on the qualification of employees, their training and supervision, on the quality of the diagnostic methods and on employed intervention methods, on the documentation of the counselling/therapy carried out as well as regulation on minimum requirements concerning the examination of effectiveness.

Furthermore this research points out, at which steps of the administrative process the traffic offender could be informed early enough on possible and necessary rehabilitation measures.

The original report includes the multi-section questionnaire used in the survey and a list of the survey participants as appendices. These appendices have not been included in this publication for organisational reasons. They are available from the Federal Highway Research Institute and can be viewed there. The references to the appendices in the body of the report have been retained for the information of the reader.

Inhalt

Teil A: Dokumentation von Maßnahmen außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs und Optimierungsansätze		5.2.3	Zusätzliche Recherchen	28
		5.3	Untersuchungsergebnisse	29
1	Einleitung	5.3.1	Ergebnisse der Befragung von Verkehrsbehördenmitarbeitern	29
2	Historische Entwicklung der Rehabilitation verkehrsauffälliger Kraftfahrer	5.3.2	Beschreibung der Untersuchungstichprobe	31
3	Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer in Deutschland	5.3.3	Auswertung der Fragebögen	33
3.1	Maßnahmen im gesetzlich geregelten Bereich	5.3.3.1	Übereinstimmende Angaben der Untersuchungsgruppen	33
3.1.1	Rechtlicher Hintergrund für Maßnahmen im Rahmen der Fahrerlaubnis auf Probe	5.3.3.2	Beratungsstellen	37
3.1.2	Rechtlicher Rahmen für Maßnahmen für allgemein verkehrsauffällige Kraftfahrer (Punktsystem)	5.3.3.3	Diplom-Psychologen	44
3.2	Maßnahmen außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs	5.3.3.4	Vertreter anderer Berufsgruppen	47
4	Evaluation von Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer in Deutschland	5.3.3.5	Einschränkungen bei der Interpretation der Ergebnisse	49
4.1	Evaluation von Kursmodellen	5.3.4	Ergebnisse der Internetrecherche	50
4.2	Evaluation von Verkehrstherapien und Verkehrsberatungen	6	Qualitätssicherung bei Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer	55
5	Erhebung zu Rehabilitationsmaßnahmen außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs	6.1	Entwicklung der Qualitätssicherung im psychosozialen Bereich	56
5.1	Fragestellung	6.2	Dimensionen des Qualitätsbegriffs	56
5.2	Methodisches Vorgehen der Befragung	6.3	Wichtige Qualitätssicherungselemente in der psychosozialen Praxis	59
5.2.1	Befragung von Verkehrsbehördenmitarbeitern	6.4	Praktische Beispiele für Qualitätssicherung	62
5.2.2	Entwicklung eines Fragebogens für Anbieter von Maßnahmen	6.5	Widerstände gegen Maßnahmen zur Qualitätssicherung	65
		7	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	67
		Literatur		70

Teil B: Potenzial bestehender Beratungskonzepte und Ansätze zur Optimierung

1	Einleitung	79
2	Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen für auffällige Kraftfahrer im internationalen Vergleich	79
2.1	Psychologische und pädagogische Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen in Westeuropa	79
2.2	Überblick über psychologische und pädagogische Therapie- und Rehabilitationsansätze in Osteuropa	84
2.3	Psychologische und pädagogische Ansätze in Übersee (USA, Kanada, Australien)	86
3	Technische Maßnahmen zur Erhöhung der Verkehrssicherheit (Interlock)	92
3.1	Zur Funktion und Technologie der Ignition-Interlocks	92
3.2	Implementation von Interlock-Programmen	93
3.3	Evaluationen der Interlock-Programme	95
3.4	Best Practices und rechtliche Rahmenbedingungen von Interlock-Programmen	99
4	Ein Ansatz zur möglichst frühzeitigen Intervention – das „Greifswalder Modell“	103
4.1	Darstellung der empirischen Untersuchung	103
4.2	Vorschläge zur Optimierung der Kraftfahrerrehabilitation in Deutschland	110
	Literatur	112

Teil A:

**Dokumentation von Maßnahmen außerhalb des gesetzlich
geregelten Bereichs und Optimierungsansätze**

1 Einleitung

Die allgemeine Verkehrssicherheit wird in erster Linie durch Personen gefährdet, die bestimmten Risikogruppen angehören, d. h., die Wahrscheinlichkeit, gegen verkehrsrechtliche Bestimmungen zu verstoßen oder einen Unfall zu verursachen, ist nicht für alle Straßenverkehrsteilnehmer¹ gleich. Als überdurchschnittlich gefährdete Gruppen sind vor allem Menschen, die Alkoholmissbrauch betreiben bzw. alkoholabhängig sind (STEPHAN, 1988), und in zunehmendem Maße Konsumenten illegaler Drogen (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 2000, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 1999) zu nennen.

Der Gesetzgeber hat in den vergangenen Jahren durch verschiedene Maßnahmen versucht, das Gefährdungspotenzial, das von diesen Fahrergruppen ausgeht, zu reduzieren. Hierzu wurde inzwischen eine Reihe unterschiedlicher Rehabilitationsmaßnahmen gesetzlich verankert und mit Rechtsfolgen versehen (vgl. BODE & WINKLER, 2003).

Neben den rechtlich geregelten Maßnahmen wurde eine Vielzahl weiterer psychologischer Therapie- und Rehabilitationsmodelle für verkehrsauffällige Kraftfahrer entwickelt. Sie sind in ihren Inhalten und Zielen in der Regel anspruchsvoller angelegt und zielen darauf ab, einen Erfolg auch in schwieriger konstelligierten Fällen zu erreichen, und bieten damit zusätzliche Rehabilitationschancen für Kraftfahrer mit einer massiveren Auffälligkeitsproblematik.

Das Ziel der vorliegenden empirischen Erhebung besteht darin, eine Bestandsaufnahme der Maßnahmen außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs durchzuführen und ihre Rolle und Bedeutung im Gesamtsystem der Kraftfahrerrehabilitation in Deutschland abzuschätzen. Darüber hinaus sollen auf der Basis von Wirksamkeitsuntersuchungen bestehender Ansätze und den Ergebnissen der durchgeführten Studie Vorschläge zur Qualitätssicherung zusammengestellt werden.

Im Folgenden wird zunächst die Entwicklung von Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer in der Bundesrepublik in ihren wesentlichen Stationen chronologisch nach-

gezeichnet. Daran anschließend werden die Rahmenbedingungen beschrieben, in denen die heute gängigen Maßnahmen sowohl im gesetzlich geregelten Bereich als auch außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs anzusiedeln sind. Weiterhin werden die Ergebnisse von Evaluationsstudien zusammengefasst, die zur Überprüfung der Wirksamkeit sowohl von Kursen für verkehrsauffällige Kraftfahrer als auch von verschiedenen Therapie- und Beratungskonzepten vorliegen.

Bei der Darstellung der durchgeführten empirischen Erhebung wird zunächst das methodische Vorgehen beschrieben. Angesichts der Vielfalt von Therapie- und Rehabilitationsangeboten außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs war davon auszugehen, dass es nicht möglich sein würde, Informationen über alle existierenden Maßnahmen zu erhalten. Bei der Datenerhebung wurde deshalb die Perspektive eines Betroffenen eingenommen, d. h. eines Kraftfahrers, der sich nach dem Verlust der Fahrerlaubnis um fachliche Unterstützung bemüht. Dabei erschien es naheliegend, dass sich ein Betroffener bei der Informationssuche in erster Linie zunächst an die für ihn zuständige Fahrerlaubnisbehörde wendet oder auf das Informationsangebot des Internets zugreift.

Um möglichst umfassende Informationen über Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer zu erhalten, wurden deshalb bundesweit Mitarbeiter von Verkehrsbehörden kontaktiert und zu in ihrem Zuständigkeitsbereich existierenden Anbietern befragt. Aufgrund der erhobenen Daten wurden die Stellen, bei denen davon ausgegangen werden konnte, dass sie Maßnahmen außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs durchführen, angeschrieben und gebeten, ihre Tätigkeit mit Hilfe eines Fragebogens oder durch eigenes Informationsmaterial zu beschreiben. Darüber hinaus wurden Informationen über Therapie- und Rehabilitationsprogramme im Internet analysiert.

Im Hinblick auf die Formulierung von Vorschlägen zur Verbesserung der Qualität von Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs werden anschließend bereits etablierte Ansätze zur Qualitätssicherung therapeutischer und beraterischer Tätigkeit beschrieben und mögliche Widerstände gegen entsprechende Maßnahmen in der psychosozialen Praxis diskutiert.

Ausgehend von den Ergebnissen der durchgeführten Studie werden abschließend Empfehlungen zur

¹ Um den Lesefluss nicht zu behindern, werden im gesamten Text ausschließlich männliche Substantivformen verwendet. Es versteht sich von selbst, dass der Begriff auch immer die weibliche Form mit einschließt.

Qualitätssicherung von Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer und zur Verbesserung der Information Betroffener durch die Verkehrsbehörden formuliert.

2 Historische Entwicklung der Rehabilitation verkehrsauffälliger Kraftfahrer

Um den Stellenwert der heute existierenden Interventionsansätze besser einschätzen zu können, wird im Folgenden zunächst ein Überblick über die historische Entwicklung von Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer gegeben.

Die historischen Anfänge von Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen für auffällig gewordene Kraftfahrer reichen weit zurück. Bereits 1928 wurden in den USA erste Kurse mit Insassen von Haftanstalten durchgeführt, die unter Alkoholeinfluss schwere Unfälle mit Körperverletzungen oder Todesfolge verschuldet und eine Haftstrafe zu verbüßen hatten. 1952 fanden an der „New Jersey Accident Prevention Clinic“ die ersten polizeilich organisierten Kurse statt (PANOSCH, 2001).

In Deutschland regte WINKLER (1963) eine Therapie für verkehrsauffällige Kraftfahrer mit dem Ziel an, deren Verhalten so zu ändern, dass sie keine Gefährdung mehr für die Verkehrssicherheit darstellen. SCHNEIDER lieferte 1966 die empirische Begründung für die Nachschulung von Mehrfachtätern: Er konnte nachweisen, dass Mehrfachtäter deutlich dazu neigen, „gleichartige Delikte zu wiederholen“. Offensichtlich reichen Geldstrafen alleine nicht aus, um spezielle Fehler im Fahrverhalten zukünftig zu vermeiden. SCHNEIDER plädierte daher für „Auflagen zur Beseitigung dieses speziellen Mangels durch Nacherziehung“ (SCHNEIDER, 1966, S. 252).

Die ersten „Fortbildungskurse für Kraftfahrer“ wurden 1968 in Köln von der Forschungsgemeinschaft „Der Mensch im Verkehr“ durchgeführt. Sie waren inhaltlich auf Mehrfachtäter ausgerichtet. Die Kurs teilnahme hatte allerdings noch keine gesetzliche Grundlage und fand auf freiwilliger Basis statt (SPOERER & RUBY, 1996).

Aus der Erkenntnis heraus, dass für alkoholauffällige Kraftfahrer ein speziell zugeschnittenes Programm notwendig ist, wurde Anfang der siebziger Jahre das Modell „LEER“ entwickelt und 1971 erst-

mals in Form von Gruppengesprächen in Leer/Ostfriesland durchgeführt (WINKLER, 1974). Dieses Programm zählt auch heute noch zu den am weitesten verbreiteten Rehabilitationsmodellen für alkoholauffällige Kraftfahrer.

Als Reaktion auf die extrem hohen Unfallzahlen im Jahr 1970 mit fast 20.000 Verkehrstoten wurde bei der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) eine Projektgruppe eingerichtet, die sich mit der Analyse des Unfallgeschehens befasste. Eine weitere Projektgruppe der BASt empfahl in ihrem Schlussbericht die Einführung verschiedener Nachschulungskurse für unterschiedliche Problemgruppen (BÖCHER et al., 1977). Ein Nachschulungsprogramm speziell für auffällig gewordene junge Fahranfänger wurde entwickelt und auf seine Wirksamkeit hin überprüft (BIEHL et al., 1977; BÄRENZ & GEILER, 1978; BIEHL, 1979; SPOERER, 1980). Es bildete die Basis für das heute von speziell ausgebildeten Fahrlehrern durchgeführte Aufbauseminar für Fahranfänger, das einheitlich im ganzen Bundesgebiet angewandt wird.

1976/1977 wurde eine weitere Projektgruppe bei der BASt angesiedelt, die sich speziell mit der „Beeinflussung und Behandlung alkoholauffälliger Kraftfahrer“ befasste.

Erstmals wurden 1978 auf dem internationalen Workshop „Driver Improvement“ deutsche Kursmodelle vorgestellt, die BASt rief die Projektgruppe „Kurse für auffällige Kraftfahrer“ ins Leben und Wirksamkeitsstudien der Kurse I.R.A.K., IFT und LEER („ALKOEVA“) wurden gestartet (SPOERER & RUBY, 1996).

1979 etablierten Dr. German HÖCHER und Petra HÖCHER die Individualpsychologische Verkehrs-Therapie („IVT“, inzwischen „IVT-Hö“). Bis Ende 1984 war die „IVT-Hö“ die einzige verkehrstherapeutische Institution in Deutschland, der ein wissenschaftliches Programm zugrunde lag; sie ist damit das älteste Langzeit-Modell in der Bundesrepublik Deutschland, welches auch heute noch erfolgreich im Einsatz ist (SPOERER & RUBY, 1996).

Eine Reihe weiterer Kursprogramme, beispielsweise das Modell „Mainz 77“ (KUNKEL, 1979) oder das Modell „Hamburg 79“ (NAGEL, 1979, 1982), wurde Ende der siebziger/Anfang der achtziger Jahre entwickelt und eingeführt. Weitere Studien wurden durchgeführt, um die Entwicklung und Evaluation der bestehenden Modelle zu verfolgen (HEBENSTREIT et al., 1978, 1980, 1982).

Es wurde deutlich, dass für junge Kraftfahrer aufgrund ihrer Alterssituation und ihrer geringen Fahrpraxis andere Programmschwerpunkte notwendig sind als für ältere Fahrerlaubnisinhaber. Daher wurden spezielle Kurse für verkehrsauffällige Fahrer entwickelt, die einer Verfestigung verkehrsgefährdender Verhaltensweisen entgegenwirken sollten. In Wirksamkeitsuntersuchungen hatte sich gezeigt, dass ein Fahrtraining allein nicht sinnvoll ist, sondern insbesondere auch auf die psychischen Faktoren des Verkehrsauffälligen in Abhängigkeit von dem begangenen Vergehen und der dahinterstehenden Problematik eingegangen werden muss. Eine Projektgruppe der BAST empfahl daher Ende der siebziger Jahre die Einführung der Fahrerlaubnis auf Probe sowie unterschiedliche Nachschulungskurse (SPOERER & RUBY, 1996).

Im Jahre 1978 wurde die „AFN“ (Gesellschaft für Ausbildung, Fortbildung und Nachschulung e. V.) gegründet. 1985 wurde das Modell „I.R.A.K.-L“ (Individualpsychologische Rehabilitation alkoholauffälliger Kraftfahrer) von der AFN entwickelt. Durch diese Maßnahme soll im Rahmen einer längeren Verkehrstherapie eine allgemeine Verhaltensänderung bei den Klienten erreicht werden (HIMMELREICH, 1998).

In den folgenden Jahren wurden in erster Linie die verschiedenen Programme weiterentwickelt sowie Kurskonzepte für Maßnahmen im Rahmen der kommenden Fahrerlaubnis auf Probe vorbereitet. In der Evaluationsstudie „ALKOEVA“ konnte 1986 nachgewiesen werden, dass Rehabilitationskurse für alkoholauffällige Wiederholungstäter (Modelle „LEER“, „I.R.A.K.“, „IFT“) tatsächlich wirksam sind und die Kraftfahreignung häufig dadurch wiederhergestellt werden kann (WINKLER et al., 1988).

Mit der Einführung der Fahrerlaubnis auf Probe in den alten Bundesländern wurden 1986 diese neuen Erkenntnisse umgesetzt und erstmals Nachschulungskurse für verkehrsauffällige Kraftfahrer gesetzlich verankert; ab dem 03.10.1990 galten diese Regelungen auch für die neuen Bundesländer. Fahrerlaubnis, die durch einen schwerwiegenden oder zwei weniger schwerwiegende Verkehrsverstöße auffällig werden, müssen seither an einem Aufbauseminar in einer Fahrschule teilnehmen; Fahrerlaubnis, die ein Kraftfahrzeug unter Alkohol- oder Drogeneinfluss führen, müssen ein „besonderes Aufbauseminar“ absolvieren. Aufbauend auf dem Programm „Kurse für junge Fahrer“ der BAST und des Deutschen Verkehrssicherheitsrates

(DVR) wurde der „Nachschulungskurs für Fahrerlaubnis im Rahmen der Fahrerlaubnis auf Probe“ entwickelt (herausgegeben vom DVR, dem HUK-Verband/GDV und der Bundesvereinigung der Fahrlehrerverbände).

Die Fortführung der „ALKOEVA“-Studie belegte 1990 die Langzeitwirkung der Teilnahme an den o. g. Nachschulungs- und Rehabilitationskursen auch für einen fünfjährigen Zeitraum (WINKLER et al., 1990).

Eine vermehrte Durchführung von Evaluationsstudien zeigte, dass es notwendig wurde, Kriterien zur Qualitätssicherung von Rehabilitationsmaßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer festzulegen. 1994 veröffentlichte der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) Leitlinien zur Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Förderung der Kraftfahreignung (KROJ, 1994).

Im Rahmen der Erarbeitung eines neuen Straßenverkehrsgesetzes (StVG) und der Einführung der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) zum 01.01.1999 wurden zahlreiche verkehrsrechtliche Vorschriften geändert. So wurden z. B. die Anforderungen an Psychologen, die verkehrspsychologische Beratungen durchführen, festgelegt und die in Modellversuchen getesteten Aufbauseminare für Kraftfahrer mit einem hohen Punktekonto im Verkehrszentralregister implementiert. Ferner wurden die Regelungen der Fahrerlaubnis auf Probe aktualisiert sowie die bisherigen „Nachschulungskurse“ in „Aufbauseminare“ umbenannt und überarbeitet. Beibehalten wurde folgende, bis dahin schon gebräuchliche Einteilung der Seminare in:

- Allgemeine Aufbauseminare für Fahrerlaubnisnehmer („ASF“), die in Fahrschulen durchgeführt werden.
- Allgemeine Aufbauseminare für Kraftfahrer mit hohem Punktekonto („ASP“) im Verkehrszentralregister, die ebenfalls von dafür ausgebildeten Fahrlehrern geleitet werden.
- Besondere Aufbauseminare für alkohol- oder drogenauffällige Fahrer (Anfänger und erfahrene Fahrer), die Verkehrspsychologen leiten (z. B. NAFA – Nachschulung für alkoholauffällige/drogenauffällige Fahrerlaubnisnehmer und Kraftfahrer; ALFA – Besonderes Aufbauseminar für alkoholauffällige/drogenauffällige Fahrerlaubnisnehmer und Kraftfahrer; IFT-Probe).

In § 70 FeV wurden die Regelungen zur Durchführung von Kursen zur Wiederherstellung der Kraftfahrereignung festgelegt. Die Akkreditierung der Träger von Stellen, die solche Kurse durchführen, erfolgt entsprechend den Vorgaben der DIN EN 45010, Ausgabe März 1998. Kurse nach § 70 FeV dürfen nur von Trägern durchgeführt werden, die sich einer Akkreditierung durch die BAST unterzogen haben und anschließend durch die jeweiligen obersten Landesbehörden anerkannt wurden. Durch die Akkreditierung soll gewährleistet werden, dass der Anbieter ordnungsgemäß entsprechend den festgelegten Anforderungen arbeitet. Den jeweils aktuellen Überblick über akkreditierte Träger von Stellen, die Kurse zur Wiederherstellung der Kraftfahrereignung durchführen dürfen, findet man auf den Internet-Seiten der BAST (<http://www.bast.de>).

3 Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer in Deutschland

Das Ziel der durchgeführten empirischen Erhebung besteht u. a. in der Abschätzung der Bedeutung der Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs vor dem Hintergrund des Gesamtsystems der Kraftfahrerrehabilitation in Deutschland. Im Folgenden werden deshalb zunächst die Rahmenbedingungen erläutert, unter denen verkehrspsychologische und verkehrspädagogische Interventionen sowohl im rechtlich geregelten als auch außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs durchgeführt werden.

3.1 Maßnahmen im gesetzlich geregelten Bereich

Die Regelungen für Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer werden in Deutschland im Wesentlichen im Straßenverkehrsgesetz (StVG) und in der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) zusammengefasst. Das StVG legt die Grundzüge und Eckdaten für die Erteilung und Entziehung der Fahrerlaubnis (§§ 2 bis 4) fest und enthält Ermächtigungsgrundlagen für Verordnungen. Die FeV regelt aufgrund der in § 6 StVG erteilten Ermächtigung nähere Einzelheiten des Fahrerlaubnisrechts. Zu beachten ist, dass viele Einzelheiten zur Anwendung des Fahrerlaubnisrechts durch die Behörden von den einzelnen Bundesländern in Form von besonderen Richtlinien

vorgeschrieben werden (BODE & WINKLER, 2003).

3.1.1 Rechtlicher Hintergrund für Maßnahmen im Rahmen der Fahrerlaubnis auf Probe

Fahranfänger gelten als besondere Problemgruppe im Straßenverkehr. Aufgrund mangelnder Reife, Überschätzung der eigenen Kompetenzen bei begrenzter Fähigkeit zur realistischen Gefahrenerkennung, einer hohen Risikoakzeptanz, mangelnder Fahrerroutine sowie einer speziellen Lebensweise, die in starkem Maße an der Gruppe der Gleichaltrigen ausgerichtet ist, tragen sie ein besonders hohes Auffallens- und Unfallrisiko (vgl. FOLLMANN, 2000; WITTIG, 2002).

Aus diesem Grund wird nach § 2a Abs. 1 Satz 1 StVG die Fahrerlaubnis bei ihrem erstmaligen Erwerb für den Zeitraum von zwei Jahren lediglich „auf Probe“ erteilt. Mit Ausnahme der Fahrerlaubnisklassen M, L und T unterliegt der Fahranfänger generell einer zweijährigen Bewährungsphase, der „Probezeit“, wobei die Probezeit mit dem Datum des Führerscheinerwerbs beginnt.

Wenn der Inhaber einer Fahrerlaubnis auf Probe eine schwerwiegende Zuwiderhandlung (z. B. Un-erlaubtes Entfernen vom Unfallort) oder zwei weniger schwerwiegende Zuwiderhandlungen (z. B. Kennzeichenmissbrauch) begangen hat, ist die Teilnahme an einem Aufbauseminar anzuordnen (§ 2a Abs. 2 Nr. 1 StVG). Folgende Seminarformen kommen in Betracht:

- „Allgemeines“ Aufbauseminar (§ 2b Abs. 2 Satz 1 StVG; entwickelt für allgemein auffällige Fahranfänger in der Probezeit. Das Seminar wird von speziell geschulten Fahrlehrern geleitet).
- „Besonderes“ Aufbauseminar (§ 2b Abs. 2 Satz 2 StVG; entwickelt für Fahranfänger, die unter Alkohol- oder Drogeneinfluss auffällig wurden, auch dann, wenn sie noch andere Verkehrszuwiderhandlungen begangen haben. Das Seminar wird von speziell geschulten Diplom-Psychologen geleitet).

Auf Antrag kann die Fahrerlaubnisbehörde die Durchführung eines Einzelseminars gestatten (§ 2b Abs. 1 Satz 2 StVG), beispielsweise wenn dem auffällig gewordenen Fahranfänger die Teilnahme an einem Gruppenseminar nicht zugemutet werden kann.

Im Folgenden werden Ziele, Inhalt und die Struktur des „allgemeinen“ und des besonderen Aufbauseminars erläutert, weiterhin wird auf die Folgen einer erneuten Zuwiderhandlung nach der Seminarteilnahme eingegangen.

Struktur, Inhalt, Methoden und Zielsetzung des „allgemeinen“ Aufbauseminars für Fahranfänger

Das „allgemeine“ Aufbauseminar für Fahranfänger wird unter der Leitung eines entsprechend weitergebildeten und durch das Fahrlehrergesetz dazu berechtigten Fahrlehrers (§ 2b Abs. 2 Satz 1 StVG) in Gruppen mit sechs bis zwölf Teilnehmern durchgeführt. Die Seminare bestehen aus vier Sitzungen (jeweils 135 Minuten lang) sowie einer mindestens 30-minütigen Fahrprobe (§ 35 Abs. 1 FeV). Die Dauer der Kurse liegt zwischen mindestens zwei und höchstens vier Wochen.

Inhaltlich sollen in dem Seminar Ursachenanalysen des jeweiligen Fehlverhaltens durchgeführt und darauf aufbauend allgemeine Probleme und Schwierigkeiten von Fahranfängern diskutiert werden.

BRÜCKNER et al. (1993) fassen die inhaltlichen Schwerpunkte wie folgt zusammen:

- Gefahrenkenntnis und -wahrnehmung,
- Fahrzeugbeherrschung und Erkennen fahrphysikalischer Zusammenhänge,
- Analyse und Veränderung der Einstellungen und Fahrmotive.

Durch verschiedene Methoden wie Gruppengespräche, Verhaltensbeobachtung während der Fahrprobe, Analyse schwieriger Verkehrssituationen sowie Informationsvermittlung werden eine Einstellungs- und Verhaltensänderung sowie eine Verbesserung des Risikobewusstseins und der Gefahrenerkennung bei den Teilnehmern angestrebt. Oberstes Ziel der Seminarteilnahme besteht darin, eine erneute Auffälligkeit zu vermeiden.

Struktur, Inhalt, Methoden und Zielsetzung des besonderen Aufbauseminars für Fahranfänger

Inhaber einer Fahrerlaubnis auf Probe, die unter Alkohol- oder Drogeneinfluss am Straßenverkehr teilgenommen haben (§ 2b Abs. 2 Satz 2 StVG) und bei denen § 315c Abs. 1 Nr. 1a StGB (Gefährdung des Straßenverkehrs), § 316 StGB (Trunken-

heit im Verkehr), § 323a StGB (Vollrausch) oder § 24a StVG (0,5-Promille-Grenze) greift, müssen an einem besonderen Aufbauseminar teilnehmen (§ 36 Abs. 1 und 2 FeV). Liegen mehrere Einträge im Verkehrszentralregister vor, so muss mindestens ein Eintrag aufgrund einer Auffälligkeit unter Alkohol- oder Drogeneinfluss erfolgt sein. Wie beim allgemeinen Aufbauseminar kann auch hier anstelle eines Gruppenseminars von den Betroffenen ein Einzelseminar beantragt werden (§ 36 Abs. 5 FeV).

Das besondere Aufbauseminar (z. B. ALFA; NAFA; IFT-Probe) wird in Gruppen mit sechs bis zwölf Teilnehmern durchgeführt. Es umfasst ein Vorgespräch, drei Sitzungen von jeweils 180 Minuten Dauer über einen Zeitraum von zwei bis vier Wochen sowie das Anfertigen von Hausaufgaben (§ 36 Abs. 3 FeV).

In den Kursen werden Ursachen, die bei den Teilnehmern zur Anordnung der Teilnahme am Aufbauseminar geführt haben, diskutiert und Möglichkeiten für ihre Beseitigung erörtert. Ein weiteres Ziel besteht darin, Wissenslücken über die Wirkung berauschender Mittel auf die Verkehrsteilnahme zu schließen und individuell angepasste Verhaltensweisen zu entwickeln und zu erproben, sodass künftige Fahrten unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen vermieden werden können.

Die Kursleiter müssen amtlich anerkannt sein (z. B. von der zuständigen obersten Landesbehörde, vgl. § 36 Abs. 6 FeV). Die amtliche Anerkennung darf nur an Personen erteilt werden, die einen Abschluss eines Hochschulstudiums als Diplom-Psychologe erworben haben sowie eine verkehrspsychologische Ausbildung nachweisen können. Darüber hinaus müssen sie über Kenntnisse und Erfahrungen in der Untersuchung und Begutachtung der Eignung von Kraftfahrern verfügen, die im Straßenverkehr unter dem Einfluss berauschender Mittel auffällig geworden sind. Schließlich müssen eine Ausbildung und Erfahrungen als Leiter von Kursen für alkohol- oder drogenauffällige Kraftfahrer nachgewiesen werden.

Eine weitere Voraussetzung für die Erlaubnis, besondere Aufbauseminare für Inhaber einer Fahrerlaubnis auf Probe durchzuführen, besteht in der Vorlage eines sachgerechten, auf wissenschaftlicher Grundlage entwickelten Seminarkonzeptes, dem Nachweis geeigneter Räumlichkeiten sowie einer sachgerechten Ausstattung.

Zudem dürfen keine Tatsachen vorliegen, die Bedenken gegen die Zuverlässigkeit des Kursleiters begründen. Die Anerkennung kann mit Auflagen, z. B. der Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen, verbunden werden.

Erneute Zuwerhandlung nach der Teilnahme am Aufbaueminar

Begeht der Fahranfänger innerhalb der Probezeit erneut eine schwerwiegende oder zwei weniger schwerwiegende Zuwerhandlungen, so wird er von der Fahrerlaubnisbehörde schriftlich verwarnet. Diese legt dem Betroffenen nahe, innerhalb von zwei Monaten an einer verkehrspsychologischen Beratung teilzunehmen (§ 2a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 StVG, vgl. auch Kapitel 3.2). Es finden ein Einzelgespräch mit einem entsprechend fortgebildeten Diplom-Psychologen und bei Bedarf eine Fahrprobe statt. In dem Gespräch sollen die Ursachen der vorhandenen Mängel aufgeklärt und Wege zu ihrer Beseitigung aufgezeigt werden (§ 38 FeV). Die verkehrspsychologische Beratung ist keine Maßnahme, die angeordnet wird, sondern der Betroffene wird lediglich auf die Möglichkeit einer Teilnahme hingewiesen. Die Freiwilligkeit der Teilnahme wird als wesentliches Element für die Wirksamkeit der Beratung angesehen (BODE & WINKLER, 2003).

Die Fahrerlaubnis ist zu entziehen, wenn der Inhaber einer Fahrerlaubnis auf Probe nach Ablauf von zwei Monaten seit der Verwarnung erneut eine schwerwiegende oder zwei weniger schwerwiegende Zuwerhandlungen begangen (§ 2a Abs. 2 Nr. 3 StVG) oder wenn er entgegen entsprechender Anordnung nicht an einem Aufbaueminar teilgenommen hat (§ 2a Abs. 3 StVG).

Wird die Fahrerlaubnis nach vorangegangener Entziehung wieder erteilt, beginnt eine erneute Probezeit. Kommt es in der Folgezeit zu einem erneuten schwerwiegenden oder zwei weniger schwerwiegenden Verstößen gegen verkehrsrechtliche Bestimmungen, gelten die o. a. Ausführungen nicht, stattdessen hat die Fahrerlaubnisbehörde in der Regel ein Gutachten einer amtlich anerkannten Begutachtungsstelle für Fahreignung anzuordnen (§ 2a Abs. 5 Satz 4 und 5 StVG).

3.1.2 Rechtlicher Rahmen für Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer (Punktsystem)

Das Punktsystem und die Regelungen zu den Maßnahmen im Rahmen der Fahrerlaubnis auf Probe finden grundsätzlich nebeneinander Anwendung, d. h., vor und während der Probezeit begangene Verstöße werden auch bepunktet und können zu Maßnahmen nach dem Punktsystem führen (BODE & WINKLER, 2003).

Bepunktung der Verkehrsverstöße

Verkehrsstraftaten und Ordnungswidrigkeiten werden im Verkehrszentralregister des Kraftfahrt-Bundesamtes in Flensburg in Abhängigkeit ihrer Schwere mit einem bis sieben Punkten bewertet (Mehrfachtäter-Punktsystem; § 4 Abs. 2 Satz 1 StVG) und gespeichert. Gegebenenfalls wird eine Mitteilung an die zuständige Fahrerlaubnisbehörde versandt.

Folgende Maßnahmen werden beim Erreichen einer bestimmten Punktzahl ergriffen:

- **Acht Punkte: Verwarnung und Hinweis auf das Aufbaueminar**
Mit dem Erreichen von acht, aber nicht mehr als 13 Punkten wird der Betroffene schriftlich verwarnet und informiert, dass er durch die freiwillige Teilnahme an einem Aufbaueminar Punkte reduzieren kann (§ 41 Abs. 1 FeV und § 4 Abs. 3 Nr. 1 StVG).
- **14 Punkte: Aufbaueminar und Hinweis auf verkehrspsychologische Beratung**
Mit dem Erreichen von 14, aber nicht mehr als 17 Punkten erhält der Betroffene eine Anordnung, innerhalb einer Frist von drei Monaten an einem Aufbaueminar teilzunehmen, sofern er nicht in den vergangenen fünf Jahren bereits eine derartige Maßnahme absolviert hat (in diesem Fall erhält er lediglich eine schriftliche Verwarnung). Darüber hinaus wird der Betroffene auf die Möglichkeit der Teilnahme an einer verkehrspsychologischen Beratung hingewiesen und darüber informiert, dass ihm bei Erreichen von 18 Punkten die Fahrerlaubnis entzogen wird (§ 4 Abs. 3 Nr. 2 StVG).
- **18 Punkte: Entziehung der Fahrerlaubnis**
Mit dem Erreichen von 18 Punkten greift die „Vermutung der Nichteignung zum Führen von Kraftfahrzeugen“ (§ 4 Abs. 3 Nr. 3 StVG). Die Fahrerlaubnis wird in der Regel entzogen.

Das starre Punktsystem wird durch zwei Ausnahmen gemildert (BODE & WINKLER, 2003):

- **Atypische Punkteerreicherung:**
Erreicht oder überschreitet der Betroffene 14 oder 18 Punkte, ohne dass die Fahrerlaubnisbehörde eine Verwarnung ausgesprochen hat, wird sein Punktestand auf 13 reduziert; erreicht er 18 Punkte, ohne dass die Fahrerlaubnisbehörde die Teilnahme an einem Aufbauseminar angeordnet hat, wird sein Punktestand auf 17 reduziert (Ausnahmen siehe BODE & WINKLER, 2003, S. 433). Dies kann z. B. der Fall sein, wenn die Punkte „auf einen Schlag“ erreicht wurden, d. h. der Betroffene wurde in mehreren, zeitlich eng beieinander liegenden Straf- oder Bußgeldentscheidungen wegen verschiedener Taten oder in einer einzigen Entscheidung wegen mehrerer in Tatmehrheit begangener Vergehen schuldig gesprochen.
- **Punkterabatt bei Wohlverhalten:**
Durch die freiwillige Teilnahme an einem Aufbauseminar kann der Betroffene seinen Punktestand reduzieren. Bei einem Punktestand bis zu acht Punkten werden vier Punkte, bei einem Punktestand von 9-13 Punkten zwei Punkte erlassen (§ 4 Abs. 4 Satz 1 StVG). Weiter kann der Betroffene nach Erreichen von 14, aber vor Erreichen von 18 Punkten freiwillig an einer verkehrspsychologischen Beratung durch besonders qualifizierte Verkehrspsychologen teilnehmen, wodurch vom Punktestand im Verkehrszentralregister zwei Punkte abgezogen werden (§ 4 Abs. 4 Satz 2 StVG; § 38 FeV).

Der Punkterabatt kann nur einmal innerhalb von fünf Jahren in Anspruch genommen werden (§ 4 Abs. 4 Satz 3 und 4 StVG), und ein Punktabzug ist nur bis zum Erreichen von null Punkten zulässig („Pluspunkte“ können nicht erworben werden).

Arten von Maßnahmen

Entsprechend den Regelungen zur Fahrerlaubnis auf Probe sind auch hier folgende Arten von Maßnahmen zu unterscheiden:

- "Allgemeines" Aufbauseminar für allgemein verkehrsauffällige Inhaber einer Fahrerlaubnis (§ 42 FeV),
- "Besonderes" Aufbauseminar für alkohol- oder drogenauffällige Fahrer (§ 43 FeV), z. B. ALFA-plus, BAS-plus,

- Verkehrspsychologische Beratung,
- Kurse zur Wiederherstellung der Kraftfahrereignung.

Aufbaueminare

Hinsichtlich Struktur, Inhalten, Methoden und Zielsetzung der Aufbaueminare für Inhaber einer Fahrerlaubnis (§§ 42 und 43 FeV) gilt das bereits oben im Rahmen der Fahrerlaubnis auf Probe Erwähnte (§§ 35 und 36 FeV).

Verkehrspsychologische Beratung

Durch eine verkehrspsychologische Beratung soll der Betroffene veranlasst werden, Mängel in seiner Einstellung und in seinem Verhalten zu erkennen, und die Bereitschaft entwickeln, diese Mängel abzubauen (§ 4 Abs. 9 Satz 1 StVG).

Verkehrspsychologische Berater gelten als amtlich anerkannt, wenn sie eine Bestätigung der Sektion Verkehrspsychologie im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) besitzen (§ 71 Abs. 1 FeV).

Hierzu müssen folgende Voraussetzungen nachgewiesen werden (§ 71 Abs. 2 FeV):

- Abschluss eines Hochschulstudiums als Diplom-Psychologe,
- verkehrspsychologische Ausbildung,
- Erfahrungen in der Verkehrspsychologie,
- Teilnahme an einem vom BDP anerkannten Qualitätssicherungssystem (soweit der Berater nicht in ein anderes, vergleichbares Qualitätssicherungssystem einbezogen ist). Dazu gehören: Teilnahme an einem Einführungsseminar über Verkehrsrecht von mindestens 16 Stunden, regelmäßiges Führen einer standardisierten Beratungsdokumentation, regelmäßige Kontrolle und Auswertung der Beratungsdokumente sowie Nachweise der Teilnahme an einer Fortbildungsveranstaltung oder Praxisberatung von mindestens 16 Stunden innerhalb von jeweils zwei Jahren.

Die Anerkennung ist zurückzunehmen, wenn eine der o. a. Voraussetzungen zum Zeitpunkt ihrer Bestätigung nicht vorgelegen hat oder nachträglich weggefallen ist, die verkehrspsychologische Beratung nicht ordnungsgemäß durchgeführt wird oder wenn sonst gegen die Pflichten aus der Anerken-

nung oder Auflagen gröblich verstoßen wird (§ 71 Abs. 4 FeV).

Der Vorstand der Sektion Verkehrspsychologie im BDP hat – entsprechend § 4 Abs. 9 StVG – Folgendes für die Organisation und Durchführung verkehrspsychologischer Beratungen in einem Leitfa- den geregelt (Sektion Verkehrspsychologie im BDP e. V., 2001; SOHN, 2002):

Die Beratung findet in Form eines Einzelgespräches statt und kann bei Bedarf um eine Fahrprobe ergänzt werden. Für ihre Durchführung sind mindestens vier Zeitstunden anzusetzen, vor Beginn der Gespräche muss dem Berater ein Auszug aus dem Verkehrszentralregister zur Verfügung stehen (vgl. auch BODE & WINKLER, 2003). Im Gespräch soll jeder Verstoß durch den Ratsuchenden dargestellt werden, wobei der Berater unterstützend auf die Analyse der Bedingungen und Gründe für die Zuwiderhandlungen einwirken soll. Gemeinsam sollen die psychischen Bedingungen, Lebensumstände und eventuelle situative Konstellationen, die in der Vergangenheit verhaltenssteuernd waren, sowie Lösungsmöglichkeiten für die Zukunft herausgearbeitet werden. Über die Beratung ist ein Protokoll anzufertigen, das der Supervision des Beraters und der Qualitätssicherung dient.

Durch die freiwillige Teilnahme an einer verkehrspsychologischen Beratung können auffällig gewordene Kraftfahrer (auch Fähranfänger) zwei Punkte im Verkehrszentralregister abbauen (§ 4 Abs. 4 Satz 2 StVG).

Die verkehrspsychologische Beratung wendet sich also an Personen, die noch im Besitz ihrer Fahrerlaubnis sind, aber Gefahr laufen, diese zu verlieren. Kraftfahrer, denen die Fahrerlaubnis entzogen wurde und die sich einer medizinisch-psychologischen Untersuchung unterziehen müssen, können nach § 70 der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) die Fahrerlaubnis durch die Teilnahme an einem „Kurs zur Wiederherstellung der Kraftfahrereignung“ zurückerlangen. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Möglichkeit im Gutachten ausdrücklich eingeräumt wird. Im folgenden Kapitel sollen diese Kurse erläutert werden.

Kurse zur Wiederherstellung der Kraftfahrereignung

Kurse zur Wiederherstellung der Kraftfahrereignung können von der zuständigen obersten Landesbehörde oder einer von ihr bestimmten zustän-

digen Stelle anerkannt werden (§ 70 Abs. 1 Satz 1 FeV). Voraussetzung hierfür ist die bereits erwähnte Akkreditierung bei der BAST. Weitere Anforderungen an Kurse und Kursleiter sind in § 70 FeV formuliert:

- Dem Kurs muss ein auf wissenschaftlicher Grundlage entwickeltes Konzept zugrunde liegen.
- Die Geeignetheit des Konzepts muss durch ein unabhängiges wissenschaftliches Gutachten bestätigt sein.
- Der Kursleiter muss einen Hochschulabschluss als Diplom-Psychologe nachweisen, eine verkehrspsychologische Ausbildung absolviert haben, über Kenntnisse und Erfahrungen in der Untersuchung und Begutachtung der Kraftfahrereignung verfügen sowie zum Leiter von Kursen für auffällig gewordene Kraftfahrer ausgebildet sein.
- Die Wirksamkeit der Kurse muss in einem nach dem Stand der Wissenschaft durchgeführten Bewertungsverfahren (Evaluation) nachgewiesen und ein Qualitätssicherungssystem vorgelegt werden. Die Kurse sind nach ihrer ersten Evaluation jeweils bis zum Ablauf von 15 Jahren nachzuevaluieren.

Die Kurse mit jeweils acht bis zehn Teilnehmern erstrecken sich in der Regel über sechs bis acht Wochen. In der Gruppe sollen das Bemühen um Selbsterforschung, die Auseinandersetzung mit den eigenen Eignungsdefiziten und die Versuche einer Verhaltensänderung gefördert werden. Ziel ist es, eine differenzierte Selbstbeobachtung zu erlernen, soziale Kompetenz zu erweitern, Problemlösungen und neue Verhaltensstrategien zu erproben und die Fähigkeit zur dauerhaften Eigenkontrolle zu entwickeln (BODE & WINKLER, 2003).

Einen auf dem aktuellen Stand gehaltenen Überblick über Kursmodelle, die von den akkreditierten Trägern angeboten werden, bieten die Internetseiten der BAST. Für alkoholauffällige Kraftfahrer werden dort zurzeit folgende Kurse genannt (<http://www.bast.de>, 10.05.2006):

- I.R.A.K. – Individualpsychologische Rehabilitation alkoholauffälliger Kraftfahrer (der Kurs wird von der AFN – Gesellschaft für Ausbildung, Fortbildung und Nachschulung e.V. angeboten),
- LEER – Kurs für alkoholauffällige Kraftfahrer (Nord-Kurs GmbH & Co KG; Pluspunkt GmbH –

Gesellschaft für mobile Sicherheit; TÜ – Technische Überwachung Arnstadt/Thüringen GmbH; DEKRA Akademie GmbH; TÜV Thüringen Anlagentechnik GmbH),

- K 70 – Schulungskurs für alkoholauffällige Kraftfahrer (impuls GmbH),
- IFT – Kurs für alkoholauffällige Kraftfahrer (DEKRA Akademie GmbH; IFS – Institut für Schulungsmaßnahmen GmbH),
- CAR KURS – contre l'alcool sur la route, Kurs für alkoholauffällige Kraftfahrer (IVT-Hö – Individualpsychologische Verkehrstherapie).

Für drogenauffällige Verkehrsteilnehmer bestehen folgende Angebote (<http://www.bast.de>, 10.05.06):

- DRUGS – Drogen und Gefahren im Straßenverkehr (AFN – Gesellschaft für Ausbildung, Fortbildung und Nachschulung e. V.; Pluspunkt GmbH – Gesellschaft für mobile Sicherheit; TÜ – Technische Überwachung Arnstadt/Thüringen GmbH),
- SPEED 02 – Sicherheit durch Prävention: Erfahrungen mit und Engagement gegen Drogen (Nord-Kurs GmbH & Co KG; DEKRA Akademie GmbH),
- CLEAN – Kurs für drogenauffällige Kraftfahrer (impuls GmbH),
- IRIS KURS – Illegale Rauschmittel im Straßenverkehr (IVT-Hö – Individualpsychologische Verkehrstherapie).

Folgende Maßnahmen existieren zur Behebung von Eignungsmängeln bei Fahrern mit hohem Punktestand (<http://www.bast.de>, 10.05.2006):

- ABS – Autofahrer-Beratungs-Schulungs-Kurs (AFN – Gesellschaft für Ausbildung, Fortbildung und Nachschulung e. V.; IFS – Institut für Schulungsmaßnahmen GmbH),
- REHA-PS – Rehabilitation verkehrsauffälliger Kraftfahrer – Punktefrei und sicher fahren (Nord-Kurs GmbH & Co KG; Pluspunkt GmbH – Gesellschaft für mobile Sicherheit; TÜ – Technische Überwachung Arnstadt/Thüringen GmbH; impuls GmbH; TÜV Thüringen Anlagentechnik GmbH).

Neben den o. g. Maßnahmen mit unmittelbaren Rechtsfolgen existiert ein weites Spektrum an Angeboten, die z. B. zur Verkürzung oder Aufhebung der angeordneten Sperrfrist führen können (vgl.

HIMMELREICH, 2004). Aufgrund der enormen Vielfalt der hierfür existierenden Therapie- und Beratungskonzepte kann eine umfassende Darstellung an dieser Stelle nicht erfolgen.

3.2 Maßnahmen außerhalb des gesetzlich geregelten Bereiches

Außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs werden neben Gruppeninterventionen in vielen Fällen Einzeltherapien bzw. Einzelberatungen angeboten. Einzelinterventionen sind bisher nicht als Maßnahme mit Rechtsfolge nach § 70 FeV anerkannt, obwohl laut SCHEUCHER et al. (2003a) die vom Gesetzgeber geforderten Kriterien zur Qualität des Programms und zur Qualifikation des Therapeuten auch von Einzel-Verkehrstherapien erfüllt werden können.

Die Verkehrstherapie befindet sich nach MEYER-GRAMCKO & SOHN (1998a, 1998b) zwischen den Polen „verkehrspädagogische Beeinflussungsversuche sowie standardisierte Gruppenmaßnahme“ einerseits (gegenüber diesem Pol ist sie einzelfallbezogener und therapeutischer) und einer klassischen Psychotherapie andererseits (gegenüber diesem Pol ist sie inhaltsbezogener und stärker an Rahmenbedingungen orientiert). Der Vorteil von Verkehrstherapien gegenüber standardisierten Gruppenprogrammen liegt darin, dass die Möglichkeit besteht, stärker auf den individuellen Fall, dessen Bedingungsgefüge und die spezifisch erforderlichen Schritte einzugehen.

Nach SOHN & MEYER-GRAMCKO (1991) kommt die Verkehrstherapie aufgrund der auf den Einzelfall zugeschnittenen Vorgehensweise somit nicht nur für Trunkenheitstäter oder sog. „Punktetäter“ in Frage, sondern auch für Kraftfahrer, bei denen Zweifel an der Fahreignung aufgrund von Verstößen gegen das allgemeine Strafrecht oder aufgrund sonstiger Probleme (z. B. Drogendelikte, Prüfungsversagen etc.) bestehen.

Spezielle verkehrstherapeutische Interventionen sind vor allem bei Personen angezeigt, bei denen schwerwiegende, z. B. im Persönlichkeitsbereich verankerte, Eignungsmängel vorliegen. Diese Maßnahmen sind im Vergleich zu Gruppenprogrammen oft zeit- und kostenintensiver. Entsprechend ist die Abbrecherquote im Vergleich zu den bereits erwähnten Kursmodellen meist höher (BODE & WINKLER, 2003).

Darüber hinaus existieren in Deutschland Angebote für verkehrsauffällige Kraftfahrer, die unter dem Begriff „Beratung“ zusammengefasst werden können. Beratung bezeichnet einen vom Berater nach methodischen Gesichtspunkten gestalteten Problemlösungsprozess, durch den die Eigenbemühungen des Ratsuchenden unterstützt/optimiert bzw. seine Kompetenzen zur Bewältigung einer anstehenden Aufgabe oder eines Problems verbessert werden sollen. Von Psychotherapie ist Beratung in vielen Fällen nur schwer abgrenzbar. (DORSCH et al., 1994).

Besonders Menschen mit einer Alkohol- und/oder Drogenproblematik wenden sich auf der Suche nach Hilfe häufig zuerst an eine Beratungsstelle; die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren bezeichnet diese Institutionen daher als „Rückgrat in der Versorgung Suchtkranker“ (HÜLLINGHORST, 1994, S. 154).

Um das Spektrum der Maßnahmen außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs weiter zu erfassen, wurde die in Kapitel 5 beschriebene empirische Erhebung durchgeführt.

Teilweise werden auch gesetzlich nicht geregelte Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer extern evaluiert bzw. wissenschaftlich in der Erfolgs- und Wirksamkeitskontrolle von der BAST oder einer anderen unabhängigen Institution begleitet (HIMMELREICH, 2004). Ein Überblick über Evaluationsstudien zu Verkehrstherapien und -beratungen erfolgt in Kapitel 4.2, Ansätze zur Qualitätssicherung in diesem Bereich werden in Kapitel 6.4 beschrieben.

4 Evaluation von Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer in Deutschland

Die durchgeführte empirische Erhebung verfolgt weiterhin das Ziel, Vorschläge zur Qualitätssicherung bei Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs zu formulieren. Ein wesentliches Qualitätsmerkmal einer Intervention besteht darin, dass ihre Wirksamkeit durch Evaluationsstudien nachgewiesen ist.

Als Erfolgskriterien stehen – neben der Legalbewährung, die anhand der Rückfallquoten überprüft werden kann – dabei häufig die Fragen im Vorder-

grund, inwieweit die Maßnahme zu einer dauerhaften Einstellungs- und Verhaltensänderung führt und ob sie von den Betroffenen akzeptiert wird.

Inzwischen liegt eine Reihe von empirischen Studien vor, die den positiven Effekt psychologischer und pädagogischer Interventionen bei verschiedenen Kraftfahrergruppen bestätigen. Im Folgenden werden zunächst die Resultate der Wirksamkeitsüberprüfung von Kursmodellen dargestellt, die als Gruppenprogramme konzipiert sind. Anschließend werden die Ergebnisse von Untersuchungen bei Therapie- und Beratungsansätzen zusammengefasst. Diese werden meist als Einzelintervention, teilweise aber auch in Gruppen oder als Kombination von Einzelgesprächen mit einer Gruppenmaßnahme durchgeführt.

4.1 Evaluation von Kursmodellen

Das Ziel von Kursen für verkehrsauffällige Kraftfahrer besteht in einer dauerhaften Einstellungs- und Verhaltensänderung, um den Betroffenen somit in die Lage zu versetzen, eine erneute Auffälligkeit zu vermeiden. Die eingesetzten Methoden zum Erreichen dieses Ziels sind breit gefächert (z. B. lerntheoretisch, individualpsychologisch oder kognitiv orientiert), oft werden sie mit pädagogischen Ansätzen kombiniert, wobei durchweg eine Betonung gruppenspezifischer Prozesse als wesentliches Wirkprinzip festzustellen ist (BODE & WINKLER, 2003).

JACOBESHAGEN (1997, 1998) belegte die Wirksamkeit des Nachschulungsmodells NAFA (Nachschulung für alkoholauffällige Fahranfänger) an einer Stichprobe von 1.211 Fahranfängern. In den Ergebnissen der Untersuchung zeigte sich, dass die Rückfallquote der jungen Fahrer, die an den Kursen teilgenommen hatten, nach 36 Monaten weniger als halb so hoch war (14,4 %) wie bei einer hinsichtlich des Alters parallelisierten Kontrollgruppe (31,6 %). Insbesondere die jüngeren Kursteilnehmer konnten ihre Rückfallquote im Vergleich zur Referenzgruppe deutlich senken. Mit zunehmendem Alter profitierten die Verkehrsauffälligen immer weniger von der Kursteilnahme.

Eine höhere Schulbildung korrelierte mit einer günstigeren Rückfallquote; Frauen wurden ebenfalls weniger häufig rückfällig. Die Blutalkoholkonzentration bei der Alkoholfahrt, die zur Registrierung im Verkehrszentralregister führte, hing nicht signifikant mit der Rückfallhäufigkeit nach Kursen-

de zusammen. Demgegenüber wiesen die Fahranfänger mit einer hohen selbstberichteten Trinktoleranz, d. h., die sich – ihren Angaben zufolge – bei der Trunkenheitsfahrt „absolut fit“ gefühlt hatten, höhere Rückfallquoten auf. Die Mehrheit der Kursteilnehmer stufte den Kurs als sinnvoll zur Reduzierung erneuter Trunkenheitsfahrten ein. Nach Kursende gaben mehr als zwei Drittel an, insgesamt weniger zu trinken.

SPOERER & KRATZ (1991) prüften die Resonanz auf den Kurs NAFA anhand einer Stichprobe von 3.498 Kursteilnehmern aus acht Bundesländern mit Hilfe eines halbstrukturierten Fragebogens.

Bei der Beurteilung des Kurses betonten die Teilnehmer insbesondere den Zuwachs an Wissen bzw. die Bewusstseinsweiterung und die Anregung zur Reflexion des eigenen Handelns. Darüber hinaus berichteten die Fahranfänger, dass sie vertiefte Erkenntnisse über ihre eigene Persönlichkeit gewonnen hätten und der Ansicht seien, besser mit Alkohol umgehen zu können. Allerdings gaben nur ca. 5 % an, ihr Verhalten tatsächlich geändert zu haben. Weniger als 2 % der Teilnehmer meinten andererseits, der Kurs habe ihnen nichts gebracht.

Besonders gefallen hatten den jungen Fahrern die offene Diskussion, der Austausch persönlicher Erfahrungen und das gute Kursklima. Die Befragten bescheinigten den Kursleitern durchweg ein hohes Interesse für den Einzelnen, Verständnis für die Teilnehmer, eine offene, ehrliche und natürliche, dabei aber auch sachliche Art sowie eine hohe Kompetenz in ihrem Fachgebiet. Als negativ bzw. verbesserungswürdig wurden vor allem die äußeren Rahmenbedingungen (Zeitdauer, Kosten) angesehen.

Das groß angelegte Forschungsprojekt „EVAGUT“ befasste sich mit der Evaluation von Nachschulungskursen für auffällig gewordene Kraftfahrer. Hierzu wurden mehr als 4.000 Kraftfahrer, die in den Jahren von 1987 bis 1990 ohne Alkoholmissbrauch verkehrsauffällig geworden waren und die sich einer medizinisch-psychologischen Untersuchung (MPU) unterziehen mussten, erfasst und hinsichtlich ihres Bewährungsverhaltens im Laufe von 36 Monaten überprüft (JACOBSHAGEN, 1996a).

Als Kriterium für einen Rückfall wurde die Registrierung von vier Punkten oder mehr im Verkehrszentralregister nach der MPU festgelegt. Es zeigte sich, dass positiv Beurteilte und Nachgeschulte (Teilnahme an „PS-Kurs“) mit 32,6 % und 32,1 %

fast gleich hohe Rückfallquoten aufwiesen, während die negativ beurteilten Personen mit 53,5 % sehr viel häufiger rückfällig wurden. Wird das Kriterium für den Rückfall verschärft und auf einen Punkt im Verkehrszentralregister nach der MPU gesenkt, erwiesen sich die Rückfallquoten erwartungsgemäß als deutlich höher. Positiv beurteilte und nachgeschulte Personen lagen mit 57,4 % und 56,9 % Rückfällen wieder sehr dicht beisammen. Von den Auffälligen, die in der MPU negativ beurteilt worden waren, wurden neun von zehn Personen erneut auffällig (91,3 %).

Interessant sind die Ergebnisse auch, wenn anstelle des Merkmals „Punkte im Verkehrszentralregister“ das Kriterium „Unfall“ herangezogen wird. Auch hier gab es etwa gleich viele Fahrer mit Unfällen unter den positiv beurteilten und den nachgeschulten Personen (12,0 % und 10,8 %). Bei den negativ Beurteilten aber war der Anteil der Unfallfahrer etwa doppelt so hoch wie bei den beiden anderen Gruppen (21,0 %).

Insgesamt gesehen war das Rückfallrisiko der Personen, die an einem Kurs teilgenommen hatten, nicht höher als das von bei einer MPU positiv beurteilten Personen. Die negativ Beurteilten wurden durchweg nahezu doppelt so häufig rückfällig wie die positiv Beurteilten und die Kursteilnehmer.

Eine der umfassendsten Evaluationsuntersuchung zu Kursen für alkoholauffällige Kraftfahrer nach einer MPU stellt die Studie „ALKOEVA“ dar, für deren Konzeption die Projektgruppe „Kurse für auffällige Fahrer“ der BAST verantwortlich war. Im Rahmen dieser Studie wurden die drei Kursmodelle „IFT“, „I.R.A.K“ und „LEER“ auf ihre Wirksamkeit geprüft (WINKLER 1988a, 1988b; WINKLER et al. 1988, 1990, 1991; JACOBSHAGEN 1996b).

In die Studie gingen die Daten von alkoholauffälligen Kraftfahrern ein, die nach der MPU als ungeeignet beurteilt worden waren, aber eine Kursempfehlung erhalten und anschließend freiwillig an einem Kurs teilgenommen hatten (N = 1.740). Die Kontrollgruppe bestand aus Alkoholtätern, die in der MPU als geeignet zum Führen eines Kraftfahrzeuges angesehen worden waren und denen die Fahrerlaubnis daher sofort wiedererteilt wurde (N = 1.480). Geprüft wurde das Wissen der Teilnehmer über Alkoholkonsum im Zusammenhang mit dem Straßenverkehr, die erreichten verkehrsspezifischen Einstellungsänderungen sowie die Rückfallquote. Die Kurse sollten als „wirksam“ eingestuft werden, wenn die Rückfallhäufigkeit der Kursteil-

nehmer auf das Niveau der Kontrollgruppe gesenkt werden konnte.

Als Ergebnis zeigte sich, dass das Wissen über den Themenkreis Alkohol und Autofahren nach dem Kurs deutlich größer war als davor. Auch konnte durch die Kursteilnahme eine Veränderung der Einstellungen, die den Straßenverkehr und insbesondere das Fahren unter Alkoholeinfluss betreffen, nachgewiesen werden. Tatsächlich waren 36 Monate nach der Wiedererteilung der Fahrerlaubnis 13,3 % der Kursteilnehmer und 18,2 % der Kontrollgruppe rückfällig geworden. Die Rückfallquote der Kursteilnehmer lag somit deutlich unter der der Kontrollgruppe.

Nach Ablauf von fünf Jahren wurde die Langzeitwirkung der Kurse erneut geprüft (WINKLER et al., 1990, 1991). Wie schon in der ersten Untersuchung war die Rückfallquote der Kursteilnehmer (N = 1.667) signifikant niedriger als die der Kontrollgruppe (N = 1.467): In der Gruppe der Kursteilnehmer waren in den vergangenen fünf Jahren 21,6 % erneut wegen Fahrens unter Alkoholeinfluss auffällig geworden, in der Kontrollgruppe wurden 26,4 % rückfällig. Wie bereits zuvor existierten bzgl. der Rückfallquoten keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Kursmodellen.

JACOBSHAGEN (1996b) führte schließlich eine 10-Jahres-Katamnese durch. Die bereits nach drei und fünf Jahren beobachtete geringere Rückfallhäufigkeit der Kursteilnehmer (N = 1.675; Kontrollgruppe N = 1.475) blieb auch über diesen Zeitraum erhalten.

Im Rahmen des bereits erwähnten Forschungsprojektes „EVAGUT“ wurden in der Zeit von 1987 bis 1990 ebenfalls alkoholauffällige Fahrer nach einer MPU erfasst (N = 3.039) und deren Bewährungsverhalten nach 36 Monaten aufgrund der Daten, die im Verkehrszentralregister in Flensburg registriert worden waren, analysiert (JACOBSHAGEN, 1996a). Ein Teil der erfassten Personen hatte an den Nachschulungsmodellen „I.R.A.K.“, „IFT“ und „LEER“ teilgenommen, wobei bei der Datenauswertung zwischen den einzelnen Modellen nicht differenziert wurde. Im Rahmen der Felduntersuchung wurden die folgenden drei Gruppen miteinander verglichen: in der MPU positiv Beurteilte, Kursteilnehmer und in der MPU negativ Beurteilte.

Die Auswertung des Datenmaterials zeigte hinsichtlich des Rückfallrisikos von Kursteilnehmern etwa gleich hohe Werte wie diejenigen, die bei „ALKOE-

VA“ erhoben worden waren: Bei „ALKOEVA“ wurde eine Rückfallquote von 13,3 % ermittelt, im Rahmen von „EVAGUT“ lag sie bei 13,8 %. Die Rückfallquote der in der MPU positiv beurteilten Personen war bei „EVAGUT“ etwas niedriger (11,2 % gegenüber 18,8 % bei ALKOEVA), was mit einer etwas schärferen Beurteilungstendenz der Gutachter bei „EVAGUT“ begründet wurde. Dadurch verringerte sich das Rückfallrisiko in der Kategorie der positiv Beurteilten.

HEINRICH & PORSCHE (1988) konnten in ihrer Langzeituntersuchung zur Wirksamkeit von Kursen für wiederholt alkoholauffällige Kraftfahrer ebenfalls eine deutliche Rückfallreduzierung feststellen: Kursteilnehmer hatten ein um mindestens 27 % reduziertes Rückfallrisiko gegenüber der vergleichbar zusammengesetzten Kontrollgruppe aus Personen, denen nach einer Fahreignungsbegutachtung die Fahrerlaubnis ohne Kursteilnahme wiedererteilt worden war. Dabei waren die Erfolge in allen Kursmodellen ähnlich, unabhängig davon, ob sie verhaltenstherapeutisch, individualpsychologisch oder gruppendynamisch aufgebaut waren.

Die Wirksamkeit der Modelle „Mainz 77“ und „Hamburg 79“ für erstmals trunkenheitsauffällige Fahrer untersuchten STEPHAN et al. (1988). Die Daten der Experimentalgruppe (N = 463) wurden mit den Daten einer regionalspezifisch geschichteten und nach verschiedenen Kriterien parallelisierten Gruppe von Trunkenheitstätern, einer Gruppe aus als nicht schulungsfähig eingestuften Personen und einer Gruppe aus Personen, die den Kurs nicht erfolgreich beendet hatten, verglichen.

Die Ergebnisse zeigten, dass durch die Kursteilnahme das Wissen zum Thema „Trinken und Fahren“ vermehrt werden konnte. Die Kursteilnehmer, die insgesamt zu einem offenen und ehrlichen Antwortverhalten bereit waren, stuften nach der Kursteilnahme ihre Trinkfestigkeit geringer ein, bewerteten die Eigenverantwortlichkeit des Fahrers zur Vermeidung von Unfällen höher und schätzten ihre Fähigkeiten, alkoholisiert fahren zu können, realistischer ein. Es waren demnach wesentliche Veränderungen in den Einstellungen der Kursteilnehmer festzustellen.

STEPHAN et al. (1988) stellten auf der Basis der erhobenen Daten eine Hochrechnung der Rückfallquoten für eine Bewährungszeit von zehn Jahren auf. Dabei ergab sich eine deutliche Steigerung der Rückfallquote mit zunehmender Blutalkoholkonzentration (BAK) bei der aktenkundigen Trunkenheits-

fahrt. Daraus schlussfolgern die Autoren, dass die Teilnahme an den untersuchten Nachschulungskursen nur bei Fahrern, die eine BAK von unter 2,00 Promille aufgewiesen hatten, als sinnvoll zu bewerten war.

Auch UTZELMANN (1983) konnte die Wirksamkeit des Kursmodells „Mainz 77“ empirisch belegen. Durch die Kursteilnahme konnte die Zahl der Rückfälligen bei einer durchschnittlichen Bewährungszeit von zunächst zwei Jahren mehr als halbiert werden. Nach durchschnittlich 43 Monaten waren lediglich 8,9 % der Untersuchten (Gesamt-N = 450) erneut aufgrund von Alkoholdelikten auffällig geworden. Die niedrige Rückfallquote wird neben dem Erfolg der Schulungsmaßnahme darauf zurückgeführt, dass nur Probanden am Kurs teilnahmen, die als geeignet eingestuft worden waren (z. B. keine zu hohe BAK, kein Verdacht auf Alkoholabhängigkeit, Fehlen bestimmter körperlicher oder seelischer Erkrankungen). Günstig auf die Rückfallquote dürfte sich ebenfalls ausgewirkt haben, dass die Kursteilnahme freiwillig erfolgte.

Eine weitere Studie zur Wirksamkeit des Modells „Mainz 77“ legten BIRNBAUM et al. (2002) vor. Die Autoren untersuchten die Rückfallquoten von erstmals alkoholauffälligen Kraftfahrern, die nach einer Vorselektion einen Nachschulungskurs „Mainz 77“ besucht hatten, im Vergleich zu Personen, die an einem solchen Kurs nicht teilgenommen hatten. Überprüft wurde die Hypothese, dass die Rückfallquote der Kursteilnehmer trotz kürzerer Sperrfrist nicht höher sei als die der Kontrollgruppe.

Die beiden Untersuchungsstichproben wurden hinsichtlich der Variablen „Geschlecht“, „regionale Einflussgröße“ und „Zeitpunkt der Wiedererteilung der Fahrerlaubnis“ parallelisiert.

In der Experimentalgruppe (N = 460) wurden 12,6 % und in der Kontrollgruppe (N = 460) 17,4 % erneut alkoholauffällig. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist statistisch signifikant. Dabei ist festzustellen, dass in der Experimentalgruppe die jährlichen Zuwachsraten an erneut entdeckten Trunkenheitsfahrten stetig fielen, während in der Kontrollgruppe erst nach dem dritten Jahr ein deutlicher Abfall der Rückfälligkeit festzustellen war. Betrachtet man eine Teilstichprobe aus Personen, die im Rahmen dieser Studie einen Mindestbeobachtungszeitraum von fünf Jahren aufwiesen, so vergrößert sich die Differenz zwischen Experimental- und Kontrollgruppe noch: Die Rückfallquote der Experimentalgruppe lag für diesen Perso-

nenkreis bei 12,2 %, während in der Kontrollgruppe 18,4 % rückfällig wurden.

JACOBESHAGEN (1999, 2001) berichtet über die Evaluation des Modells „BUSS – Beratung, Untersuchung und Schulung in der Sperrfrist“ bei alkoholauffälligen Kraftfahrern, die im Zeitraum von 1994 bis 1996 durchgeführt wurde. Im Rahmen des Modells „BUSS“ werden alkoholauffällige Kraftfahrer, denen die Fahrerlaubnis entzogen wurde, bereits während der Sperrfrist einer Eignungsuntersuchung unterzogen. Die Betroffenen können anschließend an differenziert ausgestalteten Nachschulungsmaßnahmen teilnehmen. Durch die Maßnahme sollen sie in ihrem Bemühen um eine möglichst frühe Wiedererteilung der Fahrerlaubnis unterstützt werden. In der Untersuchung wurde die Rückfallquote der Teilnehmer des Modells „BUSS“ (N = 1.827) mit der Rückfälligkeit von konventionell nachgeschulten Kraftfahrern (N = 863) verglichen.

Die Rückfallquoten zeigten, dass sich das Modell „BUSS“ nicht negativ auf die Verkehrssicherheit auswirkte. Die Rückfallquote der BUSS-Teilnehmer lag mit 8,3 % nicht wesentlich über der Rückfallquote der Kontrollgruppe (in der MPU positiv beurteilte Personen) von 6,5 %. Für die Betroffenen bringt es allerdings erhebliche zeitliche Vorteile. Durch die vorgezogene Begutachtung und die Durchführung der im Rahmen des Modells „BUSS“ empfohlenen abgestuften Maßnahmen lässt sich die bisher häufige Überziehung der gerichtlichen Sperrfristen vermeiden, ohne dass sich die Rückfallquoten verschlechtern.

Erste Ergebnisse der Evaluation des Kurses „DRUGS – Drogen und Gefahren im Straßenverkehr“ stellen BRISCH et al. (2003) vor. Das Ziel der Maßnahme besteht in einer dauerhaften Distanzierung vom Drogenkonsum durch Abstinenz. Die vertraglich festgelegte Abstinenzverpflichtung wird in der sog. „Selbstbeobachtungsphase“ durch ein Drogenscreening überprüft. Das Kursziel gilt als erreicht, wenn der Teilnehmer persönliche Schwachstellen als Ursachen für den Drogenkonsum erkannt hat, für sich sinnvolle Verhaltensstrategien erarbeiten konnte und diese bereits erprobt und optimiert hat.

Für die Evaluation wurde die Legalbewährung von 91 drogenauffälligen Kraftfahrern aus Hessen, die seit 1997 nach einer MPU aufgrund einer entsprechenden Empfehlung an einem „DRUGS“-Kurs teilgenommen hatten, verglichen mit der Legalbewährung von 90 drogenauffälligen Kraftfahrern aus

Baden-Württemberg, die ein positives Gutachten – ohne Kursempfehlung – erhalten hatten. Für beide Gruppen bestand die Auflage, nach Abschluss des Kurses bzw. nach der MPU Drogenscreenings vorzulegen (in der „DRUGS“-Gruppe drei Screenings innerhalb von 21 Monaten, in der Kontrollgruppe vier Screenings innerhalb eines Jahres). Beide Gruppen waren hinsichtlich der Variablen „Geschlecht“, „Alter“ und „Beobachtungszeit“ parallelisiert.

Von den Kursteilnehmern wurden 8,8 % erneut durch eine Auffälligkeit im Zusammenhang mit Drogenbesitz oder Drogenkonsum bei den Verkehrsbehörden registriert gegenüber 21,1 % in der Kontrollgruppe. Die Rückfallquote erwies sich für die Teilnehmer an den „DRUGS“-Kursen als signifikant niedriger. Es zeigte sich weiterhin, dass die Untersuchungsteilnehmer, die nicht an einem Kurs teilgenommen hatten, vergleichsweise schneller wieder auffällig wurden. Neben drogenbedingten Auffälligkeiten waren für die Kontrollgruppe im Beobachtungszeitraum auch häufiger andere Verkehrsstraftaten und -ordnungswidrigkeiten aktenkundig geworden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Wirksamkeit von (teilweise seit Jahrzehnten) etablierten Kursmodellen für verkehrsauffällige Kraftfahrer weitgehend bestätigt ist. Die vorliegenden Studien hierzu sind oft sehr umfangreich angelegt und umfassen längere Beobachtungszeiträume. In der Regel wurden nicht nur Befragungen von Betroffenen über die Akzeptanz der Maßnahme und die Beibehaltung des Kurszieles durchgeführt, sondern zusätzlich ein „hartes“ externes Erfolgskriterium (Legalbewährung) überprüft.

Insgesamt gesehen sprechen die Untersuchungsergebnisse zur Evaluation von Kursmodellen für einen positiven Effekt des deutschen Fahrerlaubnissystems mit Selektionsdiagnostik, Kursangeboten und partieller fortgesetzter Vorenthaltung der Fahrerlaubnis gegenüber rein juristischen Sanktionen.

4.2 Evaluation von Verkehrstherapien und Verkehrsberatungen

Im Folgenden werden Evaluationsstudien von Therapie- und Beratungsmaßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer dargestellt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass vor allem solche Personen an Ver-

kehrstherapien teilnehmen, die eine massive Auffälligkeitsproblematik aufweisen, d. h., bei denen mit einer vergleichsweise höheren Rückfallquote gerechnet werden muss.

Das Modell „IVT-Hö“ ist eine individualpsychologische, psychotherapeutisch fundierte Verkehrstherapie für alkoholauffällige Kraftfahrer. Die Evaluation der „IVT-Hö“ wurde von 1986 bis 1993 von der BAST betreut. Hierbei analysierte HÖCHER (1990, 1992, 1994) die Daten von 201 alkoholauffälligen Kraftfahrern. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigten, dass drei Jahre nach Maßnahmenabschluss und Wiedererteilung der Fahrerlaubnis lediglich 3,6 % der Kraftfahrer rückfällig geworden waren.

Im Anschluss daran untersuchte ECHTERHOFF (1998, 1999) im Auftrag der BAST als externer Evaluator die Legalbewährung von 188 alkoholauffälligen Kraftfahrern im Zeitraum von fünf Jahren nach Abschluss der Maßnahme und Wiedererteilung der Fahrerlaubnis. Nach Beendigung der Verkehrstherapie erhielten 99 % der Klienten ein positives Gutachten. Innerhalb des Beobachtungszeitraumes wurden 6,4 % der Teilnehmer rückfällig. Diese Quote wird als sehr günstig bewertet und als Beleg für die hohe Wirksamkeit des Programms angesehen, zumal überwiegend Kraftfahrer mit zwei und mehr Promille an der Maßnahme teilgenommen hatten.

SOHN & MEYER-GRAMCKO (1991) untersuchten 447 Klienten, die an einer Verkehrstherapie teilgenommen hatten und von denen nach drei (in den Anfangsjahren nach zwei) Jahren ein verwertbarer Auszug aus dem Zentralregister des KBA vorlag (MEYER-GRAMCKO & SOHN, 1998a). 397 Klienten waren definitiv nicht wieder auffällig geworden, von 50 Klienten wurde ein Rückfall bekannt – dies entspricht einer Rückfallquote von 11,2 %. Zu beachten ist dabei, dass diese Quote bei einer Klientel erreicht wurde, die im Regelfall eine besonders ungünstige Prognose aufweist und meist vor der Verkehrstherapie bereits einmal negativ begutachtet worden war.

Differenziert man die Zahlen nach der Art der begangenen Verkehrsverstöße, so zeigt sich, dass die Rückfallquote bei den Alkoholtätern mit 7,1 % niedriger lag als in der Gesamtgruppe. Für sog. „Punktetäter“ fielen die Rückfallquoten dagegen deutlich höher aus. Die Autoren sehen hier ein wichtiges Aufgabengebiet für verkehrstherapeutische Ansätze.

„PRO-NON – Verkehrspsychologische Beratung und Therapie e. V.“ verfolgt das Ziel, durch geeignete psychotherapeutische Interventionen das Risiko für erneute verkehrsrechtliche Auffälligkeiten bei alkohol- oder suchtmittelauffälligen Kraftfahrern bzw. Kraftfahrern mit erheblichen Verkehrszuwendungen so weit zu senken, dass von diesen Personen in Zukunft keine erhöhte Verkehrsgefährdung mehr ausgeht. Dieses Ziel soll durch die Arbeit in Einzelpraxen erreicht werden. Abhängig von der Kompetenz des jeweiligen Therapeuten werden verhaltens-, gesprächstherapeutische oder tiefenpsychologisch orientierte Methoden eingesetzt.

„PRO-NON“ führt neben anderen qualitätssichernden Maßnahmen zwei Evaluationen durch:

- Die interne Evaluation: Sie findet jährlich statt und dient u. a. der statistischen Erfassung der Kriterien „MPU-Erfolg“ und „Therapieaufwand“. Die Ergebnisse werden in einem jährlich erscheinenden „PRO-NON“-Jahresbericht veröffentlicht.
- Die externe Evaluation: Sie gibt einen Überblick über die letzten fünf Jahre und dient ausschließlich der Erhebung des dritten Qualitätskriteriums, der Legalbewährung. Die Ergebnisse der externen Evaluation wurden 2000 erstmals veröffentlicht. Seit 2001 werden sie jährlich aktualisiert und publiziert.

Die interne Evaluation erbrachte folgende Ergebnisse (PRO-NON, 2003): Seit Beginn der statistischen Auswertungen hatten 96,1 % derjenigen Klienten von „PRO-NON“, die ihre Therapie bis zum Ende durchgeführt hatten, die Fahrerlaubnis wieder erlangt. Die Verkehrstherapie mit alkoholauffälligen Kraftfahrern dauerte im Mittel 19,5 Einzelstunden, die im Verlauf von durchschnittlich 24 Wochen durchgeführt wurden. Die Therapie mit reinen Punktetätern dauerte im Durchschnitt 15,6 Stunden über einen Zeitraum von durchschnittlich 22 Wochen.

Um die Legalbewährung zu prüfen (externe Evaluation), wurde im September 2000 eine anonyme Umfrage bei 792 ehemaligen Klienten durchgeführt (zitiert nach <http://www.pronon.de/Vpsychol/psychich.htm>, 05.11.2004). Die Rücksendequote lag – bezogen auf die Zahl der zugestellten Anschreiben – bei 67 %. Unter Abzug der Rücksendungen, in denen Untersuchungsteilnehmer angaben, dass sie die Fahrerlaubnis nicht wieder beantragt oder nicht wieder erhalten hätten (N = 11), lag

die Erfolgsquote bei 98,4 %, d. h., nur 1,6 % der Klienten war die Fahrerlaubnis in einem Zeitraum von einem bis zu zehn Jahren wieder entzogen worden.

In einer weiteren Untersuchung wurde geprüft, ob überwiegend Personen mit positiver Legalbewährung der Bitte um Rücksendung der Fragebögen nachgekommen waren. Dazu wurden Daten bei den zuständigen Verkehrsbehörden eingeholt. Die Abweichung zwischen der in der ersten Untersuchung errechneten Erfolgsquote und der Erfolgsquote aus der Kontrolluntersuchung betrug lediglich 3 %.

SCHEUCHER et al. (2002, 2003a) führten eine Wirksamkeitsprüfung des verkehrstherapeutischen Programms „Nüchtern fahren“ durch. Ziel der Therapie ist die Wiederherstellung der Fahreignung von alkoholauffälligen Kraftfahrern mit einer ausgeprägten Alkoholproblematik, die sich im Grenzbereich zur Alkoholabhängigkeit bewegen. Die Therapiedauer liegt bei durchschnittlich 12-14 Stunden.

Zur Evaluation der Maßnahme wurde ein 21 Items umfassender Fragebogen zusammengestellt und allen Personen zugesandt, die in den Jahren 1995 und 1996 das Programm „Nüchtern fahren“ abgeschlossen hatten. In die Stichprobe gingen nur Personen ein, die zur Tatzeit eine BAK von mindestens 1,6 Promille aufgewiesen hatten oder mehrfach wegen Trunkenheit im Straßenverkehr aufgefallen waren. Der Zeitraum zwischen der Datenerhebung 1999/2000 und dem Therapieende betrug etwa fünf Jahre. Insgesamt wurden 220 Fragebögen verschickt, die Rücklaufquote lag bei 30 %. In einer Prüfung konnte die Repräsentativität der Stichprobe hinsichtlich Alter und Geschlecht sowie der Verteilung der Delikthäufigkeit und Promillehöhe festgestellt werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass es der überwiegenden Zahl der Klienten gelungen war, Trinken und Fahren zu trennen bzw. ihre Vorsätze hinsichtlich ihres Alkoholkonsums auch nach fünf Jahren einzuhalten, d. h., keinen oder nur geringe Mengen Alkohol zu trinken. 71,4 % der Befragten gaben an, den Vorsatz zu haben, beim Fahren vollständig auf Alkoholkonsum zu verzichten (Null-Promille-Grenze); 19,7 % nahmen sich vor, höchstens zwei alkoholische Getränke zu konsumieren (0,3-Promille-Regel). Diese „guten Vorsätze“ wurden – den Angaben der Untersuchungsteilnehmer zufolge – meist auch in der Fahrpraxis eingehalten. Keine der befragten Personen hatte die Fahrerlaubnis in dem betrachteten Zeitraum erneut verloren.

Zudem stuften die weitaus meisten Befragten das Fahren unter Alkoholeinfluss als „sehr problematisch“ ein, durch das die Unfallwahrscheinlichkeit „erhöht“ bzw. „sehr erhöht“ wird. Hieraus schließen die Autoren auf ein deutlich ausgeprägtes Problembewusstsein der Untersuchungsteilnehmer.

Von denjenigen Personen, die zum Ende der Therapie den Vorsatz hatten, langfristig abstinent zu leben (41,9 % aller Klienten), hielten 84,7 % diesen Vorsatz ein. Lediglich 6,4 % änderten ihre Ansicht und tranken fünf Jahre später wieder Alkohol. Insgesamt gaben 73,6 % der Klienten an, seltener als dreimal in der Woche Alkohol zu sich zu nehmen.

Im Rahmen einer Prüfung der Legalbewährung konnte für Klienten der Jahrgänge 1995/1996 eine Rückfallquote von 9,15 % nach sieben Jahren ermittelt werden (SCHEUCHER et al., 2003b). Unter Berücksichtigung der Ergebnisse von MEYERGRAMCKO & SOHN (1998a), wonach Rückfallquoten von unter 15 % nach einem Zeitraum von drei Jahren den Erfolg der Maßnahme bestätigen, wird das Programm „Nüchtern fahren“ von SCHEUCHER et al. (2003b) als wirksam eingestuft.

An der Untersuchung von SCHEUCHER et al. (2003a) wurde allerdings auch Kritik laut. So hält JANSEN (2003) die Repräsentativität der Untersuchungsstichprobe angesichts einer Rücklaufquote von 30 % für nicht gegeben. Zudem bemängelt er bzgl. des methodischen Vorgehens das Fehlen einer Kontrollgruppe. SCHEUCHER et al. (2003b) merken hierzu an, dass aus ethischen Gründen bei verkehrspsychologischen Untersuchungen ein Kontrollgruppendesign unüblich ist. Auch dem zweiten Kritikpunkt widersprechen sie, da die Verteilung bereits aus anderen empirischen Untersuchungen bekannter wesentlicher Merkmale für eine erfolgreiche Kursteilnahme in der Stichprobe der Untersuchungsteilnehmer der Verteilung ebener jener Merkmale in der Grundgesamtheit entsprechen hätte.

Auch zu Maßnahmen, die man unter dem Begriff „Beratung“ zusammenfassen kann, liegen Evaluationsstudien vor. Deren Ergebnisse werden im Folgenden zusammengefasst:

Die verkehrspsychologische Intensivberatung („VIB“) der Pluspunkt GmbH hat das Ziel, verkehrsauffälligen Fahrern, denen die Fahrerlaubnis entzogen wurde, Einsicht in ihr Verhalten zu ver-

mitteln und sie zur Verhaltensänderung zu befähigen. Hierzu gehören sowohl die Vorbereitung auf die MPU, die im Falle eines positiven Gutachtens die Wiedererlangung der Fahrerlaubnis zur Folge hat, als auch die Sicherung der Legalbewährung (WIESNER, 2000).

In einer Evaluationsstudie (GOSCH, 2002) wurden die Akzeptanz der Maßnahme durch die Klienten und die Erfolgsquote bei der MPU überprüft. Die Auswertung der Fragebögen ergab eine hohe Zufriedenheit der Teilnehmer in allen erfragten Bereichen der „VIB“ (Struktur und Rahmenbedingungen, Umfang der Beratung, Inhalte, persönlicher Nutzen). 72 % der Klienten erhielten ein positives Gutachten. Bei 9 % wurde die Teilnahme an einem Kurs zur Wiederherstellung der Kraftfahrereignung empfohlen, d. h., sie erhielten ihre Fahrerlaubnis zurück, nachdem sie an einer entsprechenden Maßnahme teilgenommen hatten. In 16 % der Fälle wurde ein negatives Gutachten erstellt. Die Erfolgsquote bei der MPU stieg in Abhängigkeit der absolvierten Beratungsstunden von 60 % bei einer bis fünf Stunden über 90 % bei mehr als 15 Stunden bis zu 100 % bei mehr als 20 Stunden. Eine Überprüfung der Legalbewährung fand nicht statt.

HEMBERGER (2003) entwickelte das ambulante Beratungskonzept „Gestern-Heute-Morgen“ (GHM) für alkoholauffällige Kraftfahrer. Im Rahmen einer Fragebogenuntersuchung (N = 153) wurde die Effektivität der Interventionsmethode überprüft. Die Rücklaufquote betrug 55,7 %. Durchschnittlich lagen 23 Monate zwischen dem Ende der Maßnahme und der Fragebogenerhebung.

Nichtantworter wurden bei der Auswertung als „wieder trinkend“ eingestuft. Die Erfolgsquote bei der MPU war bereits durch eine vorausgegangene Rückfrage bekannt: Die erste MPU schlossen 84,3 % erfolgreich ab, die übrigen 15,7 % benötigten hierzu einen zweiten Versuch.

Von den Klienten, die den Fragebogen zurückschickten, gaben 65,6 % an, abstinent zu leben, während 34,4 % wieder Alkohol konsumierten. Dabei war festzustellen, dass gerade die jüngeren, d. h. die bis 40-jährigen Klienten, den Alkoholkonsum häufiger wieder aufgenommen hatten als ältere. Allerdings gaben nur zwei Klienten an, wieder so viel Alkohol zu konsumieren wie vor der Beratung, was nach HEMBERGER (2003) auf eine Veränderung der Konsumgewohnheiten hin zu

einem sozialadäquateren Trinkverhalten bei einem Großteil der Klienten hinweist.

GRAUMANN (2000) evaluierte eine verkehrspsychologische Einzelberatung für alkoholauffällige Kraftfahrer vor der MPU. Im Rahmen des Modells „pbz“ (Psychologisches Beratungszentrum) wird der Klient u. a. mit seinen problematischen Erlebens- und Verhaltensweisen konfrontiert, Abwehrmechanismen werden besprochen, Wissen über die Wirkung von Alkohol vermittelt und ein einfaches lerntheoretisches Modell zur Erklärung der auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen seines Trinkverhaltens erarbeitet. Im Rollenspiel werden neue Handlungs- und Konfliktlösungsstrategien eingeübt. Der Berater prüft die mit dem Klienten getroffenen Vereinbarungen hinsichtlich der Trinkmengen und -häufigkeiten sowie der Freizeitaktivitäten auf den Grad der Zielerreichung hin und gibt ihm Rückmeldung hierzu.

Im Rahmen der empirischen Prüfung wurde der Erfolg der alkoholauffälligen „pbz“-Klienten, die im Zeitraum 1990 bis März 1995 an der Beratung teilgenommen hatten, mit den Zahlen aus der TÜV-Statistik für die Bundesrepublik Deutschland für den Zeitraum von 1992 bis 1994 (Grundgesamtheit aller MPU-Teilnehmer in dieser Zeit) verglichen. Dabei zeigte sich, dass 66 % der Befragten nach der Maßnahme im „pbz“ ein positives Gutachten erhielten (im Vergleich zu lediglich 29 % positiver Gutachten in der TÜV-Statistik). Nur 22 % der „pbz“-Klienten wurden negativ begutachtet (dagegen 48 % in der TÜV-Statistik). Auch Gutachten mit Nachschulungsempfehlung waren in der „pbz“-Stichprobe mit rund 12 % seltener vertreten als in der TÜV-Statistik (23 %).

Geprüft wurde weiterhin die Rückfallhäufigkeit in einem Zeitraum von drei Jahren nach Wiedererteilung der Fahrerlaubnis. Hierzu wurde 133 Personen, die die Maßnahme erfolgreich abgeschlossen hatten, ein 22 Items umfassender Fragebogen zugeschickt. Die Datenauswertung ergab eine Rückfallquote von 4,8 %.

BRANDES (2003a) führte eine Wirksamkeitsuntersuchung von Maßnahmen der Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle des AGJ – Fachverband für Prävention und Rehabilitation in der Erzdiözese Freiburg e. V. – durch. In Zusammenarbeit mit der Evangelischen Fachhochschule Freiburg wurden zehn Teilnehmer einer sog. „Führerscheingruppe“ untersucht. Insgesamt äußerten die Befragten ihre subjektive Zufriedenheit mit

dem Angebot, wobei individuell entweder die Gruppenarbeit oder die Einzelgespräche positiver bewertet wurden. Alle Klienten, die sich einer MPU unterzogen hatten, erhielten ihre Fahrerlaubnis zurück. Bei der Bewertung der Ergebnisse wird betont, dass es sich um ein exploratives Design handle und Vorsicht bei Verallgemeinerungen geboten sei.

Zusätzlich hat BRANDES (2003b) die Ergebnisse seiner Beratungsarbeit für die Jahre 2002 und 2003 zusammengefasst. Alle 28 Klienten, die sich in dieser Zeit einer MPU unterzogen hatten, waren dabei erfolgreich, wobei ein Klient zwei Versuche benötigte.

SCHMIDT (2000) führte eine Fragebogen-Erhebung über die Rückfallquote der von ihm durchgeführten Kurzzeit-Intensivmaßnahme „FOR“ (Fahren ohne Risiko, Dauer mindestens 12 Stunden, Einzelgespräche) und der Langzeitmaßnahme „VLM“ (Verkehrspädagogische Langzeitmaßnahme) durch. Von 106 verschickten Fragebögen wurden 47 zurückgesandt (44 %) (<http://www.beratung.de>, 12.06.2004). Insgesamt konnten 98 % der Klienten die MPU positiv abschließen, 2 % fielen durch. 11 % der Klienten gaben an, dass nach der MPU Rückfälle in die alten, „schlechten Gewohnheiten“ vorgekommen seien. Allerdings wurde keiner dieser Fälle aktenkundig, niemand fiel erneut wegen des Deliktes, das zur MPU geführt hatte, auf. Insgesamt verweisen diese Ergebnisse nach SCHMIDT (2000) auf die hohe Wirksamkeit des Beratungsangebots.

Weiterhin prüfte SCHMIDT (2000) die Zufriedenheit seiner Klienten mit Hilfe eines Fragebogens. Diesen legte er ihnen durchschnittlich ein Jahr nach Ende der Intervention vor; die ehemaligen Teilnehmer wurden gebeten, die Maßnahme zu bewerten. Insgesamt zeigten sich die Teilnehmer zum weit überwiegenden Teil „zufrieden“ bis „sehr zufrieden“ mit der Intervention.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Evaluationsstudien zur Wirksamkeit von Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer auch außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs durchgeführt werden. Die veröffentlichten Ergebnisse belegen grundsätzlich die Wirksamkeit der Interventionsmodelle, wobei berücksichtigt werden muss, dass aufgrund des hohen Aufwandes oft nur Befragungen der ehemaligen Teilnehmer durchgeführt und keine externen Daten, z. B. bei Verkehrsbehörden oder beim Kraftfahrt-Bundesamt, erhoben werden.

5 Erhebung zu Rehabilitationsmaßnahmen außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs

Im Folgenden wird die durchgeführte Erhebung zur Sichtung und Bewertung von Rehabilitationsmaßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs dargestellt. Ausgehend von der Fragestellung wird zunächst das methodische Vorgehen zur Datenerhebung erläutert. Daran anschließend werden die wichtigsten Untersuchungsbefunde zusammengefasst und Einschränkungen bei der Interpretation der Ergebnisse diskutiert.

5.1 Fragestellung

Durch die vorliegende empirische Erhebung soll eine Bestandsaufnahme von Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs erfolgen. Die Untersuchung ist als Erkundungsstudie konzipiert, sie verfolgt das Ziel, Strukturen und Qualitätsmerkmale bereits existierender Interventionsansätze zu beschreiben.

Aufgrund der erhobenen Daten sollen die Rolle und Bedeutung von Maßnahmen außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs im Gesamtsystem der Kraftfahrerrehabilitation in Deutschland abgeschätzt werden. Weiterhin sollen grundlegende Anforderungen für einen wirksamen Beitrag der bestehenden Ansätze zur Rehabilitation verkehrsauffälliger Kraftfahrer formuliert sowie Vorschläge für qualitätssichernde Maßnahmen zusammengestellt werden.

5.2 Methodisches Vorgehen der Befragung

Angesichts der Vielzahl unterschiedlichster Therapie- und Beratungsangebote für verkehrsauffällige Kraftfahrer war davon auszugehen, dass eine repräsentative oder gar vollständige Erfassung aller angebotenen Maßnahmen nicht möglich sein würde.

Stattdessen wurde die Perspektive eines Betroffenen, d. h. eines Kraftfahrers, der sich nach dem Entzug der Fahrerlaubnis um fachliche Unterstützung bemüht, eingenommen. Ansprechpartner bei der Suche nach entsprechenden Informationen dürften dabei in erster Linie die Mitarbeiter von Füh-

erscheinstellen sein. Aus diesem Grund wurden zunächst bundesweit Fahrerlaubnisbehörden kontaktiert, um Angaben über Therapie- und Rehabilitationsangebote für verkehrsauffällige Kraftfahrer zu erhalten. Darüber hinaus wurde eine Internetrecherche durchgeführt, da davon ausgegangen werden konnte, dass heutzutage viele Anbieter dieses Medium nutzen, um auf die von ihnen durchgeführten Maßnahmen aufmerksam zu machen. Allen so ermittelten Anbietern, bei denen deutlich wurde, dass sie Interventionen außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs durchführen, wurde ein Fragebogen zugesandt mit der Bitte, ihre Tätigkeit zu beschreiben.

Aufgrund der Tatsache, dass die Angebote für verkehrsauffällige Kraftfahrer sehr heterogen sind, wurden in dem Fragebogen in der Regel offene Fragen gestellt, um es den Untersuchungsteilnehmern zu ermöglichen, ihr Interventionskonzept individuell und möglichst zutreffend zu beschreiben. Eine Einengung der Antwortalternativen durch die Vorgabe überwiegend gebundener Items sollte vermieden werden, da dies wahrscheinlich zu einem Informationsverlust geführt hätte. Darüber hinaus wurde den Anbietern die Möglichkeit eingeräumt, eigenes Informationsmaterial zu übersenden. Daraus resultiert, dass eine Auswertung der erhobenen Informationen mittels quantitativer Methoden nicht möglich war, sondern lediglich auf deskriptivem Niveau erfolgen konnte.

5.2.1 Befragung von Verkehrsbehördenmitarbeitern

Von den 512 Verkehrsbehörden, die es in Deutschland gibt (<http://www.kba.de>, 23.07.2003), wurden von August bis Oktober 2003 bundesweit 450 kontaktiert. Einige Behörden, vor allem in kleineren Gemeinden oder Landkreisen, verwiesen bei der Frage nach ortsansässigen Maßnahmeanbietern an andere Stellen, z. B. die Führerscheinstelle einer nahe gelegenen Großstadt oder die oberste Landesbehörde. Auf Nachfrage wurde mitgeteilt, dass auch andere Verkehrsbehörden in der Region selbst keine Beratung von verkehrsauffälligen Kraftfahrern durchführten. Insofern erschien es nicht nötig, mit diesen Behörden Kontakt aufzunehmen.

Die Befragung von Behördenmitarbeitern erfolgte zunächst mit Hilfe eines halbstandardisierten Interviewleitfadens. Geplant war, Daten über die Anbieter ausschließlich durch ein Gespräch zu erheben, in dem unter anderem auch eine Bewertung durch

den Mitarbeiter erfolgen sollte („Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Anbieter gemacht?“ oder „Was sind Ihrer Meinung nach die Stärken und Schwächen der angebotenen Maßnahme?“).

Dieses Vorgehen erwies sich als nicht praktikabel. Die Behördenmitarbeiter erwiesen sich zwar bundesweit durchweg als kooperativ, andererseits nahm ein längeres Interview (z. B. wenn viele Anbieter im Zuständigkeitsbereich einer Behörde bekannt waren) relativ viel Zeit in Anspruch. Darüber hinaus wurde deutlich, dass es häufig Widerstände dagegen gab, eine Bewertung der Maßnahme oder des Trägers vorzunehmen.

Um beim Gesprächspartner die Akzeptanz zur Mitarbeit zu erhöhen, wurde auf die Bitte um Bewertung der Angebote schließlich verzichtet, zumal bei den durchgeführten Befragungen immer nur mit einem mehr oder weniger zufällig ausgewählten Mitarbeiter der jeweiligen Fahrerlaubnisbehörde gesprochen wurde und möglicherweise nur dessen subjektive Meinung und lediglich die von ihm präferierte Handlungsweise protokolliert werden konnten. Dadurch ist eine allgemeingültige Aussage über die grundsätzlich praktizierte Vorgehensweise, beispielsweise für ein bestimmtes Bundesland, nur eingeschränkt möglich.

Um eine möglichst große Bereitschaft zur Mitarbeit zu erreichen, wurden die Behördenmitarbeiter letztlich gebeten, Informationen zu den einzelnen Anbietern in schriftlicher Form (als Listen oder Broschüren) oder als E-Mail zuzusenden. Dieses Angebot wurde gerne genutzt. So wurden die Informationen je nach Kooperationsbereitschaft des Gesprächspartners entweder durch ein längeres Interview erhoben und schriftlich protokolliert, oder es wurde nur ein kurzes Gespräch geführt und die zugesandten Unterlagen wurden später ausgewertet.

Aufgrund der Tatsache, dass einige Behörden selbst keine Informationen über Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer zur Verfügung stellen, sondern an andere Stellen weiterverweisen, wurden auch Begutachtungsstellen für Fahreignung angeschrieben und gebeten, Adressen von Anbietern außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs mitzuteilen. Dieser Bitte kamen nur sehr wenige Begutachtungsstellen nach.

Darüber hinaus wurden von den Behörden übersandte Listen (z. B. der amtlich anerkannten verkehrspsychologischen Berater) hinsichtlich potenzieller Untersuchungsteilnehmer ausgewertet.

Im Laufe der Datenerhebung zeigte sich, dass einige Anbieter sowohl eigene Maßnahmen, darüber hinaus aber auch Kurse zur Wiederherstellung der Kraftfahrereignung nach § 70 FeV im Auftrag eines akkreditierten Trägers durchführen. Einige der angeschriebenen potenziellen Untersuchungsteilnehmer verwiesen deshalb für weitere Informationen an die Zentralstelle des jeweiligen Trägers. Zur Vervollständigung des Bildes über Therapie- und Rehabilitationsangebote wurden deshalb alle im Frühjahr 2004 bei der BAST akkreditierten Stellen angeschrieben und gebeten, ihre Einrichtung und ihre Angebote im Rahmen des Projekts zu präsentieren. Da nur zwei Institutionen dieses Angebot nutzten (DEKRA Akademie GmbH und Nord-Kurs GmbH), erscheint eine Darstellung nicht sinnvoll. Ein Überblick über Stellen, die Kurse zur Wiederherstellung der Kraftfahrereignung durchführen, sowie die aktuell angebotenen Kursmodelle findet sich auf der Internetseite der BAST (<http://www.bast.de>).

Den so bekannt gewordenen Anbietern wurde ein Fragebogen zur Beschreibung ihrer Maßnahmen für auffällig gewordene Kraftfahrer zugesandt, der im Folgenden beschrieben wird.

5.2.2 Entwicklung eines Fragebogens für Anbieter von Maßnahmen

Angelehnt an § 70 FeV, der „Anforderungen an Träger von Stellen, die Kurse zur Wiederherstellung der Kraftfahrereignung durchführen“ (BAST, 2003), und unter Berücksichtigung der Vorgehensweise und Ergebnisse des Forschungsprojekts „AND-REA“ (Analysis of Driver Rehabilitation Programmes, BARTL et al., 2002; vgl. auch Teil B des vorliegenden Berichts) wurde ein Fragebogen für Anbieter von Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs konstruiert. Mit diesem Instrument sollten die durchgeführten Interventionsmaßnahmen möglichst umfassend beschrieben werden. Zusätzlich wurden die Anbieter gebeten, weiterführende Informationen (z. B. Therapiemanuale, durchgeführte Evaluationsstudien) zur Verfügung zu stellen.

In einem ersten Entwurf des Fragebogens wurden folgende Themenbereiche erfasst:

- Allgemeine Rahmenbedingungen:
Name der Einrichtung und des angebotenen Therapie-/Rehabilitationsprogramms, Anzahl der Mitarbeiter, Art und Anzahl der Räumlichkeiten

ten, Jahr der Einführung der Maßnahme, Dauer der Maßnahme, Anzahl der Teilnehmer pro Kurs, Gesamtzahl der Teilnehmer im vergangenen Jahr, Kosten für die Teilnahme, evtl. weitere beteiligte Einrichtungen.

- Durchführung der Maßnahme:
Zielgruppe, Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen, Ausschlusskriterien, Ziele der Maßnahme, eingesetzte Interventionsmethoden, Zuweisung zur Maßnahme (z. B. durch Behörden, Auflagen/Empfehlungen im Gutachten), Folgen der Teilnahme bzw. der Teilnahmeverweigerung, Teilnahmebescheinigungen, Sitzungsprotokolle, Umgang mit auftretenden Problemen, Stärken und Schwächen der Maßnahme.
- Personal:
Qualifikation, Einweisung von Mitarbeitern, Bereitstellung von Fachliteratur, Weiterbildung/Supervision, Mindest-/Höchstanzahl durchzuführender Maßnahmen pro Kursleiter/Berater/Therapeut.
- Qualitätssicherung:
Schriftliches Manual, Dokumentation von Klientenrückmeldungen, Durchführung von Evaluationsstudien, Führen und Aufbewahren von Statistiken, Aufbewahren und Löschen personenbezogener bzw. vertraulicher Daten, weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Ein Entwurf des Fragebogens wurde an zwei Anbieter mit der Bitte versandt, diesen auf Praktikabilität zu überprüfen. Dabei zeigte sich, dass ein einziger Fragebogen zu unflexibel ist, um die sehr heterogenen Maßnahmen zu beschreiben. Beispielsweise handelt es sich bei der Zielgruppe des Forschungsprojekts zu einem nicht unerheblichen Teil um kleinere Institute bzw. um „Ein-Mann-Unternehmen“, andererseits aber auch um überregionale Verbände bzw. Zusammenschlüsse mehrerer Anbieter. In vielen Fällen werden Angebote für unterschiedliche Zielgruppen gemacht, z. B. verschiedene Programme für alkoholauffällige Kraftfahrer und Drogenkonsumenten. Einzel- und Gruppeninterventionen können entweder eigenständig oder als Kombination angeboten werden.

Aus diesem Grund wurde der Fragebogen grundlegend überarbeitet und in drei Module aufgeteilt, die der Anbieter je nach Art der durchgeführten Maßnahmen auswählen und kombinieren sollte. So gab es einen „allgemeinen“ Teil, den alle Untersuchungsteilnehmer ausfüllen sollten. Er beinhaltete generel-

le Angaben zum Anbieter (Adresse, Telefonnummer usw.), eine Auflistung der durchgeführten Maßnahmen, Fragen zum Personal und dessen Qualifikation, Einweisung und Weiterbildung/Supervision von Mitarbeitern, Räumlichkeiten, Erhebung von Rückmeldungen und zusätzlichen Informationen zu den durchgeführten Maßnahmen, Durchführung von Evaluationsstudien, Führen von Statistiken, Regelungen zur Aufbewahrung und zum Löschen personenbezogener und vertraulicher Daten sowie die Frage, ob qualitätssichernde Maßnahmen bereits eingeführt sind bzw. ob deren Einführung geplant ist.

Ein spezieller Fragebogen beschäftigte sich mit der Durchführung von Einzelinterventionen. Er sollte, wenn unterschiedliche Angebote gemacht werden, für jede Einzelmaßnahme getrennt ausgefüllt werden. Er umfasste Informationen zur Zielgruppe, der Dauer der Maßnahme, Durchführung eines Eingangsgespräches, Ausschlusskriterien, angestrebte Ziele und dazu eingesetzte Methoden, Grad der Standardisierung von Zielen und Methoden, Zuweisungsmodalitäten, Art der Teilnahmebescheinigungen, Sitzungsprotokolle, Stärken der Maßnahme, Kosten, Anzahl der Teilnehmer im vergangenen Jahr sowie eventuell weitere an der Durchführung der Maßnahme beteiligte Einrichtungen.

Der Fragebogen zur Beschreibung von Angeboten für Gruppen beinhaltete die gleichen Themenbereiche wie der Bogen für Einzelmaßnahmen. Zusätzlich wurden Angaben zur Gruppengröße und Anzahl der an einem Kurs beteiligten Therapeuten/Kursleiter erfragt.

Dieser überarbeitete Fragebogen wurde vier weiteren Anbietern vorgelegt und aufgrund ihrer Rückmeldungen noch einmal geringfügig modifiziert. Ein Exemplar des Fragebogens befindet sich im Anhang.

5.2.3 Zusätzliche Recherchen

Im Internet ist eine sehr große Zahl von Anbietern von Maßnahmen für auffällig gewordene Kraftfahrer präsent. Wird beispielsweise in der Suchmaschine „Google“ der Suchbegriff „Kurse Kraftfahrer“ eingegeben, so erhält man über 2.800 Hinweise, über die Stichwortsuche „Kurse Vorbereitung MPU“ über 580 Adressen (Stand Oktober 2003). Obwohl nicht hinter jeder Adresse ein Beratungs-, Therapie- oder Rehabilitationsangebot steht, sondern häufig nur allgemeine Tipps und Hinweise gegeben werden,

zeigt dies doch, wie intensiv das Medium Internet von entsprechenden Anbietern genutzt wird. Exemplarisch wurden die ersten 200 Internetseiten, die bei den oben genannten Begriffen von der Suchmaschine aufgelistet wurden, hinsichtlich der Qualifikation und Berufserfahrung der Anbieter, der angesprochenen Zielgruppen sowie der Inhalte und Ziele der Maßnahme ausgewertet.

Darüber hinaus wurde das Internet durchsucht, um einen tieferen Einblick in die Arbeit mit verkehrsauffälligen Kraftfahrern von Seiten der Beratungsstellen zu erhalten. Hinsichtlich der beiden großen kirchlichen Verbände (Deutscher Caritasverband, Diakonisches Werk) wurde dabei das Hauptaugenmerk auf Angaben zum Organisationsaufbau und zu Rahmenkonzeptionen sowie auf statistische Übersichten gelegt. Neun kirchliche Stellen, bei denen aufgrund der vorliegenden Informationen davon ausgegangen werden konnte, dass sie sich mit der Problematik verkehrsauffälliger Kraftfahrer besonders befassen, wurden ausgewählt und individuell mit der Bitte um weitere Informationen angeschrieben.

Vereinzelt weisen kommunale oder staatliche Einrichtungen im Internet ebenfalls auf Angebote für verkehrsauffällige Kraftfahrer hin. Auch hier wurden exemplarisch 12 Institutionen schriftlich um weitere Informationen gebeten (z. B. sozialpsychiatrische Dienste, Gesundheitsämter). Zusätzlich wurden die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen und die Landesstelle gegen Suchtgefahren e. V. Berlin kontaktiert.

5.3 Untersuchungsergebnisse

Im Folgenden werden zunächst die Erkenntnisse, die aus der Befragung von Verkehrsbehördenmitarbeitern gewonnen wurden, dargestellt. Anschließend wird die Untersuchungsstichprobe der Maßnahmeanbieter beschrieben, die Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung werden zusammengefasst. Dazu wurde die Untersuchungsstichprobe in drei Gruppen aufgeteilt:

- Beratungsstellen,
- Diplom-Psychologen,
- Vertreter anderer Berufsgruppen.

Daran anschließend werden Einschränkungen hinsichtlich der Aussagekraft der erhobenen Befunde diskutiert, die sich vor allem aufgrund der mangeln-

den Repräsentativität der Untersuchungsstichprobe ergeben. Abschließend werden die Ergebnisse der Internetrecherche wiedergegeben.

5.3.1 Ergebnisse der Befragung von Verkehrsbehördenmitarbeitern

Insgesamt liegen Informationen von 425 Führerscheinstellen bundesweit vor, einzelne Behörden konnten telefonisch nicht erreicht werden, einige sagten die Übersendung von Informationsmaterial zu, unterließen dies – trotz telefonischer Erinnerung – jedoch.

Angesichts der erhobenen Daten zeigen sich zwischen den Bundesländern, aber auch innerhalb jedes Bundeslandes Unterschiede in der Art und Weise, wie den Kunden (hierbei handelt es sich in der Regel um Antragsteller auf Wiedererteilung der Fahrerlaubnis) Informationen zu Anbietern von Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen gegeben werden.

Die Unterschiede zwischen den Verkehrsbehörden wurden bereits bei der Einschätzung, inwiefern ein ausreichendes Angebot an Maßnahmen vorhanden ist bzw. in welchen Bereichen ein zusätzlicher Bedarf besteht, deutlich. So äußerten einige Behördenmitarbeiter, dass ein dringender Bedarf an Programmen für spezielle Kraftfahrergruppen (z. B. Drogenkonsumenten oder Personen, die der deutschen Sprache nicht oder nur unzureichend mächtig sind) bestehe, in der Nachbargemeinde wurde die Versorgungslage dagegen als ausreichend eingeschätzt.

Auch die Art und der Umfang der Informationen, die einem ratsuchenden Kraftfahrer gegeben werden, unterscheiden sich zum Teil erheblich. So wurde beispielsweise von einer Behörde mitgeteilt, dass – entsprechend einer Weisung durch die oberste Landesbehörde – Kunden ausschließlich auf akkreditierte und anerkannte Maßnahmenträger hingewiesen würden, in der Nachbarbehörde (im selben Bundesland) aber auch andere Anbieter empfohlen wurden, weil der Mitarbeiter die Maßnahme kannte und positiv bewertete. Mit dem Argument, Wettbewerbsverzerrungen vermeiden zu wollen, wurde von einigen Mitarbeitern ihr Vorgehen begründet, dass den Kunden überhaupt keine Informationen mündlich gegeben oder in schriftlicher Form ausgelegt würden und stattdessen an Begutachtungsstellen für Fahreignung verwiesen würde. Die gleiche Begründung wurde aber auch angeführt, wenn die Broschüren aller Anbieter, die bei der Behörde vor-

stellig geworden waren, den Interessenten zur Verfügung gestellt wurden.

Bei einigen Befragungen wurde seitens der Behördenmitarbeiter eine gewisse Unsicherheit geäußert, in welchem Umfang und in welcher Weise Informationen weitergegeben werden dürfen, und über mangelnde bzw. unklare Vorgaben seitens der obersten Landesbehörde geklagt. Vereinzelt wurden Anbieter genannt, die dem Mitarbeiter bekannt waren, gleichzeitig wurde aber darauf hingewiesen, dass diese Information nicht an Kunden weitergegeben würde, entweder weil dies den Vorgaben des zuständigen Verkehrsministeriums widerspreche oder die Maßnahme nicht empfehlenswert erscheine.

Die verschiedenen Möglichkeiten, wie Informationen über Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen an Kunden weitergegeben werden, sind zusammengefasst die folgenden:

- Es werden keinerlei Informationen zu Anbietern gegeben, stattdessen wird an andere Stellen verwiesen (z. B. Begutachtungsstellen für Fahrtauglichkeit). Dies geschieht oft mit dem Argument, dass man Wettbewerbsverzerrungen vermeiden will, d. h., man geht davon aus, dass nicht alle Anbieter der Verkehrsbehörde Informationen zur Verfügung stellen bzw. dort bekannt sind. Allerdings kann gerade dieses Vorgehen wegen der seit 1999 praktizierten Trennung von Begutachtung und Rehabilitation zu Wettbewerbsverzerrungen führen.
- Es werden nur Informationen über die von der BAST akkreditierten und/oder durch die oberste Landesbehörde anerkannten Anbieter weitergegeben.
- Es werden Informationen von allen Anbietern ausgelegt, die der Behörde entsprechendes Material zur Verfügung stellen.
- Es wird eine individuelle Beratung durchgeführt und anhand der Merkmale des Einzelfalls und aufgrund der Erfahrungen des Mitarbeiters eine bestimmte Intervention empfohlen.

Darüber hinaus ist den Angaben der befragten Verkehrsbehördenmitarbeiter Folgendes zu entnehmen:

Überregionale Anbieter von anerkannten Kursen zur Wiederherstellung der Kraftfahrereignung sind bundesweit bekannt. Sie haben ihren Sitz meist in

größeren Städten und versorgen von dort aus das Umland. Betroffene aus ländlichen Gebieten, in denen das Angebot von Behördenmitarbeitern häufig als unzureichend bezeichnet wurde, müssen teilweise weite Anreisewege in Kauf nehmen, wenn sie an einer Interventionsmaßnahme teilnehmen wollen. Von einigen Behörden, die im Grenzbereich zu anderen Bundesländern liegen, wird der fehlende Informationsaustausch zu angebotenen Maßnahmen und dem behördlichen Umgang mit verkehrsauffälligen Kraftfahrern über die Landesgrenze hinweg beklagt.

Es wird ein Bedarf gesehen für Maßnahmen, die sich an spezielle Kraftfahrergruppen richten, beispielsweise (junge) Drogenkonsumenten oder Menschen, die aus einem anderen Kulturkreis stammen.

Oft vertrauen die Behördenmitarbeiter bei der Empfehlung einer bestimmten Maßnahme auf die Informationen, die ihnen über den Anbieter vorliegen, bzw. die Erfahrungen, die sie mit ihm gemacht haben. Dabei spielt die formale Qualifikation des Anbieters meist eine untergeordnete Rolle. Die Kooperation einiger Führerscheinstellen mit Maßnahmenanbietern ist in manchen Regionen sehr eng, sodass z. B. seitens der Behörde gezielt auf Informationsveranstaltungen einzelner Anbieter hingewiesen wird.

Die zu erwartenden Kosten, die auf den verkehrsauffälligen Kraftfahrer zukommen können, spielen bei der Beratung durch den Behördenmitarbeiter durchaus eine Rolle. So wird in strukturschwachen Regionen teilweise auf preisgünstigere Interventionsmaßnahmen bei Psychosozialen Beratungsstellen verwiesen, weil man davon ausgeht, dass kostspieligere Angebote – z. B. wegen bestehender Arbeitslosigkeit – ohnehin nicht genutzt würden.

Insgesamt betrachtet ist die Vorgehensweise von Behördenmitarbeitern bei der Weitergabe von Informationen und der Beratung von Kunden über Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer im Vergleich zwischen den Bundesländern, aber auch innerhalb der Länder selbst uneinheitlich.

Einerseits wünschen sich die Mitarbeiter klare Vorgaben seitens der obersten Landesbehörde, andererseits bemühen sie sich aber auch um Pragmatismus und „Kundennähe“, d. h., sie wollen eine umfassende, dem jeweiligen Einzelfall gerecht werdende Lösung finden, was einen gewissen Entscheidungsspielraum erfordert.

5.3.2 Beschreibung der Untersuchungsstichprobe

Im Frühjahr 2004 wurden insgesamt 827 Institutionen und Personen angeschrieben und gebeten, die o. g. Fragebögen auszufüllen bzw. die von ihnen durchgeführten Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer durch eigenes Informationsmaterial zu beschreiben. Die Adressen stammten aus den Informationen, die durch die Befragung von Verkehrsbehördenmitarbeitern erhoben worden waren, und aus der Analyse der von diesen übersandten Broschüren und Adressenlisten. Nicht berücksichtigt wurden:

- Anbieter, die ausschließlich Maßnahmen im durch StVG und FeV geregelten Bereich durchführen,
- Selbsthilfegruppen, die ausschließlich auf die Zielgruppe Suchtmittelabhängige bzw. -gefährdete ausgerichtet sind (z. B. Anonyme Alkoholiker).

Anzumerken ist, dass nicht in jedem Fall im Vorfeld bereits erkannt werden konnte, ob Personen und Institutionen die oben genannten Ausschlusskriterien erfüllten, da hierzu teilweise nicht eindeutige oder unvollständige Informationen vorlagen.

Von den 827 Angeschriebenen teilten 68 mit, dass sie im Bereich „Durchführung von Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer“ nicht oder nicht mehr tätig seien. Weitere 31 Anschreiben konnten aufgrund einer falschen oder nicht mehr aktuellen Adresse nicht zugestellt werden. 13 Anbieter teilten mit, dass kein eigener Fragebogen ausgefüllt würde, da es sich bei dem Adressaten z. B. um die Zweigstelle einer Beratungsstelle handelte und die Informationen von der Zentrale übersandt werden würden. Somit reduziert sich die Zahl der potenziellen Untersuchungsteilnehmer auf 715.

An der Untersuchung nahmen insgesamt 285 Anbieter von Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer teil, d. h., sie füllten die übersandten Fragebögen aus oder stellten anderes Informationsmaterial zur Verfügung. Die vergleichsweise hohe Rücklaufquote von 39,9 % ist u. a. darauf zurückzuführen, dass Anbieter, die auf das Anschreiben und die Übersendung der Fragebögen nicht reagierten, telefonisch nachkontaktiert wurden, sofern die Telefonnummer bekannt war. In einem Gespräch wurden die Gründe für die Nichtteilnahme an der Untersuchung erfragt und es wurde versucht, eventuell bestehende Unklarheiten bzgl. der Intention des

Forschungsprojekts zu beseitigen. Dadurch konnten einige Anbieter dazu bewegt werden, doch an der Befragung teilzunehmen.

Darüber hinaus war festzustellen, dass einige Untersuchungsteilnehmer den Fragebogen kopierten und unaufgefordert an andere (dem Projektnehmer bis dahin unbekannt) Anbieter weitergaben. Andere – auch bis dahin unbekannt – Anbieter meldeten sich, da sie von dem Projekt erfahren hatten, bekundeten ihr Interesse an der Untersuchung und baten um Übersendung der Fragebögen.

Fast alle Untersuchungsteilnehmer bearbeiteten die zugeschickten Fragebögen, einige übersandten ergänzend dazu oder stattdessen eigenes Informationsmaterial, um ihre Stelle bzw. die angebotenen Maßnahmen zu beschreiben. Von einzelnen Verbänden bzw. Zusammenschlüssen von Maßnahmeträgern wurde lediglich ein Fragebogen stellvertretend für alle Mitglieder ausgefüllt. Insofern wird die Aussagekraft der Rücklaufquote als Zahlenwert an sich geschmälert, da hier nur die „Zentralstelle“ als Untersuchungsteilnehmer gewertet wurde.

Sobald weiterführende Angaben zum Anbieter oder zur durchgeführten Maßnahme gemacht wurden, ging der Fragebogen in die Auswertung ein. Dies war nicht der Fall, wenn im Fragebogen lediglich die Adresse angegeben und angemerkt wurde, dass durch den Bogen die eigene Tätigkeit nicht adäquat abgebildet werden könne. Eine Liste der Untersuchungsteilnehmer befindet sich im Anhang.

Bei der Darstellung der Ergebnisse der Fragebogenauswertung reduziert sich der Umfang der Untersuchungsstichprobe auf $N = 263$. Bei einigen Untersuchungsteilnehmern stellte sich im Nachhinein heraus, dass sie nicht zur eigentlichen Zielgruppe des Forschungsprojekts gehörten. Sie waren angeschrieben worden, da aus den Angaben, die von den Verkehrsbehörden vorlagen, nicht zwingend auf die Art der durchgeführten Maßnahme geschlossen werden konnte:

- Bei neun Diplom-Psychologen, die an der Untersuchung teilnahmen, besteht die verkehrspsychologische Tätigkeit ausschließlich in der Durchführung von Maßnahmen im Auftrag eines Trägers, der Kurse zur Wiederherstellung der Kraftfahrereignung nach § 70 FeV anbietet. Eine Fahrschule führt Aufbauseminare nach § 2a Abs. 2 StVG bzw. § 35 FeV durch. Da in diesen Fällen Ablauf und Inhalt der Maßnahme gesetzlich geregelt sind, gingen diese Fragebögen nicht in die Auswertung ein.

- Fünf Untersuchungsteilnehmer bieten selbst keine Maßnahmen an, übersandten jedoch Informationsmaterial (z. B. Beschreibungen der von ihnen entwickelten Modelle, durchgeführte Evaluationsstudien, Jahresberichte), das sehr hilfreich zur Ergänzung der Angaben von Stellen war, die mit den entsprechenden Programmen arbeiten.
- Ein weiterer Untersuchungsteilnehmer führt ebenfalls selbst keine Maßnahmen durch, sondern berät verkehrsauffällige Kraftfahrer und informiert über entsprechende Anbieter.
- Nach Auswertung des Materials von zwei Beratungsstellen wurde deutlich, dass dort keine speziellen Maßnahmen für auffällig gewordene Kraftfahrer durchgeführt werden, sondern dass es sich ausschließlich um ein allgemein suchtspezifisches Angebot für Betroffene handelt. Das Material ging ebenfalls nicht in die Auswertung ein. Das Gleiche gilt für vier Fragebögen von Selbsthilfegruppen für Suchtmittelabhängige bzw. -gefährdete, da auch hier nicht von einer Therapie- oder Rehabilitationsmaßnahme für verkehrsauffällige Kraftfahrer im engeren Sinne gesprochen werden kann.

Bei der Datenauswertung wurde die Untersuchungstichprobe in drei Teilgruppen (Beratungsstellen, Diplom-Psychologen, Vertreter anderer Berufsgruppen) aufgeteilt.

Die Beratungsstellen, die an der Untersuchung teilnahmen, gehören zum überwiegenden Teil kirchlichen oder gemeinnützigen Trägern an. In anderen Fällen handelt es sich um kommunale Einrichtungen. Eine zusammenfassende Darstellung erscheint zulässig, da die Stellen sowohl bzgl. ihrer Struktur als auch der angebotenen Maßnahmen wesentliche Parallelen aufweisen. Gemeinsam ist den Anbietern der Gruppe „Beratungsstellen“, dass hier Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer als Teil des Gesamtangebots einer Institution durchgeführt werden. In die Auswertung gingen die Daten von 110 Beratungsstellen ein.

Die Durchführung von Maßnahmen für auffällig gewordene Kraftfahrer ist ein klassisches berufliches Betätigungsfeld von Diplom-Psychologen. Häufig finden sich hier Personen, die über eine gesetzlich geregelte verkehrsspezifische Zusatzqualifikation verfügen oder in einem auf Verkehrspsychologie spezialisierten Verband organisiert sind. Um den Lesefluss nicht zu behindern, wird im Folgenden von „Diplom-Psychologe“ gesprochen, auch wenn

sich die Angaben im Falle von Praxisgemeinschaften auf mehrere Personen beziehen. In den meisten Fällen handelt es sich um psychologische Einzelpraxen, teilweise aber auch um Praxisgemeinschaften mit bis zu sechs psychologischen Mitarbeitern. In vier Fällen wurde lediglich ein Fragebogen ausgefüllt, die Angaben gelten aber für mehrere Anbieter, die an verschiedenen Orten nach dem gleichen Konzept arbeiten. In die Teilstichprobe „Diplom-Psychologen“ wurden Anbieter aufgenommen, die über einen entsprechenden Hochschulabschluss verfügen und Maßnahmen selbstständig, d. h. ohne Anbindung an eine Institution (z. B. eine Beratungsstelle), durchführen. Bei der Auswertung wurden die Fragebögen von 105 Diplom-Psychologen berücksichtigt.

Neben Diplom-Psychologen sind auch Personen mit anderen Studien- bzw. Berufsabschlüssen im Bereich der Therapie und Rehabilitation verkehrsauffälliger Kraftfahrer tätig. Die entsprechenden Ausführungen beziehen sich auf Personen, auf die dieses Merkmal zutrifft und die Maßnahmen eigenständig, d. h. nicht als Mitarbeiter einer Institution, durchführen. In aller Regel handelt es sich um Einzelpersonen, in einigen Fällen aber auch um Zusammenschlüsse mehrerer Kooperationspartner. Diese Teilstichprobe (N = 48) wird im Folgenden als „Vertreter anderer Berufsgruppen“ bezeichnet.

Als Überblick zusammengefasst ergibt sich für die Stichprobenziehung Tabelle 1.

Bei der folgenden Darstellung der Untersuchungsergebnisse für die einzelnen Teilstichproben ist Fol-

Angeschriebene Stellen	827
Nicht mehr im Bereich Rehabilitation von Kraftfahrern tätig	-68
Post nicht zustellbar	-31
Zweigstelle, Post wurde zur Hauptstelle weitergeleitet	-13
Potenzielle Untersuchungsteilnehmer	715
Rücklauf	285 (39,9 %)
Falsche Zielgruppe	-22
Untersuchungstichprobe – setzt sich zusammen aus:	263
Beratungsstellen	110
Diplom-Psychologen	105
Vertreter anderer Berufsgruppen	48

Tab. 1: Überblick über die Stichprobenziehung

gendes zu berücksichtigen: Die Aufteilung in die drei Kategorien ist nicht immer trennscharf. So führen beispielsweise in Beratungsstellen Personen mit unterschiedlichen Studienabschlüssen, u. a. auch Diplom-Psychologen – teilweise mit verkehrspsychologischen Zusatzqualifikationen –, Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer durch. Insofern gibt es zwischen den Untersuchungsstichproben durchaus Überschneidungen, aber keine Doppelzählung in dem Sinne, dass die Daten eines Anbieters in zwei Kategorien (Beratungsstellen, Diplom-Psychologen) ausgewertet wurden.

5.3.3 Auswertung der Fragebögen

Die Untersuchungsteilnehmer hatten die Möglichkeit, die von ihnen durchgeführten Maßnahmen anhand der übersandten Fragebögen und/oder durch eigenes Informationsmaterial zu beschreiben. Bei einer Reihe von Themen unterscheiden sich die drei Untersuchungsstichproben (Beratungsstellen, Diplom-Psychologen, Vertreter anderer Berufsgruppen) nicht oder nur unwesentlich in ihren Angaben. Diese Befunde werden im Folgenden zunächst für alle drei Untersuchungsgruppen gemeinsam wiedergegeben, danach werden spezifische Besonderheiten der einzelnen Teilstichproben zusammengefasst. Die Darstellung der Untersuchungsergebnisse umfasst die inhaltlichen Bereiche:

- **Allgemeine Rahmenbedingungen:**
Personal und dessen Qualifikation, Einweisung und Weiterbildung/Supervision der Mitarbeiter, räumliche Ausstattung, Erhebung von Rückmeldungen über den Erfolg der Intervention, Durchführung von Evaluationsstudien, Führen von Statistiken, Regelungen zur Aufbewahrung/Vernichtung personenbezogener oder vertraulicher Informationen, Maßnahmen zur Qualitätssicherung.
- **Einzelmaßnahmen:**
Zielgruppe, Dauer der Maßnahme und Anzahl der Sitzungen, Ausschlusskriterien, Interventionsziele und -methoden, Grad der Standardisierung von Zielen und Methoden, Zuweisungsmodalitäten, Art der Teilnahmebescheinigungen, Sitzungsprotokolle, Stärken der Maßnahme, Kosten, Anzahl der Teilnehmer im vergangenen Jahr, andere an der Durchführung der Maßnahme beteiligte Einrichtungen.
- **Gruppenmaßnahmen:**
Die Inhalte entsprechen denen der Einzelmaßnahmen; zusätzlich: Angaben zur Gruppen-

größe, Anzahl der an einer Gruppenmaßnahme beteiligten Therapeuten/Kursleiter.

5.3.3.1 Übereinstimmende Angaben der Untersuchungsgruppen

Allgemeine Rahmenbedingungen

Im Hinblick auf die Beschreibung von allgemeinen Rahmenbedingungen zur Durchführung von Interventionen wurde von Vertretern aller drei Untersuchungsstichproben die Frage, ob die Mindest- bzw. Höchstzahl von Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer für jeden Berater/Therapeuten festgelegt ist, häufig nicht beantwortet. Dies war vor allem dann der Fall, wenn nur eine Person mit der Durchführung der Intervention betraut ist, und die Frage sich somit erübrigte.

Darüber hinaus scheinen in vielen Fällen die Grenzen zwischen einer Maßnahme für verkehrsauffällige Kraftfahrer und einer umfassenderen Beratung oder Therapie bei vorliegender Sucht- oder Missbrauchsproblematik fließend zu sein, d. h., es wird oft nicht unterschieden zwischen einer allgemeinen Beratungs-/Therapiemaßnahme und einem verkehrsspezifischen Angebot. Dadurch war es für die Untersuchungsteilnehmer schwierig mitzuteilen, wie viele Maßnahmen speziell für verkehrsauffällige Kraftfahrer durchgeführt werden.

Von der weit überwiegenden Zahl der Befragten in jeder Untersuchungsgruppe wurde angegeben, dass sie bzw. ihre Mitarbeiter regelmäßig an Weiterbildungs- bzw. Supervisionsmaßnahmen teilnehmen, wobei selten Angaben gemacht wurden, ob es sich dabei um interne oder externe Supervision handelt.

Ebenso führte die Mehrzahl der Untersuchungsteilnehmer aus, Rückmeldungen über die durchgeführten Maßnahmen bei ihren Klienten zu erheben, dagegen werden Informationen zum Erfolg der Intervention bei Begutachtungsstellen für Fahreignung, Verkehrsbehörden und Rechtsanwälten weniger häufig eingeholt.

Nach Abschluss der Maßnahme werden vor allem Informationen über das Ergebnis der MPU erhoben, und es wird in der Regel erfragt, ob die Fahrerlaubnis wiedererteilt wurde. Seltener (weil aufwändiger) wird überprüft, ob das Ziel der Maßnahme langfristig eingehalten wird.

Statistiken werden von den meisten Untersuchungsteilnehmern fünf oder zehn Jahre aufbewahrt, im

kürzesten Fall ein Jahr, im längsten unbegrenzt. In einigen Fällen wurde mitgeteilt, dass keine speziellen Statistiken über Maßnahmen mit verkehrsauffälligen Kraftfahrern wegen ihres geringen Anteils an der Gesamttätigkeit geführt würden.

Bei den Angaben zur Aufbewahrung personenbezogener Daten wurde in der Regel auf entsprechende Datenschutzbestimmungen hingewiesen bzw. es wurde konkret mitgeteilt, dass abschließbare Schränke in ebenfalls abschließbaren Räumen zur Verfügung stehen. Ähnliches gilt für den Umgang mit vertraulichen Informationen. Schweigepflichtserklärungen sind üblich, die Aufhebung der Schweigepflicht ist nur mit schriftlichem Einverständnis des Klienten möglich. Die Daten werden teilweise sofort nach Beendigung der Maßnahme gelöscht bzw. vernichtet, in einzelnen Fällen werden sie unbefristet aufbewahrt.

Einzelmaßnahmen

Im Hinblick auf die Durchführung von Einzelmaßnahmen zeigte sich, dass zwar fast alle Untersuchungsteilnehmer angaben, Einzelgespräche durchzuführen, aber nicht alle den entsprechenden Bogen ausfüllten. In mehreren Fällen dürfte dies darauf zurückzuführen sein, dass Einzelmaßnahmen zwar angeboten werden, diese aber nicht speziell auf alkohol- oder drogenauffällige Kraftfahrer ausgerichtet sind, sondern eher die Behandlung einer zugrunde liegenden Sucht- oder Missbrauchsproblematik zum Ziel haben. Teilweise wurden die Angaben zu Einzelmaßnahmen in den Bogen zu Gruppenmaßnahmen integriert, wenn entsprechende Angebote grundsätzlich in Kombination durchgeführt werden.

Bei der Frage nach der Zielgruppe der Einzelmaßnahmen wurden in mehreren Fällen von den Untersuchungsteilnehmern keine eindeutigen Angaben gemacht. Wenn z. B. die allgemeine Information gegeben wurde, die Maßnahme richte sich an „alle MPU-Kandidaten“, wurde geschlossen, dass sie sowohl alkohol- und drogenauffällige Kraftfahrer als auch sog. „Punktetäter“ umfasst. Alkoholauffällige Kraftfahrer sind die Hauptzielgruppe in allen drei Anbietergruppen, relativ häufig werden auch Hilfsangebote für Drogenkonsumenten gemacht, seltener werden „Punktetäter“ angesprochen. Darüber hinaus ist festzustellen, dass – auch wenn Angebote für unterschiedliche Gruppen bestehen – Angaben im Fragebogen hierzu meist nicht differenziert gemacht wurden. In vielen Fällen dürfte

dies darauf zurückzuführen sein, dass sich die Beratungs-/Therapiekonzepte hinsichtlich ihres Ablaufs und der eingesetzten Methoden für die einzelnen Zielgruppen nicht wesentlich unterscheiden.

In aller Regel ist die Dauer der Einzelmaßnahme individuell sehr unterschiedlich und die Anzahl der Sitzungen nur selten von vorneherein festgelegt. In mehreren Fällen werden Einzelgespräche als Vorbereitung auf eine Gruppenmaßnahme geführt, entsprechend ist die Anzahl der Sitzungen dann geringer, als wenn die Einzelmaßnahme ein eigenständiges Angebot darstellt.

Von manchen Anbietern wurde angegeben, dass in Einzelfällen nur ein Gespräch geführt wird. Dabei dürfte es sich in der Regel um ein Informationsgespräch handeln, in dessen Verlauf hauptsächlich die Frage geklärt wird, inwieweit die Durchführung anderer Maßnahmen (z. B. einer stationären Therapie) indiziert ist, oder es kommt aufgrund mangelnder Bereitschaft des Klienten kein weiterer Termin zustande.

Die Mindestzahl an Sitzungen für Einzelmaßnahmen schwankt zwischen einer und 24 Stunden, als Höchstzahl wurden vier bis 50 Stunden genannt. Manche Anbieter gaben an, die Zahl an Einzelsitzungen sei unbegrenzt.

Die Einzelgespräche dauern in den meisten Fällen zwischen 50 und 60 Minuten, teilweise auch zwei Stunden. Vereinzelt existieren „Kompaktkurse“, bei denen die Dauer jeder Beratungs-/Therapieeinheit bis zu vier Stunden beträgt.

Die Angaben zur Mindestdauer der Einzelmaßnahme schwanken zwischen einer Woche und einem halben Jahr, die Höchstdauer zwischen vier Wochen und zwei Jahren. In der Angabe, dass sich die Beratung/Therapie über mehrere Jahre erstrecken kann, wird deutlich, dass es sich hier nicht um eine standardisierte und damit auch hinsichtlich ihrer Dauer festgelegte Maßnahme handelt, sondern um eine langfristige (therapeutische) Intervention mit dem Ziel einer generellen Einstellungs- und Verhaltensänderung. Andererseits existieren vereinzelt Maßnahmen, in denen über einen kurzen Zeitraum (zwei bis vier Wochen) wenige, dann aber sehr lange dauernde Sitzungen stattfinden.

In fast allen Fällen wird vor Beginn der Einzelmaßnahme ein Eingangsgespräch geführt. Ebenso existieren in aller Regel Ausschlusskriterien für die Teilnahme. Das am häufigsten genannte Ausschlusskriterium besteht in der Diagnose einer Ab-

hängigkeit bzw. der Abstinenzunfähigkeit des Betroffenen. Häufig wurde auch mitgeteilt, dass eine Maßnahme nicht zustande kommt bzw. abgebrochen wird, weil der Klient nicht ausreichend intrinsisch motiviert ist und er demzufolge Vertragsvereinbarungen nicht einhält (z. B. regelmäßige Teilnahme, pünktliches Erscheinen). Schwere psychische Störungen (z. B. Psychosen, Persönlichkeitsstörungen) führen ebenfalls dazu, dass eine Maßnahme nicht durchgeführt wird.

In allen drei Untersuchungsstichproben sind die Ziele der Einzelmaßnahme meist nicht standardisiert, sondern werden in aller Regel auf den individuellen Einzelfall abgestimmt. Die konkreten Ziele bestehen überwiegend in der Entwicklung eines Bewusstseins für die zugrunde liegende Problematik, einer dauerhaften Einstellungs- und Verhaltensänderung und der Rückfallprophylaxe. Bei Kraftfahrern, die durch Alkohol oder Drogen im Straßenverkehr aufgefallen sind, wird Abstinenz als Interventionsziel stärker präferiert als „kontrollierter Umgang mit dem Suchtmittel“.

Als Methoden zum Erreichen der Interventionsziele werden meist psychotherapeutische Techniken eingesetzt, die je nach Qualifikation des Therapeuten variieren. Wenn therapeutisch gearbeitet wird, werden in allen drei Untersuchungsstichproben am häufigsten verhaltenstherapeutische Methoden verwendet. Weniger häufig wurde mitgeteilt, dass der Berater/Therapeut gesprächspsychotherapeutisch (klientenzentriert) oder psychoanalytisch arbeitet. Neben Psychotherapie spielen in allen drei Untersuchungsstichproben praktische Übungen und die Bearbeitung von Hausaufgaben als Interventionsmethoden eine Rolle. Ebenso wie die Behandlungsziele sind die Interventionsmethoden in aller Regel auf die individuelle Problematik des Klienten zugeschnitten, nur bei wenigen Anbietern ist das Vorgehen in jedem Fall standardisiert.

In den meisten Fällen kommt eine Einzelmaßnahme dadurch zustande, dass ein Mitarbeiter der Verkehrsbehörde den Klienten darauf hinweist. Fast ebenso oft bemühen sich Betroffene um eine Therapie-/Rehabilitationsmaßnahme aufgrund der Empfehlung in einem negativen Gutachten bzw. nach einem Informationsgespräch in einer Begutachtungsstelle für Fahreignung. Wichtig sind in allen drei Untersuchungsstichproben darüber hinaus Empfehlungen von Bekannten des Betroffenen (oft ehemalige Klienten), Mundpropaganda oder der Hinweis eines Rechtsanwalts (seltener

eines Richters oder Bewährungshelfers). Dies muss jedoch nicht zwingend heißen, dass hier die Empfehlung einer speziellen Maßnahme ausgesprochen wird. Es kann auch der Fall sein, dass grundsätzlich darauf hingewiesen wird, dass eine Beratung/Therapie erforderlich ist, und der Klient sich dann bei der Verkehrsbehörde, bei Bekannten, durch Presse oder Internet über Anbieter informiert.

In der Mehrzahl werden in allen drei Untersuchungsstichproben Bescheinigungen über die Teilnahme an einer Einzelintervention ausgestellt und Protokolle über die Sitzungen angefertigt.

Die wesentliche Stärke der Einzelmaßnahme wurde in allen drei Teilstichproben hauptsächlich darin gesehen, dass durch die Gespräche die jeweils vorhandene Problematik individuell behandelt werden kann.

Als Kooperationspartner wurden von einigen Untersuchungsteilnehmern andere Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe (Kliniken, Ärzte, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen) genannt, teilweise auch Begutachtungsstellen für Fahreignung.

Angebote für spezielle Gruppen verkehrsauffälliger Kraftfahrer (z. B. für nicht deutschsprachige Klienten) werden in allen drei Untersuchungsstichproben vereinzelt angeboten. Dies kommt in der Regel dadurch zustande, dass der Berater/Therapeut die jeweilige Sprache beherrscht oder mit jemandem kooperiert, auf den das zutrifft.

Gruppenmaßnahmen

Viele Informationen zu den Gruppenmaßnahmen entsprechen in allen drei Untersuchungsgruppen den Angaben zu Einzelmaßnahmen. Abweichungen und Ergänzungen werden im Folgenden dargestellt:

Wie bei den Einzelmaßnahmen stehen bei allen Anbietern, die Gruppenmaßnahmen durchführen, vor allem alkoholauffällige Kraftfahrer als Zielgruppe im Vordergrund. In einigen Fällen existieren gemischte Gruppen, die sowohl von alkohol- als auch von drogenauffälligen Kraftfahrern besucht werden. Als Grund dafür wurde angegeben, dass sich ein spezielles Gruppenangebot für Drogenkonsumenten mangels Nachfrage nicht lohne.

Die überwiegende Zahl von Anbietern gab an, dass der Gruppenmaßnahme ein schriftliches Manual zugrunde liegt. Die Gruppengröße schwankt zwischen zwei und 25 Teilnehmern.

Vereinzelt wurden sehr niedrige Angaben zur Mindestanzahl von Gruppensitzungen (fünf und weniger) gemacht. Dies kann im Einzelfall damit zusammenhängen, dass die Gruppe eine Ergänzung zu einer Einzelmaßnahme darstellt. Allerdings existieren auch Gruppenmaßnahmen als sog. „Intensivkurse“, die an wenigen Tagen stattfinden, wobei jede Sitzung bis zu fünf Stunden dauern kann.

Zur Höchstanzahl von Gruppensitzungen wurde in einigen Fällen mitgeteilt, diese sei unbegrenzt. Man muss davon ausgehen, dass hier die Übergänge zwischen einer Maßnahme für verkehrsauffällige Kraftfahrer und einer angeleiteten/betreuten Selbsthilfegruppe für Alkohol- oder Drogenabhängige bzw. Menschen, die Suchtmittelmissbrauch betrieben haben, fließend sind. Das Ziel einer solchen Intervention dürfte weniger im Bestehen der MPU und in der Wiedererteilung der Fahrerlaubnis zu sehen sein, sondern in einer langfristigen Einstellungs- und Verhaltensänderung im Hinblick auf Suchtmittelgebrauch.

Die Dauer jeder Sitzung beträgt in allen drei Untersuchungsstichproben meist zwischen 90 und 120 Minuten, in wenigen Fällen nur 45 oder 50 Minuten – in Einzelfällen bis zu fünf Stunden („Intensivkurs“).

Für die Angaben zur Gesamtdauer der Gruppenmaßnahme gilt Ähnliches wie für die Ausführungen zur Anzahl der Sitzungen. Es werden sowohl „Intensivkurse“ durchgeführt, die lediglich zwei oder drei Wochen andauern, als auch Gruppensitzungen, die sich über mehrere Jahre bzw. einen unbegrenzten Zeitraum erstrecken.

Wie bei den Einzelmaßnahmen wird auch vor der Teilnahme an der Gruppe in fast allen Fällen ein Erstgespräch geführt, ebenso gibt es in aller Regel Ausschlusskriterien. Ein Hauptgrund für die Teilnahmeverweigerung besteht in allen drei Untersuchungsstichproben darin, dass eine Abhängigkeit vorliegt bzw. das Suchtmittel trotz Verpflichtung zur Abstinenz weiterhin konsumiert wird. Weniger häufig als bei Einzelmaßnahmen wurde die fehlende intrinsische Motivation der Teilnehmer als Ausschlusskriterium genannt. Zusätzlich wurde dagegen angeführt, dass eine Teilnahme an der Gruppenmaßnahme deshalb nicht zustande kommen bzw. abgebrochen werden kann, weil der Betroffene nicht „gruppenkompatibel“ ist.

Im Hinblick auf die Ziele, die durch die Maßnahme erreicht werden sollen, stehen – wie bei den Ein-

zelmaßnahmen – die Aufarbeitung der zugrunde liegenden persönlichen Problematik und eine dauerhafte Einstellungs- und Verhaltensänderung im Vordergrund. Im Unterschied zu Einzelgesprächen wurde als Ziel der Gruppenmaßnahme häufiger ein Zuwachs an Wissen bzgl. des Suchtmittels und seiner Auswirkungen genannt. Auch für die Gruppenarbeit werden – wie bei Einzelmaßnahmen – als Interventionsmethoden am häufigsten psychotherapeutische Techniken genannt. Darüber hinaus werden in Gruppen oft edukative Methoden und Diskussionen eingesetzt.

Insgesamt gesehen sind die Interventionsziele und die eingesetzten Methoden zum Erreichen dieser Ziele in allen drei Untersuchungsstichproben für Gruppenmaßnahmen in stärkerem Maße standardisiert als bei Einzelmaßnahmen.

Die Umstände, die zu einer Teilnahme an einer Gruppenmaßnahme führen, entsprechen in allen drei Teilstichproben denen für Einzelmaßnahmen. Der Hinweis von Mitarbeitern der Verkehrsbehörde und eine entsprechende Empfehlung seitens einer Begutachtungsstelle für Fahreignung spielen hier die größte Rolle.

In den meisten Fällen werden Bescheinigungen über die Gruppenteilnahme ausgestellt, diese sind überwiegend standardisiert. Protokolle über die Sitzungen werden weniger häufig als bei Einzelmaßnahmen erstellt.

Als Hauptprobleme bei der Durchführung der Gruppenmaßnahme wurden – wie bei den Einzelgesprächen – verschiedene Formen der Abwehr genannt sowie die fehlende Einsicht in die bestehende Problematik bzw. die nicht vorhandene intrinsische Motivation zur Einstellungs- und Verhaltensänderung. Darüber hinaus wurde als zusätzliches Problem die Angst von Klienten, sich vor den anderen Gruppenmitgliedern zu öffnen, benannt.

Die Stärken der Maßnahme wurden durchweg darin gesehen, dass (z. B. wegen überschaubarer Gruppengröße) individuell auf jeden Teilnehmer eingegangen werden kann, sowie in der Kompetenz bzw. Erfahrung des Gruppenleiters/Therapeuten.

Wie bei den Einzelmaßnahmen existieren auch für Gruppen in jeder Untersuchungsstichprobe Angebote für spezielle Kraftfahrergruppen, insbesondere für fremdsprachige Klienten – überwiegend in russischer Sprache.

Zusammenfassung

Insgesamt gesehen ist festzustellen, dass in vielen Fällen die Durchführung von Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs in die allgemeine berufliche Tätigkeit eines Beraters oder Therapeuten eingebunden ist und oftmals keine klaren Grenzen zwischen einer Intervention bei vorliegender Abhängigkeits- bzw. Missbrauchsproblematik einerseits und einem verkehrsspezifischen Programm andererseits existieren. Die Mehrzahl der Untersuchungsteilnehmer teilte mit, dass verschiedene qualitätssichernde Maßnahmen (z. B. Supervision, Evaluation) durchgeführt und geltende Datenschutzrichtlinien beachtet würden. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass es sich bei den Untersuchungsteilnehmern nicht um eine repräsentative Auswahl aller Anbieter von Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs handelt.

Von den meisten Untersuchungsteilnehmern werden Einzelinterventionen, vor allem für alkohol- und drogenauffällige Kraftfahrer, angeboten. In der Regel wird hinsichtlich des Konzepts der jeweiligen Maßnahme nicht zwischen verschiedenen Problemgruppen unterschieden. Sowohl Interventionsziele als auch eingesetzte Methoden sind oft nicht von vorneherein festgelegt, sondern werden an den individuellen Einzelfall angepasst. Entsprechend sind die Dauer der Maßnahme und die Anzahl der durchgeführten Sitzungen flexibel. Meist sind die Einzelgespräche Teil einer umfassenderen Beratung oder Therapie, deren primäres Ziel nicht die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis, sondern die Aufarbeitung einer zugrunde liegenden (Sucht-) Problematik ist.

Bei Gruppenmaßnahmen stehen bei allen Anbietern alkoholauffällige Kraftfahrer als Zielgruppe im Vordergrund. Die Anzahl der Gruppensitzungen und die Dauer der Maßnahme sind oft nicht festgelegt, sondern variieren je nach individueller Problematik, d. h., es existiert kein starres Gruppenprogramm, sondern der Betroffene bestimmt in der Regel selbst – ggf. in Absprache mit dem Gruppenleiter/Therapeuten –, wie lange er die Gruppe besucht. Interventionsziele und -methoden sind im Vergleich zu Einzelmaßnahmen in stärkerem Maße standardisiert. Teilweise gibt es keine klaren Abgrenzungen zwischen einer „Gruppenmaßnahme für verkehrsauffällige Kraftfahrer“ und einem

Hilfsangebot für Menschen mit einer umfassenderen (Sucht-)Problematik.

Neben diesen weitgehend übereinstimmenden Angaben aller Untersuchungsteilnehmer zeigten sich aber auch Besonderheiten in jeder der drei Untersuchungsstichproben (Beratungsstellen, Diplom-Psychologen, Vertreter anderer Berufsgruppen), die im Folgenden dargestellt werden.

5.3.3.2 Beratungsstellen

Im Hinblick auf die allgemeinen Rahmenbedingungen für Interventionsmaßnahmen mit auffälligen Verkehrsteilnehmern waren bei der Stichprobe der Beratungsstellen folgende Besonderheiten festzustellen:

Allgemeine Rahmenbedingungen

Von der überwiegenden Zahl der Beratungsstellen, die einen Fragebogen zurücksandten, wurde angegeben, dass die Durchführung von Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer nur einen geringen Anteil an ihrer Gesamttätigkeit ausmacht, in vielen Fällen liegt er unter fünf Prozent. Entsprechende Angebote sind weitgehend in die Gesamtaufgaben der Beratungsstelle integriert, oft sind die Grenzen zwischen der allgemeinen Suchtberatung und einer verkehrsspezifischen Intervention fließend.

Von fast allen Beratungsstellen werden Einzelmaßnahmen angeboten, dabei handelt es sich in vielen Fällen um Informationsgespräche, bei denen es um die Frage geht, ob, und wenn ja, welche Maßnahme (ggf. in einer anderen Institution) im Einzelfall indiziert ist, bzw. um die Vermittlung allgemeiner Informationen über die bestehenden Beratungs- und Therapieangebote oder die anstehende MPU. Die meisten Beratungsstellen gaben an, neben Einzelinterventionen auch Gruppenmaßnahmen durchzuführen.

Der am häufigsten genannte Berufsabschluss von Beratern/Therapeuten, die Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer in Beratungsstellen durchführen, ist der des Diplom-Pädagogen bzw. Diplom-Sozialpädagogen. Bei etwa der Hälfte der Untersuchungsteilnehmer sind Diplom-Psychologen mit der Durchführung von Maßnahmen betraut. In Einzelfällen werden von entsprechend qualifizierten Diplom-Psychologen, die in Beratungsstellen arbeiten, auch verkehrspsychologische Beratungen nach § 4 Abs. 9 StVG bzw. § 71 FeV angeboten.

Weiterhin sind in Beratungsstellen häufig Diplom-Sozialarbeiter tätig, seltener Ärzte, Sozialwissenschaftler oder Soziologen.

Ein Teil der Mitarbeiter verfügt über eine psychotherapeutische Zusatzqualifikation. Dabei handelt es sich in vielen Fällen um die Berechtigung zur Ausübung heilkundlicher (psychotherapeutischer) Tätigkeit nach dem Heilpraktikergesetz. Darüber hinaus haben einige Mitarbeiter eine suchtspezifische Zusatzausbildung (Suchttherapeut, Suchtberater, Suchtkrankentherapeut) absolviert oder sie haben eine Zusatzqualifikation als Sozialtherapeut erworben. Selten liegt eine verkehrspsychologische Qualifikation (anerkannter verkehrspsychologischer Berater, Fachpsychologe für Verkehrspsychologie) vor. Von einem Teil der Beratungsstellen wurde mitgeteilt, dass sie standardisierte Programme für verkehrsauffällige Kraftfahrer in Lizenz durchführen und mindestens ein Mitarbeiter entsprechende Schulungen des Lizenzgebers durchlaufen hat.

Die geringe Beantwortungsrate auf die Frage, wie neue Mitarbeiter eingearbeitet werden, ist bei Beratungsstellen darauf zurückzuführen, dass – wie mehrfach angegeben – nur entsprechend qualifizierte Personen eingestellt werden und der Fall, dass eine Einarbeitung erfolgen muss, praktisch nicht vorkommt.

In Beratungsstellen stehen für die Durchführung der Maßnahmen durchweg sowohl Räume zur Einzelberatung als auch mindestens ein Gruppenraum zur Verfügung, ebenso können die Sozial-, Verwaltungs- und Sanitärräume der Einrichtung genutzt werden.

In den meisten Beratungsstellen werden jährliche Statistiken über die durchgeführten Interventionen geführt, hauptsächlich werden Informationen zur Anzahl der durchgeführten Maßnahmen, der Teilnehmer und der Sitzungen pro Maßnahme erfasst, seltener dagegen die Anzahl der Sitzungen pro Berater und die Anzahl der Ausschlüsse von der Maßnahme mit Angabe der Gründe dafür.

Im Hinblick auf die Aufbewahrung personenbezogener Daten und Datenschutzmaßnahmen wurde meist auf allgemeine, die Gesamttätigkeit als Berater bzw. Therapeut umfassende Bestimmungen hingewiesen, die für alle Mitarbeiter der Institution verpflichtend gelten.

Mehrere Beratungsstellen gaben an, Maßnahmen zur Qualitätssicherung bzw. Qualitätsmanagementsysteme bereits eingeführt zu haben. So wurde bei-

spielsweise mitgeteilt, dass regelmäßig Evaluationsstudien durchgeführt werden. Stellen, die Interventionen in Lizenz durchführen, führten aus, dass der Lizenzgeber für die Qualitätssicherung zuständig ist. In anderen Fällen wurde darauf verwiesen, dass dies Aufgabe des Verbandes ist, dem die Beratungsstelle angehört.

Einzelmaßnahmen

In fast allen Fällen werden von Beratungsstellen Einzelinterventionen für alkoholauffällige Kraftfahrer durchgeführt, seltener werden Fahrer, die durch Drogenkonsum aufgefallen sind, angesprochen. Für Kraftfahrer, die sich wegen ihres zu hohen Punktestandes im Verkehrszentralregister einer Therapie-/Rehabilitationsmaßnahme unterziehen müssen, werden nur von sehr wenigen Beratungsstellen entsprechende Angebote gemacht. Demzufolge wurde der Wunsch des Klienten, sich einer Maßnahme zu unterziehen, weil er zu häufig gegen verkehrsrechtliche Bestimmungen verstoßen hat, oft als Ausschlusskriterium für eine Einzelmaßnahme genannt.

Im Vergleich zu den anderen beiden Untersuchungsstichproben wurde von einer größeren Zahl von Beratungsstellen mitgeteilt, dass die Dauer der Einzelmaßnahme in jedem Fall festgelegt ist. Dies ist darauf zurückzuführen, dass von diesen Stellen vor allem standardisierte Programme für verkehrsauffällige Kraftfahrer in Lizenz durchgeführt werden, in denen u. a. auch die Dauer der Intervention vorgegeben ist.

Nur bei einem kleinen Teil der Beratungsstellen ist die Einzelmaßnahme ausschließlich als eigenständiges Angebot konzipiert, in den meisten Fällen kann sie in Verbindung mit einem Gruppenkurs durchgeführt werden bzw. die Intervention ist grundsätzlich als Kombination Einzelgespräche/Gruppenkurs ausgelegt.

Abstinenz als konkretes Ziel der Einzelgespräche wurde von Beratungsstellen doppelt so häufig genannt wie von Vertretern der beiden anderen Untersuchungsstichproben. Darüber hinaus wurde hier häufiger angegeben, dass durch die Einzelgespräche ein Wissenszuwachs – meist in Bezug auf die Wirkung und die Gefahren von Alkohol oder Drogen – erfolgen soll. Ebenso wurde von Beratungsstellen vergleichsweise häufiger mitgeteilt, dass in den Einzelsitzungen eruiert wird, inwiefern andere Maßnahmen (z. B. stationäre Therapie) erforderlich sind.

Psychotherapie als Methode zum Erreichen des Interventionsziels wurde von Beratungsstellen im Vergleich zu den beiden anderen Untersuchungsgruppen seltener genannt. Dagegen werden edukative Methoden (z. B. Wissensvermittlung durch Vorträge), Gespräche/Diskussionen und Rollenspiele sowie verschiedene diagnostische Methoden (z. B. Fragebögen) häufiger eingesetzt.

Ein Teil der Beratungsstellen gab an, dass verkehrsauffällige Kraftfahrer durch andere Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe (Kliniken, Selbsthilfegruppen) auf das Angebot aufmerksam gemacht werden. Mit den entsprechenden Stellen besteht oft eine enge Kooperation.

In der starken Vernetzung der Stelle mit anderen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe (Kliniken, Selbsthilfegruppen) und der Einbettung der Einzelmaßnahme in die Gesamtstruktur der Institution wird von Beratungsstellen eine wesentliche Stärke der angebotenen Maßnahmen gesehen. Beide Faktoren tragen dazu bei, dass schnell und flexibel eine optimale Lösung für den jeweiligen Einzelfall gefunden werden kann. Von einzelnen Beratungsstellen wurde darüber hinaus auf das günstige Kosten/Nutzen-Verhältnis hingewiesen.

Im Jahre 2003 haben in den Beratungsstellen, die an der Untersuchung teilgenommen haben, zwischen einer und 184 Personen an Einzelmaßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer teilgenommen, wobei der sehr hohe letztgenannte Wert eine Ausnahme darstellt und sich auf eine Beratungsstelle mit Nebenstellen bezieht.

Einige Beratungsstellen teilten mit, dass die Teilnahme an Einzelgesprächen kostenlos ist, die angegebenen Kosten für jedes Einzelgespräch schwanken ansonsten zwischen 25 und 60 Euro. In Kombination mit einem Gruppenkurs kann die gesamte Maßnahme in Beratungsstellen bis zu 800 Euro kosten.

Gruppenmaßnahmen

Beratungsstellen bieten in der Regel neben Einzelgesprächen auch Gruppenmaßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer an. Wie bei den Einzelmaßnahmen stehen bei Gruppeninterventionen alkoholauffällige Kraftfahrer als Zielgruppe im Vordergrund. Im Einzelfall kann die Gruppengröße sehr gering (zwei Teilnehmer) bzw. sehr groß (25 Teilnehmer) sein.

Bei der Gruppenarbeit werden von Beratungsstellen häufig edukative Methoden sowie Gespräche/Diskussionen und Rollenspiele als Interventionsmethoden eingesetzt.

Ebenso wie bei den Einzelmaßnahmen betonen Beratungsstellen auch bei der Gruppenarbeit den positiven Aspekt der Vernetzung mit anderen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe bzw. die Möglichkeit, dass der Betroffene bei Bedarf andere Angebote der Beratungsstelle nutzen kann.

Die angegebene Gesamtteilnehmerzahl an Gruppenmaßnahmen für das Jahr 2003 schwankt für Beratungsstellen zwischen null und 100 Personen. Eine Beratungsstelle teilte mit, dass 500 Personen an den Gruppenmaßnahmen teilgenommen hätten. Bei diesem hohen Wert muss jedoch davon ausgegangen werden, dass diese Zahl alle Personen umfasst, die an irgendeiner Gruppenintervention in der Beratungsstelle teilgenommen hatten, und nicht nur die auffällig gewordenen Kraftfahrer. Vereinzelt wurde von Beratungsstellen berichtet, dass die Teilnehmerzahlen in den letzten Jahren rückläufig sind.

Die Kosten für die Gruppenteilnahme liegen in Beratungsstellen zwischen 10 und 35 Euro pro Sitzung bzw. zwischen 100 und 920 Euro für die gesamte Maßnahme. In einigen Fällen ist die Gruppenteilnahme kostenlos.

Vereinzelt besteht zwischen verschiedenen Beratungsstellen ein Informationsaustausch bzw. eine Kooperation mit Führerscheinstellen, Begutachtungsstellen für Fahreignung, Gesundheitsämtern oder Selbsthilfegruppen.

Um die in den Fragebögen beschriebene Arbeit von Beratungsstellen mit verkehrsauffälligen Kraftfahrern besser einordnen zu können, sollen im Folgenden die organisatorischen Rahmenbedingungen dieser Einrichtungen dargestellt werden. Dabei werden insbesondere die beiden größten kirchlichen Verbände, Caritas und Diakonie, sowie Angebote kommunaler und staatlicher Stellen berücksichtigt. Ein Schwerpunkt wird dabei auf Suchtberatungsstellen gelegt, da verkehrsauffällige Kraftfahrer auf der Suche nach Hilfe und Unterstützung häufig auf dort angebotene Maßnahmen aufmerksam werden.

Exkurs: Rahmenbedingungen für die Durchführung von Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer in Suchtberatungsstellen

Insgesamt standen in Deutschland 1999 nach Angaben der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 1.390 Beratungsstellen und -dienste für Suchtkranke sowie 369 ambulante Behandlungseinrichtungen, anerkannt nach der Empfehlungsvereinbarung „Ambulante Rehabilitation Sucht“, zur Verfügung (HOLZ & LEUNE, 1999). Hinsichtlich der Klientel der ambulanten Behandlungseinrichtungen machen die Alkoholabhängigen mit 74,4 Prozent den weitaus größten Anteil aus, gefolgt von den Opiatabhängigen mit einem Anteil von 14,9 Prozent. Neben der Beratung werden zunehmend Angebote der Selbsthilfe gefördert, wobei diese mehr oder weniger stark in das vorhandene professionelle Hilfesystem eingebunden sind.

Grundsätzlich sollen bei der Gestaltung von Hilfsangeboten folgende acht Prinzipien Berücksichtigung finden (GASSMANN & LEUNE, 2000):

- Frühe Intervention: Durch eine frühe Behandlung sind oft weniger einschneidende Maßnahmen erforderlich als bei einer späten Intervention.
- Ressourcenorientierung: Selbstheilungskräfte sollen durch die Intervention aktiviert und vorhandene Ressourcen des Hilfesuchenden genutzt werden.
- Selbsthilfe vor Fremdhilfe: Erst wenn die Selbsthilfe und die Aktivierung der Selbstheilungskräfte nicht mehr ausreichen, kommt die professionelle Hilfe hinzu.
- Primat der Basisversorgung: Besondere Hilfsangebote und -einrichtungen für Suchtkranke werden erst in Anspruch genommen, wenn die medizinischen, psychosozialen und sonstigen Hilfesysteme nicht mehr ausreichen.
- Primat ambulanter Hilfen: Die Möglichkeiten der ambulanten und teilstationären Hilfe werden ausgeschöpft; die stationäre Therapie bleibt aber ein wichtiger Teil des Hilfsangebotes.
- Prinzip der Wohnortnähe: Die Hilfe soll in räumlicher Nähe zum Lebensmittelpunkt des Betroffenen stattfinden, sofern nicht Gründe für eine räumliche Verlagerung sprechen.
- Kooperation der Hilfesysteme: Die unterschiedlichen Angebotsformen und Hilfesysteme sollen

kooperieren, um dem Betroffenen eine möglichst effiziente Hilfe zu bieten.

- Mehrdimensionale Schadensminimierung: Neben der individuellen Hilfe für den Einzelnen besteht ein gesamtgesellschaftlicher Anspruch auf „harm reduction“.

Der Einfluss, den die hier dargestellten Rahmenbedingungen von Beratungsstellen auf die Arbeit mit verkehrsauffälligen Kraftfahrern ausüben, spiegelt sich auch in der Beantwortung der Fragebögen wider: Die dort tätigen Mitarbeiter sind häufig auf den Suchtbereich spezialisiert und verfügen seltener über spezifische verkehrspsychologische Zusatzqualifikationen. Die verkehrsspezifischen Angebote sind meist in die Gesamtarbeit der Beratungsstelle integriert, und es bestehen enge Verbindungen zu anderen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Die Grenzen zwischen einer Maßnahme für verkehrsauffällige Kraftfahrer und einer Intervention für Menschen mit einer zugrunde liegenden Sucht-/ Missbrauchsproblematik sind oft fließend.

Im Folgenden sollen die beiden großen kirchlichen Verbände, der Deutsche Caritasverband der Katholischen Kirche und das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland, vorgestellt werden, anschließend wird kurz auf die Rolle von kommunalen und staatlichen Stellen sowie der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) für die Durchführung von Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer eingegangen.

Deutscher Caritasverband

Die Zentrale des Deutschen Caritasverbandes erhebt alle zwei Jahre in Zusammenarbeit mit den Diözesan-Caritasverbänden eine Zentralstatistik, in der die Caritas-Strukturen sowie die Entwicklung der Einrichtungen und Dienste dargestellt werden.

Zum 01.01.2003 betrieb der Deutsche Caritasverband folgende Einrichtungen und Dienste für suchtgefährdete und abhängige Personen (<http://www.caritas.de/2246.html>, 07.06.2005):

- Stationäre Einrichtungen:
 - 30 Fachkrankenhäuser für Suchtkranke und Drogenabhängige mit insgesamt 1.494 Plätzen,
 - 58 Nachsorgeeinrichtungen für Suchtkranke und Drogenabhängige (z. B. Betreutes Wohnen) mit insgesamt 882 Plätzen.

- Tageseinrichtungen:
 - 5 Tageskliniken für Suchtkranke/Drogenabhängige mit 73 Plätzen,
 - 27 Tagesstätten für Suchtkranke/Drogenabhängige mit 497 Plätzen,
 - 6 Werkstätten für Suchtkranke/Drogenabhängige mit 144 Plätzen.
- Einrichtungen der offenen Hilfe:
 - 319 Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke/Drogenabhängige,
 - 26 Suchtpräventionsstellen.

Insgesamt unterhält der Deutsche Caritasverband in der Bundesrepublik Deutschland 25.460 soziale Einrichtungen und Dienste mit 1.188.503 Plätzen (bei den Einrichtungen der offenen Hilfe werden keine Angaben zu den Platz- bzw. Fallzahlen gemacht). Stellt man der Gesamtzahl der sozialen Einrichtungen und Dienste die Zahl der Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke/Drogenabhängige und der Suchtpräventionsstellen gegenüber, so ergibt sich ein Anteil von etwa 1,4 % am gesamten Hilfsangebot der Caritas. Ihre Bedeutung am Gesamtangebot ist daher als eher gering einzuschätzen.

Der Kreuzbund e. V. ist ein Fachverband innerhalb des Caritasverbandes und versteht sich als Selbsthilfe- und Helfergemeinschaft für Suchtkranke und deren Angehörige (<http://www.kreuzbund.de>, 27.06.2005). Einige Kreuzbundgruppen bieten in eigener Verantwortung Maßnahmen für auffällig gewordene Kraftfahrer an (telefonische Auskunft des Bundesverbandes des Kreuzbundes e. V., 25.05.2005).

Verband ambulanter Behandlungsstellen für Suchtkranke/Drogenabhängige e. V. (VABS)

Im Deutschen Caritasverband wurde 1971 der Verband ambulanter Behandlungsstellen für Suchtkranke/Drogenabhängige e. V. (VABS) gegründet, in dem sich Verbände der Krankenkassen und Träger ambulanter und stationärer Hilfseinrichtungen für Suchtkranke und Drogenabhängige zusammenschlossen.

Der Verband will die Arbeit der Beratungsstellen auf dem gesamten Gebiet der Behandlung Suchtkranke und Drogenabhängiger fördern, koordinieren und ihre Interessen nach außen vertreten. Forschungsprojekte, Erfahrungen und Arbeitsergebnis-

se sollen gesammelt, ausgetauscht, ausgewertet und verbreitet werden. Bestehende Einrichtungen werden beraten und neu eingerichtete ambulante Stellen unterstützt. So soll eine möglichst einheitliche Arbeit der verschiedenen Beratungsstellen unter Wahrung ihrer Eigenständigkeit erreicht werden.

Zur Umsetzung der in einer Satzung festgelegten Aufgaben bietet der VABS eine Reihe von Dienstleistungen an. Hierzu zählen verschiedene Serviceleistungen (z. B. die Information und Entwicklung von Materialien zu den Themen Prävention, Beratung, Therapie und Nachsorge und die Kommunikationsförderung der Mitglieder untereinander), die Interessenvertretung (z. B. gegenüber Leistungsträgern oder politischen Organisationen) sowie Angebote zur Weiterbildung und Qualifizierung der Mitarbeiter (z. B. Seminarangebote, Fachtagungen, Workshops). (<http://www.vabs.caritas.de/asp/idx.asp?area=efvabs&fo=7&ful=mom.asp?aktiv=1&dist=verb&schema=99>, 27.06.2005).

Institut für Fragen zu Drogen und Alkohol im Straßenverkehr IDRAS gGmbH

Das unabhängige und gemeinnützige Institut für Fragen zu Drogen und Alkohol im Straßenverkehr IDRAS gGmbH ist Eigentümer verschiedener Schulungsmodelle für alkohol- und drogenauffällige Kraftfahrer. Hauptgesellschafter der IDRAS gGmbH ist der Club 29 e. V. (<http://www.club29.net/club29/index.asp>, 21.06.2005). Der Club 29 ist Mitglied im Caritasverband, wobei er 1992 aus der engen Zusammenarbeit mit den Suchtberatungsstellen der Caritas herausgenommen wurde. Gleichzeitig ist der Club 29 auch Teil des Therapieverbundes aller Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe der Stadt München. Die Suchtberatungsstellen des Deutschen Caritasverbandes, die standardisierte Kurse für verkehrsauffällige Kraftfahrer anbieten, sind in der Regel Lizenznehmer der IDRAS gGmbH. Sie führen die dort entwickelten Kurse „SCHALK“ (Schulung für alkoholauffällige Kraftfahrer) und/oder „DRAK“ (Schulung für drogenauffällige Kraftfahrer) durch.

Die IDRAS gGmbH vergibt als Eigentümerin der Kurse Lizenzen ausschließlich an Beratungsstellen (häufig Suchtberatungsstellen des Deutschen Caritasverbandes, aber auch an andere Institutionen) und Einrichtungen mit ähnlichem Setting (beispielsweise verkehrspsychologische Praxen). Sie führt sowohl eine interne Qualitätssicherung wie auch ein externes Qualitätsmanagement durch.

Das Modell „SCHALK“ wurde 1996 entwickelt und richtet sich sowohl an erstmals alkoholauffällige Kraftfahrer als auch an Wiederholungstäter mit einer BAK bis 1,99 Promille. Für Erst- und Wiederholungstäter mit über 2,0 Promille BAK wird das Modell „SCHALK-plus“ angeboten. Die IDRAS gGmbH (<http://www.idras.de>, 30.05.2005) nennt folgende Zielgruppen für das Modell „SCHALK“:

Kraftfahrer, die

- zum wiederholten Mal mit Alkohol am Steuer aufgefallen sind,
- mit Alkohol und weiteren Verkehrsverstößen auffällig wurden,
- sich auf ihre erste MPU vorbereiten möchten,
- bereits ein oder mehrere negative Gutachten erhalten haben,
- eine Verkürzung ihrer Sperrfrist erreichen möchten,
- sich vor einer Verhandlung aktiv um die Wiederherstellung ihrer Fahreignung kümmern möchten,
- ihre Sperrfrist nutzen möchten, um ihre Fahreignung wieder herzustellen,
- fachlich qualifizierte Hilfe in Anspruch nehmen möchten, um ihre (Führerschein-)Probleme zu lösen.

Mit dem Modell „DRAK“ werden Kraftfahrer angesprochen, die durch Drogenkonsum aufgefallen sind und die

- nicht als „Probierer“ gelten,
- nicht drogenabhängig sind,
- ein positives Fahreignungsgutachten vorlegen müssen, bevor sie die Fahrerlaubnis zurückerhalten können.

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland

Dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. gehören als Mitglieder die Diakonischen Werke der 24 Landeskirchen, neun Freikirchen mit ihren diakonischen Einrichtungen und ca. 90 Fachverbände an. In den über 27.000 selbstständigen Einrichtungen werden mehr als 1 Million Betreuungsplätze angeboten, zudem bestehen etwa 3.600 diakonische Selbsthilfe- und Helfergruppen (<http://www.diakonie.de>, 06.06.2005).

Mitglieder im Diakonischen Werk sind darüber hinaus verschiedene Fachverbände, die zu folgenden vier Gruppen zusammengefasst sind (<http://www.diakonie.de/de/html/diakonie/3340.html> 07.06.2005):

- Fachgruppe I – Bundesverbände der Träger und Einrichtungen,
- Fachgruppe II – Gemeinde- und integrationsorientierte Fachverbände,
- Fachgruppe III – Volksmissionarische und seelsorgerliche Fachverbände,
- Fachgruppe IV – Personenverbände.

In Fachgruppe I findet man neben anderen Verbänden auch das „Blaue Kreuz in der Evangelischen Kirche – Bundesverband – e. V.“, in Fachgruppe III das „Blaue Kreuz in Deutschland e. V.“ Das Blaue Kreuz arbeitet partnerschaftlich mit Beratungsstellen, Fachkrankenhäusern und anderen Institutionen zusammen und ist Mitglied der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS). Einige Einrichtungen des Blauen Kreuzes bieten Rehabilitations- und Therapiemaßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer an, beispielsweise das Blaukreuz-Zentrum Wuppertal (<http://www.blaukreuz-zentrum-wuppertal.de/index2.html>, 28.06.2005).

Das Diakonische Werk ist der größte Träger der freien Wohlfahrtspflege in Deutschland. Die hauptsächlichlichen Betätigungsfelder liegen in den Bereichen Altenhilfe, Behindertenhilfe, Jugendhilfe und Gesundheitswesen. Beratungsstellen machen nur etwa 1 % des gesamten Hilfsangebotes der Diakonie aus (<http://www.diakonie.de>, 06.06.2005). Berücksichtigt man, dass Angebote für verkehrsauffällige Kraftfahrer lediglich von einem Teil der Beratungsstellen gemacht werden, so kann man davon ausgehen, dass dieser Tätigkeitsbereich nur eine geringe Bedeutung besitzt – gemessen am gesamten Hilfsangebot der Diakonie.

Die Diakonischen Werke der Landeskirchen führen in der Regel die von ihnen angebotenen Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer auf der Basis von Rahmenkonzeptionen durch. Die Erstellung und der Inhalt der Rahmenkonzeption liegen für jede Landeskirche in der Verantwortung des dortigen Diakonischen Werkes. Dabei steht es den einzelnen Einrichtungen frei, inwieweit sie sich das Rahmenkonzept zu eigen machen (telefonische Auskunft Diakonisches Werk Württemberg, Referat Sucht, 10.06.2005). Allerdings kann man davon ausgehen, dass die Einzel- und Gruppenmaßnah-

men überwiegend nach den vorgegebenen Konzepten durchgeführt werden. Häufig wird die Gruppenarbeit an externe, besonders qualifizierte Honorarmitarbeiter vergeben, um der komplexen und widersprüchlichen Motivationslage der Betroffenen besser gerecht werden zu können.

Beispielhaft sei hier die Rahmenkonzeption für Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer der Diakonie Rheinland und Westfalen-Lippe angeführt (Konzept „Führerschein und Alkohol“ der Diakonie der Evangelischen Fachverbände für Suchtkrankenhilfe Rheinland und Westfalen-Lippe, 2001):

- **Vorbemerkungen:** Allgemeine Einführung und kurze Erläuterung der Integration des Kursangebots für auffällig gewordene Kraftfahrer in die gesamte Angebotspalette der Suchtberatung. Betont wird die Einbindung des unmittelbaren sozialen Umfeldes in die Beratung.
- **Organisatorische Rahmenbedingungen:** Der Kurs soll mindestens 40 Unterrichtseinheiten mit jeweils 45 Minuten Dauer umfassen, wobei mindestens 30 dieser Unterrichtseinheiten in der Gruppe stattfinden sollen. Die maximale Gruppengröße soll 12 Teilnehmer nicht übersteigen. Der Kurs soll sich über mindestens 6 Monate hinziehen und durch fachlich qualifiziertes und erfahrenes Personal durchgeführt werden (Nachweis einer beraterischen oder therapeutischen Zusatzausbildung). Ein Kurs soll zwischen 700 Euro und 1.000 Euro kosten. Die Räumlichkeiten sollen technisch adäquat ausgestattet sein.
- **Zielgruppe:** Der Kurs wendet sich an Personen, denen der Führerschein wegen Fahrens unter Alkohol-, Medikamenten- oder Drogeneinfluss entzogen wurde.
- **Zielsetzung:** Wissensvermittlung zum Thema Suchtmittel, Entwicklung eines Problembewusstseins und einer selbstkritischen Haltung zum Suchtmittel, Entscheidung zum kontrollierten Trinken oder zur Abstinenz, Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeitsentwicklung, Stärkung der Eigenverantwortung, Erreichen einer stabilen Einstellungs- und Verhaltensänderung sowie bei Bedarf Vermittlung in weiterführende Suchthilfeangebote.
- **Inhalte:** Vorstellung aller Beteiligten, Analyse der Trunkenheitsfahrt, Information über rechtliche Zusammenhänge, Analyse der eigenen Konsumgeschichte, Informationen zur Suchtentwicklung, Training der Selbsteinschätzung, indi-

viduelle Zielformulierungen für Verhaltensänderungen, Umsetzung der Ziele, Auseinandersetzung mit der MPU-Situation sowie eine abschließende Diskussion und Kursauswertung (mit Evaluation und Feedback).

- **Methoden:** Gruppenarbeit, Einzelgespräche und Paargespräche.
- **Abschluss:** Aushändigung der Kursbescheinigung bei durchgehender Teilnahme.
- **Evaluation:** Es wird eine kontinuierliche Qualitätssicherung betrieben. Hierzu dienen mindestens die folgenden Instrumente: Grunddatenerhebung und ergänzende Informationen, Fragebogenerhebung der Teilnehmerzufriedenheit, schriftliche Nachbefragung nach einem und drei Jahren nach Kursabschluss zum Wiedererhalt und dem Beibehalten der Fahrerlaubnis sowie die Erhebung der Kursbelegungs- und Abbruchquote. Als zusätzliche, bei Bedarf einzusetzende Messinstrumente werden ein Prä-Post-Fragebogen zur Erhebung des Wissens und der Einstellungen der Kursteilnehmer und eine Nachbefragung hinsichtlich psychosozialer Daten und Entwicklungen genannt.

Beratungsstellen kommunaler Träger

Bei der Auswertung des Informationsmaterials und der Internetauftritte war festzustellen, dass keine der 12 ausgewählten kommunalen Stellen selbst Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer anbietet. Es war auch keiner der angeschriebenen Institutionen eine kommunale Einrichtung bekannt, die derartige Angebote macht. Die Stellen, die im Internet auf entsprechende Angebote hinweisen, leiten interessierte Personen an andere Einrichtungen weiter, deren Träger beispielsweise Caritas oder Diakonie sind.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

In der ersten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts wurde man sich der mit der Industrialisierung Deutschlands einhergehenden zunehmenden Problematik des Alkoholmissbrauchs und der Alkoholabhängigkeit in der Bevölkerung bewusst und es entstanden verschiedene Stellen, die den Betroffenen Hilfe anboten. Um die Zusammenarbeit dieser Stellen zu fördern, wurde 1948 die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (inzwischen umbenannt in Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) ins Leben gerufen, nach und nach entstanden

in den Bundesländern Landesstellen gegen die Suchtgefahren. Hier schlossen sich die in der Suchthilfe tätigen Verbände zusammen (<http://www.dhs.de>, 15.06.2005). Die Zielsetzung liegt in der Vernetzung, Zusammenarbeit und Information aller an der Suchthilfe interessierten und beteiligten Personen, Einrichtungen und Institutionen. Dies beinhaltet vor allem die Förderung und Koordination präventiver, therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen im Suchtbereich (<http://www.landestelle-berlin.de>, 16.06.2005).

Nach Auskunft der DHS und der Landesstelle Berlin (jeweils telefonische Auskunft, 12.07.2005) befasst sich die DHS nicht explizit mit der Problematik verkehrsauffälliger Kraftfahrer. Es werden weder Empfehlungen für die Mitglieder zur Durchführung von Maßnahmen gegeben, noch führt die DHS selbst Interventionen durch. Allerdings bieten einige Mitgliedsorganisationen der DHS eigenverantwortlich Maßnahmen für Kraftfahrer an, so zum Beispiel die Beratungsstelle der Arbeiterwohlfahrt in Düren.

Zusammenfassung

Zusammenfassend ist Folgendes festzustellen: Für Beratungsstellen nimmt die Durchführung von Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer oft nur einen geringen Teil an ihrer Gesamttätigkeit ein. Angeboten werden sowohl Einzelberatungen, wobei es sich hier oft um Informationsgespräche über das weitere Vorgehen handelt, als auch Gruppenmaßnahmen. Die Mitarbeiter von Beratungsstellen sind häufig auf den Suchtbereich und die allgemeine Sozialarbeit spezialisiert, seltener liegen verkehrspsychologische Qualifikationen vor. Die Ausübung therapeutischer Tätigkeit ist in vielen Fällen durch das Heilpraktikergesetz legitimiert. Beratungsstellen verfügen sowohl zur Durchführung von Einzelgesprächen als auch von Gruppeninterventionen in aller Regel über mehrere, flexibel nutzbare Räume. Maßnahmen zur Qualitätssicherung oder Qualitätsmanagementsysteme sind durchaus verbreitet, wobei mit der konkreten Durchführung in mehreren Fällen Verbände, denen jeweils mehrere Beratungsstellen angehören, betraut sind. Einige Beratungsstellen führen standardisierte Programme in Lizenz durch, in diesem Fall übernimmt der Lizenzgeber qualitätssichernde Aufgaben.

Hauptzielgruppe für Einzelmaßnahmen sind alkoholauffällige Kraftfahrer. „Punktetäter“ werden von Beratungsstellen in der Regel weiterverwiesen, da entsprechende Angebote selbst nicht gemacht werden.

In vielen Fällen wird die Einzelintervention in Kombination mit einer Gruppenmaßnahme durchgeführt. Wenn standardisierte Programme in Lizenz angeboten werden, sind Ablauf und Dauer weitgehend festgelegt. Bzgl. der Interventionsziele wurde von Mitarbeitern von Beratungsstellen vergleichsweise häufig angegeben, dass der dauerhafte, völlige Verzicht auf Alkohol angestrebt werde, „kontrolliertes Trinken“ wird seltener präferiert. Häufiger als in den anderen beiden Untersuchungsgruppen werden edukative Methoden eingesetzt, die zum Ziel haben, bei dem Betroffenen das Wissen über das Suchtmittel und die damit verbundenen Gefahren zu vergrößern. Besondere Stärken der Einzelmaßnahme werden darin gesehen, dass sie in das Gesamtangebot der Beratungsstelle eingebettet ist und eine enge Anbindung an andere Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe besteht, sodass Klienten bei Bedarf schnell weitervermittelt werden können. Die Kosten für die Durchführung einer Einzelmaßnahme sind in Beratungsstellen vergleichsweise günstig, teilweise können kostenlose Angebote gemacht werden.

Gruppeninterventionen werden häufig angeboten, wobei die Grenzen zwischen einer „Maßnahme für verkehrsauffällige Kraftfahrer“ und einem Hilfsangebot für Menschen mit einer zugrunde liegenden Sucht-/Missbrauchsproblematik oder auch Selbsthilfegruppen oft fließend sind. Auch bei Gruppenmaßnahmen können von Beratungsstellen die kostengünstigsten Angebote gemacht werden.

5.3.3.3 Diplom-Psychologen

Im Folgenden werden die Angaben der Untersuchungstichprobe der Diplom-Psychologen, die Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer durchführen, dargestellt:

Allgemeine Rahmenbedingungen

Viele Diplom-Psychologen, die verkehrspsychologische Angebote machen, sind in Fachverbänden organisiert, wie dem Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP), dem Bundesverband Niedergelassener Verkehrspsychologen (BNV), PRO-NON – Verkehrspsychologische Beratung und Therapie e. V. oder der Individualpsychologischen Verkehrstherapie Dr. G. Höcher – IVT-Hö.

Nur wenige der Diplom-Psychologen, die an der Untersuchung teilnahmen, gaben an, dass die Durchführung von Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen für auffällig gewordene Kraftfahrer ihr

ausschließliches berufliches Betätigungsfeld darstellt. Wie für die Beratungsstellen ist die Arbeit mit Kraftfahrern oft Teil der allgemeinen therapeutischen und beratenden Tätigkeit, teilweise liegt ihr Anteil an der Gesamttätigkeit unter fünf Prozent.

Von fast allen Diplom-Psychologen wurde mitgeteilt, dass sie Einzelmaßnahmen anbieten, in vielen Fällen handelt es sich dabei um Verkehrstherapien. Demgegenüber werden Gruppenangebote nur vereinzelt gemacht.

Viele der befragten Diplom-Psychologen führen neben ihrer therapeutischen Arbeit verkehrspsychologische Beratungen nach § 4 Abs. 9 StVG bzw. § 71 FeV durch. Ein Teil der Untersuchungsteilnehmer macht sowohl eigenständige Angebote für auffällig gewordene Kraftfahrer, bietet darüber hinaus aber auch Kurse nach § 70 FeV im Auftrag eines akkreditierten Trägers an.

Von den Diplom-Psychologen, die an der Untersuchung teilnahmen, gaben viele an, über eine verkehrspsychologische Zusatzqualifikation, z. B. Fachpsychologe für Verkehrspsychologie, anerkannter verkehrspsychologischer Berater, oder eine Approbation als psychologischer Psychotherapeut zu verfügen. Darüber hinaus besitzen mehrere Untersuchungsteilnehmer aus dieser Teilgruppe verkehrspsychologische Erfahrungen, z. B. aus einer früheren Tätigkeit als Gutachter oder Kursleiter. Eine suchtspezifische Zusatzqualifikation wurde von Diplom-Psychologen weniger häufig angegeben als von Beratungsstellenmitarbeitern.

Da es sich bei den befragten Diplom-Psychologen in vielen Fällen um „Ein-Mann-Unternehmen“ handelt, wurde die Frage nach der Einarbeitung neuer Mitarbeiter auch hier häufig nicht beantwortet.

Bei den Räumlichkeiten, in denen die Maßnahmen durchgeführt werden, handelt es sich in der Regel um die eigene Praxis, vereinzelt wurde angegeben, dass Räume in Arztpraxen oder Fahrschulen als Untermieter genutzt würden.

Mehrere Diplom-Psychologen gaben an, dass sie Evaluationsstudien über ihre Maßnahmen durchführen bzw. dass sie (bzw. der Verband, dem sie angehören) Daten zur Legalbewährung erheben.

Wie bei Beratungsstellen werden von Diplom-Psychologen in der Regel jährliche Statistiken geführt, wobei auch hier die Anzahl der durchgeführten Maßnahmen, der Teilnehmer und der Sitzungen pro Maßnahme im Vordergrund stehen. Seltener wer-

den die Anzahl der Sitzungen pro Berater und die Anzahl der Ausschlüsse von der Maßnahme mit Angabe der Gründe dafür erfasst. Im Hinblick auf die Beachtung von Datenschutzbestimmungen wurde häufig auf allgemein geltende, die Gesamttätigkeit als Therapeut umfassende Bestimmungen hingewiesen. Mehrere Diplom-Psychologen gaben an, Maßnahmen zur Qualitätssicherung bereits eingeführt zu haben, teilweise werden diese von dem Verband durchgeführt, dessen Mitglied man ist.

Einzelmaßnahmen

Von einigen Diplom-Psychologen wurde angegeben, dass sie in der Regel eine therapeutische Einzelintervention mit dem Ziel einer grundsätzlichen Einstellungs- und Verhaltensänderung durchführen und entsprechend im Einzelfall auch umfassendere Probleme mit dem Klienten bearbeiten. Eine positive Begutachtung der Fahreignung oder der Wunsch nach Wiedererteilung der Fahrerlaubnis sei zwar oft Anlass dafür, dass sich der Betroffene einer Maßnahme unterzieht, beides stelle aber lediglich ein kurzfristiges und letztendlich untergeordnetes Interventionsziel dar. Insofern könne die geleistete Arbeit in den vorliegenden Fragebögen nicht angemessen dargestellt werden.

In stärkerem Maße als von Beratungsstellen werden von Diplom-Psychologen Fahrer, die durch Drogenkonsum aufgefallen sind, behandelt. Auch Einzelmaßnahmen für „Punktetäter“ werden häufiger durchgeführt. Darüber hinaus werden von Diplom-Psychologen oft auch Maßnahmen für spezielle Zielgruppen angeboten, beispielsweise für ältere Verkehrsteilnehmer oder Straftäter.

Im Hinblick auf Ausschlusskriterien für die Teilnahme an einer Einzelintervention fiel auf, dass das Vorhandensein einer schweren psychischen Störung des Klienten (z. B. Psychosen, Persönlichkeitsstörungen) von Diplom-Psychologen seltener angeführt wurde. Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass aufgrund der in dieser Gruppe häufiger vorhandenen Therapieausbildung und der Berechtigung zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeit auch Klienten mit über die „Führerscheinproblematik“ hinausgehenden psychischen Problemen behandelt werden. Demgegenüber wurden von Diplom-Psychologen häufiger das Vorhandensein sprachlicher oder intellektueller Defizite sowie finanzielle Probleme des Klienten als Grund dafür genannt, dass kein Behandlungsverhältnis zustande kommt.

Die Einzelintervention stellt bei Diplom-Psychologen in den meisten Fällen ausschließlich ein eigenständiges Angebot dar, Gruppenmaßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer oder Kombinationen Einzel-/Gruppengespräche werden hier vergleichsweise selten angeboten.

Stärker noch als die Aufarbeitung der zugrunde liegenden Problematik spielt für Diplom-Psychologen eine allgemeine Einstellungs- und Verhaltensänderung als Interventionsziel eine Rolle. Zum Erreichen der Therapieziele werden überwiegend psychotherapeutische Techniken angewendet, wobei hier im Vergleich zu den beiden anderen Untersuchungsstichproben psychoanalytische Therapieformen eine größere Rolle spielen. Relativ oft werden auch verschiedene diagnostische Methoden (z. B. Fragebögen) eingesetzt, wogegen edukative Methoden seltener genannt wurden.

Wie bei Beratungsstellen werden bei Diplom-Psychologen Klienten häufig durch andere Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe (Kliniken, Selbsthilfegruppen) auf das Angebot aufmerksam gemacht. Teilweise besteht eine Kooperation mit diesen Einrichtungen.

Die Bescheinigungen über die Teilnahme an der Einzelintervention sind bei Diplom-Psychologen im Vergleich zu den beiden anderen Untersuchungsstichproben seltener standardisiert, sondern individuell auf den Teilnehmer bezogen.

Im Hinblick auf Probleme bei der Durchführung der Einzelmaßnahme wurden von Diplom-Psychologen seltener Abwehrmechanismen genannt. Dies mag damit zusammenhängen, dass Abwehrmechanismen von Diplom-Psychologen eher als typisches Phänomen im therapeutischen Prozess angesehen werden, dessen Bearbeitung Bestandteil der Intervention ist. Probleme entstehen dagegen eher durch mangelnde Einsicht und fehlende intrinsische Motivation des Klienten zur Teilnahme an der Maßnahme.

Vergleichsweise häufig wurde von Diplom-Psychologen angegeben, dass die Klienten unter Zeitdruck stünden (bzgl. des Wiedererwerbs der Fahrerlaubnis) und eine schnelle Lösung ihres „Führerscheinsproblems“ verlangten. Darüber hinaus wurden hier häufiger finanzielle Probleme und sprachliche bzw. intellektuelle Defizite der Klienten sowie bestehende Ängste und Schamgefühle als problematisch angesehen. Vereinzelt wurde mitgeteilt, dass bei manchen Klienten Vorbehalte gegen Psychologen bzw. eine Psychotherapie bestehen.

Als besondere Stärke der Maßnahme wurden von Diplom-Psychologen die eigene Kompetenz und Erfahrung, die Qualität der eingesetzten Methoden, der nachgewiesene Erfolg der Maßnahme, die Unabhängigkeit des Anbieters und die Einbindung in ein Qualitätsmanagementsystem hervorgehoben.

Von psychologischen Einzelpraxen wurden für das Jahr 2003 Teilnehmerzahlen zwischen einem und 180 Klienten angegeben. Psychologische Praxisgemeinschaften bzw. überregionale Anbieter, die das gleiche Konzept durchführen, teilten Zahlen von bis zu 486 Teilnehmern mit.

Die Kosten von Einzelgesprächen reichen bei Diplom-Psychologen von 40 bis zu 105 Euro pro Sitzung bzw. 400 bis 2.500 Euro für die gesamte Maßnahme.

Gruppenmaßnahmen

Wie bereits erwähnt, bieten Diplom-Psychologen Gruppenmaßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer vergleichsweise selten an.

Von Diplom-Psychologen wurde für Gruppenmaßnahmen Abstinenz häufiger explizit als Interventionsziel angegeben als bei Einzelmaßnahmen. Ebenso wie bei den Einzelmaßnahmen werden zum Erreichen der Interventionsziele hauptsächlich therapeutische Methoden (mit einem Schwerpunkt auf verhaltenstherapeutischen Ansätzen) eingesetzt. Im Vergleich zu Einzelmaßnahmen spielen in Gruppen Gespräche/Diskussionen und Rollenspiele eine größere Rolle.

Weniger häufig als bei Einzelinterventionen wurden von Diplom-Psychologen finanzielle Probleme und sprachliche/intellektuelle Defizite der Klienten als problematisch bezeichnet.

Als Vorteil der Gruppe hoben Diplom-Psychologen in stärkerem Maße als bei Einzelmaßnahmen das günstige Kosten/Nutzen-Verhältnis hervor.

Die Teilnehmerzahlen für Gruppenmaßnahmen mit verkehrsauffälligen Kraftfahrern im Jahre 2003 schwanken für psychologische Praxen zwischen null und 300. Die Kosten für die Teilnahme an der Gruppe liegen zwischen 22 und 100 Euro pro Sitzung bzw. 290 und 1.400 Euro für die Gesamtmaßnahme.

Zusammenfassung

Zusammenfassend ist für die Angaben von Diplom-Psychologen festzustellen: Ebenso wie bei den Beratungsstellen spielt die Arbeit mit verkehrsauffälligen Kraftfahrern im Verhältnis zur gesamten beruflichen Tätigkeit oft nur eine untergeordnete Rolle. Sie ist in der Regel in die allgemeine therapeutische und beratende Tätigkeit eingebettet. Angeboten werden meist Einzelinterventionen, deren Durchführung durch Gesetze und Verordnungen geregelt ist, z. B. verkehrspsychologische Beratungen nach § 4 Abs. 9 StVG bzw. § 71 FeV, sowie Verkehrstherapien. Seltener werden Gruppenmaßnahmen durchgeführt. Bei Diplom-Psychologen findet man die meisten verkehrspsychologischen Zusatzqualifikationen sowie die meisten Zulassungen zur Ausübung von Psychotherapie. Die Maßnahmen werden in aller Regel in eigenen Praxisräumen durchgeführt.

Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind bei Diplom-Psychologen verbreitet. Von Vorteil ist hierbei, dass oft eine Anbindung an einen Fachverband gegeben ist, der entsprechende Aufgaben übernimmt. So kann in einigen Fällen der Erfolg der Maßnahme durch aufwändige Studien zur Legalbewährung überprüft werden. Darüber hinaus werden die verkehrspsychologischen Aufgaben häufig mit der allgemeinen Berater-/Therapeutentätigkeit und den dort geltenden, durch Gesetze oder Berufsverbände festgelegten Regelungen verknüpft.

Einzelmaßnahmen werden in der Regel für alle auffällig gewordenen Kraftfahrer angeboten, wobei es sich in vielen Fällen um zeitintensive Verkehrstherapien handelt, deren primäres Ziel nicht im Bestehen der MPU oder der Wiedererteilung der Fahrerlaubnis besteht, sondern in der Aufarbeitung einer umfassenderen (Sucht-)Problematik. Gruppeninterventionen werden eher selten durchgeführt.

Als besondere Stärken werden von Diplom-Psychologen die eigene Erfahrung und Kompetenz sowie die Qualität und der nachgewiesene Erfolg der Maßnahme hervorgehoben. Die Kosten für die Therapie-/Rehabilitationsmaßnahme sind bei Diplom-Psychologen vergleichsweise hoch.

5.3.3.4 Vertreter anderer Berufsgruppen

Neben Beratungsstellen und Diplom-Psychologen bieten auch Vertreter anderer Berufsgruppen Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer an. Be-

sonderheiten der Anbieter und der Angebote werden im Folgenden wiedergegeben:

Allgemeine Rahmenbedingungen

Im Gegensatz zu den beiden anderen Untersuchungsstichproben macht die Durchführung von Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer bei den Vertretern anderer Berufsgruppen, die an der Untersuchung teilnahmen, oft einen erheblichen Teil der beruflichen Tätigkeit aus. Viele Anbieter aus dieser Gruppe gaben an, dass dies ihr ausschließliches berufliches Betätigungsfeld ist. Man erkennt, dass hier eine stärkere Spezialisierung vorliegt als bei Diplom-Psychologen und Beratungsstellen. Während die Vertreter der beiden letztgenannten Gruppen verkehrsspezifische Maßnahmen überwiegend neben ihren anderen Beratungs- und Therapieangeboten durchführen, konzentrieren sich Vertreter anderer Berufsgruppen häufiger ausschließlich auf die Zielgruppe „verkehrsauffällige Kraftfahrer“.

Von Vertretern anderer Berufsgruppen werden als Einzelmaßnahme häufig auch Informationsgespräche angeboten, in denen es um die Frage geht, welche Rehabilitationsmaßnahme am geeignetsten erscheint. Weiterhin werden Informationen über den Ablauf der anstehenden MPU gegeben. In der Regel werden neben Einzelgesprächen auch Gruppenprogramme durchgeführt.

Wie bei den Beratungsstellen haben Vertreter anderer Berufsgruppen, die Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer durchführen, oft einen Abschluss als Diplom-Pädagoge bzw. Diplom-Sozialpädagoge erworben. In mehreren Fällen wurde eine verkehrspädagogische Zusatzqualifikation als verkehrspädagogischer Berater bzw. als Fachberater Kraftfahreignung angegeben. Einige Anbieter verfügen über eine Zulassung zur Ausübung psychotherapeutischer Tätigkeit nach dem Heilpraktikergesetz oder über eine suchtspezifische Zusatzausbildung (Suchtberater; Suchtkrankenhelfer). Weitere Vertreter dieser Gruppe sind Sozialtherapeuten oder besitzen Erfahrungen im verkehrspsychologischen Bereich. Ebenso wie bei Diplom-Psychologen handelt es sich bei Vertretern anderer Berufsgruppen häufig um „Ein-Mann-Betriebe“.

Die meisten Anbieter verfügen über eine eigene Praxis mit mindestens einem Raum für Einzelgespräche und – sofern Gruppenmaßnahmen angeboten werden – einem Gruppenraum. Einige Ver-

treter dieser Teilgruppe suchen ihre Kunden zu Hause auf und führen die Maßnahme vor Ort durch, nutzen einen Büroraum in der eigenen Wohnung oder die Räume anderer Einrichtungen (Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen).

Rückmeldungen über den Erfolg der angebotenen Maßnahmen werden bei den gleichen Quellen wie in den anderen beiden Untersuchungsgruppen eingeholt, wobei Vertreter anderer Berufsgruppen häufiger angaben, sich auch Informationen bei Begutachtungsstellen für Fahreignung, Verkehrsbehörden und Rechtsanwälten zu beschaffen.

Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind noch nicht weit verbreitet, jedoch gaben die meisten Befragten aus dieser Teilstichprobe an, die Einführung entsprechender Maßnahmen geplant zu haben. Evaluationsstudien werden vergleichsweise selten durchgeführt.

Einzelmaßnahmen

Wie bei den Beratungsstellen ist bei den Vertretern anderer Berufsgruppen eine Einzelmaßnahme meist nicht als eigenständiges Angebot konzipiert, sondern kann in Verbindung mit einem Gruppenkurs durchgeführt werden bzw. die Intervention ist grundsätzlich als Kombination Einzelgespräche/Gruppenkurs ausgelegt.

In den meisten Fällen werden alle verkehrsauffälligen Kraftfahrer angesprochen, d. h., es werden sowohl Einzelmaßnahmen für alkoholauffällige Fahrer als auch für Drogenkonsumenten und „Punktetäter“ angeboten.

Ein wichtiges Ziel der Einzelgespräche besteht in der Aufarbeitung der zugrunde liegenden Problematik. Noch häufiger wurde von Vertretern anderer Berufsgruppen angegeben, dass eine allgemeine Einstellungs- und Verhaltensänderung angestrebt wird. Darüber hinaus spielen als langfristiges Ziel die Wiederherstellung und der dauerhafte Erhalt der Fahreignung eine Rolle, als kurzfristiges – und für den Klienten zunächst wohl attraktivstes Ziel – das Bestehen der MPU bzw. die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis. Als Methoden, die zum Erreichen des Interventionsziels eingesetzt werden, wurden überwiegend psychotherapeutische Techniken angeführt, die je nach Qualifikation des Beraters/Therapeuten variieren.

Im Hinblick auf das Zustandekommen der Maßnahme wurde von Vertretern anderer Berufsgrup-

pen häufig angegeben, dass potenzielle Klienten durch eigene Öffentlichkeitsarbeit (Presse, Internet) über die bestehenden Angebote informiert werden.

Teilnahmebescheinigungen sind bei Vertretern anderer Berufsgruppen überwiegend standardisiert. Als typische Probleme bei der Durchführung der Maßnahme wurden – neben verschiedenen Formen von Abwehrmechanismen – mangelnde Einsicht und fehlende intrinsische Motivation des Klienten zur Teilnahme an der Maßnahme genannt.

An Einzelmaßnahmen, die von Vertretern anderer Berufsgruppen im Jahre 2003 durchgeführt wurden, haben zwischen zehn bis 120 Personen teilgenommen. Die Kosten für die Einzelgespräche variieren zwischen 25 und 90 Euro pro Sitzung. Die Kombination einer Einzelmaßnahme mit einem Gruppenkurs kann hier bis zu 500 Euro kosten. Eine Reihe von Vertretern anderer Berufsgruppen verbindet die Maßnahme mit einem eintägigen Seminar, in dem u. a. fahrpraktische Übungen durchgeführt werden.

Gruppenmaßnahmen

Ebenso wie Beratungsstellen bieten Vertreter anderer Berufsgruppen in der Regel Gruppenmaßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer an. Auffällig ist der hohe Anteil von Gruppenangeboten für Kraftfahrer mit einer Drogenproblematik und sog. „Punktetäter“. Man erkennt hier, dass nicht nur eine stärkere berufliche Spezialisierung auf den Bereich der Rehabilitation verkehrsauffälliger Kraftfahrer gegeben ist, sondern auch umfassendere Angebote gemacht werden.

Zur Gesamtdauer der Gruppenmaßnahme wurde von mehreren Vertretern der Untersuchungsstichprobe ein Wert von mehr als einem halben Jahr angegeben, d. h., die Intervention erfolgt über einen relativ langen Zeitraum. Zum Erreichen der Interventionsziele wurden wiederum hauptsächlich therapeutische Methoden (mit einem Schwerpunkt auf verhaltenstherapeutischen Ansätzen) genannt, im Vergleich mit Einzelmaßnahmen spielen für die Gruppenarbeit aber auch edukative Methoden eine wichtige Rolle.

Vertreter anderer Berufsgruppen gaben an, dass im Jahre 2003 zwischen 20 und 60 Personen an Gruppenmaßnahmen teilgenommen haben. Die Höchstzahl von Teilnehmern bei einem Verbund von Maßnahmenanbietern beträgt 238 Personen.

Die Gebühren für die gesamte Gruppenmaßnahme schwanken zwischen 120 und 1.230 Euro (teilweise in Kombination mit der Einzelmaßnahme). Ein Anbieter teilte mit, die Gruppenteilnahme sei kostenlos. Bei diesem Angebot dürfte es sich wahrscheinlich um eine Selbsthilfegruppe handeln.

Zusammenfassung

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich die Teilstichprobe „Vertreter anderer Berufsgruppen“ in hohem Maße auf die Durchführung von Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer spezialisiert hat. In aller Regel werden alle Kraftfahrergruppen angesprochen und sowohl Einzel- als auch Gruppeninterventionen – oft in Kombination – angeboten. Häufig verfügen die Berater/Therapeuten über eine verkehrspädagogische Zusatzqualifikation, die Ausübung therapeutischer Tätigkeit ist durch das Heilpraktikergesetz geregelt. In der Regel werden die Maßnahmen in eigenen Praxisräumen durchgeführt, vereinzelt werden die Klienten zu Hause aufgesucht. Maßnahmen zur Qualitätssicherung oder Qualitätsmanagementsysteme sind oft noch nicht etabliert, ihre Einführung ist jedoch geplant. Einige der Vertreter anderer Berufsgruppen sind in Zusammenschlüssen organisiert.

Einzel- und Gruppenmaßnahmen werden für alle Kraftfahrergruppen angeboten, auffällig sind der hohe Anteil von Maßnahmen auch für „Punktetäter“ und die hohen Teilnehmerzahlen, die aus der starken Spezialisierung auf die Durchführung von Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer resultieren dürften.

5.3.3.5 Einschränkungen bei der Interpretation der Ergebnisse

Bei der Interpretation der Ergebnisse der durchgeführten Befragung ist zu beachten, dass es sich bei der Untersuchungsstichprobe weder um eine vollständige Auflistung noch um eine repräsentative Auswahl aller Anbieter von Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer handelt. Die Gründe hierfür sind folgende:

- Die Informationen, die durch die Mitarbeiter der Verkehrsbehörden zur Verfügung gestellt wurden, waren teilweise selektiv, d. h., einige Anbieter wurden gar nicht benannt.
- Einige Anbieter lehnten die Teilnahme an der Erhebung ab, vor allem, da sie Wettbewerbsnach-

teile aufgrund der vermuteten Ergebnisse befürchteten.

- Einzelne angeschriebene Beratungsstellen, aber auch Einzelpersonen kopierten den Fragebogen unaufgefordert und gaben ihn an andere Stellen weiter oder bis dahin unbekannte Anbieter meldeten sich, da sie durch „Mundpropaganda“ von dem Projekt erfahren hatten und an der Untersuchung teilnehmen wollten.

Bei der Auswertung der Fragebögen zeigte sich, dass sehr unterschiedliche Angebote existieren, die sich hinsichtlich ihrer Inhalte und ihrer Struktur oft nur schwer fassen lassen.

So können einem Betroffenen, der sich nach dem Verlust der Fahrerlaubnis oder dem Erhalt eines negativen Gutachtens an eine Beratungsstelle oder einen niedergelassenen Fachmann wendet, verschiedene Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie weiterverfahren wird:

- Zeigt der Betroffene keine Einsicht bzgl. der bestehenden Problematik und ist er nicht motiviert, an seiner Einstellung und seinem Verhalten etwas zu ändern, wird die Teilnahme an einer Therapie- oder Rehabilitationsmaßnahme in aller Regel nicht zustande kommen.
- Denkbar ist auch der Fall, dass der Berater/Therapeut im Erstgespräch feststellt, dass eine schwerwiegende Suchtproblematik vorliegt, und eine stationäre oder ambulante Therapie empfiehlt. Falls der Betroffene eine solche bereits absolviert hat, können weitere Maßnahmen angeboten werden, die von der Fortsetzung der Einzelgespräche bis zur Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe reichen.
- Weitere Ausschlusskriterien können dazu führen, dass der Betroffene an eine andere Einrichtung verwiesen wird – so führen Beratungsstellen oft keine Maßnahmen für sog. „Punktetäter“ durch.
- Ist der Betroffene dagegen einsichtig und motiviert, seine Problematik aufzuarbeiten, werden in der Regel weitere Termine für Einzelgespräche abgemacht. Dabei kann das Ende der Maßnahme entweder dadurch festgelegt sein, dass durch die Institution entsprechende Vorgaben zur Höchstdauer gemacht werden, oder dadurch, dass ein standardisiertes Programm durchgeführt wird. In vielen Fällen ist die Dauer der Maßnahme jedoch nicht festgelegt, sondern auf den individuellen Fall abgestimmt.

- Eventuell wird im Laufe der Einzelgespräche vereinbart, dass der Betroffene nach Abschluss der Beratung/Therapie oder bereits parallel dazu an einer Gruppenmaßnahme teilnimmt, wobei es sich bei der Gruppe um eine Selbsthilfegruppe für Suchtgefährdete handeln kann, an der auch „Führerscheinkandidaten“ teilnehmen, um eine sog. „Führerscheingruppe“ oder um ein standardisiertes Gruppenprogramm.
- In einigen Fällen erfolgen nach dem Erstgespräch keine weiteren Einzelsitzungen, sondern der Betroffene nimmt gleich an einer Gruppenmaßnahme teil.

Durch die strukturelle und inhaltliche Vielfalt der Angebote ergaben sich somit Schwierigkeiten bei der Datenauswertung:

So konnten z. B. die Angaben zur Anzahl der Sitzungen und der Dauer der Maßnahme in vielen Fällen nicht eindeutig interpretiert werden, weil dies

- oft nicht festgelegt ist,
- teilweise Kombinationen von Einzel- und Gruppenmaßnahmen möglich sind oder
- die „Maßnahme für verkehrsauffällige Kraftfahrer“ in eine allgemeine Beratungs-/Therapiemaßnahme (z. B. wegen einer bestehenden Suchtproblematik) integriert ist.

Bei einigen Fragebögen war davon auszugehen, dass der Untersuchungsteilnehmer seine Arbeit als Berater oder Therapeut insgesamt beschrieben hat, also einschließlich der Anteile, die mit der Durchführung von Maßnahmen für auffällig gewordene Kraftfahrer gar nichts zu tun haben – wobei die Grenzen hier oft fließend sind, da es bei der Intervention eben oft nicht nur um ein „Führerscheinproblem“ geht, sondern um eine zugrunde liegende Alkohol- oder Drogenproblematik. Im Anschreiben an die Untersuchungsteilnehmer war zwar darauf hingewiesen worden, dass sich das Forschungsprojekt nur auf Angebote für verkehrsauffällige Kraftfahrer bezieht, die Angaben z. B. über die hohe Zahl von Beratern/Therapeuten, die in manchen Beratungsstellen mit der Durchführung von Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer angeblich betraut sind, oder die hohe Zahl von Teilnehmern an den Maßnahmen lassen Zweifel aufkommen, dass die Intention des Forschungsprojekts in jeden Fall verstanden wurde.

Insgesamt gesehen ist festzustellen, dass außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs Maßnahmen durchgeführt werden,

- die sich gegenüber umfassenderen Beratungs- und Therapiemaßnahmen für Menschen mit Missbrauchs-/Suchtproblematik oft nur schwer abgrenzen lassen,
- die bzgl. der Interventionsziele und der eingesetzten Methoden kaum standardisiert und
- die im Hinblick auf ihren formalen Ablauf (Dauer, Anzahl der Sitzungen usw.) nicht von vorneherein festgelegt sind.

Die Problematik der fehlenden Abgrenzungen und festgelegten Struktur der Angebote zeigte sich vor allem bei den Gruppenmaßnahmen: So existieren auf der einen Seite Gruppen, die man als „angeleitete Selbsthilfegruppen“ bezeichnen könnte und in denen sich vor allem Menschen mit einer ausgeprägten Suchtproblematik befinden – aber eben auch auffällig gewordene Kraftfahrer, die an den Sitzungen teilnehmen, um dadurch ihre Chancen auf die Wiedererteilung ihrer Fahrerlaubnis zu erhöhen. In manchen Beratungsstellen wird versucht, diese Vermischung unterschiedlicher Klientengruppen zu vermeiden, indem neben sog. „Suchtgruppen“ explizit auch Angebote für auffällig gewordene Kraftfahrer gemacht werden („Führerscheingruppen“). Auch Mischformen, z. B. mit einer Einführungs- oder Informationsgruppe, die allen Interessierten offensteht, und einem anschließenden weiterführenden Angebot je nach Problemlage, sind möglich.

Neben der Befragung von Verkehrsbehördenmitarbeitern wurde auch eine Internetrecherche durchgeführt, um Informationen über Angebote für verkehrsauffällige Kraftfahrer zu erhalten. Deren Ergebnisse werden im folgenden Kapitel zusammengefasst.

5.3.4 Ergebnisse der Internetrecherche

Im Rahmen der durchgeführten Untersuchung wurden exemplarisch 200 Internetseiten mit Angeboten für verkehrsauffällige Kraftfahrer analysiert, die im Juni 2004 im Netz zu finden waren. Dabei zeigte sich, dass einige Adressen keine für das Projekt relevanten Informationen enthielten bzw. einige Anbieter mehrere Seiten betreiben, sodass letztlich 94 Internetangebote ausgewertet wurden.

Manche der analysierten Seiten bieten ausführliche Informationen zu den Inhalten, Zielen und zur Qualitätssicherung der angebotenen Maßnahmen, während auf anderen kaum mehr als eine Adresse

zu finden ist. Anbieter einer ausschließlich telefonischen Beratung oder einer Beratung per E-Mail nennen teilweise keine Postanschrift, sondern lediglich eine Telefonnummer oder E-Mail-Adresse.

In der Regel umfassen die Internetangebote folgende Informationen:

- Informationen über die MPU,
- Zielgruppe (An wen richtet sich das Angebot?),
- Informationen zum Angebot und den Leistungen („Wir bieten ...“),
- Angaben über den Anbieter („Über uns“ – Name, Bild, Lebenslauf, Qualifikationen, Berufserfahrung ...),
- Ortsangaben (Wo findet die Maßnahme statt?),
- Hinweise zur Kontaktaufnahme (Adresse, E-Mail-Adresse, Stadtplanausschnitt ...),
- Impressum.

Eventuell kommen weitere Angaben hinzu, z. B. Buchtipps, Foren, Links oder medizinische Informationen.

Klassifikationsmöglichkeiten der Anbieter

Im Internet finden sich die unterschiedlichsten Anbieter von Maßnahmen für auffällig gewordene Kraftfahrer. Vertreten sind beispielsweise:

- Stellen, die Kurse zur Wiederherstellung der Kraftfahrereignung nach § 70 FeV durchführen,
- Veranstalter evaluierter Verkehrstherapien,
- psychologische Einzel- oder Gemeinschaftspraxen,
- psychosoziale Beratungsstellen,
- Beratungsangebote von Vertretern anderer Berufsgruppen – teilweise Initiativen von „ehemals MPU-Betroffenen“,
- Suchtkliniken, Fachambulanzen,
- eingetragene Vereine,
- Dachverbände, die mit Kooperationspartnern oder Lizenznehmern zusammenarbeiten,
- Institutionen, die selbst keine Maßnahmen durchführen, aber Adressen von Anbietern vermitteln.

Bei den meisten Angeboten im Internet handelt es sich um Praxen oder Praxisgemeinschaften von Di-

plom-Psychologen, die sich teilweise zu größeren Verbänden zusammengeschlossen haben. Häufig vertreten sind auch überregionale Anbieter von Kursen zur Wiederherstellung der Kraftfahrereignung sowie psychosoziale Beratungsstellen. Darüber hinaus sind unter den anfangs genannten Suchstichworten eingetragene Vereine, Kliniken bzw. Fachambulanzen, Stiftungen oder Fahrschulen zu finden.

Werden regionale Kriterien zur Klassifikation herangezogen, so ergibt sich über die verschiedenen Bundesländer hinweg eine sehr unterschiedliche Häufigkeit von Anbietern. Die meisten Internetseiten verweisen auf Angebote in Bayern und Nordrhein-Westfalen oder die Anbieter sind überregional in mehreren Bundesländern tätig. Relativ viele Angebote findet man darüber hinaus in Baden-Württemberg, Niedersachsen, Berlin und Rheinland-Pfalz. Die wenigsten Adressen wurden für die neuen Bundesländer sowie Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen und das Saarland gefunden.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass Anbieter aus den von der Fläche her größten Bundesländern erwartungsgemäß am häufigsten im Internet vertreten sind. Selten oder gar nicht zu finden sind Anbieter aus den neuen Bundesländern, den Stadtstaaten (mit Ausnahme Berlins) oder den kleineren alten Bundesländern. Einige Anbieter machen auf ihren Internetseiten keine Ortsangaben.

Die Internetauftritte der überregionalen Anbieter erscheinen häufig professioneller, sie beinhalten in der Regel eine Vielzahl von Hinweisen und Informationen und sind durchweg als seriös einzustufen (s. u.). Meist werden von ihnen evaluierte Kursprogramme angeboten, die teilweise schon seit Jahren etabliert sind. Das Angebot der überregionalen Institutionen ist häufig breiter als das der kleineren Anbieter und umfasst eine größere Zahl von Zielgruppen (z. B. spezielle Angebote für Fahranfänger, erstmals alkoholauffällige Kraftfahrer, mehrfach alkoholauffällige Kraftfahrer usw.).

Qualifikation und Berufserfahrung der Anbieter

Bei vielen Anbietern von Maßnahmen im Internet handelt es sich um Diplom-Psychologen, die darüber hinaus oft eine verkehrspsychologische Zusatzqualifikation erworben haben: So weisen viele auf ihre Anerkennung als amtlich anerkannter verkehrspsychologischer Berater hin oder auf ihre Mitgliedschaft im Berufsverband Deutscher Psycholo-

ginnen und Psychologen (BDP) und die Qualifikation als „Fachpsychologe für Verkehrspsychologie“ bzw. ihre Mitgliedschaft im Bundesverband niedergelassener Verkehrspsychologen (BNV).

Weiterhin werden folgende Berufsabschlüsse bzw. Qualifikationen genannt: Diplom-Sozialpädagoge, Fach- bzw. Suchttherapeut, Fachberater und Psychotherapeut. Vereinzelt findet man auch Fahrlehrer, Kaufleute, Fachärzte und Heilpraktiker unter der Anbietern.

Über einschlägige Erfahrungen in der Beratung oder Therapie verkehrsauffälliger Kraftfahrer geben weniger als ein Drittel der Anbieter im Internet Auskünfte. Diese beziehen sich meist auf die Dauer der bisherigen Tätigkeit in der Therapie und Rehabilitation auffällig gewordener Kraftfahrer. Einige Anbieter stellen ihren Lebenslauf mit Angaben zu Ausbildung und Berufserfahrung ins Netz oder verweisen darauf, dass sie bereits als Gutachter tätig waren. Vereinzelt wird damit geworben, dass man sich als Betroffener in der Vergangenheit selbst erfolgreich einer MPU unterzogen hat.

Auf sog. „mich-Seiten“ wird darüber informiert, wer hinter dem Kursangebot steht, um dadurch eine Vertrauensbasis aufzubauen. Hierzu trägt oft auch ein Foto bei, das dem Interessenten ermöglicht, sich ein konkretes Bild von dem Anbieter zu machen.

Zielgruppen der Anbieter

Menschen, die im Internet nach Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer suchen, erwarten Informationen darüber, wie sie ihre Fahrerlaubnis wiedererlangen oder die Sperrfrist verkürzen können. Häufig müssen sie sich aufgrund behördlicher Anordnung einer MPU unterziehen.

Diese Ausgangslage spiegelt sich auch in den meisten Fällen in der Aufmachung der Internetseiten wider. So können beispielsweise Seiten angeklickt werden, wie „Der Weg zur erfolgreichen MPU“ – oder man bietet Hilfe bei der Frage „Bei der MPU durchgefallen?“. Auch die Bezeichnung der Internetadressen ist häufig so gewählt, dass sie direkt auf das Problem MPU und Führerscheinentzug hinweist.

Die Anbieter wenden sich in erster Linie an die drei folgenden Hauptzielgruppen:

- Kraftfahrer, die alkoholisiert ein Kraftfahrzeug führten,

- Kraftfahrer, die unter Drogeneinfluss ein Kraftfahrzeug führten,
- Kraftfahrer, die viele Punkte im Verkehrszentralregister aufweisen.

Die überwiegende Zahl der Anbieter führt Maßnahmen für Vertreter aller drei Gruppen durch. Die Angebote von psychosozialen Beratungsstellen wenden sich in der Regel nur an alkoholauffällige Kraftfahrer. Auf mehreren Internetseiten finden sich keine genauen Angaben zur Zielgruppe, stattdessen werden allgemein „verkehrsauffällige Kraftfahrer“ oder „Kraftfahrer mit bevorstehender MPU“ angesprochen.

Auf etwa zehn Prozent der überprüften Seiten werden auch Maßnahmen in anderen Sprachen als in Deutsch durchgeführt, wobei hier Angebote in Russisch überwiegen.

Angebotene Maßnahmen

Fast alle Anbieter erläutern mehr oder weniger genau, welche Maßnahmen sie durchführen. In der Regel werden auf jeder Internetseite mehrere Angebote für unterschiedliche Zielgruppen vorgestellt (z. B. Informationsgespräche, Einzelberatungen oder -therapien, Gruppenmaßnahmen, Selbsthilfegruppen).

Am häufigsten werden Einzelinterventionen und Informationsgespräche angeboten, gefolgt von Gruppenmaßnahmen. Von Diplom-Psychologen wird häufig darauf hingewiesen, dass als Einzelmaßnahme auch Verkehrstherapien durchgeführt werden können. Einige Anbieter bieten eine Beratung lediglich per E-Mail oder telefonisch an bzw. verweisen darauf, dass Unterlagen zum Selbststudium bezogen werden können.

Das relativ häufig angebotene Informationsgespräch soll dazu dienen, dass der Interessierte sich zunächst über die Maßnahme informieren kann. Teils sind die Informationsgespräche kostenlos, teilweise wird eine Gebühr verlangt. Als Zeitdauer des Gespräches wird meist ca. eine Stunde angegeben. In einigen Fällen wird auch eine Erstberatung per Telefon oder per E-Mail angeboten, sodass der Klient die Möglichkeit hat, mit relativ geringem Zeitaufwand mehrere Angebote zu vergleichen.

Bei Einzelberatungen oder Verkehrstherapien wird verschiedentlich darauf hingewiesen, dass diese besonders in schwierigeren Fällen eine geeignete Methode darstellen, z. B. wenn bereits ein Gutach-

ten mit negativem Ausgang erstellt worden sei oder der Betroffene einen sehr hohen Promillewert erreicht habe. Als Vorteile der Einzelmaßnahme gelten die Möglichkeit, dass hier gezielter auf den Einzelfall eingegangen werden könne und Terminvereinbarungen flexibler gestaltet werden könnten. Einzelmaßnahmen werden im Internet häufiger als Gruppenprogramme offeriert, wobei sie in aller Regel teurer sind. Manche Berater bieten an, ihre Klienten zu Hause zu besuchen.

Gruppenseminare sind in finanzieller Hinsicht in der Regel preisgünstiger als Einzelmaßnahmen. Die meisten Gruppenprogramme werden in regelmäßigen Abständen über einen längeren Zeitraum durchgeführt. Die Teilnehmer müssen sich verpflichten, an jeder Sitzung teilzunehmen. Gelegentlich wird darauf hingewiesen, dass keine Teilnahmebescheinigung ausgestellt werden könne, wenn ein Termin versäumt wird. Andererseits findet man im Internet auch Tages- oder Wochenendseminare („Intensivkurse“, „Crash-Kurse“, „Kompakt-Kurse“), die versprechen, in sehr kurzer Zeit umfassend auf die MPU vorzubereiten.

Zusätzlich zu den genannten Maßnahmen werden weitere ergänzende Angebote gemacht, beispielsweise Praxisseminare (fahrpraktische Übungen), Drogenscreenings, Laboranalysen, Promillerechner, Kräuter zur Stärkung der Leberfunktion, Basis-Kurse zur Bedarfsklärung, zusätzliche Testverfahren oder die Möglichkeit, allgemeine Informationen herunterzuladen. Einzelne Anbieter offerieren ein Angebot aus verschiedenen Bausteinen, die der Kunde selbst zusammenstellen kann.

Über den theoretischen Hintergrund der durchgeführten Maßnahmen werden selten genauere Angaben gemacht. Nur etwa ein Drittel der Anbieter nennt ein konkretes Modell, nach dem vorgegangen wird. In den wenigen Fällen, in denen die theoretische Ausrichtung der Maßnahme angesprochen wird, werden Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie und Individualpsychologie genannt. Die Tatsache, dass nur selten Angaben zur theoretischen Basis der Maßnahme gemacht werden, könnte darin begründet sein, dass solche Informationen von den Anbietern als zu tief gehend im Rahmen ihres Internetauftritts und eher für Fachleute als für potenzielle Kunden interessant eingeschätzt werden.

Im Hinblick auf die Ziele, die durch die Maßnahme erreicht werden sollen, wird am häufigsten mitgeteilt, dass eine Verhaltensänderung durch das Erarbeiten

neuer Strategien und eine Veränderung der künftigen Lebensweise erreicht werden sollen. Darüber hinaus sollen eine bessere Fähigkeit zur Selbstreflexion, eine realistischere Selbsteinschätzung und eine stärkere Selbstkontrolle angestrebt werden. Als Methode zum Erreichen dieser Ziele werden die Vermittlung von Fachwissen zur Wirkung von Alkohol und Drogen und die Analyse der aktuellen Situation des Betroffenen und/oder des Lebenslaufes hervorgehoben. Die Gutachtenbesprechung und die Erläuterung des Ablaufs der MPU und der Anforderungen und Erwartungen, die der Klient im Rahmen der MPU erfüllen muss, werden als weitere wichtige Inhalte der Maßnahme genannt. Weniger häufig werden eine Besprechung der medizinischen Unterlagen des Klienten (z. B. der Leberwerte), die Simulation einer MPU sowie fahrpraktische Übungen angeboten. Nur selten wird auf die Möglichkeit einer Nachbetreuung eingegangen.

Bewertung der Angebote

Fast zwei Drittel der Anbieter, deren Internetseiten analysiert wurden, machen keine Angaben dazu, wie sie die Qualität ihrer Maßnahmen sicherstellen. Unter denjenigen, die sich dazu äußern, wird am häufigsten auf durchgeführte Evaluationsstudien hingewiesen oder es wird eine Erfolgsquote bzgl. des Bestehens der MPU oder eine Rückfallquote bzgl. erneuter Auffälligkeiten im Straßenverkehr angegeben.

Einige Anbieter werben damit, dass sie eine ständige Kontrolle der Legalbewährung ihrer Klienten über einen bestimmten – teilweise vertraglich festgelegten – Zeitraum durchführen oder dass sie bzw. ihre Mitarbeiter an regelmäßigen Fort-, Weiterbildungs- oder Supervisionsmaßnahmen teilnehmen. Insbesondere größere, überregional tätige Organisationen und Verbände beschäftigen sich mit Fragen der Qualitätssicherung bzw. haben entsprechende Maßnahmen bereits eingeführt.

Im Rahmen der durchgeführten Analyse wurde die Seriosität der Angebote im Internet eingeschätzt. Als Kriterien für Seriosität wurden Angaben über die fachliche Qualifikation der Kursleiter/Berater/Therapeuten, die Art der durchgeführten Therapie- oder Rehabilitationsmaßnahme, die eingesetzten Interventionsmethoden und eventuell vorhandene Maßnahmen zur Qualitätssicherung bewertet.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass manche Anbieter nicht über die technischen Möglichkeiten

verfügen, um ihre Internetauftritte entsprechend umfangreich und professionell zu gestalten, sodass im Einzelfall die Qualität des Angebotes besser sein kann als aufgrund der Informationen auf der Internetseite zu vermuten ist. Andererseits ist natürlich auch der Fall denkbar, dass bei der Präsentation Behauptungen aufgestellt werden können, die einer Prüfung in der Realität nicht standhalten würden.

Als seriös sollen Anbieter bezeichnet werden, die folgende Merkmale aufweisen:

- qualifizierte bzw. fachspezifische Ausbildung der Mitarbeiter,
- Einsatz von Interventionsmethoden und Beachtung von Rahmenbedingungen (z. B. hinsichtlich der Zeitdauer der Maßnahme), die sich aufgrund empirischer Untersuchungen als wirksam erwiesen haben (vgl. „ANDREA“-Studie, in Teil B des vorliegenden Berichts),
- sachliche, realistische und umfassende Informationen über den Anbieter, die Maßnahme und die Rahmenbedingungen,
- Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen (z. B. Evaluationsstudien).

Demgegenüber lassen sich verschiedene Merkmale zusammenstellen, die auf die Unseriösität eines Angebotes hinweisen:

- unzureichende Qualifikation der Mitarbeiter oder unklare bzw. fehlende Angaben hierzu,
- mangelhafte oder verschwommene Informationen über die Maßnahme (Inhalte und Methoden), den Anbieter oder die Rahmenbedingungen (z. B. die zu erwartenden Kosten),
- Angebot einer vermeintlich kostengünstigen, weil zeitlich sehr begrenzten Maßnahme, die ausschließlich auf das Bestehen der MPU ausgerichtet ist, ohne auf eine Einstellungs- oder Verhaltensänderung abzielen („Crash-Kurse“),
- fehlende Angaben im Impressum, fiktive Referenzangaben,
- gezielte Desinformation, z. B. durch Nennung übertrieben hoher Durchfallquoten bei der MPU oder unrealistischer Erfolgsquoten der Maßnahme; unseriöse Werbung mit Gutachter-„Insider“-Tipps,

- Überwiegen emotionsauslösender Inhalte gegenüber Sachinformationen durch Benutzung angstmachender, übertreibender Formulierungen oder aggressiver Abwertungen z. B. von Begutachtungsstellen für Fahreignung bzw. den dort tätigen Gutachtern,
- falsche Versprechungen, z. B. durch „hundertprozentige Erfolgs“- bzw. „Geld-zurück-Garantien“,
- weitere, teils erhebliche Kosten durch getrennte Abrechnung zusätzlicher Arbeitsmaterialien,
- Angebot einer Beratung ausschließlich per E-Mail oder Telefon zur MPU-Vorbereitung,
- Werbung mit der Möglichkeit, eine ausländische Fahrerlaubnis zu erwerben,
- Präsentation mit erheblichen Rechtschreib- und Grammatikfehlern.

Es zeigte sich, dass über zwei Drittel der analysierten Angebote als seriös eingestuft werden konnten. Lediglich zehn Prozent mussten als nicht seriös angesehen werden, bei den restlichen Anbietern konnte – meist aufgrund fehlender Informationen – eine entsprechende Beurteilung nicht erfolgen.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Qualität der gefundenen Angebote in hohem Maße abhängig ist von der Auswahl der Suchbegriffe, die man in die Suchmaschine eingibt. Werden beispielsweise die Begriffe „Kurse – MPU – Kraftfahrer“ eingegeben, so finden sich überwiegend seriöse Angebote. Wird dagegen unter „Idiotentest – Kraftfahrer“ gesucht, so sind die Angebote weit zweifelhafter.

Ein typisches Merkmal der als nicht seriös eingestuften Angebote besteht darin, dass die präsentierten Texte sehr reißerisch formuliert sind und nur wenig sachliche Informationen zum eigentlichen Angebot enthalten. Bei einer der analysierten Seiten muss der Interessierte, um überhaupt an Informationen zu gelangen, einen Dialer installieren, was erhebliche Kosten verursacht. Mit dem Aufrufen der Adresse werden weitere „Pop-ups“ aktiviert, durch die der potenzielle Kunde zur Annahme weiterer kostenpflichtiger Angebote (z. B. Horoskop, IQ-Test usw.) animiert werden soll. In einem anderen Fall werden Unterlagen „zum Selbststudium“ als vermeintlich preisgünstige Alternative zur Teilnahme an einer Maßnahme angeboten. Ein weiteres Angebot umfasst ausschließlich eine (kostenpflichtige) Beratung per E-Mail bzw. Chat.

Kosten

Bei mehr als der Hälfte der analysierten Angebote im Internet werden keinerlei Angaben zu den Kosten, die auf den Interessenten zukommen können, gemacht. Die meisten Anbieter, die hierzu Auskünfte geben, teilen lediglich ihren Stundensatz mit, teilweise werden aber auch sehr detaillierte Preislisten für alle Angebote veröffentlicht. Einige Anbieter versuchen, durch das Angebot einer kostenlosen Erstberatung mögliche Kunden zur Kontaktaufnahme zu bewegen.

Die Stundenpreise für eine Einzelsitzung bewegen sich zwischen 50 und 90 Euro, ein Berater bietet speziell für sozial schwächere Kunden (z. B. Arbeitslose oder Sozialhilfeempfänger) einen Sonderpreis von 30 Euro pro Stunde an. Gelegentlich werden auch Pauschalangebote gemacht. Gruppensitzungen sind meist deutlich günstiger, sie kosten im Durchschnitt etwa 30 Euro pro Stunde.

Gelegentlich wird zur Orientierung ein sog. „Basisseminar“ angeboten, das der Information und individuellen Bedarfsermittlung dienen soll. Eine solche Maßnahme kostet zwischen 145 und 200 Euro. Allerdings sind die gebotenen Leistungen recht unterschiedlich. So wird dem Kunden bei dem preisgünstigen Basisseminar nach Zahlungseingang von 145 Euro per E-Mail ein Fragebogen zugeschickt, den er ausgefüllt zurücksenden soll. Dafür erhält er eine Antwort-Mail mit „konkreten Empfehlungen“.

Dagegen umfasst ein anderes Basisseminar für 200 Euro eine eintägige Beratung in einer Beratungsstelle, wobei auf folgende Themenkreise eingegangen werden soll: Ablauf der MPU, rechtliche Zusammenhänge, Einbeziehung negativer Gutachten, Verhaltensänderung, Formalitäten usw. Dieses Beispiel veranschaulicht, dass ein direkter Vergleich der Qualität von Angeboten für verkehrsauffällige Kraftfahrer im Internet sehr schwierig ist, da sich die Leistungen stark unterscheiden.

Zusammenfassung

Zusammenfassend ist festzustellen, dass das Internet von sehr vielen Anbietern von Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer genutzt wird, teilweise wird über dieses Medium lediglich geworben, oft aber auch über das Angebot informiert. In Einzelfällen wird eine Beratung komplett über Internet (E-Mail, Chat) durchgeführt.

In erster Linie zeigen Praxen oder Praxisgemeinschaften von Diplom-Psychologen und Anbieter von Kursen zur Wiederherstellung der Kraftfahrereignung im Internet Präsenz. Unter regionalspezifischen Gesichtspunkten ist festzustellen, dass bei der durchgeführten Analyse vor allem überregionale Anbieter und solche aus den größeren (alten) Bundesländern gefunden wurden. Viele Anbieter bzw. deren Mitarbeiter verfügen über einen Hochschulabschluss als Diplom-Psychologe und eine verkehrspsychologische Zusatzqualifikation.

Meistens richten sich die Angebote allgemein an Kraftfahrer, die ihre Fahrerlaubnis verloren haben, d. h. sowohl an Alkohol- und Drogenauffällige als auch sog. „Punktetäter“. Psychosoziale Beratungsstellen sprechen in der Regel nur alkoholauffällige Kraftfahrer an. Am häufigsten werden Einzelmaßnahmen (Beratung und/oder Therapie) und Informationsgespräche angeboten, teilweise besteht die Möglichkeit, verschiedene Interventionsbausteine zu kombinieren. Über den theoretischen Hintergrund der durchgeführten Maßnahmen werden selten genauere Angaben gemacht. Das am häufigsten genannte Ziel, das durch die Maßnahme erreicht werden soll, besteht in einer dauerhaften Einstellungs- und Verhaltensänderung. Dies soll vor allem durch die Analyse der individuellen Lebenssituation und Wissenszuwachs erreicht werden.

Die meisten Anbieter, deren Internetseiten analysiert wurden, machen keine Angaben dazu, ob sie Maßnahmen zur Qualitätssicherung eingeführt haben. Unabhängig davon können die meisten Angebote, die bei der Internetrecherche gefunden wurden, als seriös bewertet werden. Die Kosten für Einzelsitzungen erwiesen sich erwartungsgemäß als höher als die für Gruppenstunden. Teilweise existieren zwischen den Anbietern erhebliche Preisunterschiede.

6 Qualitätssicherung bei Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer

Ausgehend von den Ergebnissen der durchgeführten empirischen Erhebung sollen grundlegende Anforderungen für einen wirksamen Beitrag von Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs formuliert

und Vorschläge für qualitätssichernde Maßnahmen zusammengestellt werden.

In Folgenden werden zunächst Konzepte aus der psychosozialen Praxis und dem Gesundheitswesen beschrieben, die im Wesentlichen auch den Rahmen für die Qualitätssicherung bei Therapie- und Beratungsmaßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer bilden. Danach werden grundlegende Schlüsselbegriffe der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements erläutert. Schließlich werden bereits existierende Ansätze zur Qualitätssicherung bei verschiedenen Anbietern verkehrspsychologischer Interventionen vorgestellt und die Gründe für mögliche Widerstände gegen entsprechende Maßnahmen diskutiert.

6.1 Entwicklung der Qualitätssicherung im psychosozialen Bereich

Bemühungen um die Sicherung und Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen können in der Bundesrepublik auf eine lange Tradition zurückblicken. Maßnahmen, die seit längerem bereits intern in Institutionen eingesetzt werden, reichen von der Dokumentation von Patientendaten über Fort- und Weiterbildung des Personals bis hin zur Supervision. Dagegen findet die externe Qualitätssicherung psychosozialer Dienstleistungen erst seit Anfang der neunziger Jahre verstärkt Beachtung. Bei der externen Qualitätssicherung müssen Vergleichsdaten, die nicht ausschließlich von der zu beurteilenden Institution stammen, erhoben oder Standards entwickelt werden, die Richtgrößen liefern (HÄRTER et al., 2003).

Die Ursachen für die verstärkte Thematisierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen und im psychosozialen Bereich liegen einerseits im zunehmenden Kostendruck, bewussteren Patienten und Klienten sowie einem gestiegenen Selbstanspruch, andererseits aber auch in veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen. Durch das Gesundheitsreformgesetz von 1989 und das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 sind kassenabrechnende Einrichtungen wie Krankenhäuser und Praxen niedergelassener Ärzte gesetzlich zur Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen verpflichtet; im ambulanten Bereich wurde die kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit dieser Aufgabe betraut (HÄRTER et al., 2003).

Durch das Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes und mit der Neufassung der Psychothera-

perichtlinien im Jahre 1999 gelten diese Vorgaben auch für psychologische Psychotherapeuten. Im Jahr 2000 wurde im Rahmen der Sozialgesetzgebung für alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen eine Verpflichtung zur Qualitätssicherung und -weiterentwicklung festgeschrieben. Stationäre Einrichtungen wie Krankenhäuser und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen haben ein Qualitätsmanagementsystem (QMS) einzuführen. Im Zuge dieser Entwicklung gehen auch andere psychosoziale Einrichtungen, z. B. Beratungsstellen, verstärkt dazu über, ihre Arbeit auf Wirksamkeit und Kosteneffizienz zu überprüfen und zu optimieren.

6.2 Dimensionen des Qualitätsbegriffs

Der Begriff „Qualität“ stammt vom lateinischen „Qualitas“ ab, was so viel wie Eigenschaft, Beschaffenheit oder Güte bedeutet. Er wurde in der Industrie bereits in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts eingeführt (HÄRTER et al., 2003).

Nach der DIN-Norm 8402 ist „Qualität“ im Dienstleistungsbereich definiert als „... die Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen.“ (zitiert nach STROTMANN, 1998, S. 21). Diese Definition ist allerdings sehr allgemein. Um auch die Kundenanforderungen zu berücksichtigen, schlägt STROTMANN (1998, S. 21) folgende Definition vor: „Qualität ist 1. das Erkennen der Kundenanforderungen, 2. deren Umsetzung in erfüllbare Vereinbarungen, 3. die Erfüllung dieser Vereinbarungen.“ Besonders zu beachten sei dabei immer der Zweck, der hinter dem Qualitätsanspruch stehe.

HÄRTER et al. (2003, S. 24) stellen fest, „... dass Qualität nicht absolut zu definieren ist, sondern immer in Abhängigkeit von einer formulierten Zielvorgabe und den je nach Standpunkt unterschiedlichen Qualitätsbegriffen und -erwartungen unterschiedlich zu bewerten ist (Psychotherapeut, Klient, Kostenträger, Wissenschaftler etc.). Qualität wird von verschiedenen Zielgruppen aus unterschiedlichen Perspektiven gesehen und verfolgt.“ Es gibt also kein objektives Maß für die Qualität einer Dienstleistung im sozialen Bereich. Dies muss bei der Festlegung von Qualitätsstandards berücksichtigt werden (MEINHOLD, 1998).

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

Alle Maßnahmen, die dem Erreichen bestimmter, vor einer Beratung oder Therapie individuell festzulegender „Qualitätsziele“ dienen, werden unter dem Begriff „Qualitätssicherung“ zusammengefasst (MEINHOLD, 1998). Entsprechend dem Plan-Do-Check-Act-Zyklus (PDCA-Zyklus) beinhaltet Qualitätssicherung Maßnahmen zur Qualitätsmessung, z. B. Fragebogenerhebungen zur Klientenzufriedenheit, und sich daraus ergebende Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung, z. B. Qualitätszirkel oder Supervision (SELBMANN, 1995).

Nach HEINER (1998) müssen für eine seriöse Qualitätssicherung drei Voraussetzungen erfüllt sein:

- Es müssen konsensfähige und klare Qualitätskriterien definiert sein.
- Die verlässliche Beachtung und Umsetzung dieser Kriterien im alltäglichen Handeln müssen gewährleistet sein.
- Verfahren zur Behebung von Mängeln bei der Kriterienformulierung und deren Umsetzung müssen eingesetzt werden.

Der Begriff des „Qualitätsmanagements“ geht über den Begriff der „Qualitätssicherung“ hinaus und schließt die Leitungsebene der Organisation mit ein. Nach FARIN & BENGEL (2003, S. 49) umfasst das Qualitätsmanagement „... die Verankerung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in eine Organisation durch Maßnahmen der Leitungsebene, z. B. durch Schaffung der erforderlichen Strukturen (Qualitätsbeauftragter, Qualitätszirkel), Festlegung der Qualitätspolitik, Definition von Verantwortlichkeiten und Qualitätszielen sowie der Prinzipien des internen Qualitätsmanagementsystems“. Die Autoren beziehen sich hierbei auf die Definition laut DIN EN ISO 9004-1, nach der unter einem Qualitätsmanagementsystem die Organisationsstruktur sowie die Verfahren, Prozesse und Mittel, die für die Verwirklichung des Qualitätsmanagements erforderlich sind, zu verstehen sind.

Ob es sinnvoll ist, den Begriff des „Qualitätsmanagements“ überhaupt auf Anbieter von Dienstleistungen anzuwenden, die nicht in einen größeren organisatorischen Kontext eingebunden sind, ist eine offene Frage. Manche Autoren ziehen es vor, bei freiberuflich tätigen Anbietern von Dienstleistungen den Begriff der „Qualitätssicherung“ zu benutzen (FARIN & BENGEL, 2003; GEISLER, 1998). Die nachfolgende Darstellung orientiert sich an die-

ser Sichtweise, d. h., der Begriff „Qualitätsmanagement“ wird nur in Zusammenhang mit größeren Organisationen verwendet.

Beschreibung und Strukturierung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Der gesamte Prozess der Qualitätssicherung lässt sich nach DONABEDIAN (1966) in drei Komponenten unterteilen: die Struktur-, die Prozess- und die Ergebnisqualität. MEINHOLD (1998, S. 39) bezieht zur Beschreibung der Qualität einer Dienstleistung zusätzlich die Kunden mit ein: „Die zentrale Qualitätsaufgabe erfordert, präzise zu beschreiben, welche Dienstleistung für wen in welcher Weise erbracht wird. Des Weiteren ist anzugeben, was dafür gebraucht wird und welche Ergebnisse zu erwarten sind.“

Die „Strukturqualität“ ist relativ leicht zu ermitteln: Sie umfasst die Gesamtheit der zur Verfügung stehenden gesundheitspolitischen, organisatorischen, finanziellen, baulich/räumlichen, apparativen und personellen Ressourcen. Es wird festgelegt, welche Räumlichkeiten, Ausstattungen, Personalqualifikationen sowie welcher Personalschlüssel benötigt werden, um die erarbeiteten Qualitätsstandards umzusetzen (MEINHOLD, 1998). Weiter beinhaltet sie die Kooperation mit anderen Einrichtungen, Supervision, Weiterbildung, Erarbeitung eines Leitbildes der Einrichtung, Aussagen zur Leitungs- und Teamarbeit sowie zur Arbeitsorganisation (FRENZKE-KULBACH & KULBACH, 1998). Die Strukturqualität steht in unmittelbarem Zusammenhang mit den Kosten, die als tragbar angesehen werden (HÄRTER et al., 2003).

Der Begriff „Prozessqualität“ umfasst die Frage, wie gearbeitet wird und welche Qualitätsstandards dabei beachtet werden sollen. Hierzu zählen alle diagnostischen, therapeutischen/rehabilitativen und beraterischen Maßnahmen, die eingesetzt werden. Da für den Bereich sozialer Dienstleistungen keine einheitlichen wissenschaftlich anerkannten Qualitätskriterien vorliegen, ist die Bewertung der Prozessqualität schwierig. Es kann kein objektives Maß für Qualität geben, da die Entscheidung, woran Qualität erkannt werden kann, von den jeweiligen Qualitätsvorstellungen des Beurteilers abhängig ist. Um sich innerhalb eines Teams auf bestimmte Qualitätsstandards verständigen zu können, haben sich zwei Vorgehensweisen bewährt (MEINHOLD, 1998):

- Das Formulieren von „Verhaltensregeln“: Das Team einigt sich auf ein oder zwei fachliche Überzeugungen, die konkretisiert werden sollen. Dann sammeln die Mitarbeiter mittels Brainstorming möglichst viele Tätigkeiten, mit denen diese Überzeugungen umgesetzt werden könnten. Anschließend wählen die Teammitglieder zwei bis drei Tätigkeiten aus, die sie für unverzichtbar halten und auf deren Basis Verhaltensregeln erarbeitet werden. Diese Regeln werden nach einer Probezeit überarbeitet und schließlich verbindlich für alle Mitarbeiter.
- Das Beschreiben von „Kundenpfaden“: Bei einer Kundenpfadanalyse werden für sensible Situationen (z. B. den telefonischen Erstkontakt) zunächst die wichtigsten Ziele gesammelt. In einem zweiten Schritt werden Verhaltensregeln erarbeitet, wie diese Ziele erreicht werden können. So lässt sich die Arbeitssituation in Phasen unterteilen, für die sich jeweils bestimmte Qualitätsmerkmale bestimmen und schriftlich festhalten lassen. Aus den ermittelten Qualitätsmerkmalen werden Qualitätsstandards abgeleitet, die Regeln für ein bestimmtes Verhalten in einer festgelegten Situation vorgeben. Diese Qualitätsstandards stellen sicher, dass in konkreten Situationen nach bestimmten Regeln gehandelt wird (FRENZKE-KULBACH & KULBACH, 1998).

Die „Ergebnisqualität“ schließlich orientiert sich an dem Resultat, das durch die Dienstleistung erbracht wurde. Nach HÄRTER et al. (2003, S. 26) lässt sich Ergebnisqualität als „... das Ausmaß an Kongruenz zwischen Behandlungsziel (Soll) und Behandlungsergebnis (Ist)“ definieren. Ebenso kann aus einer Befragung der Kunden zu ihrer Akzeptanz der Intervention und der Zufriedenheit mit dem Produkt „Beratung/Therapie“ ein Rückschluss auf die Ergebnisqualität gezogen werden. Hierbei muss allerdings sichergestellt sein, dass das Ergebnis tatsächlich auf die Dienstleistung zurückzuführen ist und nicht andere Ursachen dafür verantwortlich sind. Ein Anbieter von Maßnahmen für auffällig gewordene Krafftfahrer könnte beispielsweise das Bestehen der MPU oder die Höhe der Rückfallquote zur Bestimmung der Ergebnisqualität heranziehen. Dabei besteht eine Alternative zu aufwändigen Evaluationsverfahren in der kontinuierlichen und praxisnahen Überprüfung und Reflexion der geleisteten Arbeit (FRENZKE-KULBACH & KULBACH, 1998).

MEINHOLD (1998) stellt einen Trend zur Entwicklung eigener aufgaben- und organisationsbezogener Qualitätsmanagementsysteme in sozialen Betrieben – unabhängig von ihrer Größe – fest. Die Qualitätsstandards werden in einem Handbuch festgehalten und die Qualitätsziele, die sich aus den Verhaltensregeln, Kundenpfaden und geplanten „Ergebnissen“ ergeben, anhand von Indikatoren dokumentiert und überprüft.

Als Kenngrößen der Qualität einer Dienstleistung können für die drei Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität Qualitätsindikatoren erarbeitet werden. Qualitätsindikatoren „... sind gut definierte, valide und reliable Maße, die die Herstellung und/oder das Ergebnis der Versorgungsqualität einer Einrichtung durch Zahlen oder Zahlenverhältnisse ausdrücken“ (HÄRTER et al., 2003, S. 32).

Allgemeines Schema von Modellen der Qualitätssicherung

Im Rahmen der Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung werden in aller Regel mehrfach verschiedene Teilschritte durchlaufen, die sich als „Qualitätskreis“ darstellen lassen. Nach HÄRTER et al. (2003) und in Anlehnung an die Grundsätze der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO, 1996; <http://www.jcaho.org>, 15.10.2004) lässt sich allgemeingültig der Ablauf jeglicher qualitätssichernder Maßnahmen in dem in Bild 1 dargestellten Zyklus abbilden.

Notwendig sind zunächst klare Zielsetzungen, erst dann beginnt die qualitätssichernde Maßnahme. Zur Erreichung der Ziele wird ein Prozess in Gang gesetzt. Die Ergebnisse der qualitätssichernden

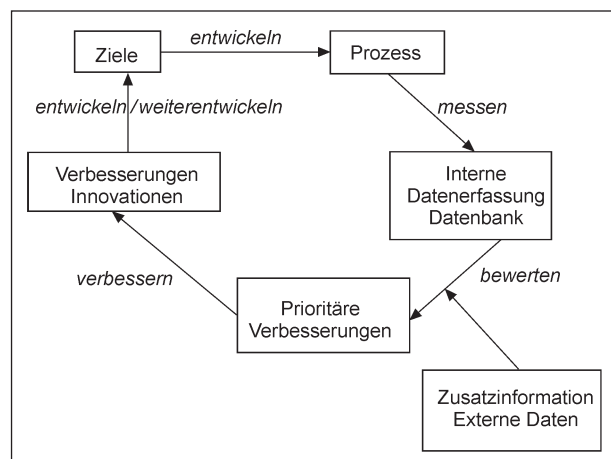


Bild 1: Allgemeiner Zyklus der Qualitätssicherung und -verbesserung (aus: HÄRTER et al., 2003, S. 31)

Aktivitäten werden in einer internen Datenbank gesammelt. Die erhobenen Daten werden mit Hilfe von Referenzdaten (z. B. aus ähnlichen Einrichtungen oder den Daten aus den Vorjahren) oder Leitlinien (etablierten Handlungsanweisungen) verglichen. Aus der Bewertung der Ergebnisse werden Verbesserungsvorschläge erarbeitet und umgesetzt. Der Zyklus wird mehrfach durchlaufen, wobei die Qualität durch das fortschreitende Beseitigen von Schwachstellen und Qualitätsmängeln immer weiter verbessert wird. Dabei sind Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität einzubeziehen (HÄRTER et al., 2003).

6.3 Wichtige Qualitätssicherungselemente in der psychosozialen Praxis

Im Folgenden werden vier wesentliche Maßnahmen der Qualitätssicherung in der psychosozialen Praxis beschrieben:

- berufliche Qualifikation,
- Supervision,
- Dokumentation und
- Evaluation.

Berufliche Qualifikation

Ein wesentliches Element der Strukturqualität ist in einer fundierten Ausbildung des Beraters oder Therapeuten zu sehen. LAMSZUS (1998) empfiehlt folgendes Vorgehen zur Qualifikation von Leitern von Nachschulungskursen für verkehrsauffällige Kraftfahrer: In der Ausbildungsphase können eine Verlängerung der Ausbildungszeit und das Erheben von Leistungsnachweisen (z. B. durch die Prüfung der Kenntnis des Kursprogramms) die Qualität sichern, in der Zeit nach der Ausbildung sollte dies durch obligatorische, regelmäßige Fortbildung, Praxisberatung durch erfahrene Experten, Supervision, Hospitation und Co-Moderation erreicht werden. Im Rahmen der Supervision können ungeeignete Kursleiter identifiziert werden, bei wiederholt negativem Ergebnis sollte die Nachschulungserlaubnis aberkannt werden.

Supervision

Supervision stellt schon lange eine Technik zur Verbesserung und Sicherung der Qualität psychologi-

scher Tätigkeit dar (JÄNISCH, 1998). Supervision war in den Anfängen lediglich für die Zeit der Therapieausbildung verpflichtend, heutzutage ist man aber davon überzeugt, dass eine lebenslange berufsbegleitende Supervision sinnvoll ist. Sie stellt eine Methode des prozessorientierten Qualitätsmanagements dar, indem sie kontinuierlich zu einer Qualitätsverbesserung des Therapieprozesses beitragen kann (AUCKENTHALER, 2003). Supervision erfüllt demnach zwei Hauptaufgaben: Zum einen wird sie als Qualitätskontrolle in der Ausbildung eingesetzt, zum anderen dient sie der berufsbegleitenden Beratung und Unterstützung durch die Reflexion arbeitsbezogener Problemstellungen. Mit Hilfe der Supervision ist eine kritische Auseinandersetzung mit den inhaltlichen Schritten einer psychologischen Maßnahme möglich. Supervision ist immer als ein Prozess zu verstehen und nicht als ein einzigartiges Ereignis; im Laufe der Sitzungen sollte sich in der Einrichtung eine Reflexionskultur entwickeln (JÄNISCH, 1998).

Da Supervision ein hoch komplexes und dynamisches Geschehen darstellt, kann sie – ähnlich der Therapie – nur unzureichend mit formalen Qualitätskriterien beurteilt werden. Angesichts ihrer hohen Komplexität ist es notwendig, Zugangsvoraussetzungen sowie Aus- und Weiterbildungsstandards für Supervisoren festzulegen. Solche Kriterien sind z. B. vom BDP (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen) oder der Deutschen Gesellschaft für Supervision definiert worden. Als Qualifikation sind von einem Supervisor demzufolge Feldkompetenz (d. h. beispielsweise detaillierte Kenntnis über eine Interventionsmaßnahme), Beratungskompetenz und Subjektkompetenz (d. h. die Fähigkeit zum Rollenwechsel vom Moderator zum Supervisor) zu verlangen (JÄNISCH, 1998).

Empirische Daten zur objektiven Wirksamkeit von Supervision stehen noch aus. So konnte nach AUCKENTHALER (2003) bisher nicht nachgewiesen werden, dass sich Supervision günstig auf die reale Therapiesituation auswirkt. Die Wirksamkeitsprüfung der manualgestützten Supervision, bei der die Supervision entlang eines Leitfadens durchgeführt wird, zeigte sogar die Möglichkeit ungünstiger Nebeneffekte auf die Qualität der therapeutischen Beziehung. Dabei waren die negativen Auswirkungen umso deutlicher, je rigider der Supervisand sich an das Manual hielt (HENRY et al., 1993).

Allerdings konnte auch ein positiver subjektiver Effekt der Supervision nachgewiesen werden: Die

Supervisanden stufen die Auswirkungen der Supervision auf ihre Arbeit mit den Klienten selbst als sehr positiv ein. Sie gaben an, durch die Supervision ein besseres Verständnis für den Klienten sowie eine Verbesserung der Beziehung zu ihm festzustellen. Sie fühlten sich in ihrem Selbstvertrauen und ihrem Wirksamkeitserleben gestärkt, ihre Handlungssicherheit vergrößerte sich (FRANK et al., 1996).

Um die qualitätsverbessernde Wirkung der Supervision zu unterstützen, sollten demnach neben den Aus- und Weiterbildungsstandards ethische Richtlinien und professionelle Standards für die Durchführung formuliert werden. Momentan wird als Alternative zur Ausbildung zum Supervisor durch einzelne Workshops die Möglichkeit einer institutionalisierten Ausbildung diskutiert, die mit einem Zertifikat bestätigt würde. Nach AUCKENTALER (2003, S. 164) besteht allerdings Einigkeit darin, „... dass die Ausbildung zum Supervisor Einheiten der Wissensvermittlung (über Supervisionsmodelle, Methoden der Supervision, ethische Fragen etc.) und des Erfahrungslernens (vor allem in Form der Supervision eigener Supervisionssitzungen) enthalten muss und dass sie nur für ausgebildete Therapeuten mit ausgiebiger Praxiserfahrung Sinn macht“.

Dokumentation

Unter dem Begriff „Dokumentation“ wird das Sammeln, Ordnen und Archivieren unterschiedlicher Daten – häufig nach vorgegebenen Regeln – verstanden. Liegen auch Regeln für die Erfassung und Speicherung der gesammelten Daten in einem Register oder einer Datei vor, so wird von einem Dokumentationssystem gesprochen (LAIREITER, 2003).

Von rechtlicher Seite (z. B. nach dem Psychotherapeutengesetz oder dem allgemeinen Vertragsrecht) besteht eine Verpflichtung zur Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen, wobei der Klient ein Einsichtsrecht in die über ihn gesammelten Daten hat. Die Psychotherapiedokumentation ist nicht mit der Evaluation gleichzusetzen, aber ein wesentlicher Bestandteil davon (LAIREITER, 2003).

LAIREITER (1994) unterscheidet zwischen zwei Elementen der Psychotherapiedokumentation, die sich gegenseitig ergänzen:

- In der „Basisdokumentation“ werden vor allem die Vor- und Ausgangsbedingungen einer Psychotherapie festgehalten.

- Die „Verlaufsdokumentation“ beinhaltet die konkrete Durchführung, den Verlauf und Prozess einer Psychotherapie sowie die dabei erzielten Veränderungen. Hier werden also in erster Linie die Therapiedurchführung und -ergebnisse abgebildet.

Einen Überblick über die gebräuchlichsten Dokumentationssysteme bietet LAIREITER (2003). Im Bereich der ambulanten und stationären Suchttherapie werden z. B. das EBIS-A (Einrichtungsbezogenes Dokumentations- und Informationssystem für ambulante Suchtkrankenhilfe), das SEDOS (Stationäres einrichtungsbezogenes Dokumentationssystem in der Suchtkrankenhilfe) und das BEDOS (Basisdokumentation Sucht-Rehabilitation) eingesetzt. Zum Teil sind die Dokumentationssysteme unterschiedlicher Versorgungsbereiche aufeinander abgestimmt, sodass ein direkter Vergleich möglich ist. Basisdokumentationssysteme sind im Bereich der ambulanten Praxis noch nicht so weit verbreitet wie in stationären Einrichtungen. Die zukünftige Entwicklung verläuft in Richtung computerisierter Basisdokumentationen mit integrierter Evaluation (LAIREITER, 2003).

Für die Qualitätssicherung von besonderer Bedeutung ist die Verlaufsdokumentation, die in der Praxis bislang weniger Beachtung gefunden hat. Drei Aspekte sind im Hinblick auf die Verlaufsdokumentation wesentlich: die Inhalte, die verschiedenen Erfassungsstrategien (wann und in welchem Umfang erhoben wird) und die Datenquellen (Therapeut, Klient etc.). Als Inhalte können Behandlungsdaten sowohl bezüglich struktureller Merkmale als auch hinsichtlich der Intervention selbst erfasst werden. Des Weiteren werden Prozessdaten aufgenommen und diagnostische Daten (aus Status- und Prozessdiagnostik) dokumentiert. In der Praxis werden so genannte „Stundenerfassungsbögen“ zur Abbildung der Therapiestunden verwendet. Diese werden vom Therapeuten ausgefüllt, die Prozessqualität aus Sicht des Klienten wird mit so genannten „Psychotherapieprozessbögen“ erhoben (LAIREITER, 2003).

Die Verlaufsdokumentation stellt nicht nur eine Rückmeldung an den Therapeuten dar, sondern kann Basis für eine ständige Verbesserung der Behandlungsqualität sein, wenn die Zwischenergebnisse mit dem Klienten besprochen werden und der Therapieverlauf dementsprechend angepasst wird (LAIREITER, 2003).

Zwei Probleme stehen dem Einsatz von Dokumentationssystemen in kleineren Einrichtungen entgegen: Zum einen sind die Anschaffungskosten dieser Systeme verhältnismäßig hoch, zweitens entstehen im Zuge der technischen Weiterentwicklung der Systeme zusätzliche Folgekosten für Updates. Als Lösung für diese Probleme schlägt LAIREITER (2003) die gemeinschaftliche Nutzung von Dokumentationssystemen durch mehrere Einrichtungen oder die Online-Verarbeitung in zentralen Datenbanken vor.

Evaluation

Evaluation unterscheidet sich von Dokumentation in einigen Punkten. Die Dokumentation ist inhaltlich breiter und eher deskriptiv angelegt, wohingegen die Evaluation auf eine Bewertung der Prozess- und Ergebnisqualität abzielt. Evaluation ist in einigen Fällen Bestandteil von Dokumentationssystemen (LAIREITER, 2003).

Unter Evaluationsforschung kann man die „... systematische Anwendung von sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen Forschungsstrategien bei der Bewertung der Konzeption, der Implementierung und des Nutzens von Angeboten oder Programmen im Ausbildungs-, Sozial- und Gesundheitsbereich verstehen“. (FARIN & BENDEL, 2003, S. 53). Sie umfasst sowohl wissenschaftliche Datenanalysen von Experten zur Untersuchung von Institutionen, der Wirksamkeit von Programmen bzw. Therapien als auch jegliche begründete Bewertung beruflichen Handelns. Dabei stellt sich die Frage, inwiefern dies auch von Laien ohne eine sozialwissenschaftliche Ausbildung durchgeführt werden kann (HEINER, 1998).

Grundsätzlich kann man zwischen interner und externer Evaluation unterscheiden. Im ersten Fall führt der Evaluator selbst die zu überprüfende Maßnahme durch oder er ist Mitarbeiter der Institution, in der dies geschieht. Im zweiten Fall wird ein Außenstehender mit der Durchführung der Evaluation beauftragt.

Interne Evaluationen lassen sich in unterschiedlichen Settings durchführen, die sich in der Personenkonstellation, in der Reichweite der Evaluation (Was gehört zum Evaluationsgegenstand?) und in den Verfahrensregeln für die Evaluation (Grad der Strukturiertheit, Regelmäßigkeit etc.) unterscheiden. Beispiele für solche Settings sind zentrale Programmevaluationen, Teamselbstevaluationen, kol-

legiale Evaluation oder die individuelle Selbstevaluation.

Gegenstand einer Evaluation kann das eigene Handeln sein (Selbstevaluation), sie kann sich aber auch auf die Arbeit einer anderen Person/Institution beziehen (Fremdevaluation). Die Unterscheidungen sind nicht immer klar zu treffen, da häufig Mischformen existieren.

Unter Selbstevaluation wird eine alltagsnahe Systematisierung professioneller Reflexions- und Dokumentationsprozesse verstanden, welche Methoden der empirischen Sozialforschung einbezieht. Durch Modifikation bereits vorhandener Formen der Berichterstattung und Selbstkontrolle lässt sie sich neutral hinsichtlich der Arbeitsbelastung einführen. Problematisch an jedweder Selbstevaluation ist die eventuell eingeschränkte Objektivität. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass das Ziel der Selbstevaluation nicht primär darin besteht, wissenschaftliche Objektivität herzustellen, sondern Plausibilität und Intersubjektivität zu erzielen. Eine Stärke der Selbstevaluation besteht darin, dass sie immer eine gute Passung für die jeweilige Organisationseinheit aufweist, Lösungsvorschläge eine hohe Akzeptanz besitzen sowie eine Weiterqualifizierung der Beteiligten durch die Teilnahme am Evaluationsprozess ermöglicht wird (HEINER, 1998).

Gegenüber der Selbstevaluation bietet die Fremdevaluation den Vorteil, dass in der Regel objektivere Beurteilungen resultieren, die dadurch auch mit höherer Anerkennung durch Außenstehende verbunden sind. Empfehlenswert erscheint die Kombination von Selbst- mit Fremdevaluation, um auf der einen Seite die Mitarbeiter einzubinden und auf der anderen Seite ein hohes Maß an fachlicher Objektivität zu ermöglichen (BÖCKELMANN, 2003).

STOCKMANN (nach FARIN & BENDEL, 2003) unterscheidet vier grundsätzliche Ziele, die durch eine Evaluation verfolgt werden: 1. Erkenntnisfunktion (Kenntnisse über Wirkzusammenhänge von Programmkomponenten sollen ermittelt werden), 2. Kontrollfunktion (Defizite und Mängel in der Umsetzung sollen erkannt werden, damit diesen schnell entgegengesteuert werden kann), 3. Dialogfunktion (Informationen werden bereitgestellt und Sachverhalte transparent gemacht) und 4. Legitimitätsfunktion (z. B. Wirksamkeitsbeleg einer Intervention).

Häufig eingesetzte Methoden zur Veränderungsmessung im Rahmen einer Evaluation sind das

Goal Attainment Scaling (GAS), schriftliche Befragungen und verschiedene Formen qualitativer Interviews (von offenen Interviews bis zu Leitfadenterviews). Um zu untersuchen, inwieweit individuell mit dem Klienten gesteckte Beratungs- oder Therapieziele erreicht wurden, wird beispielsweise das GAS nach einem festgelegten Intervall von Sitzungen sowie am Ende der Beratung/Therapie durchgeführt. Bei dem Verfahren werden individuelle Therapieziele zwischen Therapeut und Klient ausgehandelt. Ein unabhängiger, trainierter und erfahrener Auswerter überprüft nach der gesamten Therapie bzw. nach Therapieabschnitten die Zielerreichung (KIRUSEK et al., 1994). So können individuell für jeden Klienten die Fortschritte im Laufe einer Intervention dokumentiert und verglichen werden (KÄHLER, 2004). Für eine noch genauere Betrachtung des Beratungs- bzw. Therapieprozesses lassen sich Stundenbögen verwenden, in denen Berater/Therapeut und Klient direkt im Anschluss an eine Sitzung die Zufriedenheit mit der Intervention, Fortschritte und die Qualität der Beziehung von Berater/Therapeut und Klient beurteilen (LENZ, 1998). Veränderungen lassen sich aber auch durch Prä-Post-Vergleiche untersuchen oder durch eine direkte Veränderungsmessung (LANGENMAYR & KOSFELDER, 1998).

Wird der Klient in die Evaluation aktiv einbezogen, muss berücksichtigt werden, ob er die Maßnahme freiwillig begonnen hat, welches Setting gegeben ist und welche Motivation den Betroffenen zur Teilnahme an der Maßnahme bewogen hat.

Problematisch ist, dass objektive Behandlungsziele zur Beurteilung des Interventionserfolges im Voraus nicht in jedem Fall festgelegt werden können. Zudem können Therapeut/Berater und Klient die Interventionsziele im Lauf der Maßnahme neu verhandeln, sodass es schwierig wird, wiederholt eine bestimmte Testbatterie zum Zweck einer empirischen Erfolgsmessung einzusetzen (LENZ, 1998).

Ausgehend von den hier zusammengefassten grundlegenden Aussagen zur Qualitätssicherung im psychosozialen Bereich werden im nächsten Kapitel einige Beispiele für deren praktische Umsetzung gegeben.

6.4 Praktische Beispiele für Qualitätssicherung

Im Folgenden werden zunächst verschiedene Ansätze zur Qualitätssicherung in psychosozialen Beratungsstellen beschrieben:

Qualität psychosozialer Arbeit zeichnet sich durch andere Merkmale aus als die Qualität industrieller Produktion. Aus dieser Erkenntnis heraus entwickelte die Gesellschaft für Ausbildungsforschung und Berufsentwicklung das „GAB-Verfahren zur Qualitätssicherung und -entwicklung“ (<http://www.gab-muenchen.de>; 21.10.2004), das mittlerweile in mehreren sozialen Einrichtungen eingesetzt wird (RUDOLF, 2003).

Dabei ging man von folgenden Voraussetzungen aus: Im Gegensatz zur industriellen Arbeit wird die Qualität sozialer Tätigkeit nicht durch die strikte Umsetzung von Handlungsanweisungen oder die Einhaltung bestimmter Standards bestimmt, sondern durch die situationsangemessene und kreative Gestaltung sich immer wieder verändernder Situationen. Die erforderlichen zwischenmenschlichen Handlungen können demnach nicht starr vorgegeben werden, d. h., die Formulierung einheitlicher Kriterien zur Erfassung der Prozessqualität ist kaum möglich. Daher erarbeiten beim GAB-Verfahren die Mitarbeiter einer Einrichtung ihre Qualitätsmaßstäbe selbst, wobei sie sich an ihrem eigenen Leitbild und ihrem Arbeitskonzept orientieren: Sie legen „Handlungsleitlinien“ fest, die als Orientierungshilfe in konkreten Situationen zur Verfügung stehen sollen.

Dazu werden zunächst die qualitätsrelevanten Handlungen beschrieben, wobei der Sinn der auszuführenden Tätigkeit herausgearbeitet wird. Anschließend wird festgehalten, wie die Leitlinie in einer konkreten Arbeitssituation umgesetzt werden kann. Zur Erfassung der Ergebnisqualität werden Prüffragen zur Selbstevaluation gestellt, d. h., es wird überprüft, inwieweit die Vorgaben eingehalten werden konnten. Zur Fremdevaluation können diese Fragen auch anderen Personen, z. B. Klienten, vorgelegt werden. Weiterhin werden Vorgehensweisen zur Prüfung der Frage beschrieben, ob die gewünschte Qualität tatsächlich erreicht wurde. Hierzu sieht das GAB-Verfahren den Einsatz von „Qualitätszirkeln“ vor, in denen kontinuierlich Verbesserungsvorschläge erarbeitet werden (RUDOLF, 2003).

Der bestehende Kostendruck führte bei kommunalen, aber auch bei kirchlichen Trägern zu einer stär-

keren Orientierung an betriebswirtschaftlichen Strukturen. So wurden in der kommunalen Verwaltung Begriffe wie „neue Steuerung“, „Kundenorientierung“ und „Produkte“ eingeführt. Statt „Inputs“ (z. B. Personal, Finanzen, Räume) soll den kommunalen Einrichtungen vorgegeben werden, welche Angebote (Produkte) zu erbringen sind. Für diese Produkte werden die notwendigen Ressourcen zur Verfügung gestellt und entsprechende Wirkungen erwartet („Output“). „Produkt“ ist der Kernbegriff der neuen Steuerung, damit sind die Leistungen oder auch Gruppen von Leistungen gemeint, die einzelne Organisationseinheiten für ihre Kunden zu erbringen haben (FRENZKE-KULBACH & KULBACH, 1998).

Durch die neue Steuerung soll vor allem eine Verbesserung der Strukturqualität in kommunalen Einrichtungen erreicht werden, wobei hier besonders die explizite Kundenorientierung positiv hervorzuheben ist.

Kirchliche Träger wie Caritas und Diakonie haben in den neunziger Jahren umfassende Maßnahmen zur Qualitätssicherung eingeführt. So existiert bei der Caritas ein Dokumentationssystem, das u. a. die Erstellung und Veröffentlichung einer Zentralstatistik alle zwei Jahre beinhaltet (<http://www.caritas.de/2246.html>, 17.11.2004). Die Diakonie nennt als Maßnahmen zur Qualitätssicherung u. a. Dokumentation, Supervision und die Durchführung regelmäßiger Katamnesen (<http://www.sucht.org/verband/selbstverst.html>, 17.11.2004). Die Vorgaben der kirchlichen Träger gelten für alle angeschlossenen Beratungsstellen und somit auch für Maßnahmen mit verkehrsauffällig gewordenen Kraftfahrern.

Für die Klientel der alkohol- und drogenauffälligen Kraftfahrer setzt eine Reihe von Beratungsstellen Kursprogramme ein, die sie in Lizenz von der IDRAS gGmbH erworben haben. Der Lizenzgeber ist zentral für Maßnahmen der Qualitätssicherung zuständig. Darunter fallen z. B. Kursleiterschulung, QM-Kontrollen, Audits, individuelle Beratung und Evaluationen (http://62.180.109.183:9673/ldras/content/e20/index_ger.html, 14.10.2004).

Exemplarisch für Ansätze zur Qualitätssicherung der Arbeit von Beratungsstellen werden im Folgenden zwei gut dokumentierte Projekte vorgestellt:

LOCHER (2001) beschreibt das Dokumentationssystem für Prävention, Öffentlichkeitsarbeit und Arbeitskreise des „Badischen Landesverbandes gegen die Suchtgefahren e. V.“. Zu diesem Ver-

band gehören 27 Beratungsstellen mit jeweils einer Fachkraft für Suchtprävention und Gesundheitsförderung. Zur Qualitätssicherung wurde ein modular aufgebautes Dokumentationssystem eingeführt. Dieses umfasst das Modul P (Präventionsaktivitäten), das Modul Ö (Öffentlichkeitsarbeit), das Modul A (Arbeitskreise im Präventions- und Therapiebereich) sowie einen Leitfaden in Form eines Handbuchs. Die Module P, Ö und A bestehen aus Fragebögen, wohingegen der Leitfaden den Aufbau des Dokumentationssystems beschreibt und so eine möglichst fehlerfreie Handhabung garantieren soll. Das Dokumentationssystem ist für die Übertragung auf andere Einrichtungen bzw. Verbände nach einer entsprechenden Anpassung geeignet.

Niedersachsen verfügt laut der Niedersächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren über 126 Suchtberatungsstellen. Träger sind meist Kirchengemeinden oder gemeinnützige Vereine. In den Suchtberatungsstellen arbeitet oft ein ehrenamtlicher Vorstand mit drei bis fünf Fachkräften (in der Regel Sozialarbeiter und Sozialpädagogen) zusammen (LUTTER, 2001).

Angesichts drohender Sparmaßnahmen wurden die Beratungsstellen durch die Landesstelle gegen die Suchtgefahren über Möglichkeiten der Leistungserweiterung ihrer Angebote informiert, Trainings für die Mitarbeiter durchgeführt, einrichtungsübergreifende Qualitätszirkel implementiert und Kriterien für die Dokumentation der eigenen Leistungen in den Beratungsstellen formuliert. Im Rahmen des Konzepts zur Qualitätssicherung nimmt jede Beratungsstelle zunächst eine umfassende Selbstbewertung vor. Als zweiter Schritt werden von den Stellen selbst die zu erreichenden Ziele für die nächsten sechs bis 12 Monate benannt. Verwirklicht wird somit das Prinzip der Selbststeuerung, welches durch zentrale Elemente wie Steuerungs- und Coaching-Funktionen seitens der Landesstelle gegen die Suchtgefahren ergänzt wird. Daten zu durchgeführten Verbesserungsvorschlägen werden zentral erfasst, und anhand der bereits gefundenen Bestleistungen für ein bestimmtes Problem ergeben sich Möglichkeiten für andere Beratungsstellen, aus diesen Erfahrungen zu lernen (LUTTER, 2001).

Nach der Darstellung von Ansätzen zur Qualitätssicherung in Beratungsstellen werden im Folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen beschrieben, die von Diplom-Psychologen durchgeführt werden:

Die Berufsverbände BDP (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen) und BNV

(Bundesverband Niedergelassener Verkehrspsychologen) haben die aktuelle Diskussion zur Qualitätssicherung psychologischer Dienstleistungen aufgegriffen. So bietet die Deutsche Psychologen Akademie GmbH (DPA) des BDP Diplom-Psychologen die Möglichkeit, sich fort- und weiterzubilden sowie sich auf bestimmten Gebieten zu spezialisieren (<http://www.dpa-bdp.de/index.php>, 15.10.2004). Interessierte können sich beispielsweise zum Supervisor weiterbilden.

Im Bereich Verkehrspsychologie wird zudem eine Fortbildung zum „Fachpsychologen für Verkehrspsychologie BDP“ angeboten, deren erfolgreiche Teilnahme mit einem Qualifikationsnachweis bestätigt wird (http://www.dpa-bdp.de/aus_fort_wei_erbildung.html, 15.10.2004). Darüber hinaus besteht das Angebot der Teilnahme an Fachteam-Qualitätszirkeln, die auch den verkehrspsychologischen Bereich abdecken (<http://www.dpa-bdp.de/fachteams.html>, 15.10.2004).

Auch der BNV richtet sein Augenmerk aktiv auf das Thema Qualitätssicherung. Wie im BDP ist die Mitgliedschaft im BNV auf Personen beschränkt, die einen Hochschulabschluss als Diplom-Psychologe erworben haben. Eine BNV-Mitgliedschaft setzt voraus, dass mindestens ein Drittel der Arbeitszeit aus verkehrspsychologischer Tätigkeit besteht (<http://www.bnv.de/BasisInf/satzung.html>, 18.10.2004). Ferner muss jedes Mitglied eine Selbstverständniserklärung akzeptieren, in der die berufspolitischen und berufsethischen Grundsätze des Verbandes beschrieben sind. Darin ist u. a. festgelegt, dass die Wirksamkeit der Angebote mit verschiedenen Methoden, insbesondere mit Daten zur Legalbewährung, überprüft wird (<http://www.bnv.de/BasisInf/selbstve.html>, 18.10.2004). Die Weiterbildung der Mitglieder wird in vier regionalen Arbeitskreisen organisiert, zudem werden themenbezogene Kongresse veranstaltet (<http://www.bnv.de/BasisInf/selbstda.html>, 07.10.2005).

Die im Verband „PRO-NON – Verkehrspsychologische Beratung und Therapie e. V.“ zusammengeschlossenen Verkehrspsychologen orientierten sich bei der Formulierung eigener Richtlinien für eine Verkehrstherapie an allgemeinen Vorgaben zur Qualitätssicherung von Dienstleistungen (HELLWIG et al., 1998).

Zu den qualitätssichernden Maßnahmen, die bei PRO-NON umgesetzt werden, zählen Regelungen zur Qualifikation der Praxisinhaber und verpflichtende Fortbildungen. Die Praxen handeln im Rah-

men eines zertifizierten Qualitätsmanagements, sie unterliegen einer Supervision, Audits bzw. jährlichen QM-Reviews. Darüber hinaus erfolgt eine interne und externe wissenschaftliche Evaluation, deren Ergebnisse im Sinne eines Feedback in regelmäßigen Treffen ca. alle sechs bis acht Wochen kommuniziert werden (<http://www.pro-non.de/function/index1.html>, 02.10.2004). Weiterhin wurden die Aufgaben des Vereinsvorstandes festgelegt, die Stellung eines Aus- und Fortbildungsbeauftragten sowie eines Qualitätsbeauftragten geschaffen und ein externer Wissenschaftsbeirat berufen (HELLWIG et al., 1998).

IVT-Hö legt den Verkehrsministerien der Länder regelmäßig die Ergebnisse wissenschaftlicher Evaluationsstudien vor (vgl. Kapitel 5.4). FIESEL (1998a, 1998b) entwickelte am Beispiel der IVT-Hö Qualitätskriterien für die Rehabilitation alkoholauffälliger Kraftfahrer. Notwendig sind demnach:

- ein wissenschaftliches, therapeutisches Konzept, das die Besonderheiten der Klienten berücksichtigt und das über daraus abgeleitete Methoden sowie Wirkannahmen zu diesen Methoden verfügt,
- die einschlägige Berufserfahrung der Mitarbeiter sowie deren Schulung und Supervision,
- die Wirksamkeitsüberprüfung der therapeutischen Maßnahme durch Evaluationsstudien, vor allem anhand der Legalbewährung.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um zur Schulung zum „Moderator unter Supervision“ (MouS) bei IVT-Hö zugelassen zu werden (FIESEL, 1998a, 1998b):

- Universitätsabschluss als Diplom-Psychologe,
- Ausbildung zum „Klinischen Psychologen/Psychotherapeuten – BDP“ oder eine von IVT-Hö anerkannte Therapieausbildung,
- zwei Hospitationen bei Wochenendseminaren,
- fünf Hospitationen bei einer Punkte- und einer Alkoholgruppe,
- zwei Wochenendseminare zu den Grundlagen der Individualpsychologie nach Adler.

Alle Mitarbeiter sind zur Teilnahme an zwei der drei jährlich angebotenen Wochenendseminaren sowie an der internen Supervision verpflichtet. Für die Moderatoren steht ein Moderatorenhandbuch zu Verfügung. Die Prozessqualität wird anhand eines

„10-Punkte-Katalogs“ überprüft. Das Ergebnis einer Verkehrstherapie wird durch ein Abschlussgespräch, das meist von einem anderen als dem behandelnden Therapeuten durchgeführt wird, oder durch ein vorstrukturiertes Reflexionsprotokoll gesichert. Die Kosten für die Begleitforschung und die Qualifizierung der Mitarbeiter müssen durch den Praxisbetrieb erwirtschaftet werden. Voraussetzung hierfür ist eine gewisse Unternehmensgröße, was zudem den Vorteil bietet, dass der Klient während der Intervention mit mehreren Therapeuten in Kontakt kommt, wodurch die Objektivität erhöht wird (FIESEL, 1998a, 1998b).

Auch bei Anbietern von Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer, die nicht über einen Hochschulabschluss als Diplom-Psychologe verfügen, sind Bemühungen zur Optimierung der geleisteten Arbeit festzustellen. So gibt es auch hier Zusammenschlüsse zu Verbänden (z. B. BEKA – Beratungsstellen für auffällig gewordene Kraftfahrer, IBF – Information, Beratung Fahrerlaubnis GmbH), die qualitätssichernde Maßnahmen durchführen, beispielsweise durch Regelungen für den Erwerb einer zertifizierten verkehrspädagogischen Zusatzqualifikation (<http://www.mpu-profis.net/inside.htm>, 12.11. 2004).

Die Thematisierung der Arbeit von Ehrenamtlichen unter Qualitätskriterien ist sowohl in der Praxis wie auch in der Theorie bisher vernachlässigt worden (BECK, 1996). Zur Ausübung eines Ehrenamtes bedarf es keiner anerkannten Zulassung. Dies stellt zum einen eine Chance dar, da der Zugang zu einem Ehrenamt verhältnismäßig leicht ist, birgt aber auch Risiken durch Fehlbesetzungen, fehlende Kompetenz oder mangelnde Professionalität.

Wenn Ehrenamtliche in größeren Organisationen tätig sind, kann hier durchaus ein Qualitätsmanagementsystem implementiert werden. Nach BECK (1996) können zwei Aspekte des Qualitätsmanagements bei Ehrenamtlichen unterschieden werden:

- Qualitätsmanagement durch Ehrenamtliche: BECK (1996) versteht hier den Ehrenamtlichen vornehmlich als Partner und Gegenüber eines hauptamtlichen Managements: Zunächst ist zu klären, in welchen Bereichen ein Qualitätsmanagement fehlt (z. B. im Bereich der Geschäftsführung, der Personalpolitik, der Dienstleistungen oder der Außenbeziehungen). Als Aufgaben, die der Ehrenamtliche hier übernehmen kann, werden prozessinitiiierende, -begleitende und -korrigierende Tätigkeiten genannt.

- Qualitätsmanagement bei Ehrenamtlichen: Problematisch ist die Definition von Qualitätskriterien für ehrenamtliche Tätigkeiten, da diese in der Regel keine offizielle Qualifikation erfordern. Der Aspekt der Qualität sollte im Auswahlprozess von Ehrenamtlichen ein stärkeres Gewicht erhalten, gegebenenfalls sollten Qualifizierungsmaßnahmen eingeleitet werden. In den Einrichtungen müssen Regelungen für den Umgang mit unqualifizierten oder überforderten ehrenamtlichen Mitarbeitern gefunden und vereinbart werden, um Defizite zu erkennen und zu beseitigen (BECK, 1996).

Obwohl die Bemühungen um Verbesserung der Qualität auch im psychosozialen Bereich einen immer größeren Stellenwert einnehmen, werden Maßnahmen zur Qualitätssicherung auch Widerstände entgegengebracht. Die Gründe hierfür werden im nächsten Kapitel beleuchtet.

6.5 Widerstände gegen Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Im Gesundheitssystem sind Maßnahmen zur Qualitätssicherung seit längerem etabliert, hingegen wurden in der psychosozialen Praxis entsprechende Ansätze oft mit dem Argument, „Patienten seien keine Kunden und Gesundheit keine Ware“ (SCHWARZ, 2001, S. 384), verworfen.

Typische Widerstände und Ängste gegen qualitätssichernde Maßnahmen äußerten sich z. B. im Rahmen einer Mitgliederbefragung bei PRO-NON, die anlässlich der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems durchgeführt wurde. Dabei wurden folgende Bedenken geäußert:

- Zwang zu kollektivem Handeln,
- Mehrarbeit durch Bürokratisierung und Erlernen des Qualitätsmanagementsystems,
- Verunsicherung bei der therapeutischen Arbeit,
- finanzieller Aufwand,
- unbegrenzte Dauer der Bemühungen,
- Verlust von Spontaneität und Flexibilität,
- Verlust von Individualität,
- Verlust von alten, bewährten Gewohnheiten,
- Fassadenbildung“ (HELLWIG et al., 1998, S. 129-130).

Die Widerstände gründen sich somit vorwiegend auf die Annahme, dass durch ein Qualitätsmanagementsystem eine (kostspielige) Reglementierung der eigenen Tätigkeit erfolge und das individuelle Eingehen auf den Klienten erschwert werde.

HEINER (1998) sieht die Gefahr, dass zu starre Vorgaben durch ein Qualitätsmanagementsystem innovationshemmend wirken können. Dadurch werde die notwendige Freiheit für eine flexible und individuelle Gestaltung von sozialen Dienstleistungen verhindert.

Nach BÖCKELMANN (2003) lassen sich die verschiedenen Vorbehalte gegenüber Qualitätsmanagementsystemen in sozialen Organisationen in drei Bereiche gliedern:

- Grundsätzliche Vorbehalte: Hierbei wird der Standpunkt vertreten, dass sich die fachlichen Ziele der psychosozialen Tätigkeit mit den ökonomischen Zielen der Qualitätssicherung nicht vereinbaren ließen. In eine ähnliche Richtung weist das Argument, dass die im industriellen Bereich geltende Profitorientierung nicht mit der ethischen Verpflichtung zur Hilfe im Einklang stehe (SCHWARZ, 2001). Weiterhin wird vorgebracht, dass sich durch die individuelle und flexible Ausrichtung der Beratung oder Therapie auf den Klienten eine mangelnde Vorhersagbarkeit ergebe, wodurch eine Evaluation der Intervention erheblich erschwert werde.
- Vorbehalte aufgrund fehlender konzeptioneller Voraussetzungen: Für soziale Dienstleistungen gelten besondere Marktbedingungen, die eine Beurteilung der Qualität erschweren. So komme es hier häufiger vor, dass der Konsument nicht mit dem Financier einer Dienstleistung identisch sei. Zwischen beiden Personen könne demnach ein Abhängigkeitsverhältnis bestehen; weiterhin könne ein Spannungsverhältnis zum Produzenten existieren. Für die Qualitätssicherung besonders schwierig gestalte sich die Situation, wenn ein Konsument eine Leistung unentgeltlich erhalte und überdies ein Angebotsmonopol für die Herstellung der Leistung bestehe. Gerade dann, wenn soziale Leistungen von benachteiligten und am gesellschaftlichen Rand stehenden Personen konsumiert würden, funktioniere die am Markt übliche Methode der Qualitätskontrolle nicht.

Mögliche Lösungen sieht BADEL (1996) darin, dass Fachleute durch Wissen und Verantwort-

ung zur Qualitätsbestimmung und -sicherung beitragen bzw. dass Kontrollmechanismen des Marktes aufgebaut werden, etwa durch die Privatisierung heute in öffentlicher Hand befindlicher sozialer Einrichtungen.

- Vorbehalte aufgrund konkreter Probleme der Qualitätssicherung bei der fachlichen Anwendung: Aufgrund der Immaterialität des Produkts „Beratung/Therapie“ müsse die Effizienz der Intervention über theoretische Konstrukte erfragt oder an externen Kriterien (bei verkehrspsychologischen Maßnahmen z. B. anhand der Legalbewährung) evaluiert werden. Doch auch dann bliebe immer ein Unsicherheitsfaktor. Bei der Überprüfung der Maßnahme könne nicht zweifelsfrei erfasst werden, inwieweit das Ergebnis auf die Intervention zurückzuführen sei oder ob andere Faktoren dafür verantwortlich seien.

Die Überprüfung der Qualität einer Beratung/Therapie wird dadurch erschwert, dass sie nach dem sog. „Uno-actu-Prinzip“ erfolgt, d. h., die Leistung wird gleichzeitig erbracht und verbraucht. Darüber hinaus ist der Erfolg der Intervention von der Mitarbeit des Klienten abhängig, was bei einer Maßnahme, der sich der Betroffene nicht freiwillig unterzieht, problematisch sein kann. In einigen Fällen haben die an einer Maßnahme Beteiligten (Klient, Berater/Therapeut, Kostenträger) unterschiedliche Vorstellungen von deren „Erfolg“ (FRENZKE-KULBACH & KULBACH, 1998).

Die Bedenken, die gegen eine Qualitätssicherung in der psychosozialen Praxis existieren, müssen bei der geplanten Einführung entsprechender Maßnahmen berücksichtigt werden, denn nur wenn das Projekt von allen Beteiligten mitgetragen wird, kann es letztendlich erfolgreich sein.

Unabhängig von den bestehenden Widerständen erscheint eine kritische Überprüfung der Arbeit in der psychosozialen Praxis notwendig. NÄTHER (2000) nennt hierzu vier Gründe:

- Ethische Gründe: Zwischen Ethik und Qualitätssicherung besteht eine wechselseitige Beziehung. Einerseits ist die Qualitätssicherung ethisch „aus der sozialen Verantwortung heraus“ begründet, da der Helfer „zu einer qualitativ möglichst optimalen Hilfe verpflichtet ist“ (S. 29). Andererseits können allgemeine ethische Leitlinien formuliert werden, die dann ihrerseits den Qualitätskriterien zugrunde liegen.

- **Betriebswirtschaftliche Notwendigkeit:** Der wachsenden Nachfrage nach Leistungen im psychosozialen Bereich mit entsprechend steigenden Kosten stehen die Probleme der Finanzierung durch den Sozialstaat sowie durch Krankenkassen und Privatpersonen gegenüber. Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung der Maßnahmen soll die Auswahl möglichst effizienter Therapieformen ermöglichen.
- **Gesetzliche Auflagen:** Die Qualitätssicherung bei Gesundheitsdienstleistungen wird nach dem Sozialgesetzbuch Teil V (SGB, 2002), insbesondere §§ 135 ff., geregelt. Seit dem 01.01.2000 sind umfassende Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Psychotherapierichtlinien festgelegt.
- **Qualitätssicherung ist „fachimmanente Aufgabe der Psychologie“:** Die Prüfung der Wirksamkeit einer Maßnahme ist wesentlicher Bestandteil der psychologischen Forschung. Dem Nachweis der Effizienz und Wirtschaftlichkeit von Psychotherapie (vgl. die Untersuchungen von GRAWE & BRAUN, 1994) ist es zu verdanken, dass Psychotherapie in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen wurde.

Ausgehend von den bereits etablierten Ansätzen zur Qualitätssicherung in der psychosozialen Praxis und den Ergebnissen der durchgeführten Erhebung, werden im folgenden Kapitel Vorschläge formuliert, welche qualitätssichernden Maßnahmen für Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs sinnvoll erscheinen.

7 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Wie im vorangegangenen Kapitel deutlich wurde, nimmt das Thema „Qualitätssicherung von Beratungs- und Therapieleistungen“ in der psychosozialen Praxis einen immer größeren Stellenwert ein.

Die durchgeführte empirische Erhebung zeigt, dass sich auch Anbieter von Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs verstärkt mit Fragen der Qualitätssicherung befassen und teilweise entsprechende Regelungen bereits eingeführt haben. Im Folgenden werden die bei der Befragung erzielten Ergebnisse in die Dimensionen der Qualitätssiche-

rung eingeordnet und Empfehlungen für Maßnahmen zur Verbesserung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität formuliert.

Einschränkend soll an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen werden, dass es sich bei den Untersuchungsteilnehmern weder um eine vollständige Auflistung noch um eine repräsentative Auswahl aller Anbieter handelt. Ebenso können keine weiterführenden Angaben über die Güte der behaupteten Qualitätssicherungsmaßnahmen gemacht werden.

Strukturqualität

Bei der durchgeführten Erhebung zeigte sich, dass vor allem Diplom-Psychologen durch gesetzliche Vorgaben bzw. durch Berufs- und Fachverbände geregelte verkehrspsychologische Zusatzqualifikationen erworben haben oder über eine Approbation als Psychotherapeut verfügen. Aber auch für andere Berufsgruppen werden verkehrsspezifische Ausbildungen (z. B. zum verkehrspädagogischen Berater) angeboten. Hier ist die Ausübung psychotherapeutischer Tätigkeit oft durch das Heilpraktikergesetz geregelt. Werden Programme in Lizenz durchgeführt, erfolgt die Mitarbeiterschulung durch den Lizenzgeber.

Neben der Qualifikation der Mitarbeiter stellt die Supervision eine wesentliche Maßnahme zur Qualitätssicherung dar, die allerdings wiederum selbst verschiedenen Qualitätsanforderungen genügen muss, um wirksam zu sein. Wesentlich sind hierbei die nachgewiesene Qualifikation des Supervisors, seine ständige Fort- und Weiterbildung und seine eigene Supervision (JÄNISCH, 1998).

Die meisten Untersuchungsteilnehmer gaben an, dass sie bzw. ihre Mitarbeiter regelmäßig an Supervisionsmaßnahmen teilnehmen. In vielen Fällen dürfte es sich dabei um Intervision handeln, d. h. eine interkollegiale Supervision unter Fachgleichen ohne externe Leitung (TAUSCH & HÄRTER, 2003). In der durchgeführten empirischen Studie zeigte sich, dass es für die Realisierung von Supervisionsmaßnahmen vorteilhaft ist, wenn sich Einzelanbieter zusammenschließen bzw. in einem Fachverband organisiert sind. Die Kooperation mit anderen Anbietern bietet darüber hinaus die Möglichkeit zum Informations- und Erfahrungsaustausch, wodurch die Qualität der eigenen Arbeit besser eingeordnet werden kann (FRENZKE-KULBACH & KULBACH, 1998).

Im Hinblick auf die räumlichen Gegebenheiten ist festzustellen, dass bei den Untersuchungsteilnehmern in der Regel ausreichende Voraussetzungen zur Durchführung von Einzel- und Gruppengesprächen gegeben sind. Die Nutzung eigener Praxisräume zur Beratung/Therapie hat gegenüber dem Aufsuchen der Klienten zu Hause den Vorteil, dass in der Praxis beispielsweise alle Unterlagen und Arbeitsmittel verfügbar und bessere Voraussetzungen für ein ungestörtes, offenes Gespräch gegeben sind. Andererseits bietet eine „aufsuchende Tätigkeit“ die Möglichkeit, sich ein genaueres Bild von den Lebensumständen des Klienten zu machen.

Prozessqualität

Die Prozessqualität umfasst – wie in Kapitel 6.2 ausgeführt – alle diagnostischen, therapeutischen und beraterischen Maßnahmen, die durchgeführt werden. Eine Anforderung an Personen, die Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer durchführen, besteht darin, dass sie nicht nur über ausreichende beraterische oder therapeutische Kompetenzen verfügen müssen, sondern auch umfangreiche Kenntnisse in der Diagnostik psychischer Störungen erworben haben sollten. Dies ist u. a. deshalb erforderlich, da es sich beim größten Teil der Klientel „verkehrsauffällige Kraftfahrer“ um Personen mit einer unterschiedlich stark ausgeprägten Alkohol- oder Drogenproblematik handelt. Durch eine sorgfältige Diagnostik und klar definierte Indikations- und Ausschlusskriterien sollte sichergestellt werden, dass keine Fehlzusweisungen zu den jeweiligen Maßnahmen erfolgen. Günstig zur Verbesserung der Prozessqualität erscheint in diesem Zusammenhang beispielsweise der Einsatz strukturierter und standardisierter Interviews zur klassifikatorischen Diagnostik (STIEGLITZ, 2003).

In der durchgeführten Untersuchung wurde deutlich, dass zwar durchweg vor Beginn der Intervention ein Eingangsgespräch geführt wird und Ausschlusskriterien für die angebotenen Interventionen definiert sind, andererseits aber auch Gruppenmaßnahmen durchgeführt werden, an denen Menschen mit sehr unterschiedlich ausgeprägter Alkohol- oder Drogenproblematik teilnehmen. Hier existieren keine klaren Abgrenzungen zwischen einer Rehabilitationsmaßnahme für verkehrsauffällige Kraftfahrer und einer Therapie- oder Selbsthilfegruppe für Alkohol- oder Drogenabhängige. Ungünstig erscheint auch die Tatsache, dass in eini-

gen Fällen nicht nach der Art der zugrunde liegenden Problematik unterschieden wird und sich in manchen Gruppen sowohl alkoholauffällige als auch drogenauffällige Kraftfahrer befinden. Nach BARTL et al. (2002) zeichnen sich erfolgreiche Rehabilitationsprogramme u. a. dadurch aus, dass sie maßgeschneidert auf die jeweilige Zielgruppe sind.

Im Hinblick auf die eingesetzten Interventionsmethoden zeigte sich, dass von den meisten Untersuchungsteilnehmern Techniken eingesetzt werden, die sich in der Praxis bewährt haben. Auch die Dauer der Maßnahmen erscheint bei den meisten Anbietern ausreichend, um bei den Teilnehmern eine intensive Auseinandersetzung mit der zugrunde liegenden Problematik zu bewirken.

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse des EU-Projekts „ANDREA“ sind dagegen Interventionen, die als sog. „Kompaktkurse“ angeboten werden und nur wenige, dann aber sehr lange dauernde Sitzungen über einen kurzen Zeitraum umfassen, negativ zu bewerten. Diese Maßnahmen dürften nur begrenzt zu einem langfristigen Erfolg führen, denn entsprechende Einstellungs- und Verhaltensänderungen benötigen Zeit, um sich zu verfestigen (BARTL et al., 2002). Problematisch erscheint auch die Tatsache, dass vereinzelt Gruppenmaßnahmen mit sehr wenigen (zwei), andererseits aber auch sehr vielen (25) Teilnehmern durchgeführt werden. Hier dürften die gruppenspezifischen Prozesse, die zu einer Einstellungsänderung notwendig sind, nur unzureichend zum Tragen kommen. Idealerweise sollte die Gruppengröße ca. zehn Personen betragen (BARTL et al., 2002).

Ergebnisqualität

Struktur- und Prozessqualität sind in ihrer Bedeutung für die Qualitätssicherung zwar nicht zu unterschätzen, letztlich entscheidend sind allerdings der Erfolg einer Maßnahme und damit die Ergebnisqualität (NIEHAUS et al., 1997).

Wie die Ergebnisse der vorliegenden Erhebung zeigen, bieten sich bei Interventionen für verkehrsauffällige Kraftfahrer als relativ leicht zu erfassende Kriterien die Akzeptanz der Maßnahme durch den Klienten und seine Zufriedenheit, das Ergebnis der MPU und die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis an. Aufwändiger ist die Überprüfung der Frage, ob die angestrebte Einstellungs- und Verhaltensänderung (z. B. Alkohol- oder Drogenabstinenz) auch langfristig stabil ist. Berücksichtigt man den Aufwand und

die Kosten, so ist das Kriterium der Legalbewährung am schwierigsten zu erheben, andererseits ist es aber auch besonders aussagekräftig.

FIESEL (1998a, S. 112) bemerkt hierzu: „Da das Therapieziel einer Rehabilitationsmaßnahme nicht die positive Absolvierung einer Medizinisch-Psychologischen Untersuchung ist, sondern die Förderung der Verkehrssicherheit durch das Verhindern von weiteren Alkoholfahrten durch den vormals alkoholauffälligen Kraftfahrer, muss die Legalbewährung als die entscheidende Messgröße für die Ergebnisqualität einer therapeutische Maßnahme angesehen werden.“

In der vorliegenden Untersuchung wurde deutlich, dass auch Anbieter von Maßnahmen außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs Evaluationsstudien durchführen, wobei hier einschränkend gesagt werden muss, dass oft nur Befragungen der ehemaligen Teilnehmer erfolgen und seltener externe Datenquellen zur Überprüfung der Legalbewährung herangezogen werden. Angesichts des hohen Aufwandes bei der Durchführung von Evaluationen erweisen sich Zusammenschlüsse einzelner Anbieter bzw. die Nutzung bereits evaluierter Programme in Lizenz als vorteilhaft.

Die Dokumentation des therapeutischen oder beraterischen Prozesses ist notwendig und wichtig, um einen lückenlosen Überblick über den Verlauf der Intervention zu erhalten und bei Problemen die Ursachensuche zu erleichtern. Bei der durchgeführten Befragung wurde von mehreren Teilnehmern mitgeteilt, dass man das Programm „Ebis“ (Einrichtungsbezogenes Informationssystem) eingeführt habe. Dieses Dokumentationssystem wird bereits in über 600 psychotherapeutischen, psychosozialen und medizinischen Einrichtungen eingesetzt, wodurch die Vergleichbarkeit der eigenen Daten mit den Daten ähnlicher Einrichtungen möglich wird (Benchmarking). Das IFT (Institut für Therapieforschung) gewährleistet, dass das Dokumentationssystem dem jeweils aktuellen wissenschaftlichen Stand entspricht. Die Systemvariante „Ebis-a“ für ambulante Einrichtungen setzt sich zusammen aus dem Bundesdatensatz, der vom IFT im Auftrag und mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit betreut, weiterentwickelt und jährlich über alle beteiligten Einrichtungen ausgewertet wird, sowie zusätzlichen speziellen Datenmodulen und Arbeitshilfen. Die Fachkenntnis der Nutzer wird durch Schulungsangebote zur Datendokumentation, Datenverwaltung und Qualitätssiche-

rung hergestellt (<http://www.ebis-ift.de>, 16.11.2004).

Darüber hinaus zeigte sich, dass von den meisten Untersuchungsteilnehmern Jahresstatistiken geführt werden. Dadurch wird ein Überblick über die Entwicklung der geleisteten Arbeit und ihren Erfolg möglich. Um die im Rahmen der Qualitätsüberprüfung erhobenen Daten zu bewerten, stehen verschiedene Methoden zur Verfügung. Häufig werden dabei Vergleiche mit bereits erhobenen Daten vorgenommen. Diese können sich zusammensetzen aus Leistungsdaten, die in internen Datenbanken bereits vorliegen, oder aus aggregierten externen Referenzdaten, wie es das Benchmarking vorsieht. Weitere Vorgehensweisen bestehen in der Überprüfung der Frage, inwiefern Leitlinien eingehalten oder festgelegte Ziele (Soll-Werte) erreicht worden sind (HÄRTER et al., 2003).

Einige Anbieter von Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs veröffentlichen sowohl ihre Statistiken als auch die Ergebnisse von durchgeführten Evaluationsstudien. Dadurch ist es möglich, verschiedene Anbieter zu einem kollegialen Vergleich und Erfahrungsaustausch zu motivieren und den Kunden eine Orientierungshilfe bei der Bewertung des jeweiligen Angebots zu bieten. Allerdings muss man hierbei berücksichtigen, dass es für einen Laien schwierig sein kann, die Evaluationsergebnisse verschiedener Anbieter zu interpretieren und zu vergleichen.

Problematisch bei der Etablierung (kostenintensiver) qualitätssichernder Maßnahmen erscheint die Tatsache, dass die Durchführung von Beratungen oder Therapien mit verkehrsauffälligen Kraftfahrern in vielen Fällen nur einen kleinen Teil an der Gesamttätigkeit der Untersuchungsteilnehmer ausmacht. Hier besteht (neben anderen Widerständen, vgl. Kapitel 6.5) die Befürchtung, dass die Einführung entsprechender Maßnahmen nicht mehr in einem akzeptablen Kosten/Nutzen-Verhältnis steht. Als Maßnahme zur Kostensenkung führten einige der Befragten aus, dass sie mit anderen Anbietern kooperieren, sich einem Berufs- oder Fachverband angeschlossen haben oder ihre verkehrspsychologischen Aktivitäten in die allgemeine therapeutische oder beraterische Tätigkeit eingebettet ist und die dort bereits etablierten Vorkehrungen zur Qualitätssicherung genutzt werden.

Wie sich weiterhin zeigte, haben einige größere Organisationen oder Zusammenschlüsse mehrerer

Anbieter bereits ein Qualitätsmanagementsystem (QMS) eingeführt, andere gaben bei der Befragung an, dessen Einführung geplant zu haben.

Bei der Einführung von QMS ist es grundsätzlich ratsam, die Mitarbeiter der Organisation darauf vorzubereiten. So konnte nach BÖCKELMANN (2003) empirisch nachgewiesen werden, dass es sich günstig auswirkt, wenn die Führungskräfte der Leitungsebene bei ihren Mitarbeitern schon im Vorfeld ein Bewusstsein für die Notwendigkeit von Veränderungen wecken und diese dosiert einführen, um eine Balance zwischen Erneuerung und Stabilität zu wahren. Empfehlenswert ist das aktive und frühzeitige Einbeziehen der Mitarbeiter in den Entscheidungsprozess hinsichtlich der geplanten Veränderungen. Ihnen sollte die Möglichkeit gegeben werden, kritisch über die Neuerungen zu diskutieren. Dabei muss mit Widerstand gegen die Einführung gerechnet werden, der ernst genommen und akzeptiert werden sollte. Es gilt, die Ursachen des Widerstandes herauszufinden, das Vorgehen entsprechend anzupassen und mit den Mitarbeitern abzustimmen (BECKER & LANGOSCH, 1995). Ein partizipativer Führungsstil, der die Mitarbeiter aktiv in Entscheidungen einbezieht, kann helfen, Ängste in Zusammenhang mit der Einführung eines QMS gering zu halten. Gute Erfahrungen wurden mit der Begleitung des Implementierungsprozesses durch externe Fachleute gemacht (MÜLLER-HOHAGEN, 1997, S. 63).

Empfehlungen

Aus den Ergebnissen der durchgeführten Erhebung lassen sich folgende Empfehlungen zur Qualitätssicherung bei Maßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs ableiten:

1. Angesichts der Tatsache, dass Maßnahmen zur Qualitätssicherung kostenintensiv sein können, sind Kooperationen mehrerer Anbieter bzw. die Mitgliedschaft in Berufs- oder Fachverbänden zu begrüßen.
2. In größeren Organisationen oder bei Zusammenschlüssen mehrerer Anbieter sollte – sofern nicht bereits vorhanden – die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems (QMS) erwogen werden. Dadurch wäre es möglich, nicht nur die Durchführung einer einzelnen Intervention oder die Tätigkeit eines einzelnen Beraters/Therapeuten unter Qualitätsaspekten zu betrachten,

sondern auch zu einer Qualitätsverbesserung durch das Zusammenwirken der verschiedenen Beteiligten beizutragen.

3. Qualitätssichernde Maßnahmen sollten Regelungen zur verkehrspsychologischen und suchtspezifischen Qualifikation der Berater/Therapeuten, zu deren Weiterbildung und Supervision, den einzusetzenden Interventionsmethoden, zur Dokumentation der durchgeführten Beratungen/Therapien sowie zu Mindestanforderungen bzgl. der Überprüfung des Erfolgs umfassen. Dabei könnte auf bereits vorhandenen Strukturen (z. B. Mitgliedschaft bei Berufs- oder Fachverbänden oder bereits etablierte Regelungen zur allgemeinen beraterischen/therapeutischen Tätigkeit) aufgebaut werden.
4. Die Ergebnisse der Qualitätsüberprüfung von Maßnahmen außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs sollten veröffentlicht werden, damit sie bei der Information und Beratung verkehrsauffälliger Kraftfahrer berücksichtigt werden können.
5. Neben der Sicherung und Verbesserung der Qualität von Therapie- und Rehabilitationsangeboten für verkehrsauffällige Kraftfahrer selbst erscheint die Vorgehensweise bei der Information der Betroffenen über notwendige Maßnahmen durch die Verkehrsbehörden verbesserungswürdig. Sinnvoll erscheint, Standards für die Beratungstätigkeit zu erarbeiten und geeignete Strategien für Berater zu entwickeln.

Literatur

- AUCKENTHALER, A. (2003): Supervision. In: HÄRTER, M., LINSTER, W. & STIEGLITZ, R.-D. (Hrsg.): Qualitätsmanagement in der Psychotherapie, S. 157-170. Göttingen: Hogrefe
- BADEL, C. (1996): Qualitätssicherung aus gesamtwirtschaftlicher und sozialpolitischer Perspektive. In: MAELICKE, B. (Hrsg.): Qualitätsmanagement in sozialen Betrieben und Unternehmen (1. Auflage), S. 9-24. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- BÄRENZ, P. & GEILER, M. (1978): Nachschulung jugendlicher Fahranfänger. Abschlussbericht zu dem im Rahmen des Forschungsprojekts 7406/12 der Bundesanstalt für Straßenwesen „Nachschulung jugendlicher Fahranfänger“

- durchgeführten Modellversuch in Bielefeld-Quelle. Essen: Universität Essen – Gesamthochschule, Arbeitsgruppe Verkehrserziehung
- BARTL, G., ASSAILLY, J. P., CHATENET, F., HATAKKA, M., KESKINEN, E. & WILLMES-LENZ, G. (2002): EU-Project „Andrea“. Analysis of Driver Rehabilitation Programmes. Wien: Kuratorium für Verkehrssicherheit KfV
- BAST (2003): Akkreditierungsstelle Fahrerlaubnswesen – Akkreditierte Träger von Stellen, die Kurse zur Wiederherstellung der Kraftfahreignung durchführen (§ 70 FeV). <http://www.bast.de/htdocs/qualitaet/akkreditierung/unterlagen/akkkurs.pdf>, 12.10.2003
- BECK, M. (1996): Die Ehrenamtlichen und die Qualität. In: MAELICKE, B. (Hrsg.): Qualitätsmanagement in sozialen Betrieben und Unternehmen (1. Auflage), S. 141-148. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- BECKER, H. & LANGOSCH, I. (1995): Produktivität und Menschlichkeit. Organisationsentwicklung und ihre Anwendung in der Praxis. Stuttgart: Enke
- BIEHL, B. (1979): Nachschulung verkehrsauffälliger junger Kraftfahrer. Bericht über die in Baden-Württemberg durchgeführten Kurse im Rahmen des Modell-Versuchs der Bundesanstalt für Straßenwesen (i. D.: Nachschulung von Fahranfängern – Modellversuch im Raum Mannheim, Ludwigshafen und Karlsruhe). Kurzerbericht zum Forschungsbericht 7406/13 der Bundesanstalt für Straßenwesen. Köln: BAST
- BIEHL, B., BÖCHER, W., SPOERER, E. & WINKLER, W. (1977): Nachschulung für Fahranfänger. Handbuch für den Moderator. Erprobungsfassung. Forschungsprojekt 7406 der Bundesanstalt für Straßenwesen. Köln: BAST
- BIRNBAUM, D., BIEHL, B., SAGE, E. & SCHEFFEL, B. (2002): Evaluation des Nachschulkurses „Mainz 77“. Neue Zeitschrift für Verkehrsrecht, 4, S. 164-170
- BÖCHER, W., KROJ, G., PFAFFEROTT, I., SOGEMEYER, H., SPOERER, E. & WINKLER, W. (1977): Typische Fehlverhaltensweisen von Fahranfängern und Möglichkeiten gezielter Nachschulung (zusammenfassende Darstellung). In: Bundesanstalt für Straßenwesen (Hrsg.): Typische Fehlverhaltensweisen von Fahranfängern und Möglichkeiten gezielter Nachschulung. Unfall- und Sicherheitsforschung Straßenverkehr, Heft 8, S. 15-59. Köln: BAST
- BÖCKELMANN, Ch. (2003): Qualitätsmanagement – Konzepte und ihre Anwendung in der psychosozialen Beratungsstelle. Heidelberg. Asanger
- BODE, H. & WINKLER, W. (2003): Fahrerlaubnis: Eignung, Entzug, Wiedererteilung (4. Auflage). Bonn: Deutscher Anwaltverlag
- BRANDES, H. (2003a): „Erfolgsbilanz“ der Arbeit mit alkoholauffälligen Kraftfahrern. AGJ – Fachverband für Prävention und Rehabilitation in der Erzdiözese Freiburg e. V. Unveröffentlichter Bericht
- BRANDES, H. (2003b): Die Vorbereitung alkoholauffälliger Kraftfahrer auf die MPU (Kurzkonzeption). AGJ – Fachverband für Prävention und Rehabilitation in der Erzdiözese Freiburg e. V. Unveröffentlichter Bericht
- BRISCH, E., KROHN, B. & ZIEGLER, H. (2003): DRUGS – Drogen und Gefahren im Straßenverkehr. Ein Kurs zur Wiederherstellung der Kraftfahreignung nach § 70 der Fahrerlaubnisverordnung FeV für drogenauffällige Kraftfahrer. Unveröffentlichtes Manuskript
- BRÜCKNER, M., FINGSKES, M. & KAJAN, G. (1993): Nachschulkurs für Fahranfänger. 3. Auflage. Bonn: Deutscher Verkehrssicherheitsrat
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (2000): Jahrbuch Sucht 2001. Geesthacht: Neuland
- Diakonie der evangelischen Fachverbände für Suchtkrankenhilfe Rheinland und Westfalen-Lippe (2001): Konzept „Führerschein und Alkohol“
- DONABEDIAN, A. (1966): Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Funds Quaterly, 44, S. 166-203
- DORSCH, F., HÄCKER, H. & STAPF, K. H. (1994): Psychologisches Wörterbuch. 12. überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber
- ECHTERHOFF, W. (1998): Legalbewährung von alkoholauffälligen Kraftfahrerinnen und Kraftfahrern fünf Jahre nach Abschluss der Verkehrstherapie IVT-Hö(R). Qualitätskontrolle einer Langzeitrehabilitation in Nordrhein-Westfalen. Zeitschrift für Verkehrssicherheit, 44 (3), S. 113-116

- ECHTERHOFF, W. (1999): Evaluation/Bewertung (mit 9 Einzelbeiträgen). In: MEYER-GRAMCKO, F. (Hrsg.): Verkehrspsychologie auf neuen Wegen: Herausforderungen von Straße, Wasser, Luft und Schiene. 37. Kongress für Verkehrspsychologie des Berufsverbandes Deutscher und Österreichischer Psychologinnen und Psychologen und der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen, Braunschweig, 14.-16. September 1998, S. 255-318. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (Hrsg.) (1999): Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union – 1999. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaft
- Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) (2004): Straßenverkehrsrecht – Textausgabe. Juris/Luchterhand
- FARIN, E. & BENGEL, J. (2003): Qualitätssicherung, Evaluationsforschung und Psychotherapieforschung: Abgrenzung und Zusammenwirken. In: HÄRTER, M., LINSTER, W. & STIEGLITZ, R.-D. (Hrsg.): Qualitätsmanagement in der Psychotherapie, S. 47-70. Göttingen: Hogrefe
- FIESEL, P. (1998a): Entwicklung von Qualitätskriterien für die Rehabilitation alkoholauffälliger Kraftfahrer am Beispiel der IVT-Hö(R). Zeitschrift für Verkehrssicherheit, 44 (3), S. 111-113
- FIESEL, P. (1998b): Qualitätssicherung bei der Langzeitrehabilitation alkoholauffälliger Kraftfahrer: Schlussfolgerungen aus den Erfahrungen einer Verkehrstherapie (IVT-Hö) mit elaborierter Qualitätssicherung. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen. Reihe: Mensch und Sicherheit, Heft M 93, S. 133-136. Bergisch Gladbach: BAST
- FOLLMANN, W. (2000): Prädiktoren nicht-alkoholbedingter Verkehrsauffälligkeiten bei Fahranfängern. Aachen: Shaker
- FRANK, R., RZEPKA, R. & VAITL, D. (1996): Auswirkungen von Psychotherapie-Supervisionen auf die Entwicklung von Psychotherapeuten. In: BENTS, H., FRANK, R. & EIBE-RUDOLF, R. (Hrsg.): Erfolg und Misserfolg in der Psychotherapie, S. 218-239. Regensburg: Roderer
- FRENZKE-KULBACH, A., & KULBACH, R. (1998): Qualitätssicherung in der Beratungsarbeit. Soziale Arbeit, 6, S. 195-200
- GASSMANN, R. & LEUNE, J. (2000): Zur Versorgung suchtkrankender Menschen in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2001, S. 141-163. Geesthacht: Neuland
- GEISLER, E. (1998): Zertifizierung für Psychotherapiepraxen als Zukunftschance? In: LAIREITER, A.-R. & VOGEL, H. (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung, S. 715-745. Tübingen: dgvt-Verlag
- GOSCH, A. (2002): „Evaluation eines Kurses zur verkehrspsychologischen Intensivberatung bei der Pluspunkt GmbH“. Technische Universität Dresden, Institut für Allgemeine Psychologie und Methoden der Psychologie – Prof. Dr. Bärbel Bergmann. Ergebnis-Bericht.
<http://www.fuehrerscheinberater.de/documents/Dokumente/PDF-Dokumente/evaluationsbericht.pdf>
- GRAUMANN, Th. (2000): Evaluation einer verkehrspsychologischen Einzelberatung auf Basis von Zielvereinbarungen. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Ruhr-Universität Bochum
- GRAWE, K. & BRAUN, U. (1994): Psychotherapie im Wandel. Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 23 (4), S. 242-267
- HÄRTER, M., LINSTER, H. & STIEGLITZ, R.-D. (2003): Grundlagen und Konzepte von Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. In: HÄRTER, M., LINSTER, W. & STIEGLITZ, R.-D. (Hrsg.): Qualitätsmanagement in der Psychotherapie, S. 17-46. Göttingen: Hogrefe
- HEBENSTREIT, von B., HEINRICH, H. C., KLEBE, W., KROJ, G., SPOERER, E., SCHNEIDER, W., WALTHER, R., WINKLER, W. & WUHRER, H. (1978): Kurse für auffällige Kraftfahrer. Modellversuche in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: BAST
- HEBENSTREIT, von B., HEINRICH, H. C., KLEBE, W., KROJ, G., SPOERER, E., SCHNEIDER, W., WALTHER, R., WINKLER, W. & WUHRER, H. (1980): Zur Evaluation der Kurse für auffällige Kraftfahrer. Projektgruppe bei der Bundesanstalt für Straßenwesen, Köln. Zeitschrift für Verkehrssicherheit, 26 (2), S. 71-72
- HEBENSTREIT, von B., HEINRICH, H. C., KLEBE, W., KROJ, G., SPOERER, E., SCHNEIDER, W.,

- WALTHER, R., WINKLER, W. & WUHRER, H. (1982): Kurse für auffällige Kraftfahrer. Schlussbericht. Köln: BAST
- HEINER, M. (1998): (Selbst-)Evaluation zwischen Qualifizierung und Qualitätsmanagement. In: MENNE, K. (Hrsg.): Qualität in Beratung und Therapie, S. 51-68. Weinheim: Juventa
- HEINRICH, H. C. & PORSCHEN K. M. (1988): Die Wirksamkeit von Kursen für wiederholt alkoholauffällige Kraftfahrer. Zeitschrift für Verkehrssicherheit, 34 (3), S. 129-131
- HELLWIG, J., MEYER, H. & WOHLT, R. (1998): Qualitätsmanagement von PRO-NON – Verkehrspsychologische Beratung und Therapie e. V. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Reihe: Mensch und Sicherheit, Heft M 93, S. 127-132. Bergisch Gladbach: BAST
- HEMBERGER, M. (2003): Ein Beratungsmodell für alkoholauffällige Verkehrsteilnehmer/innen. Sucht 49 (4), S. 247-251
- HENRY, W. P., SCHACHT, T. E., STRUPP, H. H., BUTLER, S. F. & BINDER, J. L. (1993): Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, S. 441-447
- HIMMELREICH, K. (Hrsg.) (1998): Jahrbuch Verkehrsrecht 1998. Düsseldorf: Werner-Verlag
- HIMMELREICH, K. (2004): Nachschulung, Aufbau-Seminar, Wieder-Eignungs-Kurs und Verkehrstherapie zur Abkürzung der strafrechtlichen Fahrerlaubnis-Sperre bei einem Trunkenheitsdelikt – im Blickpunkt der neuen Rechtsprechung. Deutsches Autorecht, S. 8-17
- HÖCHER, G. (1990): Das Nachschulungsmodell IVT-Hö (Individualpsychologische Verkehrstherapie alkoholauffälliger Kraftfahrer). IP-Forum, 3 (2), S. 2-23
- HÖCHER, G. (1992): Langzeitrehabilitation alkoholauffälliger Kraftfahrer (1) Individualpsychologische Verkehrstherapie (IVT-Hö). Blutalkohol, 29 (4), S. 265-275
- HÖCHER, G. (1994): Alkoholauffällige Kraftfahrer nach Abschluss einer Langzeitrehabilitation (Modell IVT-Hö). Blutalkohol, 31 (4), S. 201-221
- HOLZ, A. & LEUNE, J. (1999): Zur Versorgung Suchtkranker in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2000, S. 139-160. Geesthacht: Neuland
- HÜLLINGHORST, R. (1994): Suchtkrankenhilfe in Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht '95, S. 153-162. Geesthacht: Neuland
- JACOBESHAGEN, W. (1996a): Medizinisch-psychologische Fahreignungsbegutachtungen bei alkoholauffälligen Fahrern und Fahrern mit hohem Punktestand: Empirische Ergebnisse zur Wirksamkeit und zu deren diagnostischen Elementen, Forschungsbericht. Köln: Verlag TÜV Rheinland
- JACOBESHAGEN, W. (1996b): ALKOEVA und kein Ende? Eine 10-Jahres-Nachlese zu einer Evaluationsstudie. Blutalkohol, 33 (5), S. 257-266
- JACOBESHAGEN, W. (1997): Nachschulungskurse für alkoholauffällige Fahranfänger (NAFA) – Kurspraxis, Wirksamkeit und Akzeptanz. Köln: Verlag TÜV Rheinland
- JACOBESHAGEN, W. (1998): Nachschulungskurs für alkoholauffällige Fahranfänger nach dem Modell NAFA in Deutschland. Klientel, Kursdurchführung, Wirksamkeit und Akzeptanz. In: Driver Improvement 6. Internationaler Workshop, Heft M 93. Bergisch-Gladbach: BAST
- JACOBESHAGEN, W. (1999): Das Modell BUSS – Erste Ergebnisse eines integrierten Schulungs- und Begutachtungsmodells für alkoholauffällige Kraftfahrer innerhalb der Sperrfrist. In: MEYERGRAMCKO, F. (Hrsg.): Verkehrspsychologie auf neuen Wegen: Herausforderungen von Straße, Wasser, Luft und Schiene. 37. Kongress für Verkehrspsychologie des Berufsverbandes Deutscher und Österreichischer Psychologinnen und Psychologen und der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen, Braunschweig, 14.-16. September 1998, S. 255-318. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag
- JACOBESHAGEN, W. (2001): Die Wirksamkeit des Modells BUSS – Beratung, Untersuchung und Schulung in der Sperrfrist – bei alkoholauffälligen Kraftfahrern. Blutalkohol, 38 (4), S. 233-249
- JÄNISCH, C. (1998): Qualitätssicherung als „papierspuckender Tiger“ – oder – welche Rolle spielt Supervision im Rahmen des Qualitätsmanagements? Berichte der Bundesanstalt für

- Straßenwesen, Reihe: Mensch und Sicherheit, Heft M 93, S. 137-142. Bergisch Gladbach: BAST
- JANSEN, J. (2003): Verkehrstherapeutische Interventionen: Methodische Aspekte und grundlegende Fragen am Beispiel einer Wirksamkeitskontrolle. *Blutalkohol*, 40 (1), S. 5-14
- Joint commission on accreditation of healthcare organisations (1996): A guide to performance improvement in behavioral health care organisations. Oakbrook Terrace: JCAHO
- KÄHLER, C. (2004): Therapieevaluation in der kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik. Die Methode des Goal Attainment Scaling. *Studien zur Psychiatrieforschung*, Band 11. Hamburg: Dr. Kovac
- KIRUSEK, T., SMITH, A. & CORDILLO, J. (1994): Goal Attainment Scaling: Applications, theory and measurement, Hillsdale: Erlbaum
- KROJ, G. (Hrsg.) (1994): Psychologisches Gutachten Krafftahreignung. Erstellt durch die Kommission der Sektion Verkehrspsychologie im Berufsverband Deutscher Psychologen e. V. Bonn: Deutscher Psychologen-Verlag
- KUNKEL, E. (1979): Handbuch für den Moderator. Modell Mainz '77. Kurse für Verhaltens- und Einstellungsänderung bei Trunkenheitsersttären. Köln: TÜV Rheinland
- LAIREITER, A.-R. (1994): Dokumentation in der Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie*, 4, S. 254-265
- LAIREITER, A.-R. (2003): Dokumentation in der Psychotherapie. In: HÄRTER, M., LINSTER, W. & STIEGLITZ, R.-D. (Hrsg.): Qualitätsmanagement in der Psychotherapie, S. 71-96. Göttingen: Hogrefe
- LAMSZUS, H. (1998): Kriterien und Kontrolle der Qualitätssicherung in der Nachschulung von mehrfach auffälligen Krafftfahrern – unter besonderer Berücksichtigung der Moderatorenqualifikation. *Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen*. Reihe: Mensch und Sicherheit, Heft M 93. Bergisch-Gladbach: BAST
- LANGENMAYR, A. & KOSFELDER, J. (1998): Evaluation in der Psychotherapie. In: MENNE, K. (Hrsg.): Qualität in Beratung und Therapie, S. 95-114. Weinheim: Juventa
- LENZ, A. (1998): Evaluation und Qualitätssicherung in der Erziehungs- und Familienberatung. In: MENNE, K. (Hrsg.): Qualität in Beratung und Therapie, S. 115-146. Weinheim: Juventa
- LOCHER, B. (2001): Dokumentationssysteme als Beitrag zur Qualitätssicherung. In: BZgA (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention, S. 237-242. Köln: BZgA
- LUTTER, H. (2001): Vergleichsweise immer besser – Qualitätsmanagement und Benchmarking in niedersächsischen Suchtberatungsstellen. In: BZgA (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention, S. 253-261. Köln: BZgA
- MEINHOLD, M. (1998): Qualitätssicherung in der sozialen Arbeit. In: MENNE, K. (Hrsg.): Qualität in Beratung und Therapie, S. 39-50. Weinheim: Juventa
- MEYER-GRAMCKO, F. & SOHN, J. M. (1998a): Evaluation der Verkehrstherapie. Zwischenbilanz und Ausblick. *Zeitschrift für Verkehrssicherheit*, 44 (4), S. 170-173
- MEYER-GRAMCKO, F. & SOHN, J. M. (1998b): 10 Jahre Verkehrspsychologische Praxis. Jahresbericht 1995. *Verkehrspsychologische Praxis*. Wendeburg: Schiemann.
<http://www.vpp.de/jb 1997.htm>
- MÜLLER-HOHAGEN, J. (1997): Qualitätssicherung in der Erziehungsberatung. In: Diakonisches Werk (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Jugend- und Familienhilfe im Spannungsfeld zwischen Fachlichkeit, Kundenwünschen und Wirtschaftlichkeit. Stuttgart
- NÄTHER, S. (2000): Qualitätssicherung in Psychotherapie und psychosozialer Praxis. 2. neu bearbeitete Auflage. München: Profil
- NAGEL, J. (1979): Schulungskurs für Trunkenheits-Ersttäter „Modell Hamburg 79“. Unter Mitarbeit von G. GYZINSKI, H. D. NESEMANN, R. P. ROCKE. Hamburg: Institut für Gruppenforschung und -schulung GmbH, IFG
- NAGEL, J. (1982): Schulungsmaßnahmen für Trunkenheits-Ersttäter nach dem Modell „Hamburg 79“. *Schleswig-Holsteinische Anzeigen*. Justizministerialblatt für Schleswig-Holstein. Teil A, Nr. 5, S. 65-67

- NIEHAUS, R., SCHREINER-KÜRTEIN, K. & WILKER, F.-W. (1997): Qualitätssicherung für Psychologen. Bonn
- PANOSCH, E. (2001): Die Entwicklung von Driver Improvement und Nachschulung in Österreich. *Psychologie in Österreich*, 21 (3), S. 218-228
- PRO-NON (2003): Die Evaluation der Therapie und Beratung von PRO-NON e. V.
<http://www.pronon.de/Vpsychol/psycsich.htm>, 12.10.2003
- RUDOLF, P. (2003): Qualitätsmanagement mit Sinn. Warum ein anderes Verständnis von sozialer und pädagogischer Arbeit ein neues Qualitätsmanagement erfordert. *Soziale Arbeit*, 10, S. 384-388
- SCHEUCHER, B., EGGERDINGER, Ch. & ASCHERSLEBEN, G. (2002): 5 Jahre danach – Welche überdauernden Veränderungen werden durch eine Verkehrstherapie für alkoholauffällige Kraftfahrer erreicht? *Blutalkohol*, 39, S. 154-173
- SCHEUCHER, B., EGGERDINGER, Ch. & ASCHERSLEBEN, G. (2003a): Individuelle Kurzzeit-Verkehrstherapie für alkoholauffällige Kraftfahrer: Eine dauerhafte Wiederherstellung der Fahreignung? *Deutsches Autorecht*, 1, S. 19-24
- SCHEUCHER, B., EGGERDINGER, Ch. & ASCHERSLEBEN, G. (2003b): Lässt sich die Wirksamkeit von verkehrstherapeutischen Interventionsmaßnahmen überprüfen? Eine Erwidern auf die vorherige Stellungnahme von J. Jansen. *Blutalkohol*, 40 (1), S. 15-19
- SCHMIDT, P. (2000): Das Schmidt'sche Problem-Haus – ein Verstärker psychotherapeutischer Maßnahmen und ein wirksames Instrument zur Erfolgskontrolle. *PsychotherapeutenFORUM*, 7 (6), S. 13-15
- SCHNEIDER, W. (1966): Zur Begründung einer speziellen Nachschulung von Tätern von Verkehrsdelikten. *Zeitschrift für Verkehrssicherheit*, 12, S. 246-253
- SCHWARZ, M. (2001): Qualitätsmanagement und die Zukunft der Psychologie. *Ängste, Aspekte, Perspektiven. Report Psychologie*, 7, S. 384-390
- SELBMANN, H. K. (1995): Konzept und Definition medizinischer Qualitätssicherung. In GAEBEL, W. (Hrsg.): *Qualitätssicherung in psychiatrischen Krankenhäusern*, S. 3-10. Wien: Springer
- Sektion Verkehrspsychologie im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (2001): Leitfaden zur verkehrspsychologischen Beratung nach § 71 FeV. *Zeitschrift für Verkehrssicherheit*, 47 (4), S. 145-155
- SOHN, J. M. (2002): Änderungsreport zur Fassung 5.0 des Leitfadens zur verkehrspsychologischen Beratung. *Zeitschrift für Verkehrssicherheit*, 48, S. 90-92
- SOHN, J. M., & MEYER-GRAMCKO, F. (1991): Verkehrstherapie bei „Punktetätern“: Erfahrungen und Schlussfolgerungen. In: COHEN, A. S., HIRSIG, R. (Hrsg.): *Fortschritte der Verkehrspsychologie '90*. 30. bdp-Kongress für Verkehrspsychologie und Fortbildungsveranstaltung Rorschach, 3.-5. Oktober 1990. Sektion Verkehrspsychologie im Berufsverband Deutscher Psychologen, S. 432-439. Köln: Verlag TÜV Rheinland
- Sozialgesetzbuch (SGB) (2002): 29. Vollständig überarbeitete Auflage. München: dtv
- SPOERER, E. (1980): Evaluation von Nachschulungskursen für jugendliche Fahranfänger. Abschlussbericht zum Forschungsprojekt 7406/14 der Bundesanstalt für Straßenwesen. Köln: Forschungsgemeinschaft „Der Mensch im Verkehr“
- SPOERER, E. & KRATZ, M. (1991): Vier Jahre Erfahrung mit der Nachschulung von alkoholauffälligen Fahranfängern (Inhaber einer Fahrerlaubnis auf Probe). *Blutalkohol*, 28, S. 333-342
- SPOERER, E., & RUBY, M. M. (1996): Zurück ans Steuer. Faktor Mensch im Verkehr, Band 39. Braunschweig: Rot-Gelb-Grün
- STEPHAN, E. (1988): Trunkenheitsdelikte im Verkehr und Alkoholmißbrauch. *Blutalkohol*, 25, 201-227
- STEPHAN, E., FUNKE, W., TANK, R., FOLLMANN, W., OPITZ, D. (1988): Wirksamkeit der Nachschulungskurse bei erstmals alkoholauffälligen Kraftfahrern – Bestandsaufnahme nach drei Jahren. Bereich Unfallforschung, Forschungsbericht Nr. 170. Bergisch Gladbach: BAST
- STIEGLITZ, R.-D. (2003): Psychodiagnostische Verfahren. In: HÄRTER, M., LINSTER, W. & STIEGLITZ, R.-D. (Hrsg.): *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie*, S. 97-118. Göttingen: Hogrefe

- Straßenverkehrsgesetz (StVG) (2004): Straßenverkehrsrecht – Textausgabe. Juris/Luchterhand
- STROTMANN, W. (1998): Qualitäts- und Prozessmanagement im Beratungsgeschäft. In: MENNE, K. (Hrsg.): Qualität in Beratung und Therapie, S. 15-38. Weinheim: Juventa
- TAUSCH, B. & HÄRTER, M. (2003): Qualitätszirkel. In: HÄRTER, M., LINSTER, W. & STIEGLITZ, R.-D. (Hrsg.): Qualitätsmanagement in der Psychotherapie, S. 171-190. Göttingen: Hogrefe
- UTZELMANN, H. D. (1983): Rückfallquote von Teilnehmern an Kursen nach dem Modell „Mainz 77“. Blutalkohol, 20 (5), S. 449-455
- WIESNER, B. (2000): Infomaterial der Pluspunkt GmbH. Eigenverlag
- WINKLER, W. (1974): Gruppengespräche nach wiederholter Trunkenheit am Steuer. Blutalkohol, 11, S. 178-188
- WINKLER, W. (1988a): Die so genannte „Nachschulung“ alkoholauffälliger Kraftfahrer. Neue Zeitschrift für Verkehrsrecht, Heft 2
- WINKLER, W. (1988b): Psychologische Rehabilitation alkoholauffälliger Kraftfahrer. In: ROMKOPF, G., FRÖHLICH, W. D., LINDNER, I. (Hrsg.): Forschung und Praxis im Dialog. Entwicklungen und Perspektiven. Bericht über den 14. Kongress für Angewandte Psychologie, Mainz, September 1987. Band 1, S. 318-322. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag
- WINKLER, W., JACOBSHAGEN, W., NICKEL, W. R. (1988): Wirksamkeit von Kursen für wiederholt alkoholauffällige Kraftfahrer. Unfall- und Sicherheitsforschung Straßenverkehr, Heft 64. Köln: BAST
- WINKLER, W., JACOBSHAGEN W, NICKEL, W. R. (1990): Zur Langzeitwirkung von Kursen für wiederholt alkoholauffällige Kraftfahrer. Untersuchungen nach 60 Monaten Bewährungszeit. Blutalkohol, 27 (3), S. 154-174
- WINKLER, W., JACOBSHAGEN, W., NICKEL, W. R. (1991): Rückfälligkeit von Teilnehmern an Kursen für wiederholt alkoholauffällige Kraftfahrer nach fünf Jahren. Bergisch Gladbach: BAST
- WITTIG, Th. (2002): Personenbezogene Korrelate mit Trunkenheitsfahrten bei männlichen Fahrfängern. Aachen: Shaker
- Internetseiten**
- http://62.180.109.183:9673/ldras/content/e20/index_ger.html (14.10.2004)
- <http://www.bast.de>
- <http://www.bast.de> (10.05.2006)
- <http://www.beratungen.de> (12.06.2004)
- <http://www.blaukreuz-zentrum-wuppertal.de/index2.html> (28.06.2005)
- <http://www.bnv.de/BasisInf/satzung.html> (18.10.2004)
- <http://www.bnv.de/BasisInf/selbstve.html> (18.10.2004)
- <http://www.bnv.de/BasisInf/selbstda.html> (07.10.2005)
- <http://www.caritas.de/2246.html> (17.11.2004)
- <http://www.caritas.de/2246.html> (07.06.2005)
- <http://www.club29.net/club29/index.asp> (21.06.2005)
- <http://www.dhs.de> (15.06.2005)
- <http://www.diakonie.de> (06.06.2005)
- <http://www.diakonie.de/de/html/diakonie/3340.html> (07.06.2005)
- http://www.dpa-bdp.de/aus_fort_weiterbildung.html (15.10.2004)
- <http://www.dpa-bdp.de/fachteams.html> (15.10.2004)
- <http://www.dpa-bdp.de/index.php> (15.10.2004)
- <http://www.ebis-ift.de> (16.11.2004)
- <http://www.gab-muenchen.de> (21.10.2004)
- <http://www.idras.de> (30.05.2005)
- <http://www.jcaho.org> (15.10.2004)
- <http://www.kba.de> (23.07.2003)
- <http://www.kreuzbund.de/> (27.06.2005)
- <http://www.landesstelle-berlin.de> (16.06.2005)
- <http://www.mpu-profis.net/inside.htm> (12.11.2004)
- <http://www.pro-non.de/function/index1.html> (02.10.2004)
- <http://www.pronon.de/Vpsychol/psychsich.htm> (05.11.2004)
- <http://www.sucht.org/verband/selbstverst.html> (17.11.2004)
- <http://www.vabs.caritas.de/asp/idx.asp?area = efv abs&fo=7&ful=mom.asp?aktiv=1&dist=verb&sche ma=99>

Teil B:

**Potenzial bestehender Beratungskonzepte
und Ansätze zur Optimierung**

1 Einleitung

Im Zuge der zunehmenden Diskussion der Europäisierung des Verkehrsrechts werden im folgenden Teil nationale und internationale Konzepte zur Rehabilitation verkehrsauffälliger Fahrer aufgearbeitet.

Durch den Vergleich unterschiedlicher Strategien einzelner Länder für den Führerschein(-rück-)erhalt werden Vorschläge für ein zielführendes Konzept zur Optimierung der Rehabilitationsverläufe verkehrs- und substanzauffälliger Fahrer zusammengetragen, die dem langfristigen Ziel, das Unfallrisiko insgesamt zu verringern, dienen. Gleichzeitig werden Richtlinien vorgeschlagen, die einerseits mit dem Erhalt der Straßenverkehrssicherheit in Einklang stehen und andererseits dem Mobilitätsbedarf der betroffenen Bevölkerungsgruppe Rechnung tragen.

Da in der durchgeführten Untersuchung (Teil A) deutlich wurde, dass die Beratung verkehrsrichtlich auffälliger Kraftfahrer durch Mitarbeiter der Verkehrsbehörden verbesserungswürdig erscheint, wird weiterhin ein Ansatz (Greifswalder Modell) beschrieben, der insbesondere im Bereich von Trunkenheitsfahrten durch eine möglichst frühzeitig einsetzende Rehabilitation gekennzeichnet ist. Zur Identifikation der Prädiktoren für eine frühzeitige Teilnahme wurden Daten von über 350 Trunkenheitsfahrern erhoben sowie die Schnittstellen des Informationsflusses zwischen den beteiligten Institutionen und den Kraftfahrern analysiert.

Anhand der Untersuchungsergebnisse lassen sich Schlussfolgerungen für die Optimierung des Kraftfahrerrehabilitationssystems in Deutschland ziehen, die im letzten Kapitel zusammengetragen sind.

2 Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen für auffällige Kraftfahrer im internationalen Vergleich

Für einen wirksamen Beitrag zur Erhöhung der Verkehrssicherheit durch Rehabilitationsprogramme stellt sich die Frage, welche Anforderungen an psychologische und pädagogische Interventionen im gesetzlich nicht geregelten Bereich gestellt werden sollten und welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung sinnvoll erscheinen. Zur Beantwortung dieser

Frage kann unter anderem auf Erfahrungen aus dem Ausland zurückgegriffen werden. Im Folgenden werden deshalb Rehabilitationsmodelle aus verschiedenen europäischen und außereuropäischen Staaten vorgestellt. Der Fokus liegt dabei unter anderem auf der Einbettung der Rehabilitationsmaßnahmen in die zugrunde liegenden Rechtssysteme, die die Zuführung der betroffenen Zielgruppen zu den Maßnahmen regeln. Darüber hinaus werden sowohl Informationen zum Umfang der Maßnahmen und den für die Teilnehmer anfallenden Kosten bereitgestellt als auch Empfehlungen für die Durchführung solcher Maßnahmen zusammengetragen. Zu berücksichtigen bleibt dabei, dass die Ergebnisse wegen unterschiedlicher gesellschaftlicher und rechtlicher Rahmenbedingungen nur eingeschränkt mit der Situation in der Bundesrepublik vergleichbar sind.

2.1 Psychologische und pädagogische Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen in Westeuropa

Im Kreis der EU-Länder existieren derzeit noch keine allgemeinen oder harmonisierten Bestimmungen für Rehabilitationsmaßnahmen. Auch in der 3. Führerscheinrichtlinie, die sich derzeit im Gesetzgebungsverfahren der Europäischen Kommission befindet, sind europaweite Strukturen oder Vorschläge zur Durchführung von Rehabilitationsprogrammen nicht erwähnt, da diese außerhalb der Kompetenz der EU-Kommission liegen (PLANK, 2005). Den Mitgliedsstaaten wird lediglich empfohlen, Rehabilitationsmaßnahmen durchzuführen. Rechtsverbindliche Richtlinien, die europaweit gelten, stehen derzeit außer Frage. Die durch die EU initiierten Projekte ANDREA und DRUID zeigen jedoch das Interesse der EU an der Entwicklung geeigneter Rehabilitationsprogramme und der Implementation der „Best Practice“.

Aufgrund von Unterschieden in der Gesetzgebung der einzelnen europäischen Länder im Fahrerlaubnisrecht sowie im Straf- und Verwaltungsrecht unterscheiden sich die Programme und Angebote zur Kraftfahrerrehabilitation erheblich (HILLMANN, 2005; BARTL, ASSAILLY, CHATENET, HATAKKA, KESKINEN & WILLMES-LENZ, 2002; BARTL, 2005; DORFER, 2005; VISSERS, 2005). In einigen Ländern wird die Teilnahme an einer speziellen Maßnahme durch das Gericht oder die Ordnungsbehörde angeordnet und ist somit verpflichtend (Österreich, Niederlande und Italien/Autonome Pro-

vinz Bozen – Südtirol, s. Tabelle 1). Eine Verweigerung der Teilnahme hat in diesen Ländern negative Konsequenzen für den Betroffenen, in der Regel den Entzug bzw. die Verweigerung der Fahrerlaubnis. Im Gegensatz dazu können in anderen Ländern die Verkehrsauffälligen durch die freiwillige Teilnahme an bestimmten Rehabilitationsprogrammen Vorteile im Strafverfahren erhalten. Diese betreffen in erster Linie die Verkürzung der Sperrfristen oder Fahrverbotszeiten, aber auch die Abwendung einer Gefängnisstrafe oder die Reduktion von auferlegter gemeinnütziger Arbeit (Finnland, Schweiz, Belgien, Portugal, England und Wales, s. Tabelle 2).

Europäische Länder, die eine verpflichtende Teilnahme anordnen, unterscheiden sich wesentlich hinsichtlich der Kriterien für die Anordnung, die in den folgenden Beispielen dargestellt werden.

In den **Niederlanden** müssen erstmalig auffällige Trunkenheitsfahrer ab einer BAK von 1,3 ‰, Wiederholungstäter ab einer BAK von 0,8 ‰, an einer Erziehungsmaßnahme für Alkohol und Verkehr (EMA – Educational Measure Alcohol & Traffic) teilnehmen, da sonst der Führerschein für drei Jahre seine Gültigkeit verliert. Die Maßnahme, für die das Verkehrsministerium verantwortlich ist, wird vom Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) durchgeführt. Zusätzlich zur edukativen Maßnahme müssen sich Fahrer ab einer BAK von 1,8 ‰ einer medizinischen Untersuchung unterziehen (VISERS, 2005; HILLMANN, 2005).

In **Österreich** sind die Rehabilitationsmaßnahmen durch die am 1.10.2002 in Kraft getretene Nachschulungsverordnung, die auf der gleichzeitig verabschiedeten 5. Führerscheingesetznovelle (FSG-NV) beruht, geregelt. Es gibt drei unterschiedliche Arten von Nachschulungskursen:

1. Kurse, die für alkoholauffällige Fahranfänger mit einer BAK über 0,1 ‰ angeordnet werden. Die Anordnung erfolgt auch bei erfahrenen Fahrern im Falle einer Trunkenheitsfahrt mit einer BAK ab 1,2 ‰ oder bei wiederholten Verstößen über 0,8 ‰ innerhalb von zwei Jahren.
2. Kurse, die für verkehrsauffällige Fahranfänger und sonstige verkehrsauffällige Fahrer angeordnet werden.
3. Kurse, die bei sonstiger Problematik (z. B. Suchtmittelgebrauch) angeordnet werden.

Kommt eine Person der Anordnung innerhalb von vier Monaten nicht nach, wird die Fahrerlaubnis so

lange entzogen, bis die Teilnahme erfolgte. Neben den Schulungskursen kann die Behörde begleitende Maßnahmen wie die Beibringung eines amtsärztlichen Gutachtens oder einer verkehrspsychologischen Stellungnahme anordnen. Die Kurse wurden ursprünglich durch das Kuratorium für Verkehrssicherheit durchgeführt. Seit Ende der 90er Jahre gibt es zusätzlich private Institute, die durch das Verkehrsministerium zur Durchführung autorisiert werden.

In **Italien** sind die Rehabilitationsmaßnahmen selbst nicht gesetzlich geregelt. Allerdings müssen sich in der **Autonomen Provinz Bozen – Südtirol** seit 2003 alle Trunkenheitsfahrer mit einer BAK über 0,5 ‰ obligatorisch einer verkehrspsychologischen Untersuchung unterziehen (DORFER, 2005; HILLMANN, 2005), damit der Führerschein seine Gültigkeit behält. Als Resultat der Untersuchung kann die Fahrerlaubnis entzogen werden bzw. können bestimmte Auflagen i. S. der bedingten Eignung angeordnet werden, so auch die Aufnahme einer Rehabilitationsmaßnahme. Anbieter der Maßnahme ist der Sanitätsbetrieb Bozen. Die regionale medizinische Kommission wird nach erfolgreichem Abschluss des Kurses die Fahrerlaubnis verlängern (bzw. neu erteilen, falls diese zuvor entzogen wurde). Kommt der Fahrer der Anordnung nicht nach, erhält er keine Verlängerung der Fahrerlaubnis (bzw. keine Neuerteilung).

Eine Übersicht über die Maßnahmen zur Kraftfahrerrehabilitation mit Teilnahmepflicht gibt die Tabelle 1.

Eine Vielzahl der EU-Mitgliedsstaaten bieten Rehabilitationsprogramme an, die bei freiwilliger Teilnahme des Fahrers zu Vorteilen im Strafverfahren führen können.

In **Belgien** sind Rehabilitationsmaßnahmen zwar ins Strafrecht eingebettet, eine Teilnahmepflicht besteht jedoch nicht. Innerhalb eines Strafverfahrens kann die Staatsanwaltschaft die Teilnahme an einer entsprechenden Maßnahme beantragen. Stimmt der Delinquent der Anordnung zu, wird die Anklage fallengelassen bzw. er erhält eine Bewährungsstrafe. Nimmt der Täter jedoch nicht am Programm teil, wird das Strafverfahren wieder aufgenommen. Aber auch nach der Verurteilung können durch die freiwillige Teilnahme richterlich verhängte Auflagen wie Geldstrafen oder Fahrverbote noch abgewendet werden. Bis 2002 wurden Programme vom Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid (BIVV-IBSR) angeboten, die sich an drei unterschiedliche

Land	Niederlande	Österreich (Stand: 2005)			Italien (Autonome Provinz Bozen – Südtirol)
Programmträger	Centraal Bureau Rijvaardigheids- bewijzen (CBR)	Kuratorium für Verkehrssicherheit & private Institute mit Au- torisierung			Sanitätsbetrieb Bozen
Zielgruppe	Ersttäter mit BAK > 1,3 ‰, Wiederholungstäter mit BAK > 0,8 ‰ und medizini- scher Test ab BAK > 1,8 ‰	Fahranfänger mit BAK > 0,01 ‰ & Fahrer mit BAK über 1,2 ‰, Wieder- holungstäter	Fahranfänger mit groben Verkehrs- verstößen oder sonstige Verkehrs- auffällige	drogenauffällige Fahrer	Trunkenheitsfahrer ab 0,5 ‰, die nach psychologischer Untersuchung zugewiesen werden
Konsequenz der Nicht-Teilnahme	FE verliert für drei Jahre die Gültigkeit	Entzug der Fahrerlaubnis, bis die Teilnahme erfolgte			keine Verlängerung oder Neuerteilung der Fahrerlaubnis
Kosten	771,38 EUR (Stand: 2005)	525,- EUR bei erster Teilnahme, 630,- EUR bei wiederholter Teilnahme			35,- EUR (Stand: 2005)
Umfang in Std.	22-25	12 (15 bei Wiederho- lung) und Fahrprobe	15 (18 bei Wiederholung)		12
Pers./Gruppe	max. 12	6-11			5-10
Zertifizierung	--- (internes QM)	ja			---

Tab. 1: Übersicht über die Rehabilitationsangebote in europäischen Ländern mit Teilnahmepflicht (Stand 2002, soweit keine anderen Angaben von Jahreszahlen)

Tätergruppen wandten: allgemeine Verkehrsdelinquenten (auch Trunkenheitsfahrer), junge Verkehrsauffällige und aggressive Fahrer. Seit 2003 existieren differenziertere Maßnahmen (KLUPPELS, BIVV, persönliche Mitteilung, 7.12.2005):

1. allgemeine Kurse für Ersttäter und junge Fahrer, die alle Aspekte der Verkehrssicherheit abdecken (Alkohol, Müdigkeit, Drogen, Stress etc.),
2. Kurse für junge, alkoholauffällige Ersttäter (< 25 Jahre),
3. Kurse für junge, drogenauffällige Ersttäter (< 25 Jahre),
4. Kurse für alkoholauffällige Wiederholungstäter,
5. Kurse für Fahrer mit schweren Geschwindigkeitsverstößen (mit praktischen Übungen),
6. Kurse für strafrechtlich Auffällige im Bereich von Versicherungs- oder Fahrerlaubnisdelikten,
7. Kurse für Fahrer, die durch gewalttätiges Verhalten im Straßenverkehr aufgefallen sind.

In **England** und **Wales** sieht das Rechtssystem in erster Linie edukative Programme für Trunkenheitsfahrer vor. Bei erstmals Auffälligen mit einer hohen BAK und wiederholt Auffälligen kann die Kursteilnahme als eine Bewährungsauflage durch den zuständigen Richter angeordnet werden und durch den Probation Service geleitet werden. Kommen die Fahrer der Anordnung nicht nach, wird der Fall

erneut durch das Gericht bearbeitet und dem Täter droht im schlimmsten Fall eine Gefängnisstrafe. Darüberhinaus gibt es Schulungsmaßnahmen für alle Trunkenheitsfahrer, die durch das Gericht empfohlen und von 29 Anbietern durchgeführt werden. Die Teilnahme ist in diesen Fällen freiwillig und führt zu einer Sperrfristverkürzung. Darüber hinaus werden Kurse für verkehrsauffällige Fahrer, die von Polizeikräften geleitet werden, angeboten. Durch die Teilnahme kann der Täter einer strafrechtlichen Verfolgung entgehen.

Auch in **Portugal** drohen Trunkenheitsfahrern mit einer BAK ab 1,2 ‰ Verurteilungen zu Gefängnisstrafen. Diese können sie durch die Teilnahme an einer Schulungsmaßnahme abwenden, genauso wie ein eventuell richterlich verhängtes Fahrverbot. Anbieter der Maßnahme ist das Prevenção Rodoviária Portuguesa (PRP).

Basierend auf Artikel 25 des Verkehrsrechts und Artikel 40/41 der Verkehrszulassungsverordnung der **Schweiz** können Trunkenheitsfahrer, die innerhalb von 10 Jahren wiederholt mit Alkohol im Straßenverkehr auffielen, freiwillig an einer Schulungsmaßnahme der Schweizerischen Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu) teilnehmen. In solchen Fällen wird die Sperrfrist um drei Monate verkürzt. Allerdings werden nur Fahrer mit einer BAK unter 1,6 ‰ zu den Maßnahmen zugelassen. Darüber hinaus dürfen keine Hinweise für eine Alkoholabhängigkeit vorliegen.

In **Frankreich** bietet das Verkehrsministerium Schulungsprogramme für Verkehrsauffällige an, um Wiederholungstaten zu verhindern. Das seit 1992 existierende Punktesystem in Frankreich ist konträr zum Punktesystem in Deutschland organisiert, d. h., jeder Fahrer startet mit einem Guthaben von 12 Punkten. Für Verkehrsdelikte werden entsprechend einem „Bußgeldkatalog“ Punkte abgezogen. Durch eine freiwillige Teilnahme kann der Fahrer eine Addition positiver Punkte erlangen. Im Falle einer Anklage kann er richterlichen Sanktionen vollständig entgehen.

In **Finnland** werden durch den Kriminaalihoulttoyhdistys Verkehrssicherheitstrainings für Personen angeboten, die wegen einer Trunkenheitsfahrt durch das Gericht zur Ableistung von gemeinnütziger Arbeit verurteilt wurden. Diese Sanktion ist in

erster Linie für Wiederholungstäter vorgesehen. Fünf Stunden der gemeinnützigen Arbeit können durch die Teilnahme am fünfstündigen Training ersetzt werden.

Die Tabellen 2 und 3 geben einen Überblick über Maßnahmen zur Kraftfahrerrehabilitation ohne Teilnahmepflicht in Westeuropa.

Neben den Unterschieden der gesetzlichen Rahmenbedingungen der einzelnen Länder existieren erhebliche Unterschiede bezüglich Dauer, Kosten und Intensität der Maßnahmen.

In **Belgien** ist die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme für den Delinquenten kostenfrei. Eine Ausnahme hiervon bilden die Kurse für Fahrer mit massiven Geschwindigkeitsüberschreitungen. Die Teilnahmegebühr beträgt 305 Euro. Die Schu-

Land	Belgien	England & Wales		
Programmträger	Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid (BIVV-IBSR)	The Probation Service	29 Anbieter	Polizei & lokale Verkehrs-sicherheitsdepartments
Zielgruppe	Ersttäter & junge Fahrer; junge Alkoholauffällige; junge Drogenauffällige; alkoholauffällige Wiederholungstäter; Raser; strafrechtlich Auffällige; aggressive Fahrer	Ersttäter mit hoher BAK & Wiederholungstäter	alle Trunkenheitsfahrer	rücksichtslose Fahrer
Konsequenz der Teilnahme	Abwendung von Strafe, bzw. keine Anklage	Abwendung richterl. Sanktionen	reduzierte Sperrzeit	keine strafrechtliche Verfolgung
Kosten	0,- EUR (305,- EUR für die Raser-Kurse, Stand: 2005)	0,- EUR	82,- bis 405,- EUR	205,- EUR
Umfang in Std.	20	35	16-20	4 Theorie + 7 Praxis
Pers./Gruppe	6-12	5-8	8-20	10
Zertifizierung	---	ja	---	---

Tab. 2: Übersicht über die Rehabilitationsangebote in europäischen Ländern ohne Teilnahmepflicht (Stand 2002, soweit keine anderen Angaben von Jahreszahlen)

Land	Portugal	Schweiz	Frankreich	Finnland
Programmträger	Prevenção Rodoviária Portuguesa (PRP)	Schweizer. Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu)	Verkehrsministerium	Kriminaalihoulttoyhdistys
Zielgruppe	Trunkenheitsfahrer mit BAK > 1,2 ‰	Trunkenheitsfahrer unter 1,6 ‰ (Wiederholungstäter)	Verkehrsauffällige (Punktesystem)	Verurteilte Trunkenheitsfahrer, i. d. R. Wiederholungstäter
Konsequenz der Teilnahme	Abwendung von Gefängnisstrafe bzw. des Fahrverbots	verkürzte Sperrfrist (3 Mon.)	keine richterliche Sanktionen, Addition von positiven Punkte	Reduktion der richterlich verhängten Arbeitsstunden
Kosten	175,- EUR	300,- EUR	183,- EUR bis 275,- EUR	---
Umfang in Std.	15	6 + 1 Interview	16	5
Pers./Gruppe	3-8	max. 12	10-20	max. 6
Zertifizierung	---	ja	---	---

Tab. 3: Fortsetzung der Übersicht über die Rehabilitationsangebote in europäischen Ländern ohne Teilnahmepflicht (Stand 2002, soweit keine anderen Angaben von Jahreszahlen)

lungen umfassen jeweils 20 Stunden innerhalb von zwei bis vier Wochen in Gruppen à sechs bis zwölf Teilnehmern.

Auch in **Italien** werden die Maßnahmen günstig angeboten. Hier fielen bis 2002 keine Kosten für die Teilnehmer an. Inzwischen wird eine Gebühr von 35 Euro erhoben. Der Umfang der Maßnahme umfasst zwölfmal 50 Minuten, verteilt auf vier Sitzungen in vier Wochen bei einer Teilnehmerzahl von 5 bis 10 Personen.

Bei beiden Modellen hilft möglicherweise die fehlende Zertifizierung, Kosten für die Anbieter (Belgisches Institut für Straßenverkehrssicherheit BIVV-IBSR sowie Sanitätsbetrieb Bozen, psychologischer Dienst) einzusparen. Für die belgischen Programme soll demnächst ein Verfahren zur Qualitätssicherung („effectenmonitor“) eingeführt werden.

Fehlende Zertifizierung kann ebenfalls der Grund dafür sein, dass auch in **Portugal** wenig Kosten für den Teilnehmer entstehen. Für 175 Euro erhält der Fahrer eine Schulung über zwei Tage, insgesamt 15 Stunden in Gruppen à drei bis acht Personen.

Ein ähnliches Modell wird in **Frankreich** angeboten. Hier findet die Schulung, die zwischen 183 und 275 Euro kostet, an zwei aufeinander folgenden Tagen statt und hat einen Umfang von 16 Stunden. Zwei Trainer leiten Kurse mit zehn bis 20 Teilnehmern, eine Zertifizierung der Kurse fehlt, allerdings brauchen die Kursleiter eine besondere Erlaubnis zur Durchführung der Maßnahme.

In den **Niederlanden** haben sich die Kosten für die Teilnehmer in den letzten Jahren mehr als verdoppelt. Während bis 2003 die Gesamtkosten von 440 Euro aufgeteilt wurden (264 Euro fielen auf den Teilnehmer, der Rest wurde staatlich subventioniert), stiegen sie bis heute auf 771,38 Euro, die allein der Teilnehmer zahlt. Die 22 bis 25 Stunden teilen sich auf drei Gruppensitzungen bis zu zwölf Personen und eine Einzelsitzung in fünf Wochen auf. An einem Entwurf für eine Zertifizierung wird derzeit gearbeitet, ein internes Qualitätsmanagement des EMA-Programmes (Educational Measure on Alcohol & Traffic) des CBR (Central Bureau Rijvaardigheidsbewijzen) existiert bereits seit einigen Jahren (MÉRELLE, SBG GGZ Nederland, persönliche Mitteilung, 1.11.2005).

In **England** und **Wales** wird zwischen den freiwilligen und den verpflichtenden Maßnahmen differenziert. Für die freiwilligen Maßnahmen, die vorrangig

für Ersttäter vorgesehen sind, an denen aber auch Wiederholungstäter teilnehmen und die zur Verkürzung der Sperrzeit dienen, fallen Kosten zwischen 82-409 Euro an, je nachdem, welcher der 29 Anbieter gewählt wird. Ähnlich stark wie die Kosten schwankt auch die Stundenzahl. Es sind Kurse zwischen 16 und 20 Stunden im Angebot, die Teilnehmerzahl variiert zwischen acht und 20 Personen. Eine Zertifizierung dieser Maßnahmen ist nicht erfolgt. Bei der Evaluation dieser Kurse, die von Sozialarbeitern, Polizisten, Lehrern, Krankenschwestern oder Fahrlehrern durchgeführt werden, stellte sich heraus, dass die Wahrscheinlichkeit erneuter Trunkenheitsfahrten gegenüber Nicht-Teilnehmern um 50 % reduziert wurde. Die Pflichtkurse werden von speziell ausgebildeten Bewährungshelfern durchgeführt, da die Teilnahme am Kurs eine Bewährungsaufgabe ist. Die Teilnahme ist kostenfrei, dafür muss der Teilnehmer an 35 Stunden im Zeitraum von 14 Wochen partizipieren. Fünf bis acht Personen werden jeweils für die zertifizierten Maßnahmen zugelassen.

Auch in **Österreich** sind die angebotenen Schulungsprogramme durchweg zertifiziert. Die Kosten für die Kurse belaufen sich bei Gruppensitzungen auf 35 Euro pro Kurseinheit, bei Einzelgesprächen auf 109 Euro pro Kurseinheit. Dabei müssen alkohol- oder drogenauffällige Fahrer bei erstmaliger Teilnahme mindestens vier Gruppensitzungen zu insgesamt 15 Kurseinheiten (Gesamtkosten 525 Euro) oder bei wiederholtem Besuch mindestens fünf Gruppensitzungen zu insgesamt 18 Kurseinheiten (Gesamtkosten 630 Euro) absolvieren. Die Nachschulungen bei Verkehrsauffälligkeiten umfassen vier Gruppensitzungen zu insgesamt 12 Kurseinheiten und eine Fahrprobe (Aufwand entspricht drei Kurseinheiten, Gesamtkosten 525 Euro) bei erstmaliger Teilnahme. Bei wiederholter Teilnahme muss der Fahrer an mindestens fünf Gruppensitzungen zu insgesamt 15 Kurseinheiten partizipieren und eine Fahrprobe (Aufwand entspricht drei Kurseinheiten, Gesamtkosten 630 Euro) absolvieren. Alle Kurse werden in Gruppen von mindestens sechs bis höchstens elf Personen durchgeführt. Dabei sollten die Sitzungen innerhalb von 22 bis 40 Tagen abgehalten werden.

Eine gute Übersicht über Rehabilitationsmaßnahmen im Kraftfahrerbereich in Europa bietet der Projektbericht des EU-Projekts „ANDREA“ (Analysis of driver rehabilitation programmes; BARTL et al., 2002). Die Aufgabenstellung des Projekts umfasste nicht nur die Beschreibung der in den EU-Staaten

und der Schweiz angewendeten Kursmodelle, sondern auch die Analyse vorliegender Evaluationsdaten zu diesen Modellen und eine Zusammenfassung der einzelnen Wirkfaktoren der Kurse. Zusätzlich wurden allgemeine Empfehlungen für Rehabilitationsmaßnahmen formuliert. Dabei wurden Fahrer-Rehabilitations-Programme wie folgt definiert: „Fahrer-Rehabilitations-Programme sind systematische Maßnahmen für verkehrsauffällige Fahrer – insbesondere alkoholauffällige und Fahrer mit Geschwindigkeitsdelikten – mit dem Ziel, deren Verhalten zu ändern, um weitere Verkehrsauffälligkeiten zu vermeiden und weiteres, um ihnen zu ermöglichen ihre Lenkberechtigung wieder zu erwerben bzw. zu behalten“ (BARTL et. al., 2002, S. 133).

Die Schlussfolgerungen aus der Studie werden zu sieben Empfehlungen zusammengefasst. Insgesamt sehen es die Autoren als erwiesen an, „...dass bestimmte Typen von Fahrer-Rehabilitationskursen Einstellung und Verhalten der Teilnehmer positiv verändern können. Dabei müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein:

1. Das Programm muss maßgeschneidert zu den Defiziten der jeweiligen Zielgruppe passen. Zumindest muss eine Unterscheidung zwischen alkoholauffälligen Lenkern und Lenkern mit anderen Verkehrsverstößen und zwischen jungen Fahranfängern und erfahrenden Lenkern erfolgen.
2. Kursleiter/innen müssen hinreichend ausgebildet sein, um über die Kompetenz zu verfügen, eine professionelle Klient-Trainer Beziehung mit den unfreiwilligen Teilnehmern, die nur über ein geringes Problembewusstsein verfügen, aufzubauen.
3. Die Methode der persönlichen Selbstreflexion ist gegenüber dem schulischen Lernen zu bevorzugen. Individuell maßgeschneiderte Interventionen sind gegenüber einem fixen Programm zu bevorzugen.
4. Die Kurssitzungen sollen sich über einen mehrwöchigen Zeitraum erstrecken, um auch die Zeit zwischen den Kurssitzungen wirken lassen zu können, denn Einstellungsänderungen brauchen Zeit.
5. Die Gruppengröße soll etwa 10 Personen betragen.
6. Eine transparente und objektive Teilnehmer-Selektion ist genauso wichtig wie eine konsequen-

te polizeiliche Überwachung, um sicherzustellen, dass die Teilnehmer die Kurszuweisung akzeptieren und sie nicht als Zufall oder Pech attribuieren.

7. Qualitätssicherung ist primär die Aufgabe des Staates, denn der Hauptkunde ist die Allgemeinheit. Daher müssen die Kursprogramme durch offizielle Institutionen zugelassen werden, wobei einerseits die Inhalte und andererseits folgende Voraussetzungen zu prüfen sind:

- Das Programm muss in einem Manual schriftlich festgehalten sein.
- Die Grundausbildung, die spezifische Zusatzausbildung sowie die Weiterbildung der Kursleiter muss definitiv geregelt sein.
- Programmevaluationen müssen durchgeführt werden.“

2.2 Überblick über psychologische und pädagogische Therapie- und Rehabilitationsansätze in Osteuropa

In weiten Teilen **Osteuropas** sind Rehabilitationsmaßnahmen nicht gesetzlich geregelt, in vielen Ländern arbeitet man derzeit allerdings an neuen Gesetzgebungen hinsichtlich der Kraftfahrerschulungen (z. B. Serbien, Polen). Im Gespräch ist die Einführung von Gesetzen, die die Teilnahme am Kurs zu einer verpflichtenden Voraussetzung für die Neuerteilung einer Fahrerlaubnis machen.

In **Polen** wurde 1993 ein Punktesystem für Kraftfahrer eingeführt, um notorische Regelbrecher verfolgen zu können. Gemäß einem Strafpunktecatalog, der 73 verschiedene Verkehrsverstöße aufführt, können verkehrsrechtliche Regelverletzungen mit ein bis zehn Strafpunkten geahndet werden. Dazu kommen weitere 53 Verstöße mit null Punkten. Im Falle mehrerer Verstöße werden die Punkte addiert, nach einem Jahr wieder gelöscht. Erreicht ein Fahrer 24 Punkte, hat er eine theoretische und praktische Führerscheineüberprüfung im Rahmen eines staatlichen „Führerscheinkurses“ abzulegen. Für Fahranfänger (ein Jahr „Probezeit“) ist ein Maximum von 20 Punkten vorgesehen. Bei Überschreitung wird der Führerschein ungültig und der Betroffene muss neuerlich Fahrstunden absolvieren und ebenfalls die staatliche Prüfung, die vom Wojewódzkie Ośrodki Ruchu Drogowego (WORD,

Voivodeship Road Traffic Centre) durchgeführt wird, ablegen. Bei Bestehen der Prüfungen wird der Punktestand auf null gesetzt. Im Falle einer freiwilligen Teilnahme vor Erreichen von 24 Punkten erhält der Fahrer einen Punkterabatt von sechs Punkten, dieser wird Fahranfängern jedoch nicht eingeräumt. Innerhalb eines Jahres kann der Fahrer zweimal teilnehmen.

Im Jahre 2003 wurde zusätzlich das „Rehabilitation programme for drivers convicted for drinking and driving offences“ eingeführt, das durch die State Agency for the Prevention of Alcohol-Related Problems (PARPA) geleitet wird. Seit Oktober 2004 werden diese Maßnahmen mit Trunkenheitsfahrern, die durch Psychologen für die Teilnahme ausgewählt wurden, in Gefängnissen durchgeführt. Die Partizipation der Häftlinge erfolgt auf freiwilliger Basis. Nach dem Kurs erhält jeder eine Teilnahmebescheinigung.

Die **polnischen** Führerscheinkurse für „Punktetäter“ haben einen Umfang von sechs mal 45 Minuten. Viermal 45 Minuten werden von einem Polizeibeamten durchgeführt und die restlichen von einem Psychologen. Welche Kosten für den Teilnehmer anfallen, ist unbekannt. Die Alkoholkurse finden in Gruppen von 12 bis 15 Personen statt. Im Durchschnitt umfassen die Kurse 12 Stunden, die auf zweimal sechs Stunden verteilt sind, wobei die erste und die zweite Sitzung nicht länger als zwei Wochen auseinanderliegen sollten. Für die Teilnehmer fallen dabei keine Kosten an, da die Kurse durch die PARPA bzw. die örtlichen Regierungen finanziert werden. An Zertifizierungsmaßnahmen für die Kursleiter wird derzeit gearbeitet.

In **Ungarn** wurde im Jahr 1992 das Nachschulungssystem eingeführt, die Einführung eines Punktesystems folgte 2001. Problematisch am derzeitigen Punktesystem in **Ungarn** erscheint der Aspekt, dass die Punkte nach zwei Jahren automatisch gelöscht werden. Dadurch können Wiederholungstäter und Fahrer, denen wiederholt die Fahrerlaubnis entzogen wurde, nicht ausreichend erfasst werden. Allerdings ist durch das System eine Teilnahme an einer Nachschulung für drei Tätergruppen gesetzlich geregelt und damit verpflichtend für den Rückerthalt der Fahrerlaubnis:

1. Fahrer, denen die Fahrerlaubnis aufgrund von Verkehrsverstößen für mindestens sechs Monate durch das Gericht oder die zuständige Behörde entzogen wurde.

2. Fahrer, denen die Fahrerlaubnis aufgrund einer Verkehrsstraftat durch das Gericht entzogen wurde.
3. Fahrer, denen die Fahrerlaubnis durch die Behörde aufgrund des Erreichens von 18 Punkten in zwei Jahren entzogen wurde.

In allen Fällen werden die auffälligen Fahrer durch die ungarische Verkehrsaufsichtsbehörde zur Teilnahme aufgefordert. Erst bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung, die auf der Basis individueller Expertisen der Kursleiter (speziell ausgebildete Lehrer und Psychologen) durch die Verkehrsaufsichtsbehörde ausgestellt werden, erfolgt die Neuerteilung der Fahrerlaubnis durch die zuständige Behörde. Eine Partizipation kann auch freiwillig erfolgen, solange der Fahrer weniger als 14 Punkte hat.

Es existieren in **Ungarn** derzeit vier verschiedene Kursprogramme für Personen mit allgemeinen Verkehrsverstößen, die je nach Art und Schwere der Verstöße unterschiedliche Zielsetzungen haben. Die Dauer und Kosten der Kurse variieren:

1. Theoretisches Training im Umfang von 6 Stunden (ca. 132 Euro). Ziel des Kurses ist die Verbesserung des Wissens über Verkehrsregeln. Der Kurs endet mit einer theoretischen Prüfung.
2. Praktisches Fahrtraining im Umfang von 7 Stunden (ca. 209 Euro). Ziel des Kurses ist die Verbesserung der praktischen Fahrfähigkeit. Der Kurs endet mit einer praktischen Prüfung.
3. Trainingskurs im Umfang von 12 Stunden zur Verbesserung der gehorsamen Einhaltung der Straßenverkehrsordnung (ca. 231 Euro). Bedingung für den Erhalt der Teilnahmebescheinigung ist die zuverlässige und aktive Teilnahme.
4. Trainingskurs im Umfang von 25 Stunden zur Rehabilitation von Fahrern, die einen Unfall mit Todesfolgen verursacht haben (ca. 477 Euro). Bedingung für den Erhalt der Teilnahmebescheinigung ist die zuverlässige und aktive Teilnahme.

Für Trunkenheitsfahrer gibt es drei unterschiedliche Programme, die sich im Umfang der Stundenzahl (und dementsprechend auch der Kosten) unterscheiden. Ziel aller Kurse ist das Trennen von Trinken und Fahren. Je nach Höhe der erreichten BAK wird der Fahrer einem Kurs von sieben (ca. 136 Euro), 15 (ca. 286 Euro) oder 25 Stunden (ca. 477 Euro) zugewiesen.

Land	Polen		Ungarn						
Programm-träger	Wojewódzkie Ośrodki Ruchu Drogowego (WORD)	State Agency for the Prevention of Alcohol-Related Problems (PARPA)	Professionelle, speziell ausgebildete Lehrer, Trainer und Psychologen						
Zielgruppe	Fahranfänger & Verkehrsauffällige (Punktesystem)	inhaftierte Trunkenheitsfahrer	Verkehrsauffällige, die durch das Gericht/ die zuständige Behörde aufgrund schwerer Verstöße, Verkehrsstraftaten oder 18 Punkten für mind. sechs Monate von der Verkehrsteilnahme ausgeschlossen wurden				Trunkenheitsfahrer; der Umfang des Kurses richtet sich nach der Höhe der erreichten BAK		
Konsequenz der Teilnahme	Abzug von Strafpunkten/ (Rück-)Erhalt der Fahrerlaubnis	Teilnahmebescheinigung für die Straftakte	Teilnahmebescheinigungen werden auf der Basis individueller Expertisen durch die ungarische Verkehrsaufsichtsbehörde ausgestellt und führen zum Rückerhalt der Fahrerlaubnis bzw. bei freiwilliger Teilnahme zum Punktabzug						
Kosten	?	---	132,- €	209,- €	231,- €	477,- €	136,- €	286,- €	477,- €
Umfang in Std.	4,5	ca. 12	6	7	12	25	7	15	25
Pers./Gruppe	?	12-15	?	?	?	?	?	?	?
Zertifizierung	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Tab. 4: Übersicht über die Rehabilitationsmaßnahmen in Polen und Ungarn (Stand 2005; Kostenangaben entsprechen ungefährem Wert, Umrechnungskurs im August 2006)

Eine Übersicht über die **polnischen** und **ungarischen** Maßnahmen zur Kraftfahrerrehabilitation enthält die Tabelle 4.

Auch in **Slowenien** sind erste Maßnahmen zur Rehabilitation auffälliger Kraftfahrer eingeführt worden. Seit dem 1.1.2005 müssen Kraftfahrer mit mehr als 13 Punkten an einem Kurs teilnehmen und erhalten dafür einen Punkterabatt von 4 Punkten. Allerdings haben bisher erst sehr wenige Fahrer teilgenommen, Evaluationen es gibt keine.

In der **Tschechischen Republik** wurde 1990 die Gesellschaft für Verkehrspsychologie (ADP) gegründet, die inzwischen über 40 Mitglieder hat. Obwohl die ADP einen Einfluss auf neue Verkehrsgesetzesentwürfe hat, sind Rehabilitationsmaßnahmen in Tschechien noch nicht gesetzlich verankert. Allerdings konnte das Punktesystem inzwischen verschärft werden, sodass Berufskraftfahrer strenger kontrolliert und höher bestraft werden können. Als eine wesentliche Aufgabe für die nahe Zukunft sieht die ADP die gesetzliche Einführung psychologischer Fahreignungsuntersuchungen und die Rehabilitation auffälliger Fahrer (KORAN & REHNOVA, 2006).

2.3 Psychologische und pädagogische Ansätze in Übersee (USA, Kanada, Australien)

In den **USA** sind die häufigsten Todesursachen der drei- bis 33-Jährigen Verkehrsunfälle. Davon sind allein 40 % alkoholbedingt. In Anbetracht dieser Tatsache setzte man bereits im Jahr 1998 durch den Transportation Equity Act for the 21st Century (TEA-21) finanzielle Anreize für solche Staaten, die ihre Programme zur Kontrolle und Reduktion wiederholter Trunkenheitsfahrten verstärkten.

In diesem Rahmen fordert die National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA, 2005) alle Bundesstaaten bis heute dazu auf, die Möglichkeiten der Administrative License Revocation (ALR) bzw. Administrative License Suspension (ALS) anzuwenden (NHTSA, 2005). Dabei sind die Wörter Revocation und Suspension gleichbedeutend (Entzug der Fahrerlaubnis) und werden je nach U.S. Bundesstaat benutzt. Diese Maßnahmen betreffen die Möglichkeiten des sofortigen verwaltungsrechtlichen Entzugs der Fahrerlaubnis. Das Gesetz der ALR/ALS erlaubt den zuständigen Fahrerlaubnisbehörden (z. B. Department of Motor Vehicles, DMV, oder Department of Public Safety, DPS) die Entziehung der Fahrerlaubnis unmittelbar nach Begehen des Delikts. Hierdurch entstehen keine zeit-

lichen Verzögerungen zwischen Trunkenheitsfahrt und dem strafrechtlichen Entzug der Fahrerlaubnis mehr. Ein sofortiger Entzug der Fahrerlaubnis ist dabei nicht nur bei Überschreitung der auf bundesstaatlicher Ebene zulässigen BAK möglich, sondern auch bei Verweigerung der Abgabe einer Blutprobe, da die Blutprobe in den meisten Staaten nicht, wie in Deutschland durch § 81a StPO geregelt, erzwungen werden kann. Die Zeit des verwaltungsrechtlichen Entzugs der Fahrerlaubnis sollte bei Verweigerung der Blutprobe sogar länger als bei Überschreitung der zulässigen BAK sein. Die Zeiträume der ALR/ALS unterliegen einer einheitlichen Regelung: Bei Ersttätern umfasst der Zeit-

raum des verwaltungsrechtlichen Entzugs 90 Tage, bei Wiederholungstätern ein Jahr. Die Delinquenten haben allerdings die Möglichkeit, innerhalb von fünf bis 30 Tagen Einspruch einzulegen. Vergeht dieser Zeitraum ohne Einspruch, wird der Entzug als verwaltungsrechtliche Sanktion rechtskräftig.

Bei der Betrachtung der strafrechtlichen Sanktionen der einzelnen amerikanischen Bundesstaaten fällt die Heterogenität der Gesetzgebungen auf (s. Tabelle 5). So sind sowohl die Sanktionen selbst als auch die Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen unterschiedlich in den strafrechtlichen Gesetzen verankert. Eine Anordnung der Teilnahme an Reha-

U.S. Bundesstaat	Einbindung der Rehabilitation in das Rechtssystem
Alabama	Edukatives Programm/Intervention für Ersttäter u. Wiederholungstäter
Alaska	nach Ermessen*)
American Samoa	---
Arizona	Edukatives Programm für Ersttäter; Intervention für Erst-, Zweit- und Dritttäter
Arkansas	Rechtsverbindlich für alle substanz auffälligen Fahrer
Kalifornien	3-30 Monate Intervention
Colorado	Rechtsverbindlich: edukatives Programm bzw. Intervention
Connecticut	nach Ermessen*) bei Ersttätern, verpflichtend für Wiederholungstäter
Delaware	Rechtsverbindlich für alle substanz auffälligen Fahrer
Dist. of Columbia	---
Florida	Rechtsverbindlich für alle substanz auffälligen Fahrer
Georgia	Intervention erforderlich für die Neuerteilung der Fahrerlaubnis
Guam	Edukatives Programm erforderlich bei Ersttätern für die Neuerteilung bzw. Bewährungsauflage
Hawaii	Rechtsverbindlich für Ersttäter, Intervention nach Ermessen*)
Idaho	Intervention nach Ermessen*)
Illinois	Beurteilung und Intervention nach Ermessen*)
Indiana	Nach Ermessen*)
Iowa	Rechtsverbindliches edukatives Programm/nach Ermessen*) auch Intervention
Kansas	Rechtsverbindlich für Bewährung/Strafaussetzung, nach Ermessen*) auch für eine bedingte Fahrerlaubnis
Kentucky	Rechtsverbindlich: 90-Tage-Intervention bzw. edukatives Programm für Ersttäter/Intervention über ein Jahr für Wiederholungstäter
Louisiana	Rechtsverbindlich: Intervention/edukatives Programm für Dritt- und Viertäter
Maine	Rechtsverbindlich: Intervention/edukatives Programm
Maryland	Rechtsverbindlich für Bewährung, nach Ermessen*) auch für die Neuerteilung
Massachusetts	Nach Ermessen*) für Erst- und Wiederholungstäter
Michigan	Intervention/edukatives Programm
Minnesota	Rechtsverbindlich: Intervention
Mississippi	Rechtsverbindlich: edukatives Programm für Ersttäter/Intervention für Wiederholungstäter
Missouri	Erforderlich für Ersttäter und Auffällige unter 21 Jahren
Montana	Rechtsverbindlich: Intervention/edukatives Programm
Nebraska	Nach Ermessen*) als Bewährungsauflage
Nevada	Rechtsverbindlich: Intervention/edukatives Programm für Erst- und Wiederholungstäter
New Hampshire	Rechtsverbindlich: edukatives Programm für alle substanz auffälligen Fahrer vor der Neuerteilung
New Jersey	Rechtsverbindlich für alle substanz auffälligen Fahrer für die Neuerteilung und für alle Fahrer unter 21 Jahren
New Mexico	Intervention/edukatives Programm nach Ermessen*)
*) liegt im Ermessen des Gerichts/Richters	
Quelle: Digest of State Alcohol Highway Safety Related Legislation, National Highway Traffic Safety Administration and joint NHTSA/NCSA traffic safety legislative tracking database; mit freundlicher Unterstützung von Jeanne Mejeur, Research Manager, Legislative Information Services, NCSL – Denver Office	

Tab. 5: Übersicht über die Gesetzgebungen der U.S. Bundesstaaten lt. National Conference of State Legislatures: Impaired Driving, State Substance Abuse Assessment and Treatment Laws for Convicted Impaired Drivers, 2005

U.S. Bundesstaat	Einbindung der Rehabilitation in das Rechtssystem
New York	Rechtsverbindlich für alle substanzauffälligen Fahrer
North Carolina	Erforderlich: Intervention/edukatives Programm als Bedingung der Bewährung
North Dakota	Rechtsverbindliche Beurteilung, nach Ermessen*): Intervention für Erst-, Zweit- und Dritttäter, Rechtsverbindlich: Intervention für Viert- und Mehrtäter
Ohio	nach Ermessen*) für Ersttäter, rechtsverbindlich für Zweit- und Wiederholungstäter
Oklahoma	Rechtsverbindlich: edukatives Programm für Ersttäter, nach Ermessen*) für Zweit- und Wiederholungstäter
Oregon	Rechtsverbindlich: Edukatives Programm bei unproblematischem Trinkverhalten/Intervention bei problematischem Trinkverhalten oder in Fällen mit besonderer Härte für besondere Fahrprivilegien
Pennsylvania	Nach Ermessen*) für Ersttäter, rechtsverbindlich für Zweit- und Wiederholungstäter
Puerto Rico	Entzug der Fahrerlaubnis, bis erfolgreiche Teilnahme an edukativem Programm
Rhode Island	Rechtsverbindlich: edukatives Programm/Intervention für alle Auffälligen
South Carolina	Erforderlich für die Neuerteilung der Fahrerlaubnis
South Dakota	Beratung nach erster Tat; Intervention nach Ermessen*) für Zweittäter
Tennessee	Rechtsverbindlich: edukatives Programm für Bewährung/Intervention für Zweit- und Wiederholungstäter
Texas	Nach Ermessen*): edukatives Programm für Erst- und Zweittäter/Intervention für Dritt- und Folgetäter
Utah	Rechtsverbindlich: edukatives Programm für Ersttäter/Intervention für Dritt- und Folgetäter, nach Ermessen*): Intervention für Zweittäter
Vermont	Rechtsverbindlich: edukatives Programm für Ersttäter/Intervention für Wiederholungstäter
Virginia	Rechtsverbindlich: Intervention/edukatives Programm für Erst- und Zweittäter
Virgin Islands	Rechtsverbindlich: edukatives Programm/Intervention für alle substanzauffälligen Fahrer
Washington	Rechtsverbindlich: edukatives Programm/Intervention für alle substanzauffälligen Fahrer
West Virginia	Rechtsverbindlich für die Neuerteilung oder Teilnahme am Interlock-Programm
Wisconsin	Rechtsverbindlich: diagnostische Beurteilung/nach Ermessen*) edukatives Programm/Intervention
Wyoming	Möglich als Ersatz einer Haftstrafe oder für eine Not-Fahrerlaubnis
*) liegt im Ermessen des Gerichts/Richters	
Quelle: Digest of State Alcohol Highway Safety Related Legislation, National Highway Traffic Safety Administration and joint NHTSA/NCSA traffic safety legislative tracking database; mit freundlicher Unterstützung von Jeanne Mejeur, Research Manager, Legislative Information Services, NCSL – Denver Office	

Tab. 5: Fortsetzung

bilitationsmaßnahmen, die in edukative Programme (Education), therapeutische Interventionen (Treatment) oder diagnostische Beurteilung (Evaluation) geteilt sind, erfolgt in der Regel strafrechtlich durch das zuständige Gericht (z. B. in **Colorado** oder **Kalifornien**), oder es besteht zumindest die Möglichkeit, durch eine Teilnahme Vorteile im anhängenden Strafverfahren zu erhalten (z. B. in Texas). In einigen Staaten ist eine Teilnahme an einem Programm auch eine Voraussetzung für die Neuerteilung mit zusätzlichen Auflagen (hardship license, restrictive license). Tabelle 5 enthält die Übersicht über die Regelungen aller U.S. Bundesstaaten.

Beispielsweise können in **Texas** Ersttäter, die innerhalb von 180 Tagen nach der Verurteilung an einer Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen, der einjährigen Sperrfrist entgehen, sofern die Täter älter als 21 Jahre sind (Code of Criminal Procedure, Chapter 42, Judgement and Sentence, DWI Community Supervision, Section 13a). Darüber hinaus wird vom Gericht häufig die Teilnahme am „Victim Impact Panel“ gefordert. Diese Foren gehen auf die Initiative der Vereinigung „Mothers Against Drunk Driving“ (MADD) im Jahre 1982 zurück. Ziel der Treffen ist es, den Tätern zu verdeutlichen, wel-

chen Einfluss Trunkenheitsfahrten auf die potenziellen Opfer und deren Umfeld haben. Gleichzeitig wird dadurch Opfern die Gelegenheit gegeben, ihre persönlichen Erfahrungen zu teilen, weiterzugeben und zu verarbeiten. Beide Aspekte werden dadurch erzielt, dass pro Treffen drei bis vier Opfer jeweils ca. 15 Minuten einer Gruppe von Tätern mitteilen, welche Auswirkungen die Tat auf ihre Lebensführung hatte. Dabei wird darauf geachtet, dass die Geschädigten nicht auf den direkten Täter treffen.

Im **Staat New York** gibt es spezielle „Drink Driver Programs“ (DDP). Die Teilnahme an einem solchen Programm kann einerseits auf Anordnung des Richters erfolgen. Andererseits ist die Teilnahme nach Anordnung der Verwaltungsbehörde (DMV), bei einem Antrag auf eine beschränkte Fahrerlaubnis vor Ablauf der regulären Sperrfrist, verpflichtend. Eine beschränkte Fahrerlaubnis ermöglicht es dem Fahrer beispielsweise, zum Arbeitsplatz oder zur Schule und zurück oder zu therapeutischen oder medizinischen Einrichtungen zu fahren, sofern hierzu eine Notwendigkeit besteht, die der Arzt/Therapeut attestieren muss. Möglich ist auch die Beschränkung der Fahrerlaubnis auf bestimmte Uhrzeiten etc.. Im Fall einer Verweigerung der Teil-

nahme besteht für die nächsten fünf Jahre kein Anspruch auf eine Fahrerlaubnis.

Das Standardprogramm DDP, für das der Trunkenheitsfahrer \$ 225,- bezahlen muss, umfasst sieben Sitzungen zu zwei bis drei Stunden, bei einer Sitzung pro Woche. Inhalte des Kurses sind die Aufarbeitung des Deliktes, die Entwicklung zukünftiger Vermeidungsstrategien sowie die Aufklärung über Wirkungen und Folgen des Alkoholkonsums. Darüber hinaus wird ein Screening durchgeführt, das anzeigt, ob möglicherweise noch weitere Interventionen indiziert sind, die dann ebenfalls bis zum erfolgreichen Abschluss durchlaufen werden müssen. Bei der Indikation weiterer Maßnahmen wird der Betroffene im Regelfall an die zuständigen Institutionen des Gesundheitssystems verwiesen. Um eine uneingeschränkte Fahrerlaubnis zu erhalten, müssen alle empfohlenen Interventionen erfolgreich abgeschlossen sein.

In **Kanada** werden Trunkenheitsfahrten als ein Public-Health-Problem angesehen. Deswegen werden in allen Provinzen spezielle Rehabilitationsprogramme angeboten. Bereits 1994 wurde auf Ersuchen des Health Promotion Directorate eine Bestandsaufnahme aller Rehabilitationsangebote und -systeme durch die Traffic Injury Research Foundation (TIRF; BEIRNESS, MAYHEW & SIMPSON, 1994) veröffentlicht. Neben der Darstellung aller Programme wurden in erster Linie Empfehlungen zur Verbesserung der Koordination sowie zur Evaluation der Programme gegeben.

Auf der Basis dieser Erkenntnisse hat das kanadische Gesundheitsministerium (Health Canada, 2004) folgende Empfehlungen für die Durchführung und Rahmenbedingungen der Rehabilitation von alkohol- und drogenauffälligen Kraftfahrern gegeben:

1. Rehabilitationsprogramme sollten einen festen Platz im umfassenden Maßnahmesystem gegen Trunkenheitsfahrer haben. Die Teilnahme an einem Programm sollte eine Bedingung für die Neuerteilung der Fahrerlaubnis sein.
2. Rehabilitationsprogramme sollten ein fester Bestandteil der Maßnahmen für Fahrer, die unter dem Einfluss von Drogen auffällig wurden, sein und damit eine Bedingung für die Neuerteilung der Fahrerlaubnis darstellen.
3. Umfassende Rehabilitationsmaßnahmen sollten mindestens zwei Programmvarianten beinhalten, die je nach Schwere der Missbrauchsproblematik für den Betroffenen ausgewählt werden können.
4. Unabhängig von der Länge des Programms sollten sowohl edukative wie auch therapeutische Inhalte bearbeitet werden.
5. Nach der Neuerteilung der Fahrerlaubnis sollte obligatorisch und rechtsverbindlich ein Follow-up durchgeführt werden.
6. Alle Fahrer sollten eingangs ein Screening-/ Beurteilungsverfahren durchlaufen, welches die optimale Zuweisung zum individuell angemessenen Programm ermöglicht.
7. Für das Screening sollten Instrumente benutzt werden, die bereits bewiesen haben, dass sie geeignet sind, die Missbrauchsproblematik zu messen. Die Güte der Verfahren sollte fortlaufend kontrolliert werden.
8. Rehabilitationsprogramme sollten eine Ergänzung und kein Ersatz für andere Maßnahmen im Zusammenhang mit der Fahrerlaubnis (Sperrfrist, Interlock-Geräte) darstellen.
9. Fahrer, denen die Fahrerlaubnis vorläufig entzogen bzw. deren Führerschein sichergestellt wurde, die aber noch vor der Verurteilung stehen, sollten ebenfalls berücksichtigt werden. Dies gilt sowohl für eine Beurteilung als auch für die Zuweisung zu einer Rehabilitation.
10. Rehabilitationsprogrammen sollten in einem Umfeld stattfinden, wo sowohl die Perspektive eines gesundheitsbewussten Verhaltens als auch die therapeutische Richtung wissenschaftlich etabliert sind und aufrechterhalten werden können.
11. Die Anbieter der Rehabilitationsmaßnahmen sollten mit den Aspekten des Substanzmissbrauchs vertraut sein und im Bereich der Erwachsenenbildung und Gruppenleitung gut ausgebildet sein.
12. Die Anbieter der Rehabilitationsmaßnahmen sollten darin unterstützt werden, sich jährlich oder alle zwei Jahre fortbilden zu lassen.
13. Rehabilitationsprogramme sollten durch ein „administratives Modell“ gesteuert werden, und die Teilnahme sollte eine Voraussetzung für die Neuerteilung der Fahrerlaubnis sein.
14. Rehabilitationsprogramme sollten von anderen Anbietern durchgeführt werden als von den Führerscheinstellen selbst.

15. Die Koordination und Zusammenarbeit zwischen Programmanbietern und Führerscheinstellen sollten klar strukturiert sein, um den reziproken Austausch von Informationen zu gewährleisten, sodass sowohl die Interessen des Klienten als auch die der Öffentlichkeit gewahrt werden.
16. Es sollten Maßnahmen getroffen werden, um die finanzielle Belastung für den Klienten möglichst gering zu halten, insbesondere für diejenigen, die den teureren Programmen zugewiesen werden. Diese könnten einerseits beinhalten, dass alle Teilnehmer eine Durchschnittsgebühr bezahlen oder andererseits finanzielle Unterstützung für Einkommensschwache gewährt wird.
17. Die Evaluation sollte ein fester Bestandteil des Programms sein.
18. Programmevaluation und Kosten für die Forschung sollten im Programmbudget eingeplant sein.
19. Qualitätssicherung und Kosten-Nutzen-Analysen sollten besonders betont werden.

All diese Punkte werden beispielsweise in der **Provinz Ontario** durch das „Back on Track“-Programm (BOT) umgesetzt. Die erfolgreiche Teilnahme an diesem Programm ist für Trunkenheitsfahrer eine notwendige Bedingung für die Neuerteilung der Fahrerlaubnis gem. des Highway Traffic Act/ Provincial Law. Alle alkoholauffälligen Fahrer be-

kommen frühzeitig, bereits einige Wochen nach der Trunkenheitsfahrt, vom Ministry of Transportation die Mitteilung über den Entzug der Fahrerlaubnis, Dauer der Sperrfrist, die Aufforderung zur Teilnahme am Back on Track-Programm sowie Details über die Durchführung des Programms per Einschreiben zugestellt (SHUGGI, Centre for Addiction and Mental Health, persönliche Mitteilung, 1.12.2005). Das ermöglicht die Teilnahme am Programm noch vor Ablauf der Sperrzeit. Das zuständige Ministerium schickt weitere zwei Erinnerungen, die nochmals die Teilnahmepflicht verdeutlichen. Im Falle einer Verweigerung der Teilnahme ist die Neuerteilung der Fahrerlaubnis ausgeschlossen.

Das „Back on Track“-Programm wird im Auftrag des Ministry of Health and Long-term Care vom Centre for Addiction and Mental Health durchgeführt. Die Kosten für die Teilnahme belaufen sich auf \$ 475,-. Zu Beginn des Programms wird ein Screening anhand des RIASI (Research Institute on Addiction Self Inventory; NOCHAJSKI & MILLER, 1995) durchgeführt. Auf der Basis des Ergebnisses wird der Trunkenheitsfahrer entweder einem achtstündigen oder einem 16-stündigen Gruppenprogramm zugewiesen. Nach erfolgreicher Teilnahme am Programm wird nach sechs Monaten ein Follow-up-Interview durchgeführt. Somit erstreckt sich die Gesamtdauer des Programms auf acht bis elf Monate.

Entsprechende Programme werden auch in allen anderen Provinzen Kanadas angeboten. Dies verdeutlichen die Tabellen 6 bis 9.

Provinz	Neufundland & Labrador	Prince Edward Island	Neuschottland
Programmträger	Newfoundland and Labrador Safety Council	Highway Safety Operations	Cape Breton District Health Authority & Guysborough Antigonish Strait Health Authority, Nova Scotia Department of Health
Programmtitel	Think First – A Program About Drinking & Driving	Driver Rehabilitation Course	Addiction Services/Drug Dependency DWI Program
Zielgruppe	Fahrer, die eins oder mehrere Fahrverbote für 12-24 Std. hatten, und verurteilte Ersttäter	verurteilte Erst- und Zweittäter; Fahrer, die nochmals auffallen, werden automatisch an Suchteinrichtungen vermittelt	Personen, die ein verwaltungsrechtliches Fahrverbot über 90 Tage haben, sowie verurteilte Erst- und Wiederholungstäter
Einbindung ins Rechtssystem	erforderlich für die Neuerteilung der Fahrerlaubnis	rechtsverbindlich nach Anordnung	----
Kosten	\$ 125,35	staatl. finanziert	\$ 350,- für das Assessment, Maßnahme wird zu 95 % staatl. finanziert
Umfang der Maßnahme	eine Gruppensitzung à 4 Std.	zwei Sitzungen à 3 Std. in Gruppen bis 30 Personen	nicht spezifiziert, max. Gruppengrößen sind 20 Personen
Evaluation	Prozessevaluation; Qualitätssicherung; Klientenzufriedenheit	Klientenzufriedenheit	Klientenzufriedenheit

Tab. 6: Übersicht über die Rehabilitationsangebote für substanzauffällige Fahrer in Kanada (Stand 2004)

Provinz	British Columbia	Alberta
Programmträger	Quesnel Alcohol and Drug Abuse Association	Alberta Motor Association
Programmtitel	Quesnel Addictions Services – DWI Program	Alberta Impaired Driving Program Planning Ahead/Impact
Zielgruppe	verurteilte Erst- und Wiederholungstäter	Personen, die ein verwaltungsrechtliches Fahrverbot über 90 Tage haben, sowie verurteilte Erst- und Wiederholungstäter
Einbindung ins Rechtssystem	Zuweisung durch Bewährungshelfer	erforderlich für die Neuerteilung der Fahrerlaubnis
Kosten	staatl. finanziert	\$ 115,- bzw. \$ 205,-
Umfang der Maßnahme	21 Std. an einem Wochenende mit max. 15 Personen	Planning Ahead: eine Sitzung mit max. 30 Personen; IMPACT: neun Kleingruppensitzungen à max. 6 Personen und sechs Großgruppensitzungen à max. 30 Personen, alles an einem Wochenende
Evaluation	Klientenzufriedenheit	Prozess- u. Ergebnisevaluation

Tab. 7: Fortsetzung der Übersicht über die Rehabilitationsangebote für substanzauffällige Fahrer in Kanada (Stand 2004)

Provinz	Manitoba	Quebec
Programmträger	Addictions Foundation of Manitoba (AFM)	Fédération Québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT)
Programmtitel	Manitoba's Impaired Drivers' Program	Programme sur l'évaluation de la compatibilité du comportement des personnes relativement à la consommation d'alcool ou de drogue, avec la conduite sécuritaire d'un véhicule
Zielgruppe	Fahrer, die innerhalb von drei Jahren mehrere Fahrverbote für 24 Std. hatten, und verurteilte Erst- und Wiederholungstäter	verurteilte Erst- und Wiederholungstäter
Einbindung ins Rechtssystem	erforderlich für die Neuerteilung der Fahrerlaubnis u. rechtsverbindlich nach Anordnung	erforderlich für die Neuerteilung der Fahrerlaubnis
Kosten	\$ 300,-	variieren je nach Umfang
Umfang der Maßnahme	Education Program: eine Sitzung à 8 Std.; High Risk Program: sechs Sitzungen mit insgesamt 12,5 Std. über sechs Monate; Rehabilitation Program Options: einmal wöchentlich 3,5 Std. über zehn Wochen oder fünfmal pro Woche über drei Wochen oder stationär für 21-28 Tage (max. 16 Personen pro Kurs)	ein bis drei Sitzungen à 1-1,5 Stunden
Evaluation	Ergebnisevaluation	Klientenzufriedenheit

Tab. 8: Fortsetzung der Übersicht über die Rehabilitationsangebote für substanzauffällige Fahrer in Kanada (Stand 2004)

Provinz	Neubraunschweig	Ontario	Saskatchewan
Programmträger	Centre for Education and Research in Safety	Centre for Addiction and Mental Health	St. Louis Alcoholism Rehabilitation Centre
Programmtitel	Auto Control u. Auto Control Plus	Back on Track	Impaired Driver Treatment Program
Zielgruppe	verurteilte Erst- und Wiederholungstäter	verurteilte Erst- und Wiederholungstäter	verurteilte Wiederholungstäter
Einbindung ins Rechtssystem	erforderlich für die Neuerteilung der Fahrerlaubnis	erforderlich für die Neuerteilung der Fahrerlaubnis	rechtsverbindlich nach Anordnung
Kosten	\$ 195,- für Ersttäter bzw. \$ 435,- für Wiederholungstäter	\$ 475,-	staatl. finanziert
Umfang d. Maßnahme	mind. 3,5 Std. – ein ganzes Wochenende in Gruppen bis 18 Personen	zwei Sitzungen à acht Stunden, max. 25 Personen im edukativen Teil, max. 16 Personen im therapeutischen Teil	zwei Wochen täglich 1-1,5 Std. in Gruppen bis max. 8 Personen
Evaluation	Prozessevaluation; Qualitätssicherung; Klientenzufriedenheit	Klientenzufriedenheit; Inhaltsevaluation: Assessmentkonsistenz	---

Tab. 9: Fortsetzung der Übersicht über die Rehabilitationsangebote für substanzauffällige Fahrer in Kanada (Stand 2004)

In **Australien** werden neben Programmen für alkohol-, drogen- und verkehrsauffällige Fahrer auch Kurse zur Förderung der Fahreignung bei körperlichen und kognitiven Einschränkungen nach Krankheiten oder Unfällen angeboten. Es besteht eine Meldepflicht für Krankheiten oder körperliche Beeinträchtigungen, die die Fahrsicherheit einschränken. Ziel dieser Kurse ist es, den Betroffenen erst wieder für die Teilnahme am Straßenverkehr zuzulassen, wenn er geeignet ist und sicher fahren kann. Die Kurse, die in der Regel von medizinischen Einrichtungen angeboten werden, bestehen aus drei Teilen:

1. „Off-Road-Session“: Überprüfung der Reaktionszeiten, der Sehfähigkeit und anderer körperlicher Probleme sowie Tests der Beobachtungsfähigkeit und des Wissens der Verkehrsregeln.
2. „On-Road-Drive“: Bei Bestehen des ersten Teils wird eine Fahrprobe veranlasst. Diese wird in einem Fahrschulwagen unter Aufsicht eines Fahrlehrers und eines speziell ausgebildeten Therapeuten (ähnlich dem deutschen Fahrverhaltensbeobachter) durchgeführt. Meistens müssen zwei Fahrproben, die unterschiedliche Straßenverkehrsbedingungen beinhalten, bestanden werden. Gelegentlich werden darüber hinaus praktische Fahrstunden angeordnet.
3. Nach erfolgreichem Bestehen wird ein medizinischer Bericht erstellt, der an die zuständige Behörde geschickt wird und diese über den medizinischen Zustand und das Bestehen der Anforderungen informiert.

3 Technische Maßnahmen zur Erhöhung der Verkehrssicherheit (Interlock)

Neben pädagogischen und psychologischen Ansätzen zur Rehabilitation wird in den letzten Jahren versucht, Rückfälle von alkoholauffälligen Kraftfahrern durch technische Veränderungen am Fahrzeug zu reduzieren. Im nächsten Kapitel wird dieser Ansatz zur Erhöhung der Verkehrssicherheit durch solche technischen Maßnahmen vorgestellt. Dazu werden zunächst die Funktion und die technischen Standards der sog. „Interlocks“ (auch „Ignition-Interlocks“, „Alkohol-Interlocks“ oder „Alcolocks“) beschrieben. Über internationale Erfahrungen mit Interlock-Programmen, deren Evaluationen und Pro-

bleme der Interlockforschung wird im darauf folgenden Kapitel berichtet. Abschließend werden die internationalen Standards der „Best Practices“ dargestellt sowie die rechtspolitische Ausgangslage in Deutschland erörtert und die derzeit bestehenden Möglichkeiten zur Einführung von Interlocks aufgezeigt

3.1 Zur Funktion und Technologie der Ignition-Interlocks

Ignition-Interlocks sind atemalkoholgesteuerte Wegfahrsperren, die fest im Kraftfahrzeug installiert werden. Vor jeder Zündung des Motors (Zündung = Ignition) muss der Fahrer eine Atemprobe in ein Atemalkoholmessgerät im Innenraum des Fahrzeugs abgeben. Durch ein Zentralgerät unter dem Armaturenbrett wird die Stromzufuhr zum Anlasserrelais des Fahrzeugs frei geschaltet oder blockiert (Sperrung = Interlock). Der Atemalkoholgrenzwert kann individuell eingestellt werden. Ein Starten des Motors ohne vorherige Atemalkoholmessung ist nicht möglich, ebenso wenig wie ein Starten des Motors nach einer Atemalkoholmessung mit positivem Ergebnis. So können alkoholisierte Fahrer daran gehindert werden, am Straßenverkehr teilzunehmen.

Die Technologie der Interlocksysteme ist inzwischen so weit fortgeschritten, dass die Geräte mit Hilfe einer speziellen Software auf eine Reihe von Parametern eingestellt werden können. So erlauben die derzeit auf dem Markt verfügbaren Geräte nicht nur die individuelle Einstellung eines Atemalkoholgrenzwertes, sondern bieten durch die Einstellung eines Mindestblasvolumens (z. B. 1 Liter) auch einen Manipulationsschutz. Darüber hinaus schützt die Erfordernis einer bestimmten Blas-Ansaug-Struktur der Atemprobe gegen Zuwiderhandlungen. Gegebenenfalls können über die Software sogar bestimmte Betriebszeiten, wie berufsbezogene Zeitintervalle, eingestellt werden. Um auch bei längeren Fahrten eine Alkoholfreiheit des Fahrers zu gewährleisten, kann das Gerät nach entsprechender Einstellung in statistisch zufälligen Zeitabständen zu wiederholten Atemproben auffordern. Wenn die Atemprobe nicht abgegeben oder der zulässige Höchstwert überschritten wird, findet aus Sicherheitsgründen kein Eingriff in den laufenden Motor statt. In diesen Fällen wird die Zündsperrung erst einige Zeit nach Abschalten des Motors aktiviert (LAGOIS, 2005; LAGOIS & SOHÈGE, 2003).

Technische Schwierigkeiten, die aufgrund starker Schwankungen der Außentemperatur zunächst bei einigen Geräten auftraten (z. B. beim Einsatz des ACS Interlock WR2 der Firma Alcohol Countermeasure Systems, ACS), konnten in den meisten Fällen durch langjährige Erfahrungen und Fortschritte der Technik behoben werden. Probleme der Verfälschung des Messergebnisses durch Begleitstoffe in der Atemluft (z. B. Aceton), die zu falsch positiven Atemalkoholtests geführt haben, wurden durch die Ausstattung der Interlocks mit elektrochemischen Sensoren gelöst. Dadurch ist eine sehr spezifische Messung des Alkohols gewährleistet. Inzwischen existieren über 20 verschiedene Interlockgeräte auf dem Weltmarkt und 15 weitere befinden sich in der Testphase.

Zu den neuesten Entwicklungen gehören Interlocks, die nicht mehr fest im Fahrzeug installiert, sondern im Zündschlüssel integriert sind, z. B. der Alcokey des Autoproduzenten Saab oder der i-key der gleichnamigen Firma aus Hongkong. Das Multi Lock des Autorherstellers Volvo ist im Sicherheitsgurt integriert und bietet neben dem Alkohol-Interlock eine zusätzliche Sperrfunktion, die den Start des Motors auch verhindert, solange der Fahrer nicht angeschnallt ist.

Bei den letztgenannten Geräten muss allerdings beachtet werden, dass sie zwar primärpräventiv genutzt werden können, für einen sekundärpräventiven Einsatz allerdings nicht geeignet sind, da eine Aufzeichnung von Daten nicht möglich ist. Der für den sekundärpräventiven Einsatz notwendige Datenspeicher des Interlocks registriert und speichert eine Verweigerung der Atemprobe oder eine zu hohe Alkoholkonzentration. Alle für den Einsatz des Interlocks zur Sekundärprävention relevanten Ereignisse wie Datum, Uhrzeit, Abgabe oder Verweigerung einer Atemprobe, Atemalkoholkonzentration, Start und Stopp des Motors, Versuch des Überbrückens des Interlocks sowie andere Manipulationsversuche werden im Datenspeicher aufgezeichnet. Diese Daten können in einem Protokoll zusammengestellt und ausgedruckt werden und erlauben eine stringente Überwachung des bereits auffällig gewordenen Trunkenheitsfahrers in regelmäßigen Zeitabständen.

BJERVER (2006) klassifiziert drei Standards von Gerätetypen, die gemäß ihrem differentiellen Zweck Unterschiede in der technischen Qualität und Handhabung aufweisen:

1. Rehabilitation – Alcolock Type RP (Rehabilitation Program)
 - Benutzung durch Trunkenheitsfahrer oder in anderen rehabilitativen Programmen,
 - kein Start des Fahrzeugs beim Nachweis geringer Mengen Alkohols in der Atemluft,
 - Manipulationsschutz unbedingt notwendig,
 - exakte, reliable und spezifische Messung des AAKs,
 - Aufzeichnung/Protokollierung aller relevanten Daten und besonderer Vorkommnisse,
 - Wiederholungsmessungen in zufällig gewählten Zeitintervallen.
2. Commercial Transport – Alcolock Type TQ (Transport Quality)
 - Benutzung durch Berufskraftfahrer,
 - Einsatz in Firmen-, Dienst- oder Transportfahrzeugen,
 - kein Start des Fahrzeugs bei Überschreitung der zulässigen AAK,
 - weniger aufwändige Technik, d. h. ohne Datenspeicher und keine Notwendigkeit der hoch alkoholspezifischen Messung des AAKs.
3. Private Use – Alcolock Type PV (Private Vehicles)
 - freiwilliger Gebrauch durch jedermann,
 - Einsatz in privaten Fahrzeugen,
 - kein Start des Fahrzeugs bei Überschreitung der zulässigen AAK.

3.2 Implementation von Interlock-Programmen

Obwohl die Zahlen alkoholbedingter Unfälle in den 80er Jahren aufgrund verschärfter Gesetze, höherer Kontrollichte und verstärkten öffentlichen Interesse rückgängig waren (SWEEDLER, 2002; SWEEDLER, BIECHELER, LAURELL, KROJ, LERNER, MATHJESSEN, MAYHEW & TUNBRIDGE, 2004), stellen Alkoholunfälle immer noch weltweit eines der größten Verkehrssicherheitsprobleme dar. Darüber hinaus ergibt sich vor allem in Flächenländern wie den USA, Kanada, Australien oder auch

Schweden durch die hohen Raten des Fahrens ohne Fahrerlaubnis ein erhebliches Problem. Aus einer Studie des U.S. Departments of Transportation (McCARTT, GEARY & NISSEN, 2002) geht hervor, dass im eher weniger dicht besiedelten Milwaukee im U.S. Bundesstaat Wisconsin (ca. 5,16 Mio Einwohner auf einer Gesamtfläche von 171.496 km²) bis zu 88 % der wegen einer ersten Trunkenheitsfahrt Verurteilten auch ohne Fahrerlaubnis fahren. Selbst im dichter besiedelten Bergen County im Bundesstaat New Jersey (ca. 7,99 Mio Einwohner auf einer Gesamtfläche von 20.168 km²) wurde bei der gleichen Stichprobe festgestellt, dass 36 % der verurteilten Ersttäter ohne Fahrerlaubnis fahren. Diese Unterschiede werden einerseits auf die strengeren Gesetzgebungen und härteren Strafandrohungen im Staat New Jersey zurückgeführt, andererseits auch auf die höhere Entdeckungswahrscheinlichkeit aufgrund der dichteren Besiedelung. Auch ältere Studien (WILLIAMS, HAGEN & McCONNELL, 1984; ROSS & GONZALES, 1988) oder Studien aus Australien (WATSON, 2003) berichten über Raten des Fahrens ohne Fahrerlaubnis zwischen 30 und 70 %.

Aufgrund dieser Tatsachen gehören Interlock-Programme in den meisten Flächenländern bereits zum Standard des Maßnahmenpektrums für Trunkenheitsfahrer. In vielen anderen Ländern werden derzeit verstärkt die Einsatzmöglichkeiten von Ignition-Interlocks zur Reduktion der Anzahl von Trunkenheitsfahrten diskutiert. Eine ausführliche Übersicht über die aktuellen Programme findet sich bei KLIPP (2006b).

USA, Kanada und Australien

Im Jahre 1986 trat im U.S. Bundesstaat Kalifornien das erste Gesetz in Kraft, welches einen Pilotversuch zum Einsatz von Alkohol-Interlocks ermöglichte. Im Rahmen des TEA-21 führten bis zum Jahre 2004 43 U.S. Bundesstaaten ähnliche Gesetzgebungen ein (BEIRNESS & MARQUES, 2004).

Auch in Kanada ist der Einsatz von Interlock-Programmen weit verbreitet, da bereits im Jahr 1999 das Strafgesetzbuch (Criminal Code/Federal Law) entsprechend geändert wurde. In den meisten Provinzen Kanadas führt die Teilnahme an einem Interlock-Programm zur Reduktion der Sperrfristen. Erstmals auffällige Trunkenheitsfahrer, die sich zur Teilnahme an einem Interlock-Programm entschließen, können ihre Sperrzeit von einem Jahr auf drei Monate verkürzen. Bei Wiederholungstä-

tern ist eine Reduktion der Sperrzeit von zwei Jahren auf 6 Monate, bei drei Jahren Sperrzeit auf 9 Monate möglich (BEIRNESS, 2005).

Eine Ausnahme hiervon bildet die Provinz Ontario. Hier wurde die Landesgesetzgebung hinsichtlich der Einführung von Interlock-Programmen erst im Jahre 2001 geändert. Nach Ablauf der Sperrfrist bekommen alle Trunkenheitsfahrer eine Fahrerlaubnis mit der Beschränkung, nur mit Interlocks ausgerüstete Autos fahren zu dürfen. Die Beschränkung gilt nochmals für die gleiche Zeit, wie bereits die Sperrfrist angedauert hat, d. h. bei Ersttätern ein Jahr Sperrfrist zuzüglich ein Jahr Interlock und bei Wiederholungstätern drei Jahre Sperrfrist zuzüglich drei Jahre Interlock. Verpflichtend bleibt für alle zusätzlich die vorherige Teilnahme am „Back on Track“-Programm. Bei Verweigerung der Interlock-Beschränkung wird dem Betroffenen so lange keine Fahrerlaubnis erteilt, wie die Beschränkung gedauert hätte.

Auch South Australia führte im Juli 2002 entsprechende Veränderungen der Gesetzgebung zur Einführung von Interlock-Programmen ein, die eine Interlock-Pflicht in die Möglichkeiten der Strafbemessung mit einbezieht. Ähnliche Initiativen gab es in den letzten Jahren auch in Victoria, Queensland und New South Wales. In Western Australia verzögerte sich die Änderung der Gesetzlage aufgrund eines Regierungswechsels, sodass der als relativ radikal eingeschätzte Entwurf erneut überarbeitet werden musste, mittlerweile aber auch in einer Endform vorliegt (HANDS, 2005, 2006; SCHONFELD, SHEEHAN, PALK & STEINHARDT, 2005).

Europa

Obwohl der Europäische Rat bereits am 26.06.2000 beschlossen hat, die „Möglichkeiten für die Ausstattung der Kraftfahrzeuge mit einer Wegfahrsperre, die bei Überschreitung des auf nationaler Ebene zulässigen Blutalkoholspiegels des Fahrers aktiviert wird“, verstärkt zu prüfen (2.279. Tagung des Rates – VERKEHR – am 26. Juni 2000 in Luxemburg, PRES/00/224 vom 17.08.2000; verfügbar unter: <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=PRES/00/224&format=HTML&aged=0&language=DE&guiLanguage=en>), sind Interlock-Programme in Europa eher die Ausnahme als die Regel.

Als europäischer Vorreiter der Einführung solcher Programme gilt Schweden. Die hohe Akzeptanz der

Interlock-Systeme spiegelt sich dort nicht nur in dem verstärkten Interesse der schwedischen Autohersteller, sondern auch in den Initiativen der dortigen Regierungs- und Verkehrsbehörden. Bereits seit 1999 werden durch das Vägverket (Swedish Road Administration) sekundärpräventive Alkohol-Interlock-Programme erfolgreich durchgeführt. Die Grundvoraussetzung für eine Teilnahme am schwedischen Programm ist das Bestehen einer medizinischen Eignungsuntersuchung (BJERRE, 2003, 2006), die Hinweise auf eine möglicherweise gegebene Alkoholabhängigkeit gibt. Die biologischen Blutmarker, die bei dieser Untersuchung erhoben werden (GGT, ASAT, ALAT, CDT und MCV), müssen Rückschlüsse auf einen hohen Alkoholkonsum oder Abhängigkeit zulassen, wobei der zusätzlich durchgeführte Urintest die Einnahme anderer Drogen ausschließt. Innerhalb von zwei Wochen nach Installation des Alkohol-Interlocks muss sich der Fahrer erneut einer medizinischen Untersuchung unterziehen und zusätzlich Fragebögen, die Aufschluss über das Trinkverhalten und eine mögliche Abhängigkeit geben, beantworten. Während einer „Überwachungsphase“ wird der Fahrer verpflichtet, alle 60 Tage einen Service-Provider, welcher die gespeicherten Daten aus dem Interlock-Gerät ausliest, aufzusuchen. Parallel dazu werden alle 90 Tage medizinische Kontrollen (Blutmarker, Drogentest) und psychodiagnostische Verfahren wie das AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, SAUNDERS AASLAND, BABOR, De la FUENTE & GRANT, 1993; BOHN, BABOR & KRANZLER, 1995) durchgeführt. Anhand der ausgelesenen Daten (fehlgeschlagene Startversuche aufgrund der Überschreitung des zulässigen AAK-Höchstwerts) und der Ergebnisse der Screenings erhält der Fahrer regelmäßige Rückmeldungen über sein Trinkverhalten bzw. über die Stabilität der vollzogenen Veränderungen. Bei einer gehäuften Anzahl an fehlgeschlagenen Startversuchen riskiert der Fahrer den Ausschluss aus dem Programm und somit den Verlust seiner Mobilität. Nach Ablauf eines Jahres wird erwartet, dass der Delinquent abstinent lebt und die Blutmarker im Normbereich liegen, ansonsten erfolgt auch anhand dieser Kriterien der Ausschluss aus dem Programm. Die Entziehung der Fahrerlaubnis dauert dann so lange, wie sie im Fall der Nicht-Teilnahme am Programm laut richterlichem Beschluss gedauert hätte. Die Zeit der Teilnahme wird nicht darauf angerechnet. Sollte der Täter allerdings das Programm nach 24 Monaten erfolgreich absolviert haben, wird ihm eine uneingeschränkte Fahrerlaubnis erteilt.

In Frankreich wird die sekundärpräventive Durchführung eines Interlock-Programms seit 2004 in der Stadt Annecy an 35 Probanden erfolgreich erprobt. Die Stichprobe soll im laufenden Jahr auf 200 Teilnehmer anwachsen (MERCIER-GUYON, MALLARRET & DROUET 2006).

Ebenfalls seit 2004 wird auch in Finnland der sekundärpräventive Einsatz der Interlocksysteme getestet. Auch hier ist eine ähnliche Gesetzesinitiative zur Primärprävention wie in Schweden im Gespräch (MÄNTÄRRI, 2006).

Im Oktober 2004 wurde ein neues durch die EU subventioniertes, internationales Forschungsprojekt (ALCOLOCKS) in vier Ländern gestartet. In der norwegische Stadt Lillehammer und in Spanien wird der Einsatz von Interlocks im öffentlichen Nahverkehr überprüft. In Deutschland partizipieren zwei Transportunternehmen und in Belgien wird im Rahmen des EU-Projekts der Einsatz bei wiederholt auffälligen Trunkenheitsfahrern evaluiert.

3.3 Evaluationen der Interlock-Programme

Im folgenden Kapitel werden Ergebnisse der Evaluationen von Interlock-Programmen dargestellt und auf deren Probleme eingegangen. Dabei umfassen die Evaluationen zwei wesentliche Aspekte:

1. Ergebnisevaluation, d. h. die Effektivität der Programme hinsichtlich der Verhinderung von Trunkenheitsfahrten.
2. Prozessevaluation, d. h. die Identifikation möglicher Faktoren und Bedingungen, die eine erfolgreiche Einführung und die Benutzung der Interlocks unter realen Bedingungen fördern oder behindern.

Ergebnisevaluationen

Der entscheidende Punkt der Ergebnisevaluationen der Interlock-Programme liegt darin vorherzusagen, in welchem Umfang Interlocks dazu beitragen, zukünftige Trunkenheitsfahrten der Teilnehmer zu verhindern.

Wesentliche Übereinstimmungen zeigen die Forschungsergebnisse dahingehend, dass während der Zeit der Installation des Interlockgerätes die Wiederauffälligkeitsrate der Teilnehmer wesentlich unter der der Nicht-Teilnehmer liegt (EMT Group,

1990; ELLIOT & MORSE, 1993; BECK, RAUCH, BAKER & WILLIAMS, 1999; COBEN & LARKIN, 1999; TIPPETTS & VOAS, 1997; VOAS, MARQUES, TIPPETTS & BEIRNESS, 1999; MARQUES, BJERRE, DUSSAULT, VOAS, BEIRNESS, MARPLES & RAUCH, 2001; WEINRATH, 1997). Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Rückfallrate bei Interlock-Teilnehmern um 37 % bis 90 % gesenkt werden kann (BEIRNESS, 2001).

Hoch problematisch ist allerdings, dass sich in den Studien immer wieder Hinweise darauf finden lassen, dass die Wiederauffälligkeitswahrscheinlichkeit nach Deinstallation der Interlock-Geräte wieder erheblich ansteigt (ELLIOT & MORSE, 1993; JONES, 1993; POPKIN, STEWARD, BECKMEYER & MARTELL, 1993; TIPPETTS & VOAS, 1997). Somit lassen sich keine Schlussfolgerungen hinsichtlich lang überdauernder Verhaltensänderungen durch die Installation eines Interlocks ziehen. Dementsprechend kann eine alleinige Verwendung von Interlock-Geräten nicht zur Lösung der eigentlichen Alkoholproblematik des Betroffenen und somit nicht als Public-Health- oder ausreichende Sicherheitsmaßnahme angesehen werden.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse ist man dazu übergegangen, den Interlock-Einbau mit unterstützenden Rehabilitationsmaßnahmen zu verbinden. In mehreren Evaluationsstudien (MARQUES, VOAS & TAYLOR, 1995; MARQUES, VOAS, TIPPETTS & BEIRNESS, 1999; MARQUES, TIPPETTS, VOAS, DANESCO & BEIRNESS, 2000; MARQUES, VOAS & TIMKEN, 2004; MARQUES & VOAS, 2005; BJERRE, 2003, 2005) konnte nachgewiesen werden, dass die Kombination von Interlock-Geräten mit einer zusätzlichen rehabilitativen Beratungsmaßnahme bzw. einer therapeutischen Kurzintervention (Brief Intervention) zu einer deutlichen Reduktion der Rückfallquoten führt, die auch nach Deinstallation des Gerätes anhält. Darüber hinaus zeigten die Studien, dass Interlock-Programme im Zusammenhang mit verkehrspsychologisch fundierten Erziehungs- bzw. Interventionsmaßnahmen, die motivationale Hilfestellungen und die Vermittlung von Techniken zur Selbst- und Verhaltenskontrolle beinhalten, langfristige Verhaltensänderungen zur Folge haben können. Als objektive Maße wurden nicht nur die Legalbewährung der Teilnehmer oder die gespeicherten Daten des Interlock-Geräts überprüft, sondern zusätzlich biologische Marker erhoben und auch diagnostische Screening-Verfahren, z. B. das international anerkannte AUDIT (SAUNDERS et al., 1993; BOHN et

al., 1995), verwendet. Beim Vergleich sämtlicher Variablen konnten meist signifikante Veränderungen von den Prä- zu den Postwerten bei den Teilnehmern festgestellt werden. VOAS (2005) fordert deswegen unbedingt die Kombination von Intervention und Interlock und betont gleichzeitig die Notwendigkeit, möglichst frühzeitig mit der Intervention zu beginnen. MARQUES & VOAS (2005) empfehlen die Anwendung von Techniken des Motivational Interviewing (MILLER & ROLLNICK, 1991, 2002). Als Motivational Interviewing bezeichnet man eine klientenzentrierte, direktive Gesprächstechnik. Die explorativen Fragen, direkten Rückmeldungen und die Konfrontation mit dem Problemverhalten dienen der Förderung der intrinsischen Motivation zur Verhaltensänderung. Beim Motivational Interviewing folgt der Berater vier Prinzipien (MILLER, ZWEBEN, DICLEMENTE & RYCHTARIK, 1992):

1. Empathie ausdrücken,
2. Selbstwirksamkeit des Klienten unterstützen,
3. Widerstände des Klienten nicht bekämpfen, sondern begleiten und durch Hinterfragen auflösen,
4. Widersprüche/Zwiespälte des Klienten zwischen dem „Was bin ich jetzt“ und dem „Wie möchte ich sein“ aufdecken.

Diese Techniken haben sich insbesondere im Bereich der Kurzinterventionen als wirksam zur Herbeiführung von Verhaltensänderungen bei Alkohol- oder Drogenmissbrauch erwiesen (McCAMBRIDGE & STRANG, 2003; DEMMEL, 2005; RUMPF, 2005) und gelten international als bester Standard und als einfach in der Durchführung (HEATHER, CASSIDY, GIRVAN & KANER, 2005; WILLENBRING, 2005).

Inzwischen gilt es als gesichert, dass Interlock-Programme in Verbindung mit unterstützenden Beratungsmaßnahmen langfristig (d. h. nach Abschluss des Programms) effektiv sind und dann auch mit ausreichender Sicherheit für die schutzwürdigen Belange der Straßenverkehrsteilnehmer zur Mobilitätsförderung eingesetzt werden können.

Prozessevaluationen

Die langjährigen Erfahrungen mit Interlock-Programmen in den USA und Kanada machen es möglich, die relevanten Variablen, die die Durchführung der Programme fördern oder behindern, zu identifizieren (vgl. BEIRNESS, 2001):

1. Niedrige Partizipationsraten

Ein wesentlicher Faktor, der die Durchführung von Interlock-Programmen beeinträchtigt, sind die niedrigen Teilnahmeraten. Dies gilt insbesondere für die Partizipation in freiwilligen Programmen, obwohl die Programme von den Teilnehmern insgesamt positiv bewertet werden (BAKER, 1987; COXON & EARL, 1998; MORSE & ELLIOTT, 1990). Älteren Schätzungen zufolge nehmen nur zwischen 1 % und 4 % der potenziellen Teilnehmer freiwillig an einem Interlock-Programm teil (BEIRNESS, MARQUES, VOAS & TIPPETTS, 2000; TIPPETTS & VOAS, 1997; VOAS et al., 1999), bei Pflichtprogrammen waren höhere Teilnahmeraten zwischen 25 % (EMT Group, 1990) und 60 % (MORSE & ELLIOTT, 1990) zu verzeichnen. Einer deskriptiven Analyse des „International Inventory of Interlock Programs“ (TIRF, 2005) zufolge, liegen die Partizipationsraten derzeit zwischen 1-3 % in Nebraska (in 2004, nach Angaben von STANTON; TIRF, 2005), 5 % in Kalifornien (in 2002, nach Angaben von DEYOUNG; a. a. O.) im Gegensatz zu 80 % in Arizona (in 2002, nach Angaben von BROWN; a. a. O.) oder 90 % in Indiana (jährlich, nach Angaben von SHERIDAN; a. a. O.).

2. Manipulationsversuche

Bei der Einführung der ersten Programme in den 80er Jahren war die Interlocktechnologie noch wesentlich weniger ausgereift, als es inzwischen der Fall ist, sodass es früher gehäuft zu Manipulationsversuchen kam. Die EMT Group (1990) stellte fest, dass fast die Hälfte der Programmteilnehmer versuchte, das Interlockgerät zu umgehen. MORSE & ELLIOTT (1990) beschrieben, dass 10 % der Beteiligten selbst über Manipulationsversuche berichteten, von denen jedoch nur 3 % erfolgreich verliefen.

Aufgrund der massiven technischen Verbesserungen sind die heutigen Geräte nur noch schwer manipulierbar. Nichtsdestotrotz scheint eine Manipulation nicht völlig unmöglich. Aufgrund des Datenspeichers sind solche Versuche allerdings identifizierbar, sodass der Täter beim Auslesen der Daten, welches in regelmäßigen, nicht zu großen Zeitabständen erfolgen sollte, mit dem Manipulationsversuch konfrontiert werden kann. Die regelmäßigen Kontrollen wirken sich fördernd auf die Compliance aus, was sich wiederum günstig auf unterlassene Manipulationen auswirkt. Ähnlich positiv wirkt sich die Frei-

willigkeit der Teilnahme auf unterbleibende Manipulations- oder Umgehungsversuche (z. B. die Benutzung eines anderen Fahrzeugs) aus. VOAS und Kollegen (2000) berichten in diesem Zusammenhang, dass laut ihrer Studie mit über 2000 Mitwirkenden keine Hinweise darauf zu finden waren, dass aufgrund eines vorherigem Alkoholgenusses andere Autos benutzt wurden, um das Interlock zu umgehen.

3. Falsch positive Atemalkoholtests

Ein wichtiges Problem, das von Programmteilnehmern genannt wird, betrifft fehlgeschlagene Startversuche trotz Nüchternheit (z. B. bei MORSE & ELLIOTT, 1992, zusammenfassend BEIRNESS, 2001). Diese Funktionsstörungen können inzwischen mit Hilfe der elektrochemischen Sensoren (z. B. des Dräger Interlocks XT) nahezu eliminiert werden.

4. Negative Teilnehmerreaktionen

Negative Aspekte wie zu hohe Kosten oder Scham bzw. Unbequemlichkeit aufgrund der ständigen Notwendigkeit, Atemalkoholkontrollen abzugeben, hemmen mancherorts die Einführung von Interlock-Programmen. Allerdings ist das Feedback der Teilnehmer vielseitig. So werden auch regelmäßig positive Aspekte solcher Programme genannt. BAKER (1987) berichtet, dass viele Teilnehmer das Interlock-Gerät hilfreich fanden, um sie daran zu hindern, betrunken zu fahren. Viele gaben an, das Interlock habe sie daran „erinnert“, dass sie vor der Teilnahme im Straßenverkehr zu viel Alkohol getrunken hatten. Das Interlock-System habe sie veranlasst, Verantwortung zu übernehmen und vor Trinkbeginn besser zu planen. Immerhin war sich die Hälfte der Befragten darüber im Klaren, wie man das Gerät umgehen könnte, gaben aber an, es nie versucht zu haben.

5. Wissen und Kommunikation

Unwissen bzw. fehlerhaftes Wissen und mangelhafte Kommunikation wirken sich behindernd auf die Durchführung der Programme aus. Dieses beinhaltet zum einen das Unwissen über die Existenz solcher Programme, zum anderen den Glauben, die Technik funktioniere nicht oder die Programme seien unwirksam. Oft beklagtes Problem ist die schlechte Kommunikation zwischen Gerichten, Verwaltungsbehörden, Programmanbietern und Tätern (BEIRNESS, 2001). Dieser Aspekt wird derzeit verstärkt international diskutiert. MARQUES & VOAS (2005)

schlagen dringend eine Verbesserung der Strukturen und Verbindungen zwischen den Vollzugsbehörden, den Programmanbietern und Anbietern von Schulungsmaßnahmen vor.

Probleme der Interlock-Forschung

Die internationalen Interlock-Programme weisen einige kritische Punkte auf, die vor allem auf die unterschiedlichen Einbindungen der Interlock-Anordnung im Straf- und Verwaltungsrecht zurückzuführen sind und die in erster Linie zu Einschränkungen und Fehlern bei den Evaluationsstudien führen können. So konnten bislang nur in einer Studie (BECK et al., 1999) die Mitwirkenden randomisiert auf die Untersuchungsgruppen verteilt werden. Üblicher und ein bekanntes Problem der Interlock-Studien sind Verzerrungen, die durch unterschiedliche Designs und durch die Methoden der Rekrutierung der Stichproben entstehen (zusammenfassend bei BEIRNESS, 2001). Unterschieden werden drei Quellen für Selektionsfehler:

1. Court Bias

Dieser Fehler entsteht, weil die zuständigen Richter oftmals nach willkürlich erscheinenden Kriterien die Täter herausuchen, die aus Sicht der Richter für ein Interlock-Programm in Frage kommen. Transparente, einheitliche Kriterien für die Auswahl der Teilnehmer existieren nicht, sodass letztlich in Abhängigkeit von Täter oder Richter der Selektionsprozess vorgenommen wird, der vom Wissenschaftler im Nachhinein nicht kontrolliert werden kann.

2. Offender Bias

Dieser bezeichnet das Problem, dass trotz richterlicher Anordnung viele Personen die Aufforderung einer Interlock-Installation nicht befolgen. Als Gründe für die Nicht-Teilnahme trotz potenzieller Eignung werden in der Literatur verschiedene benannt. Wahrscheinlich resultiert das Problem in erster Linie aus der Tatsache, dass durch den Einbau der Geräte erhebliche Kosten für den Teilnehmer entstehen können. Ferner entsteht den Teilnehmern der Programme ein erheblicher Zeit- und Koordinationsaufwand. Darüber hinaus sind sich etliche Fahrer möglicherweise auch des geringen Entdeckungsrisikos bei Nicht-Einhaltung der richterlichen Auflagen bewusst.

3. Self-Selection Bias

Eine weitere mögliche Verzerrung der Evaluationsergebnisse kann auftreten, da nur motivier-

te Personen an den Programmen teilnehmen. In Abgrenzung zum Offender Bias stehen hier intrinsische Motive im Vordergrund, d. h., dass sich die Teilnehmer von der Motivationslage her wesentlich von den Nicht-Teilnehmern unterscheiden. Der Erfolg des Programms könnte demnach maßgeblich durch die hohe Motivation der Teilnehmer beeinflusst sein. VOAS und Kollegen (1999) argumentieren jedoch, dass der erneute Anstieg der Rückfallquote nach Deinstallation ein Hinweis darauf ist, dass die Selbstselektion der Teilnehmer keinen Einfluss auf die Effektivität hat.

Insbesondere die beiden letztbenannten Fehlerquellen resultieren in einem weiteren schwerwiegenden Mangel der Interlock-Programme: Die Selektion durch finanzielle und motivationale Aspekte führt dazu, dass besonders problematische Fälle, d. h. unmotivierte Trunkenheitsfahrer ohne finanzielle Ressourcen, nicht erreicht werden.

Ein ähnliches Problem bemängelt BJERRE (2005) inzwischen am eigenen schwedischen Programm. Personen, die nach einem Jahr noch keine Abstinenz nachweisen konnten, wurden aus dem Programm ausgeschlossen. Er betont in diesem Zusammenhang, dass gerade diese Personengruppe, die möglicherweise ein schwerwiegenderes Alkoholproblem hat, zur Zielgruppe der Interlock-Kandidaten gehört, da hier die größte Notwendigkeit besteht, die alkoholfreie Verkehrsteilnahme zu kontrollieren und somit zu gewährleisten. Dieser Aspekt erscheint von hoher Relevanz, da die ausgeschlossenen Personen nach Ablauf der regulären, ursprünglich verhängten Sperrfrist ihren Führerschein ohne weitere Maßnahmen zurückerhalten.

Ein weiterer Punkt, der die Evaluation der Interlock-Programme erschwert bzw. deren Validität in Frage stellt, ist die Tatsache, dass die Trunkenheitsfahrer häufig mit einer Reihe von Auflagen oder Sanktionen belegt werden, die sich im Nachhinein nicht standardisieren lassen. So variieren nicht nur die Geldstrafen oder die Dauer des Totalentzugs interindividuell, sondern auch die weiteren Auflagen, z. B. an zusätzlichen Rehabilitationsmaßnahmen teilzunehmen. Darüber hinaus sind die Interventionsangebote so vielfältig und unterschiedlich, dass auch die nicht standardisierten Maßnahmen selbst zu Verzerrungen in den Ergebnissen der Wirksamkeitsstudien führen können.

3.4 Best Practices und rechtliche Rahmenbedingungen von Interlock-Programmen

Oberstes Ziel der Interlock-Programme ist es, Trunkenheitsfahrern Mobilität zu gewähren, während die Öffentlichkeit vor zukünftigen Alkoholfahrten desselben Täters geschützt wird. Weitere Zielsetzungen der Programme betreffen die Überwachung der Teilnehmer und die Rehabilitation. Auf der Basis der langjährigen Erfahrungen und des ständigen Austausches der Wissenschaftler wurde eine Reihe von Empfehlungen für die Durchführung zukünftiger Programme (BEIRNESS, 2001) gegeben, die hier Erwähnung finden sollten.

Best Practice

1. Interlock-Programme sollten als ein Bestandteil der Aktivitäten eines umfassenden Systems im Umgang mit Trunkenheitsfahrern gesehen werden.
2. Interlock-Programme sollten durch klare Gesetzgebungen unterstützt werden, welches folgende Punkte beinhaltet:
 - Festlegung der zuständigen Behörde, die für die Durchführung verantwortlich ist, sowie klare Definition der Kriterien für eine Teilnahmeberechtigung
 - Regelungen, die folgende Verstöße definieren:
 - a) ein Fahrzeug ohne Interlock zu führen,
 - b) ein Fahrzeug zu mieten oder zu leihen, das nicht mit einem Interlock ausgerüstet ist,
 - c) das Fahrzeug durch die Atemprobe einer anderen Person zu starten,
 - deutliche Kennzeichnung der Interlock-Auflage im Führerschein,
 - Bestimmung der Institution, die für den Umgang mit eventuellen Verstößen zuständig ist.
3. Die Technologie der benutzten Geräte sollte den beschriebenen Standards entsprechen.
4. Der Service Provider (in erster Linie zuständig für die technischen Aspekte, d. h. Auslesen der Daten, Kalibrierung) sollte Verständnis für die Bedürfnisse der Klientel haben bzw. sollten den Service an die besonderen Bedürfnisse dieser Klientel anpassen können.
5. Es sollten alle Anstrengungen unternommen werden, möglichst viele Alkoholfahrer in das Programm zu integrieren.
6. Es sollte versucht werden, die positiven Merkmale einer freiwilligen und einer verpflichtenden Teilnahme zu kombinieren und in das bestehende System zu integrieren, z. B. die Teilnahme am Programm nach einer Zeit des Totalentzugs als notwendige Voraussetzung für die Neuerteilung. Dadurch wird die Partizipationsrate maximiert und gleichzeitig erfährt die Öffentlichkeit den bestmöglichen Schutz vor Wiederholungstaten. Tätern mit einem niedrigen Rezidivrisiko sollte eine frühere Teilnahme ermöglicht werden. Bestenfalls sollte der Eintritt ins Programm direkt nach der Verurteilung oder nach kürzerer Zeit des Totalentzugs der Fahrerlaubnis erfolgen können, sodass dieser als Anreiz für eine möglichst frühe Teilnahme genutzt werden kann. Diese Herangehensweise unterstützt den möglichst frühen Eintritt ins Programm und damit auch die frühzeitige Aufnahme einer dazugehörigen Rehabilitationsmaßnahme. Der wahrgenommene punitive Wert eines längeren Fahrerlaubnisentzugs muss mit dem Risiko einer erneuten Alkoholfahrt und dem Nutzen eines frühen Eintritts in das Programm ausbalanciert werden.
7. Die Handhabung und Überwachung des Programms sollten möglichst bei den Fahrerlaubnisbehörden liegen.
8. Der Kontakt mit den Teilnehmern sollte mindestens einmal im Monat erfolgen, mit häufigeren Kontakten zu Beginn des Programms. Die Interaktion sollte an die regelmäßigen Serviceaktivitäten angepasst werden.
9. Die Teilnahmedauer am Interlock-Programm sollte an den individuellen Erfolg des Teilnehmers angepasst werden. Objektive Kriterien zur Einschätzung sind die Häufigkeit der Fehlstartversuche (positive AAK), Abschluss der begleitenden Beratungsmaßnahme, Ausbleiben weiterer Trunkenheitsfahrten oder grobe Verkehrsverstöße, medizinische Nachweise.
10. Es sollte jeder Versuch unternommen werden, das Interlock-Programm in andere Sanktionen oder Programme (insbesondere Rehabilitation), die mit der Verurteilung eines Trunkenheitsfahrers einhergehen, zu integrieren.

Die Heterogenität der rechtlichen Rahmenbedingungen

Die Einbindung von Interlock-Programmen als sekundärpräventive Maßnahmen in die Rechtssysteme variiert stark. Im angloamerikanischen Sprachraum sind sie bereits fester Bestandteil des Maßnahmespektrums für alkoholauffällige Fahrer, wengleich die Gesetzgebungen hinsichtlich der Teilnahmemöglichkeiten und -bedingungen große Differenzen zwischen allen durchführenden Ländern aufweisen.

Anhand einer deskriptiven Analyse des „International Inventory of Interlock Programs“ (TIRF, 2005) lassen sich folgende Punkte zur Klassifizierung der Unterschiede in den Gesetzgebungen herausstellen:

1. Freiwillige Teilnahme
 - a) als Alternative zum Fahrerlaubnisentzug,
 - b) zur Verkürzung der Sperrfrist,
 - c) als Alternative zu anderen Programmen, Auflagen oder Sanktionen,
 vs. verpflichtende Teilnahme
 - a) als Bedingung für die Neuerteilung,
 - b) als Bewährungsauflage,
 - c) aufgrund der allgemeinen staatlichen Gesetzgebung,
2. Verfahren bei Erst- vs. Wiederholungstätern,
3. Verwaltungsrechtliche vs. strafrechtliche gesetzliche Grundlage,
4. Mindestdauer der Teilnahme bzw. Länge des Programms,
5. Sanktionierung bei Verstößen (z. B. Fehlstartversuche, Benutzung eines Kfz ohne Interlock),
6. Notwendigkeit der Teilnahme an zusätzlichen rehabilitativen Maßnahmen,

Internationaler Konsens herrscht hinsichtlich der folgenden Punkte (TIRF, 2005):

1. Der Programmteilnehmer muss nicht gleichzeitig der Besitzer des mit Interlock ausgerüsteten Fahrzeugs sein.
2. Es gilt als Verstoß, ein Fahrzeug ohne Interlock zu führen.
3. Es gilt als Verstoß, ein Fahrzeug zu mieten oder zu leihen, das nicht mit einem Interlock ausgerüstet ist.

4. Es gilt als Verstoß, das Fahrzeug durch die Atemprobe einer anderen Person zu starten.

5. Es gilt als Verstoß, eine Atemprobe für einen Fahrer, dem eine Interlock-Beschränkung auferlegt ist, abzugeben.

Das EU-Projekt ALCOLOCKS (Acohol interlock implementation in the European Union – Feasibility study and field trial) hat sich intensiv mit der Realisierbarkeit der Einführung atemalkoholgesteuerter Wegfahrsperrn für alkoholauffällige Kraftfahrer in Europa beschäftigt. Ein wesentliches Fazit, das aus den Ergebnissen des Projekts gezogen wurde, betrifft die rechtlichen Rahmenbedingungen der Interlock-Programme in Europa: „Aufgrund der großen verkehrsrechtlichen und administrativen Unterschiede innerhalb der EU-Staaten können [...] keine individuellen, auf die jeweiligen nationalen Gegebenheiten abgestimmten Konzepte zur Erprobung von Interlock-Programmen entwickelt werden. [...] Im Rahmen der Befragung von Verkehrssicherheitsexperten zeigte sich, dass die rechtlichen Voraussetzungen für die Einführung von Interlock-Programmen für alkoholauffällige Fahrer in europäischen Ländern nicht hinreichend geklärt werden konnten. Im Zuge der konkreten Planung von Pilotprogrammen ist daher eine vertiefte Analyse des rechtlichen Regelungsbedarfs auf nationaler Ebene [...] erforderlich“ (EVERS, 2003, S. 30). Für eine effiziente Implementierung sekundärpräventiver Interlock-Programme wird deshalb empfohlen, dass sie im Einklang mit dem bestehenden nationalen Sanktionssystem stehen und das vorhandene Sanktionsspektrum erweitern. Vorgeschlagen wird in diesem Zusammenhang, dass die Teilnahme an einem Interlock-Programm die Zeit des Fahrerlaubnisentzugs komplett ersetzt oder verkürzt und solche Programme zusätzlich zu bereits existierenden Rehabilitationsmaßnahmen für Trunkenheitsfahrer eingeführt werden. Die Entscheidung über eine sinnvolle Integrierung in das vorhandene Sanktionssystem kann nur auf nationaler Ebene getroffen werden und sollte in Verbindung mit der Entwicklung eines darauf abgestimmten Evaluationsdesigns passieren. Die Administration und Durchführung der Programme sollten in der Verantwortlichkeit ausführender Organe der Verkehrssicherheit (z. B. Fahrerlaubnisbehörden, Gerichte, Rehabilitationsanbieter) stehen. Die Möglichkeit der Implementation von Interlock-Programmen in Deutschland wird im folgenden Kapitel auf der Basis des derzeit vorherrschenden Rechtssystems erörtert.

Empfehlungen und rechtliche Rahmenbedingungen, die die Einführung von Interlock-Programmen in Deutschland betreffen

Seitdem das Kraftfahrt-Bundesamt am 18.12.2001 eine Allgemeine Betriebserlaubnis für das Dräger-Interlock XT erteilt hat, ist der freiwillige Einbau dieser atemalkoholgesteuerten Wegfahrsperrn zur Primärprävention jederzeit möglich.

Für den sekundärpräventiven, strafrechtlich verantworteten Einsatz von Interlocks fehlt es derzeit an juristischen Möglichkeiten (LOHKAMP, 2003; SCHÖCH, 2005; KLIPP, 2006a), da die rechtspolitische Ausgangslage im Bereich des Straßenverkehrsrechts in dieser Hinsicht von einem unzulänglichen Sanktionssystem gekennzeichnet ist. Es gibt im Rahmen der üblichen Sanktion „Geldstrafe zusätzlich Führerscheinentzug“ keine Möglichkeit, durch Weisungen, wie sie etwa bei einer Freiheitsstrafe zur Bewährung über § 56c StGB möglich wären, rehabilitative und kontrollbezogene Maßnahmen aufzuerlegen. Lediglich § 153a StPO erwähnt die Option, das Strafverfahren unter Auflagen und Weisungen einzustellen. Eine mögliche Auflage, die explizit benannt wird, ist die Teilnahme an einem Aufbauseminar nach § 2b Abs. 2 Satz 2 StVG oder § 4 Abs. 8 Satz 4 StVG. Allerdings liegen in den häufigsten Fällen die Voraussetzungen gem. § 69 StGB einer sich aus dem Delikt ergebenden fehlenden Eignung vor, sodass strafrechtlich eine verkehrsausschließende Maßnahme angeordnet werden muss. Eine Fahrerlaubniserteilung mit Beschränkungen in Verbindung beispielsweise mit technischen Kontrollmechanismen wie einer atemalkoholsensitiven Zündsperrre ist dem deutschen Strafrecht derzeit noch fremd.

So ist es den Gerichten nach geltendem Recht im Rahmen des § 69 StGB nicht möglich, Beschränkungen oder Auflagen zu erteilen, die die Sanktionierung des Täters bei Zuwiderhandlungen zulassen. Aufgrund der fehlenden Strafandrohung kann nicht verhindert werden, dass Trunkenheitsfahrer, die beispielsweise die Bereitschaft zur Beratung oder zum Einbau eines Interlock-Gerätes zeigen oder den Einbau bereits vorgenommen haben, straffrei ein anderes Fahrzeug führen können, das nicht mit einem Interlock ausgestattet ist. Gleiches gilt, wenn der Täter nicht an der Beratung teilnimmt. Damit ist das Risiko erneuter Trunkenheitsfahrten genauso hoch einzuschätzen wie bei Alkoholfahrern, denen die Fahrerlaubnis entzogen wird. Ein Absehen vom Regelentzug nach § 69 Abs. 2 StGB

ist somit weder mit dem Zweck der Maßnahme (Schutz anderer Verkehrsteilnehmer) noch mit dem Gleichbehandlungsgrundsatz vereinbar.

Über die Möglichkeiten des § 153a StPO hinaus ist eine Einbindung des strafrechtlich auffällig gewordenen Trunkenheitsfahrers in bestehende Angebote des Gesundheitssystems derzeit im Strafrecht nicht vorgesehen bzw. wird sie vom Gesetz nicht ausdrücklich benannt. Nach erfolgter Rehabilitationsmaßnahme wird aber von Gerichten teilweise entweder eine verkürzte Sperrfrist festgesetzt oder gar ganz von einer Fahrerlaubnisentziehung abgesehen. Darüber hinaus hat der Fahrer auch die Möglichkeit, nach Rechtskraft des Strafbefehls oder Urteils, durch die freiwillige Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme einen Antrag gem. § 69a Abs. 7 StGB zu stellen, wonach der zuständige Strafrichter die verhängte Sperrfrist verkürzen oder aufheben kann, wenn er Gründe für die Annahme ableiten kann, dass der Täter nicht mehr ungeeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen ist. Diese Gründe ergeben sich allerdings nicht durch den freiwilligen Einbau eines Interlock-Gerätes, da bereits zum Zeitpunkt der Entscheidung ein Grund zu der Annahme vorliegen muss, dass der Täter zum Führen von Kraftfahrzeugen nicht mehr ungeeignet ist. Der Einbau eines Interlocks würde sich aber erst nach Aufhebung der Sperre auswirken können, da der Täter dann erst wieder für den Straßenverkehr zugelassen werden darf. Ein Interlock könnte also erst nach dem Zeitpunkt der Entscheidung einen positiven Einfluss auf den Eignungsmangel haben.

Die Verhängung der Sperrfrist gem. § 69a StGB gilt dabei als Maßregel zur Sicherung und Besserung. Die Bemessung der Sperrfrist richtet sich maßgeblich danach, für welchen Zeitraum der festgestellte Eignungsmangel mit der für eine Maßregel notwendigen Intensität voraussichtlich noch bestehen wird. Grundsätzlich erscheint es möglich, dass die mit dem Einbau eines Interlocks verbundenen ständigen Alkoholkontrollen und finanziellen Aufwendungen oder die Teilnahme an einer Beratung eine Auseinandersetzung des Täters mit den durch die Tat offenbar gewordenen Eignungs- und Einstellungsmängeln fördern, sodass diese Mängel früher entfallen als bei Delinquenten, die nicht verpflichtend mit dem Problem Trinken und Fahren konfrontiert werden. Im Rahmen der Sperrfristbemessung durch den Tatrichter darf aber der Einbau eines Interlocks nicht zugunsten des Täters berücksichtigt werden, da nach Ablauf der Sperrfrist das Gericht

nicht kontrollieren kann, ob der Delinquent ausschließlich Kraftfahrzeuge mit Interlocks nutzt oder die Beratung vollzogen hat, sodass es auch sicher und tatsächlich zu einer positiven Wirkung auf den vorhandenen Eignungsmangel kommt. Gleiches gilt, wenn die Fahrerlaubnis nicht vorläufig entzogen war und der Täter zum Zeitpunkt der richterlichen Entscheidung bereits ein Interlock hat einbauen lassen oder an einer Beratung teilgenommen hat. Die mangelnde Kontrolle stellt die tatsächliche Auseinandersetzung mit dem problematischen Verhalten in Frage und hat somit keine sichere und tatsächliche Auswirkung auf den Eignungsmangel. Möglich wäre allerdings die Würdigung solcher eigeninitiativer Maßnahmen als positives Nachtatverhalten.

Weiterhin bestünde die Möglichkeit, den Einbau eines Interlocks bei der Anordnung eines straf- und ordnungswidrigkeitsrechtlichen Fahrverbots gem. § 44 StGB, § 25 StVG sowie bei der Bemessung der Verbotsdauer zu berücksichtigen. Hier gelten allerdings die gleichen Argumente der fehlenden Kontroll- und Sanktionsmöglichkeiten wie bei §§ 69 ff. StGB.

Der Richter hätte bei Verkehrsdelikten lediglich in Verbindung mit der Verurteilung zu einer zur Bewährung ausgesetzten Freiheitsstrafe nach § 56c StGB die Möglichkeit, Weisungen zu erteilen, und könnte in diesem Rahmen die Teilnahme an einem Beratungsgespräch oder eine Interlock-Auflage veranlassen. Solche Weisungen würden zwar dem Resozialisierungsgedanken und vom Charakter her den im Beispielkatalog des § 56 II StGB aufgeführten Hilfen zur Rückfallvermeidung entsprechen. Eine strafrechtliche Anordnung ist derzeit allerdings nicht vertretbar, da gesetzliche Bestimmungen, die es dem Richter gestatten, einen entsprechenden Vermerk im Führerschein vorzunehmen um damit Kontrollierbarkeit sicherzustellen (damit Zuwiderhandlungen mit dem Widerruf der Bewährung geahndet werden können), fehlen. Darüber hinaus ist die Verhängung von Haftstrafen bei Verkehrsdelikten in Deutschland unüblich und gilt als unverhältnismäßig.

Weisungen im Jugendstrafverfahren (vgl. § 9 Nr. 1 JGG) können isoliert angeordnet oder nach § 8 JGG mit der Verhängung von Zuchtmitteln und Jugendstrafen verbunden werden. Als Sanktion, die zwar nicht im Beispielkatalog des § 10 I JGG aufgeführt, aber dazu geeignet ist, die Lebensführung positiv zu beeinflussen, wäre die Weisung, nur Kraftfahrzeuge

mit Interlock zu führen grundsätzlich zulässig, die Anordnung aufgrund fehlender Kontrollmöglichkeiten aber nicht vertretbar. Außerdem liegt Weisungserteilung im Ermessen des Gerichts und eine verkehrsausschließende Maßnahme gem. § 69 StGB muss auch in diesen Fällen bei Vorliegen der Voraussetzung angeordnet werden. Vorstellbar wären Fallgestaltungen, bei denen das Gericht aus Sorge um den Arbeitsplatz des Delinquenten von einer Fahrerlaubnisentziehung absieht und Weisungen erteilt, innerhalb eines bestimmten Zeitraums ausschließlich Kraftfahrzeuge zu führen, die mit einem Interlock ausgerüstet sind und so eingestellt sind, dass sie nur zur Arbeitszeit genutzt werden können. Dagegen spricht allerdings die übliche Sanktionspraxis, da Verkehrsdelikte in der Regel nicht im Jugendstrafverfahren, sondern im Strafbefehlverfahren nach Erwachsenenstrafrecht verhandelt werden.

Die einzige rechtliche Grundlage, Trunkenheitsfahrern den Einbau eines Interlock-Gerätes aufzuerlegen, bietet derzeit die Fahrerlaubnisverordnung (LOHKAMP, 2003; SCHÖCH, 2005; KLIPP, 2006a). Die Fahrerlaubnisbehörde kann einem Bewerber, der zum Führen von Kraftfahrzeugen nicht ungeeignet ist, aber aufgrund körperlicher oder geistiger Mängel bedingt geeignet ist, eine Fahrerlaubnis mit Auflagen oder Beschränkungen erteilen, wenn zu erwarten ist, dass der festgestellte Mangel gerade durch diese Maßnahme ausgeglichen werden kann (§ 2 Abs. 4 StVG, §§ 20 Abs. 1, 23 Abs. 2 FeV). Entgegen dem Wortlaut des § 2 Abs. 4 (2) StVG kommt die Erteilung der Fahrerlaubnis mit Beschränkungen oder Auflagen auch bei charakterlichen Eignungsmängeln in Betracht (HIMMELREICH & JANKE, 1999).

Die Anordnung, nur mit Interlock ausgerüstete Fahrzeuge zu fahren, könnte verwaltungsrechtlich auf einer entsprechenden medizinisch-psychologischen Expertise erfolgen und würde einer Fahrerlaubnis mit Beschränkung entsprechen. So ist in der überarbeiteten und erweiterten 2. Auflage des Kommentars der Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung (STEPHAN, BEDACHT, HAFFNER, BRENNER-HARTMANN, EISENMENGER, SCHUBERT, 2005) die bedingte charakterliche Eignung inzwischen (wieder) aufgenommen worden, sodass die Empfehlung einer beschränkten Fahrerlaubnis darüber hinaus mit weiteren Auflagen (z. B. Rehabilitation, regelmäßige medizinische Kontrollen) verbunden werden könnte. Denkbar wäre auch, die Erlaubnis, ein mit Interlock ausgerüstetes Fahrzeug fahren zu dürfen, an die verpflichtende

Teilnahme an einer evaluierten Maßnahme (z. B. Kurse zur Wiederherstellung der Fahreignung gem. § 70 FeV) zu koppeln. Die Aufhebung der Beschränkung sollte nur auf der Basis einer erneuten medizinisch-psychologischen Expertise erfolgen. Die Empfehlung der Beschränkung der Fahrerlaubnis auf Fahrzeuge, die mit einem Interlock ausgerüstet sind, ist von Beratern, Gutachtern und Führerscheinstellen in Betracht zu ziehen, wenn der Täter einen Wandel in seiner Einstellung zum Führen eines Kraftfahrzeugs unter Alkoholeinfluss und bereits Veränderungen seines Trinkverhaltens vollzogen hat, diese aber noch nicht ausreichend stabil und gefestigt sind. Die Einführung von Interlock-Programmen soll also nicht als Ersatz, sondern als Ergänzung des derzeitigen Systems dienen (s. dazu auch KLIPP, 2006a).

Die Beschränkung würde sich auf das mit Interlock ausgerüstete Fahrzeug beziehen, die im Führerschein gemäß den Schlüsselzahlen der Richtlinie 2000/56/EG zur Änderung der Richtlinie 91/439/EWG vom 14.9.2000 durch den Einschränkungscodex 51 (Beschränkung auf ein Fahrzeug unter der Angabe des amtlichen Kennzeichens) kenntlich gemacht werden könnte. Somit wären die Kontrollierbarkeit und die Möglichkeit der rechtlichen Verfolgung von Umgehungsversuchen (Benutzung eines anderen Kraftfahrzeugs) gewährleistet, da die Benutzung eines anderen Fahrzeugs dem Straftatbestand des Fahrens ohne Fahrerlaubnis (§ 21 StVG) gleich käme.

Auch als rechtliches Instrument für den Einsatz des Interlocks wird man aus folgenden Gründen die Beschränkung gemäß § 23 Abs. 2 FeV ansehen müssen:

1. Nach dem Einbau des Geräts wird nicht nur vom Adressaten der Maßnahme, sondern auch von jeder anderen Person, die das Kraftfahrzeug führen will, eine Atemalkoholprobe abverlangt. Es fehlt also an dem für eine Auflage charakteristischen Bezug zwischen dem geforderten Verhalten und der Person des Betroffenen.
2. Der geringe Verbreitungsgrad in der BRD und die enge Vernetzung des Geräts mit der Fahrzeugelektrik spricht für das Vorliegen einer besonderen Einrichtung im Sinne des § 23 Abs. 2 FeV und damit für die Qualifizierung der Maßnahme als Beschränkung.

Die Beschränkung, ausschließlich ein bestimmtes Kraftfahrzeug mit Interlock zu führen, sollte mit wei-

teren Auflagen einhergehen, um auf Zuwiderhandlungen zeitnah und angemessen reagieren zu können:

1. Die Daten sollten im Abstand von 30 Tagen ausgelesen werden.
2. Das Gerät sollte im Abstand von 180 Tagen überprüft und neu kalibriert werden.
3. Bei visueller Kenntniserlangung von Aufzeichnungen eines Manipulationsversuchs sollte innerhalb einer Karenzzeit von zwei Wochen die Servicestelle außerplanmäßig aufgesucht werden.
4. Der Täter muss an einer individuell geeigneten Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen, die eine Nachbetreuung einschließt.
5. Der Rehabilitationsverlauf sollte durch regelmäßige Kontrollen der Leberwerte (mindestens alle 60 Tage) überprüft werden.

4 Ein Ansatz zur möglichst frühzeitigen Intervention – das „Greifswalder Modell“

Das Greifswalder Modell wurde als eine Interventionsstrategie im Kontext von Straftaten unter Alkoholeinfluss entwickelt und empirisch bisher an über 400 Trunkenheitsfahrern überprüft. Der Fokus der Untersuchung lag dabei auf der Identifikation hemmender und fördernder Bedingungen, die zu einer freiwilligen und frühzeitigen Teilnahme an Interventionsmaßnahmen führen. Hierzu werden im Folgenden zunächst die Ausgangslage dargestellt sowie das sich daraus ergebende strategische Vorgehen der Untersuchung. Danach werden die Ergebnisse zusammengefasst und Schlussfolgerungen für eine optimale Rekrutierung von Trunkenheitsfahrern für frühzeitig einsetzende Interventionsmaßnahmen gezogen. Abschließend werden Empfehlungen zur Prozessoptimierung in diesem Bereich gegeben.

4.1 Darstellung der empirischen Untersuchung

Ausgangslage

Anlass zur Entwicklung dieser Interventionsstrategie waren die Ergebnisse einer Voruntersuchung an über 1.000 Trunkenheitsfahrern im Land Meck-

lenburg-Vorpommern. Aus der Auswertung der „Study of Health in Pomerania“¹ (DÜNKEL, GLITSCH, BORNEWASSER & GENG, 2001; DÜNKEL & GLITSCH, 2000; GLITSCH, BORNEWASSER, DÜNKEL, GENG, LIGNITZ & PHILIPP, 2000; GLITSCH, BORNEWASSER, PHILIPP, DÜNKEL & LIGNITZ, 2001; GLITSCH, BORNEWASSER & DÜNKEL, 2000) ging hervor, dass die Gruppe der Alkoholfahrer sich gegenüber der Kontrollgruppe (in diesem Fall die Normalbevölkerung ohne Alkoholfahrt) durch einen erheblichen selbstberichteten Alkoholüberkonsum auszeichnete (26,9 Liter reiner Alkohol pro Jahr gegenüber 14,6 Litern). Darüber hinaus gaben biologische Blutmarkeranalysen sowie Alkohol-Screening-Tests Hinweise darauf, dass ca. 40 % der Alkoholfahrer der Gruppe der organisch geschädigten Trinker zuzuordnen waren. Bei weiteren 30 % der Untersuchten lagen Hinweise auf einen massiven Alkoholkonsum vor (hohe BAK sowie überdurchschnittlich hohe Werte in den Screenings). Nur etwa 30 % der registrierten unter Alkohol Fahrenen wiesen keine akuten Besonderheiten bei den alkoholbezogenen Messungen auf. Neben dem schädlichen Umgang mit Alkohol bestanden im Vergleich zur Normalbevölkerung eine deutlich höhere Belastung der Verkehrsdelinquenten mit sozialen und psychischen Problemlagen (z. B. familiäre Probleme), soziale Desintegration (z. B. Arbeitsplatzverlust) und auffällige Persönlichkeitsstrukturen (DÜNKEL et al. 2001; BORNEWASSER & GLITSCH 2000; GLITSCH, 2003).

Aufgrund dieser Ergebnisse, die zum einen auf organische alkoholbedingte Gesundheitsschäden bei Trunkenheitsfahrern hinweisen, zum anderen die schwierigen psychosozialen Problemlagen der Fahrer aufzeigen, hatte ein interdisziplinäres Forschungsprojekt² des Lehrstuhls für Kriminologie in Kooperation mit dem Institut für Psychologie der Universität Greifswald das Ziel, eine Interventionsstrategie zu entwickeln, die den besonderen Belangen der Bevölkerung in dieser Region gerecht wird. Durch eine pro-aktive Strategie, die aktiv auf die Betroffenen zugeht (z. B. durch frühe Information, Setzen von Anreizen) und nicht die Eigeninitiative der Personen (z. B. die Suche nach Infor-

mation) abwartet, sollten die Trunkenheitsfahrer möglichst frühzeitig den bestehenden Angeboten des Gesundheitssystems (z. B. Beratungsstellen, Rehabilitationsanbieter) zugeführt werden (GLITSCH, KLIPP, BORNEWASSER & DÜNKEL, 2004).

Im Straßenverkehrsbereich werden Schulungskurse sowie Therapie und Beratung in den unterschiedlichsten Facetten angeboten. Allerdings gehören alkoholauffällige Kraftfahrer zu einer Risikogruppe, die sich nur schwer für frühzeitige Rehabilitationsmaßnahmen akquirieren lässt. JACOBHAGEN (2001) berichtet, dass weniger als 10 % der Trunkenheitsfahrer in Deutschland freiwillig eine Beratungsmaßnahme innerhalb der Sperrfrist in Anspruch nehmen. In den meisten Fällen wird die Inanspruchnahme von Beratungsmaßnahmen so lange gemieden, bis sie über die behördliche Anordnung (z. B. Kurse zur Wiederherstellung der Kraftfahrereignung gem. § 70 FeV) unvermeidbar ist oder der Leidensdruck ein erhebliches Ausmaß hat (z. B. nach negativ verlaufener Begutachtung der Fahreignung). Dadurch nimmt der Großteil der verkehrsauffälligen Fahrer erst Monate bis Jahre nach dem Delikt an Beratungen oder Schulungen teil.

Im deutschen Strafrechtssystem ist eine Nachschulung des auffällig gewordenen Kraftfahrers nicht vorgesehen. Der Betroffene wird in das Rechtssystem „entlassen“ und läuft am Gesundheitssystem mit seinen Angeboten an präventiv wirksamen Interventionen vorbei. Bisher wird die Symptomdiagnose „Alkoholfahrt“ lediglich festgestellt und auf juristischem bzw. ordnungsbehördlichem Wege geregelt, während eine frühzeitige Information über die weiteren Behandlungs- und Beratungsangebote in der Regel nicht oder nur ansatzweise erfolgt. Dabei kann die Rolle der Justiz zur Steigerung der Motivation zur Teilnahme von erheblicher Bedeutung sein. Für Personen, die frühzeitig an ihrem Problemverhalten arbeiten, können durch mildere Sanktionen (z. B. Würdigung positiven Nachtatverhaltens, verkürzte Sperrfristen gem. § 69a Abs. 7 StGB) Anreize geschaffen werden (RIEDMEYER, 2002).

Angesichts der geringen Partizipationsraten an Interventionsmaßnahmen stellt sich die Frage, ob Trunkenheitsfahrer das Delikt überhaupt im Zusammenhang mit ihrem Lebensstil sehen und dementprechende Veränderungen der Lebensweise einleiten oder sogar formelle Hilfen in Anspruch neh-

¹ SHIP, gefördert von dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (Förderkennzeichen ZZ9603)

² Aktives Gesundheitsmanagement im Kontext von Straftaten unter Alkoholeinfluss, gefördert durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (Projekt Nr. DU 1956-1)

men, denn eine Verhaltensänderung erfolgt in der Regel erst, wenn der Betroffene über ein angemessenes Problembewusstsein verfügt.

Im Bereich der Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen hat sich das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (PROCHASKA & DICLEMENTE, 1984) zur Analyse von Veränderungsprozessen des problematischen Verhaltens bewährt. Es handelt sich hierbei um ein Stadienmodell zur Änderungsbereitschaft, das den Wandel vom Substanzmissbrauch oder der Substanzabhängigkeit zur erfolgreichen Bewältigung des Problemverhaltens beschreibt. Das Stadienmodell erläutert in erster Linie Prozesse der intrinsischen Motivation.

Wie im Transtheoretischen Modell (PROCHASKA & DICLEMENTE, 1984) beschrieben, läuft der Prozess der Änderung des problematischen Verhaltens in fünf Stadien ab, die wie folgt benannt und charakterisiert sind:

1. Stadium der fehlenden Beschäftigung mit dem Problem (präkontemplativ)
Die Person ist sich des Problems nicht bewusst und es besteht keine Intention zur Verhaltensänderung in nächster Zukunft. Auch wenn andere Personen bereits darauf hinweisen, wird das Problem verleugnet oder bagatellisiert.
2. Stadium der beginnenden Auseinandersetzung mit dem Problem (kontemplativ)
Die Person beginnt, sich mit dem Problem zu beschäftigen. Es wird ernsthaft über eine Veränderung nachgedacht, wobei noch keine Planung einer konkreten Handlung vorliegt. Es werden die Vor- und Nachteile der Veränderungen gegeneinander abgewogen und nach Lösungsmöglichkeiten gesucht.
3. Stadium der Vorbereitung (präparativ)
Es besteht eine hohe Motivation, das Problemverhalten in naher Zukunft zu verändern. Möglicherweise werden bereits Änderungsversuche unternommen, die aber noch nicht den gewünschten Erfolg bringen. Erste Handlungsschritte werden initiiert, allerdings wird das endgültige Ziel noch nicht erreicht.
4. Stadium der Handlung (Action)
Die Person modifiziert ihr Verhalten und investiert Zeit und Energie, um eine Verhaltensänderung zu erreichen. Intentionen werden aktiv in konkrete Handlungen umgesetzt. Typisch für

dieses Stadium sind Abstinenzversuche oder eine Inanspruchnahme von Hilfen.

5. Stadium der Aufrechterhaltung (Maintenance)
Der Betroffene muss ständig daran arbeiten, die Veränderung aufrechtzuerhalten und einem Rückfall vorzubeugen. Die neue Lebenssituation muss bewältigt werden. Dieses Stadium kann sehr lange andauern, möglicherweise ein Leben lang.

Da das Transtheoretische Modell (PROCHASKA & DICLEMENTE, 1984) eine differenziertere Unterscheidung als die Begriffe Abstinenz, Rückfall und Substanzkonsum vornimmt, bietet es eine gute Ausgangsbasis für individuell angepasste Konzepte zur Beratung und Behandlung von Menschen mit Alkoholproblemen. In der vorliegenden Untersuchung diente es nicht nur als Grundlage für die Erfassung des Problembewusstseins und der Änderungsbereitschaft von Trunkenheitsfahrern, sondern erlaubte auch eine gezielte Beratung der Alkoholfahrer.

Fragestellungen

Für die hier darzustellende Untersuchung erschien es sinnvoll, Strukturen und Informationswege aktiv zu nutzen, um die Anreize für eine frühzeitige Teilnahme an Beratungsmaßnahmen zu kommunizieren und die Bereitschaft zur Teilnahme zu erhöhen.

Anhand eines experimentellen Versuchsdesigns und einer Fragebogenerhebung wurden in der Untersuchung folgende Kernfragen empirisch überprüft:

1. Kann ein pro-aktives Vorgehen die Partizipationsraten an Rehabilitationsmaßnahmen erhöhen?
2. Verfügen Trunkenheitsfahrer über ein ausreichendes Problembewusstsein, sodass sie entsprechende Veränderungen der Lebensweise oder die Inanspruchnahme formeller Hilfen einleiten?
3. Welche Variablen lassen sich als Determinanten der Teilnahme identifizieren bzw. was unterscheidet Teilnehmer von Nicht-Teilnehmern?

Im Folgenden wird zunächst das methodische Vorgehen zur Überprüfung der Wirksamkeit des Greifswalder Modells beschrieben, anschließend werden die gewonnenen Untersuchungsergebnisse dargestellt.

Stichprobe

Die Stichprobe setzte sich aus $N = 3.680$ alkoholisierten Straßenverkehrsteilnehmern zusammen, die im Zeitraum Januar 2003 bis Februar 2004 in Mecklenburg-Vorpommern auffällig wurden und bei denen eine Blutprobe gem. § 81a StPO angeordnet wurde. Trunkenheitsfahrer, die ihren Wohnsitz im Ausland hatten bzw. ohne festen Wohnsitz waren, wurden aufgrund von absehbaren Schwierigkeiten bei der Kontaktierung aus der Untersuchung ausgeschlossen ($N = 241$). Von den verbleibenden Fahrern ($N = 3.439$) waren $N = 1.988$ Personen der Region Mecklenburg und $N = 1.451$ Personen der Region Vorpommern zuzuordnen.

Zum Zeitpunkt einer ersten Fragebogenerhebung zur Erfassung des Problembewusstseins der Trunkenheitsfahrer kurz nach dem Delikt (t_1 , Prä-Messung) setzten sich aus der Region Vorpommern (Experimentalgruppe) $N = 55$ Probanden direkt mit dem Projekt in Verbindung. Die verbleibenden Personen ($N = 1.396$) wurden alle angeschrieben. Aus der Region Mecklenburg (Kontrollgruppe) wurde jeder zweite ($N = 994$) angeschrieben. Von den insgesamt $N = 2.390$ zu t_1 angeschriebenen Trunkenheitsfahrern waren $N = 252$ Personen (10,5 %) nicht erreichbar. Von den $N = 2.138$ Fahrern, die zu t_1 erfolgreich kontaktiert wurden, nahmen $N = 361$ überwiegend männliche Trunkenheitsfahrer aus Mecklenburg-Vorpommern im Alter zwischen 16 und 71 Jahren, mit einem Altersdurchschnitt von 33,7 Jahren ($SD = 12,83$) an der ersten Fragebogenerhebung teil. Das entspricht einer Ausschöpfungsquote zum Zeitpunkt t_1 von 16,9 %. Der Region Vorpommern ließen sich $N = 254$ Fahrer und der Region Mecklenburg $N = 107$ Fahrer zuordnen. Die höchste gemessene BAK lag bei 4,34 ‰, der Durchschnitt lag mit 1,84 ‰ ($SD = 0,56$) etwas höher als der Bundesdurchschnitt, welcher über die Jahre 2001 bis 2003 mit 1,6 ‰ stabil blieb.

Um die Ausschöpfungsquote zu erhöhen, wurden zum Zeitpunkt der zweiten Fragebogenerhebung t_2 (Post-Messung) ein Jahr nach dem Delikt alle Trunkenheitsfahrer der verbleibenden Grundgesamtheit ($N = 3.187$) angeschrieben. Die Anzahl der nicht erreichbaren Personen erhöhte sich nochmals um $N = 490$ Fahrer (15,4 %). Daten zu den absoluten Teilnehmeraten liegen von $N = 488$ Trunkenheitsfahrern vor. Das entspricht einer Ausschöpfungsquote zum Zeitpunkt t_2 von 18,1 %. Die Teilnehmer der Experimentalgruppe ($N = 272$) unterschieden sich weder im Alter ($M = 35,01$; $SD = 12,9$) signifikant

von der Kontrollgruppe ($N = 216$; $M = 33,96$; $SD = 13,09$) noch hinsichtlich der BAK (EG: $M = 1,79$ $SD = 0,56$ vs. KG: $M = 1,81$; $SD = 0,63$).

Die Fragebogenerhebung zur Erfassung des Problembewusstseins

Auf der Grundlage des Transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung (PROCHASKA & DICLEMENTE, 1984) wurde ein Check-up-Fragebogen entwickelt und erprobt, der in einfacher Anwendung das Problembewusstsein von Trunkenheitsfahrern erfasst, um die Zuordnung der Fahrer in die Stadien des Modells zu ermöglichen und darüber hinaus eine angemessene und individuelle Interventionsstrategie für den Betroffenen zu konzipieren.

In der Erhebung handelte es sich um Trunkenheitsfahrer, die erst kurz vor der Befragung durch das Alkoholdelikt in Erscheinung getreten waren. Da der Zeitraum zwischen Delikt und der ersten Datenerhebung 12 Wochen (t_1 , Prä-Messung) nicht überschritt, lag der Schwerpunkt bei der Konstruktion des Check-ups auf der Erfassung der ersten drei Stadien des Modells. Wegen des kurzen Zeitraums zwischen Delikt und Datenerhebung t_1 wurde davon ausgegangen, dass die Teilnehmer das Stadium der Aufrechterhaltung noch nicht vollständig erreicht haben konnten.

Das Stadium der Handlung, also das vollständig veränderte Trinkverhalten bzw. die Inanspruchnahme von Hilfen, wurde als abhängige Variable des Versuchsdesigns ein Jahr nach dem Delikt (t_2 , Post-Messung) erfasst.

Die Items waren so konstruiert, dass eine eindeutige Zuordnung zu einem Stadium erfolgen konnte.

Das experimentelle Vorgehen zur Überprüfung der Effekte eines pro-aktiven Vorgehens

Aus der regionalen Verteilung der Trunkenheitsfahrer ergab sich die Aufteilung in Experimentalgruppe (EG, Bereich Vorpommern) und Kontrollgruppe (KG, Bereich Mecklenburg). Alkoholauffällige Verkehrsteilnehmer in der Experimentalregion wurden über mehrere aufeinander folgende Schritte zur frühzeitigen Teilnahme an einer Schulungsmaßnahme aktiviert. Zunächst erhielten die Fahrer mit dem Anhörungsschreiben zur Tat ein Informationsblatt durch die Polizei, welches sie über die Vorteile der Aufnahme einer Beratungsmaßnahme innerhalb des Strafverfahrens und der Sperrfrist aufmerksam

machte (Treatment „Infoblatt“). Gleichzeitig wurde ihnen durch das Informationsblatt eine Telefonnummer mitgeteilt, unter der sie sich zu einem kostenlosen Beratungsgespräch (Treatment „B+“) bei einem Mitarbeiter des Projekts, der über Erfahrungen im Bereich Begutachtung und Schulung alkoholauffälliger Kraftfahrer verfügt, anmelden konnten. Die Trunkenheitsfahrer der Kontrollgruppe erhielten diese Information und dieses Angebot nicht.

Die Fahrer, die sich direkt aufgrund des Informationsschreibens beim Projekt meldeten, bildeten die Gruppe As. Darüber hinaus erhielt die Hälfte der Alkoholauffälligen aus der Experimentalgruppe, die sich nicht selbst auf das Informationsblatt hin beim Projekt gemeldet hatten, eine persönliche Einladung zum kostenlosen Beratungsgespräch durch einen Projektmitarbeiter (Gruppe Ap, N = 698), die telefonisch oder postalisch erfolgte (Treatment „Aktivierung“), und den beschriebenen Fragebogen. Die andere Hälfte erhielt keine Einladung (Gruppe Ao, N = 698), sondern bekam nur den Fragebogen zugesandt. Die Zuordnung zu den Gruppen erfolgte randomisiert.

Die Teilnehmer der Beratungsgespräche (Treatment „B+“, N = 115) wurden mittels des oben beschriebenen Check-ups diagnostiziert und über gesundheitliche Aspekte überhöhten Alkoholkonsums informiert. Darüber hinaus wurden sie ausführlich über die Möglichkeiten der Fahreignungsförderung sowie Sperrfristverkürzung bzw. Sperrfristaufhebung informiert. Wiederholungstäter und Probanden mit einer BAK über 1,6 ‰ wurden über die Begutachtung der Fahreignung und die individuellen Voraussetzungen für eine günstige Verkehrsprognose aufgeklärt. Alle Beratungsteilnehmer erhielten danach die Möglichkeit, an einer längerfristigen Coachingmaßnahme (Treatment „C+“, N = 87) zur Förderung der Fahreignung im Projekt teilzunehmen. Das Gesundheitscoaching mit Prämie beinhaltete eine individuelle, meist in Gruppen durchgeführte Betreuung der Fahrer, die auf eine stabile Veränderung der Konsumgewohnheiten abzielte. Fahrer mit einem schwerwiegenden Alkoholproblem, welches sich absehbar nicht im Rahmen der Projektmaßnahme bearbeiten ließ, wurden einer angemessenen Intervention in einer Beratungsstelle oder Klinik zugewiesen. Personen, die am Greifswalder Modell partizipierten, zahlten ein Honorar von 250,- Euro ein, mit der Option, bei einem Nachweis von dreijähriger Legalbewährung (keine erneute Eintragung einer Alkoholfahrt nach

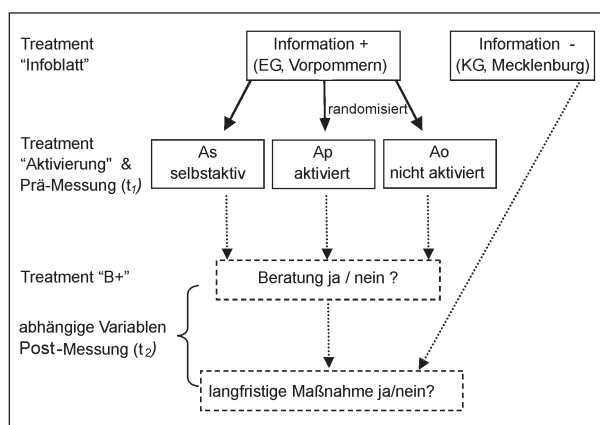


Bild 1: Grafische Darstellung des experimentellen, pro-aktiven Vorgehens im Greifswalder Modell

§ 24a StVG oder § 315c, 316 StGB im Verkehrszentralregister) diesen Betrag zurückzuerhalten.

Ein Jahr nach der Alkoholauffälligkeit wurden alle Personen erneut kontaktiert und die absoluten Teilnehmeraten an rehabilitativen Maßnahmen erhoben (t_2). Außerdem wurden die Gründe für die Nicht-Teilnahme über einen Fragebogen erfasst. Das experimentelle, pro-aktive Vorgehen und die Zeitpunkte der Fragebogenerhebung sind in Bild 1 grafisch dargestellt.

Ergebnisse

Bei der Erprobung des Greifswalder Modells erwies sich eine pro-aktive Informationsstrategie als äußerst wirksam zur signifikanten Erhöhung der Teilnehmerzahlen (GLITSCH, BORNEWASSER, DÜNKEL & KLIPP, 2004; KLIPP, GLITSCH & BORNEWASSER 2005a; KLIPP, GLITSCH & BORNEWASSER 2005b; KLIPP, GLITSCH, BORNEWASSER & DÜNKEL, 2005a; KLIPP, GLITSCH, BORNEWASSER & DÜNKEL, 2005b).

Das pro-aktive Vorgehen wurde auf drei Ebenen gewählt und hat sich empirisch als effektiv erwiesen:

1. Treatment „Infoblatt“

Die frühzeitige Information der Trunkenheitsfahrer führte zu einer signifikanten Erhöhung der Inanspruchnahme von Beratungsleistungen [$\chi^2(1, N = 434) = 10,05; p = .001$]. Während in der Experimentalgruppe 124 Personen (56,9 %) eine Beratungsmaßnahme in Anspruch genommen hatten, im Gegensatz zu 94 Personen (43,1 %), die keine Beratung beanspruchten, waren es in der Kontrollgruppe nur 90 Trunkenheitsfahrer (41,7 %), die an einer

Maßnahme teilnahmen, und 126 Nicht-Teilnehmer (58,3 %).

2. Treatment „Aktivierung“

Eine Persönliche Einladung zu einem kostenlosen Beratungsgespräch mit einem konkreten Terminvorschlag im Sinne des „When-how-where“-Plans des Health Action Process Approach (SCHWARZER, 1996) hat sich als hoch signifikant zur Erhöhung der Partizipationsraten erwiesen [$\chi^2(1, N = 199) = 27,42; p < .001$]. Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns besagt, dass bei der Ausführung eines Gesundheitsverhaltens zwei Prozesse eine Rolle spielen. Einerseits gibt es den motivationalen Prozess, der zu einer Intentionbildung führt. Verantwortlich für die Umsetzung der Intention in ein Verhalten sind volitionale Prozesse, unter anderem auch die Planung einer konkreten Handlung zu einem bestimmten Zeitpunkt. Im Projekt wurde dies durch ein persönliches Anschreiben, das einen Teil der Trunkenheitsfahrer (Gruppe Ap) zu einem kostenlosen Beratungsgespräch an einem konkreten Termin einlud, umgesetzt. Diese zusätzliche Aktivierung erwies sich als hoch effektiv.

3. Treatment „B+“

Von 115 Trunkenheitsfahrern, die das Angebot einer kostenlosen Beratung in Anspruch nahmen, entschlossen sich 87 Fahrer auch zur Teilnahme am weiterführenden Gesundheitscoaching des Projekts. Das entspricht einem Prozentsatz von 76,3 %. Darüber hinaus konnten weitere 7 Beratungsteilnehmer erfolgreich in Maßnahmen anderer Anbieter oder Beratungsstellen in der näheren Umgebung der Betroffenen vermittelt werden. Somit ergibt sich ein Gesamtprozentsatz von 82,5 % beim Übergang von der Beratung in eine langfristige Maßnahme bzw. in die bestehenden Angebote des Gesundheitssystems.

Für viele Teilnehmer des Gesundheitscoachings ergaben sich erhebliche Vorteile im Strafverfahren. Insgesamt wurden für 29 Trunkenheitsfahrer Anträge auf Aufhebung bzw. Verkürzung der Sperrfrist gem. § 69a Abs. 7 StGB gestellt. Nur fünf dieser Anträge wurden abgelehnt. In elf Fällen wurde die Sperrfrist, die bei Ersttätern so bemessen wird, dass mit Einberechnung der Zeit des vorläufigen Entzugs für den Delinquenten ein Zeitraum von zwölf Monaten ohne Fahrerlaubnis entsteht, verkürzt. In dreizehn Fällen wurde sie sogar vollständig aufgehoben.

Dabei lag die Dauer der kürzeren Sperrfrist zwischen ein und sechs Monaten. Die durchschnittliche Verkürzung betrug 3,25 Monate (SD = 0,7).

Die Fragebogenerhebung anhand des konstruierten Check-ups, welches in der Beratung der Trunkenheitsfahrer zusätzlich als Interview durchgeführt wurde, hat sich als ein einfach anwendbares und ökonomisches Instrument zur Initiierung einer Veränderungsmotivation erwiesen. Anhand des Check-ups konnten die Fahrer mit Widersprüchen zwischen den subjektiven Angaben und den objektiven Tatsachen konfrontiert werden.

Die Ergebnisse der Auswertung des Check-ups bestätigten die Vermutung, dass nahezu drei Viertel der Trunkenheitsfahrer (73,7 %) dem Stadium der fehlenden Beschäftigung mit dem Problem (präkontemplativ) zuzuordnen sind. Die Häufigkeitsverteilungen über die einzelnen Items des Check-ups verdeutlichen insbesondere, dass sehr viele Fahrer nur mangelhafte Kenntnisse über den Alkoholaufbau bzw. -abbau haben. Ebenso deutlich wird allerdings auch die für das präkontemplative Stadium charakteristische Bagatellisierung bzw. Verleugnung der Alkoholproblematik, während bei den meisten Fahrern durchaus die Anerkennung der Norm bzw. Vorschrift „Trennung von Trinken und Fahren“ vorliegt.

Der geringste Prozentsatz (6,6 %) der Trunkenheitsfahrer ließ sich dem Stadium der beginnenden Auseinandersetzung mit dem Problem (kontemplativ) zuordnen. Die meisten Fahrer in diesem Stadium hatten sich bereits intensiv mit den Ursachen und Hintergründen des Delikts auseinandergesetzt und räumten die hohe Alkoholverträglichkeit ein, während sich nur wenige bereits mit den persönlichen Trinkmotiven auseinandergesetzt hatten. Versuche der Veränderung des Alkoholgebrauchs hatten aber auch sie noch nicht unternommen.

Etwa ein Fünftel (19,7 %) der alkoholauffälligen Fahrer waren bereits im Stadium der Vorbereitung (präparativ). Sie verfügten in der Regel über ein ausgeprägtes Problembewusstsein und hatten bereits erste Handlungsschritte vorbereitet. Diese Fahrer nahmen das Alkoholdelikt zum Anlass, Veränderungen der Lebensweise und des Trinkverhaltens vorzunehmen oder sich zumindest intensiver mit möglichen Lösungsstrategien auseinanderzusetzen bzw. weitere Informationen über Handlungsalternativen einzuholen.

Die weitere Analyse der Daten der Teilnehmer aus der Region Vorpommern, die das kostenlose Bera-

tungsangebot wahrnahmen (N = 115), zeigte, dass Personen mit ausgeprägtem Problembewusstsein häufiger die Beratung in Anspruch nahmen. Allerdings war das Erreichen des Stadiums der Vorbereitung, welches mit einem hohen Problembewusstsein gleichzusetzen ist, keine zwingende Notwendigkeit für eine Beratungsteilnahme. 76,9 % der Trunkenheitsfahrer mit einem hohen Problembewusstsein nahmen an dem Beratungsgespräch teil. Im Gegensatz dazu entschieden sich nur 41,7 % der Auffälligen mit niedrigem bzw. 33,9 % ohne Problembewusstsein für eine Teilnahme.

Als Motive für die Inanspruchnahme des Beratungsangebots gaben 59,5 % den Wunsch nach umfassender Information an. 20,9 % der Fahrer äußerten ganz allgemein, sie hätten gern ihren Führerschein zurück, und 8,7 % der Personen erwähnten als Motiv „MPU-Vorbereitung“. 7 % kamen in Anbetracht der subjektiven Einsicht in den problematischen Alkoholkonsum und 3,9 % erhofften sich Vorteile im Strafverfahren bzw. kamen auf Empfehlung des Anwalts.

Betrachtet man die Gruppe derer, die eigeninitiativ bereits durch das Infoblatt das Projekt kontaktierten und sich zur Beratung anmeldeten, genauer, zeigt sich, dass sich diese Personen in 64,4 % der Fälle durch ein hohes Problembewusstsein (präparatives Stadium) auszeichnen. Nur 5,6 % dieser Trunkenheitsfahrer waren dem kontemplativen Stadium und 30 % dem präkontemplativen Stadium zuzuordnen.

Ein entgegengesetztes Ergebnis zeigt sich für die Personen, die sich erst nach einer persönlichen Einladung entschlossen, an der Beratung teilzunehmen. 74,1 % waren im präkontemplativen Stadium, 1,9 % im kontemplativen Stadium und 14,1 % im präparativen Stadium. Darüber hinaus wurde ebenfalls deutlich, dass der Prozentsatz der Teilnehmer, die nach der Beratung eine längerfristige Maßnahme in Anspruch nehmen, umso höher wird, je weiter die Personen laut Stadienmodell in der Änderungsbereitschaft vorangeschritten sind. Allerdings lässt sich ebenfalls feststellen, dass ein ausgeprägtes Problembewusstsein keine notwendige und wohl auch keine hinreichende Voraussetzung für die Partizipation an einer dauerhaften Maßnahme zur Förderung der Fahreignung ist. Offensichtlich spielen extrinsische Motive gerade bei der Thematik der Trunkenheitsfahrer (i. d. Regel die schnellstmögliche Wiedererlangung der Fahrerlaubnis) eine wesentliche Rolle bei der Aufnahme einer rehabilitativen Maßnahme.

Durch eine Diskriminanzanalyse (N = 177) wurden die Variablen identifiziert, die Teilnehmer von Nicht-Teilnehmern unterscheiden. Neben der Handlungsplanung ($r = .65$, $p < .001$) war das reduzierte subjektive Empfinden situativer Barrieren ($r = .65$, $p < .001$) eine entscheidende Variable, die die Vorhersage der Inanspruchnahme einer Beratung zuließ. Darüber hinaus erwiesen sich auch die Intention ($r = .58$, $p < .01$), Kompetenzerwartung ($r = .49$, $p < .01$), sozialer Rückhalt ($r = .47$, $p < .05$) und die Ergebniserwartung ($r = .43$, $p < .05$) als signifikante Prädiktoren der Teilnahme. Weniger Einfluss hatten die subjektiv erlebte Bedrohung, gemessen durch den erlebten Schweregrad der Symptome ($r = .34$) und die subjektive Vulnerabilität ($r = .09$). Die Ergebnisse der Diskriminanzanalyse bestätigen die Annahmen des sozial-kognitiven Prozessmodells (Health Action Process Approach, SCHWARZER, 1996). 80,8 % aller Fälle konnten richtig klassifiziert werden.

Bei den Probanden, die angaben, an keiner Beratung oder Maßnahme zur Förderung der Fahreignung teilgenommen zu haben, wurden zusätzlich die Gründe erfragt (N = 162). Auch diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass es den Delinquenten möglicherweise an Problembewusstsein mangelt, denn die Antwort „... weil ich die Strafe entgegengenommen habe und das Thema damit erledigt war“ erreichte den höchsten Durchschnittswert von 2,43 (SD = 1,68) (Skala von 0 = „trifft nicht zu“ bis 4 = „trifft voll zu“). Wichtige Gründe waren auch fehlende Informationen (M = 2,19, SD = 1,71), was wiederum das im oberen Teil beschriebene Ergebnis der Erhöhung der Partizipationsraten durch gezielte Informationen stützt, sowie die Angst vor anfallenden Kosten (M = 2,18, SD = 1,81). Nur eine kleine Rolle spielten Angst (M = 0,78, SD = 1,35) oder fehlender Nutzen (M = 1,12, SD = 1,51). Bei dieser Auswertung fallen die hohen Standardabweichungen im Antwortverhalten auf.

Eine Analyse der Häufigkeiten der jeweiligen Skalenwerte offenbart die Antworttendenz zu Extremwerten, d. h. entweder Ablehnung oder Zustimmung der aufgeführten Gründe der Nicht-Inanspruchnahme. Die Korrelationen der Skalenwerte sind zwar teilweise hoch signifikant ($p = .01$). Die Korrelationskoeffizienten bewegen sich allerdings nur zwischen $r = .18$ und $r = .45$, sodass keine offensichtlichen Antwortcluster zu finden sind. Eine Faktorenanalyse nach der Varimax-Rotationsmethode offenbart jedoch zwei Faktoren, die 49,9 % der Gesamtvarianz aufklären. Auch diese bestätig-

te erneut die Annahmen des sozial-kognitiven Prozessmodells (SCHWARZER, 1996). Der erste Faktor (29 % Varianzaufklärung) beschreibt Aspekte des volitionalen Prozesses, der den Übergang von der Intention zum tatsächlichen Verhalten beschreibt. Diese betreffen zum einen die persönlichen Ressourcen der Fahrer, wie Angst vor der Aufnahme einer Beratung (.74) und mangelnde finanzielle Ressourcen (.65). Zum anderen stellen sie situative Umstände oder Barrieren, wie fehlende Information über Maßnahmen (.57) und räumliche Distanz zum Anbieter (.57), dar. Der zweite Faktor, der 20,9 % der Varianz aufklärt, scheint in erster Linie motivationale Aspekte, wie mangelndes Problembewusstsein (.76), Sinnlosigkeit (.75) und fehlender Nutzen (.75), die bei der Intentionsbildung eine ausschlaggebende Rolle spielen, widerzuspiegeln.

Schlussfolgerungen

Aus den vorliegenden Untersuchungsergebnissen ergeben sich aus dem Greifswalder Modell folgende Charakteristika für eine optimale Strategie zur Erhöhung der Teilnahmeraten im Bereich von frühzeitig einsetzenden Rehabilitationsmaßnahmen für Trunkenheitsfahrer:

- 1) Eine pro-aktive Kontaktierung der alkoholauffälligen Fahrer, um eine frühzeitige Aktivierung der Personengruppe zu erreichen. Hierzu gehört die Nutzung aller Informationskanäle, um eine frühzeitige Informationsbereitstellung für alle Trunkenheitsfahrer zu gewährleisten.
- 2) Ein frühzeitiges Beratungsangebot, dass zur Inanspruchnahme auffordert. Förderlich für die Inanspruchnahme wirkt sich der Abbau situativer Barrieren aus. Optimal wäre ein kostenneutrales Angebot in der näheren Umgebung des Betroffenen.
- 3) Eine konkrete und verbindliche Einladung zu einem Beratungsgespräch gewährleistet eine hohe Teilnahmequote.
- 4) Das Setzen von Anreizen für eine langfristige Teilnahme. Die Vorteile der Aufnahme einer Intervention oder Schulungsmaßnahme sollten dem Delinquenten stets transparent gemacht werden. Dazu gehören einerseits extrinsische Motive, wie der frühe Rückhalt der Fahrerlaubnis durch die Möglichkeiten des § 69a Abs. 7 StGB oder die Vorbereitung auf eine anstehende Begutachtung. Auch die Vorteile für die

Gesundheit durch die Reduktion des Konsums sollten als intrinsische Motive stets erwähnt werden.

- 5) Eine valide und ökonomische Diagnostik innerhalb des Beratungsgesprächs, um den optimalen Rehabilitationsverlauf zu planen. Auf der Basis der Diagnose kann die individuell angemessene Intervention für den Betroffenen ausgewählt werden.
- 6) Die Zuführung zum Gesundheitssystem sollte den persönlichen Ressourcen des Fahrers entsprechen. Nicht nur die Schwere der Alkoholproblematik sollte hier Beachtung finden. Notwendig ist, auch die finanziellen Möglichkeiten des Täters mit einzubeziehen. Bestenfalls wird der Kontakt zur Interventionsstelle noch in der Beratung hergestellt. Andernfalls ist die konkrete Planung der nächsten Handlungsschritte mit dem auffällig gewordenen Kraftfahrer unbedingt erforderlich.

Im Folgenden werden Vorschläge dargestellt, wie die erzielten Forschungsergebnisse in ein optimiertes Modell der Kraftfahrerrehabilitation in Deutschland integriert werden können.

4.2 Vorschläge zur Optimierung der Kraftfahrerrehabilitation in Deutschland

Vorschläge zur strukturellen Verbesserung des Informationssystems

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass ein wesentlicher Hinderungsgrund beim Einstieg in das Rehabilitationssystem in Deutschland offensichtlich fehlende bzw. unvollständige Informationen über Beratungsanbieter und Vorteile von Beratungen sind. Im Falle einer Informationsübermittlung erfolgt diese viel zu spät. In der Regel erhält der Täter erste Informationen zur Rehabilitation mit den Hinweisen zur Neuerteilung der Fahrerlaubnis durch die Führerscheinstelle, d. h. zwischen 5 und 9 Monate nach der Tat. In vielen Fällen werden die Informationen erst auf Nachfrage bereitgestellt, in einigen Fällen noch nicht einmal dann (s. auch GLITSCH, KLIPP, BORNEWASSER & DÜNKEL, 2005). Ein optimaler Rehabilitationsverlauf sollte durch eine frühzeitige Beratung aller alkoholauffälligen Kraftfahrer pro-aktiv eingeleitet werden, denn über 80 % der Beratungsteilnehmer nehmen auch an einer langfristigen Rehabilitationsmaßnahme

teil. Möchte man mehr Personen zur frühzeitigen Aufnahme von Beratungen animieren, sollte eine umfassende, gezielte Information erfolgen. Bereits der Erstkontakt sollte pro-aktiv gestaltet werden.

Dieser Aspekt wird derzeit verstärkt international diskutiert. MARQUES & VOAS (2005) schlagen dringend eine Verbesserung der Strukturen und Verbindungen zwischen den Vollzugsbehörden und den öffentlichen Behandlungseinrichtungen bzw. Anbietern von Schulungsmaßnahmen vor, um eine dauerhafte Verhaltensänderungen durch Interventionen bei den Tätern zu fördern. Dementsprechend wurde auf der Basis einer Schnittstellenanalyse ermittelt, welcher Schriftverkehr und welche potenziellen Informationsverläufe zwischen Straßenverkehrsdelinquenten und den beteiligten Institutionen in Deutschland existieren:

- 1) Der erste Kontakt findet bereits zwei bis vier Wochen nach der Alkoholfahrt statt und kann als potenzieller Informationskanal dienen. Die Polizei, d. h. Kriminalkommissariat/Ermittlungsdienst, kontaktiert den Täter durch die Versendung des Schreibens zur Anhörung bzw. bei der mündlichen Anhörung gem. §§ 163, 163a StPO. Bereits hier sollte eine Information des Täters erfolgen.
- 2) Nach zwei bis sechs Monaten erfolgt ein Kontakt durch das Gericht bzw. die Staatsanwaltschaft mit der Übersendung des Strafbefehls oder Urteils. Auch hier können mit geringem Mehraufwand Informationen über Beratungsanbieter und auch Möglichkeiten der Sperrfristverkürzung bereitgestellt werden.
- 3) Ca. fünf bis neun Monate nach der Tat informiert die Führerscheinstelle über Hinweise zur Neuerteilung der Fahrerlaubnis. Ohne großen Aufwand wäre es möglich, erneut dem Täter Informationen über Beratungsangebote mitzuteilen und auf eine eventuell anstehende Begutachtung hinzuweisen.
- 4) Ein meist persönlicher Kontakt zwischen Delinquent und Führerscheinstelle besteht spätestens bei der Antragstellung der Neuerteilung der Fahrerlaubnis nach neun bis zwölf Monaten. Spätestens zu diesem Zeitpunkt wäre die umfassende Information zu Beratungsangeboten unbedingt sicherzustellen.

Möglicherweise erschweren derzeit noch die fehlenden Informationen über seriöse Beratungsangebote (bzw. Schwierigkeiten bei der Unterscheidung

zwischen seriösen und unseriösen Anbietern) die Umsetzung der Empfehlungen.

Gestaltung des Rehabilitationsprozesses

Perspektivisch könnte das pro-aktive Vorgehen des Greifswalder Modells auf ganz Deutschland übertragen werden und das derzeit bestehende Systems der Fahreignungsbegutachtung ergänzen.

Die Ergebnisse der Untersuchung des Greifswalder Modells machen deutlich, dass einem Großteil der Trunkenheitsfahrer ein angemessenes Problembewusstsein fehlt. Nur wenige der alkoholauffälligen Fahrer initiieren von sich aus eine Änderung des Trinkverhaltens. Die Alkoholauffälligkeit wird in den meisten Fällen nicht als Symptom für den eigenen missbräuchlichen Umgang mit Alkohol erkannt und bedeutet in der Regel die Aufrechterhaltung der Konsumgewohnheiten. Das mangelhafte Wissen über das Problemverhalten sowie die Bagatellisierung des Trinkverhaltens könnten Ursachen für die hohen Rückfallraten bestimmter Gruppen der Trunkenheitsfahrer sein, da die Höhe des wöchentlichen Alkoholkonsums als stärkster Prädiktor für eine alkoholisierte Verkehrsteilnahme gilt (CLAPP, SHILLINGTON, VOAS & LANGE, 2003; GLITSCH, 2003). In vielen Fällen erfolgt erst nach negativ verlaufender Begutachtung der Fahreignung eine Auseinandersetzung mit dem Konsumverhalten, wobei das negative Ergebnis der Begutachtung häufig zunächst auf Unverständnis bei den Betroffenen stößt. Dieses Unverständnis verstärkt sich nicht zuletzt auch deswegen, weil bis zu einer erneuten Begutachtung mindestens sechs Monate vergehen müssen, damit die Änderung des Trinkverhaltens als stabil nachvollzogen werden kann. So vergehen oft Jahre, bis der Delinquent seine Mobilität wiedererlangt. Darüber hinaus sind damit hohe Kosten verbunden. Gleichzeitig kann dies zu einer Verschärfung individueller Problemlagen führen. Schlimmstenfalls mündet es in vermehrtem Alkoholkonsum oder einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für sekundäre Delinquenz (z. B. Fahren ohne Fahrerlaubnis).

Ein kostenloses Beratungsangebot empfiehlt sich vor allem bei Straftaten unter Alkoholeinfluss im Straßenverkehr. Innerhalb des Beratungsgesprächs könnte eine ökonomische Kurzdiagnostik durchgeführt werden. International haben sich sowohl bei der Untersuchung der Normalbevölkerung in allgemeinärztlichen Praxen (WILLENBRING, 2005; BARBOR, 2005; RIST, 2005) als auch spe-

ziell bei der Diagnostik von alkoholfahrenden (MARQUES & VOAS, 2005; BJERRE, 2005) als standardisierte Screening-Verfahren das AUDIT (SAUNDERS et al., 1993; BOHN et al., 1995) und der CAGE (MAYFIELD, McLEOD & HALL, 1974) bewährt. Das AUDIT (Alcohol Use Identification Test) wurde von der WHO entwickelt, um möglichst schnell und einfach ein schädliches Konsumverhalten aufzudecken und die Diagnosestellung zu vereinfachen. Noch einfacher und ökonomischer in der Anwendung ist der CAGE (MAYFIELD et al., 1974). Beide Instrumente haben sich als reliabel und valide zur Identifikation des Alkoholmissbrauchs erwiesen (HAYS, MERZ & NICHOLAS, 1995). Die schnelle Auswertung vereinfacht die Diagnostik und verkürzt die Beratungszeit.

Eine direkte Konfrontation des Delinquenten mit objektiven Daten (Höhe des BAK, Ergebnisse der Screeningdiagnostik, Leberwerte, wenn bereits vorhanden) im Sinne des Motivational Interviewing (MILLER & ROLLNICK, 1991, 2002) könnte durch die Anwendung des Check-ups des Greifswalder Modells unterstützt werden. Neben der Diagnostik steht die gezielte Beratung im Vordergrund. Das Check-up hat sich im Greifswalder Modell als gutes Hilfsmittel zur Initiierung einer Änderungsmotivation bewährt.

Am Ende der Beratung sollte die Auswahl einer individuell angemessenen Intervention bzw. die Vermittlung an entsprechende Maßnahmeträger, Beratungsstellen oder andere klinische Einrichtungen stehen. Die Kommunikation möglicher Vorteile einer Maßnahme (strafrechtlich, gesundheitlich, mobilitätsfördernd) stärkt die Motivation zur Fortsetzung der empfohlenen Intervention des Betroffenen.

Mobilität und Gesundheit sind für die soziale Integration von Menschen in modernen Industriegesellschaften von besonderer Bedeutung. Mobilitätsverlust und gesundheitliche Beeinträchtigungen z. B. infolge riskanten Suchtmittelgebrauchs haben für viele Personen den Verlust des Arbeitsplatzes, eine Verschärfung individueller Problemlagen und eine zunehmende Ausgrenzung aus den gesellschaftlichen Stütz- und Haltesystemen zur Folge. Gut die Hälfte einer für die Trunkenheitsfahrer in Vorpommern repräsentativen Stichprobe hat infolge ihres Führerscheinverlustes auch ihren Arbeitsplatz verloren (GLITSCH et al., 2001). Dies ist ein Hinweis darauf, dass der Führerscheinverlust durch den öffentlichen Personennahverkehr in einem Flächen-

land wie Mecklenburg-Vorpommern kaum kompensiert werden kann.

Dem entgegen wirkend kann als innovative Strategie und zur Unterstützung des Rehabilitationsverlaufs die Möglichkeit eines zusätzlichen Alkohol-Interlock-Programms mit dem betroffenen Kraftfahrer erörtert, und die Voraussetzungen zur Teilnahme überprüft werden. Durch solch ein Programm wird die Mobilität von Straßenverkehrsdelinquenten früher wiederhergestellt. Damit werden die sozial desintegrativen Wirkungen der Maßregel des § 69 StGB reduziert. Ferner wird durch die Verbindung von Beratungs- und Rehabilitationsmaßnahmen mit technischen Kontrollen wie dem Interlock der spezialpräventive Aspekt der Maßregel der Besserung und Sicherung gestärkt. Dieses spezifische Maßnahmenbündel zielt insbesondere auf Problemfälle ab, die einer intensiven Rehabilitation (Besserungsfunktion) und zugleich einer hohen Kontrolle (Sicherungsfunktion) bedürfen.

Literatur

- BABOR, T. (2005): Alcohol screening, brief intervention and referral to treatment (SBIRT): Translational research par excellence or poetry that is lost in translation? Vortrag auf der 2nd Conference of INEBRIA, Münster. Verfügbar unter: http://www.inebria.net/Du14/html/en/dir1338/dd10592/thomas_babor.pdf
- BAKER, E. A. (1987): In-Car Alcohol Breath Analyzers – A Pilot Study. College Park, Maryland: Safety Education Centre, University of Maryland
- BARTL, G. (2005): Verkehrstherapeutische Maßnahmen zur Wiederherstellung der Kraftfahreignung in Europa – the state of the art. Vortrag auf dem PRO-GRESS XIII – Europäisierung der Verkehrstherapie, Düsseldorf
- BARTL, G., ASSAILLY, J. P., CHATENET, F., HATAKKA, M., KESKINEN, E. & WILLMESLENZ, G. (2002): EU-Project „Andrea“. Analysis of Driver Rehabilitation Programmes. Wien: Kuratorium für Verkehrssicherheit KfV
- BECK, K., RAUCH, W., BAKER, E. & WILLIAMS, A. (1999): Effects of ignition interlock license restrictions on drivers with multiple alcohol offenses: A random trial in Maryland. American Journal of Public Health, 89, S. 1696-1700

- BEIRNESS, D. J. (2001): Best practices for alcohol interlock programs. Traffic Injury Research Foundation, Ottawa, Ontario/Canada. Verfügbar unter: http://www.trafficingjuryresearch.com/publications/PDF_publications/BestPracticesReport.pdf
- BEIRNESS, D. J. (2005): Interlock Programs in Canada. Alcohol Ignition Interlock Devices, vol. II: Research, Policy, and Program Status 2005, S. 105-115
- BEIRNESS, D. J. & MARQUES, P. R. (2004): Alcohol Ignition Interlock Programs. Traffic Injury Prevention, 5, S. 299-308
- BEIRNESS, D. J., MARQUES, P. M., VOAS, R. B. & TIPPETTS, A. S. (2000): The impact of mandated versus voluntary participation in the Alberta ignition interlock program. In: H. LAURELL & F. SCHLYTER (Hrsg.): Proceedings of the 15th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Stockholm, Schweden
- BEIRNESS, D., MAYHEW, D. R. & SIMPSON, H. M. (1994): Dealing with DWI offenders in Canada – An inventory of procedures and programs. Final Report, July, 1994
- BJERRE, B. (2003): An evaluation of the Swedish Interlock Program. Traffic Injury Prevention, 4, S. 98-104
- BJERRE, B. (2005): Primary and secondary prevention of drinking and driving by the use of alcohol device and program: The Swedish experience. Alcohol Ignition Interlock Devices, vol. II: Research, Policy, and Program Status 2005, S. 11-24
- BJERRE, B. (2006): Primary and secondary prevention of drink-driving by the use of alcohol device and program: The Swedish experience. In: R. D. ROBERTSON, W. G. M. VANLAAR & D. J. BEIRNESS (Hrsg.): Alcohol Interlock Programs: A Global Perspective. Proceedings of the Sixth International Symposium on Alcohol Ignition Interlock Programs. Annecy, France. Verfügbar unter: http://www.trafficingjuryresearch.com/interlock/documents/Summary_of_Papers_from_6th_Interlock_Symposium.pdf
- BJERVER, T. (2006): Evaluation of Interlock Devices. In: R. D. ROBERTSON, W. G. M. VANLAAR & D. J. BEIRNESS (Hrsg.): Alcohol Interlock Programs: A Global Perspective. Proceedings of the Sixth International Symposium on Alcohol Ignition Interlock Programs. Annecy, France. Verfügbar unter: http://www.trafficingjuryresearch.com/interlock/documents/Summary_of_Papers_from_6th_International_Symposium.pdf
- BOHN, M. J., BABOR, T. F. & KRANZLER, H. R. (1995): Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. Journal of Studies on Alcohol, 56, S. 423-432
- BORNEWASSER, M. & GLITSCH, E. (2000): Analyzing the decision making process of drunk drivers before driving. In: H. LAURELL & F. SCHLYTER (Hrsg.): Proceedings of the 15th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Stockholm, Schweden
- CLAPP, J. D., SHILLINGTON, A. M., VOAS, R. B. & LANGE, J. E. (2003): Correlation between modes of drinking and modes of driving as reported by students at two American universities. Accident Analysis & Prevention, 35, S. 161-166
- COBEN, J. H. & LARKIN, G. L. (1999): Effectiveness of ignition interlock devices in reducing drunk driving recidivism. American Journal of Preventive Medicine, 16, S. 81-87
- COXON, C. G. M. & EARL, R. W. (1998): Riverland Alcohol Ignition Interlock Trial (Safety Strategy Report Series 6/98). South Australia: Transport SA
- DEMMELE, R. (2005): Project BRIAN: Training of general practitioners, implementation, and treatment fidelity. Vortrag auf der 2nd Conference of INEBRIA, Münster. Verfügbar unter: http://www.inebria.net/Du14/html/en/dir1338/dd10592/ralf_demmel.pdf
- DORFER, M. (2005): Verkehrstherapeutische Maßnahmen zur Wiederherstellung der Kraftfahreignung in Europa – the state of the art. Vortrag auf dem PRO-GRESS XIII – Europäisierung der Verkehrstherapie, Düsseldorf
- DÜNKEL, F. & GLITSCH, E. (2000): Drunk Driving: The role of alcohol consumption, situational aspects and general deterrence. In: H. LAURELL & F. SCHLYTER (Hrsg.): Proceedings of the 15th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Stockholm, Schweden

- DÜNKELE, F., GLITSCH, E., BORNEWASSER, M. & GENG, B. (2001): Alkohol im Straßenverkehr: Ursachenforschung und Interventionsansätze in Mecklenburg-Vorpommern. *Neue Kriminalpolitik*, 13, S. 32-37
- ELLIOTT, D. S. & MORSE, B. J. (1993): In-vehicle BAC test devices as a deterrent to DUI. Washington, DC: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), Final Report
- EMT Group (1990): Evaluation of the California Ignition Interlock Pilot Program for DUI Offenders. Final Report. Sacramento, CA: EMT Group
- EVERS, C. (2003): Zur Realisierbarkeit einer Einführung atemalkoholsensitiver Zündsperrern für alkoholauffällige Fahrer in Europa – Ergebnisse des EU-Projekts ALCOLOCKS. *Blutalkohol*, 40, S. 20-36
- GLITSCH, E. (2003): Alkoholkonsum und Straßenverkehrsdelinquenz. Eine Anwendung der Theorie des geplanten Verhaltens auf das Problem des Fahrens unter Alkohol unter besonderer Berücksichtigung des Einflusses von verminderter Selbstkontrolle. Godesberg: Forum
- GLITSCH, E., BORNEWASSER, M. & DÜNKELE, F. (2000): Trunkenheitsfahrten unter Berücksichtigung hemmender und bahnender Handlungsmotive. In: R. EGG & C. GEISLER (Hrsg.): Alkohol, Strafrecht und Kriminalität. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle
- GLITSCH, E., BORNEWASSER, M., DÜNKELE, F., GENG, B., LIGNITZ, E. & PHILIPP, K. P. (2000): Alcohol and Traffic Delinquency: Psychological and criminological aspects of prevention and rehabilitation in Western Pomerania. In: H. LAURELL & F. SCHLYTER (Hrsg.): Proceedings of the 15th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Stockholm, Schweden
- GLITSCH, E., BORNEWASSER, M., DÜNKELE, F. & KLIPP, S. (2004): The impact of information and counselling on the motivation to participate in rehabilitative programs. In: S. OLIVER, P. WILLIAMS, A. CLAYTON (Hrsg.): Proceedings of the 17th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Glasgow, Scotland, UK
- GLITSCH, E., BORNEWASSER, M., PHILIPP, K. P., DÜNKELE, F. & LIGNITZ, E. (2001): Subjektive und objektive Alkoholmarker beim Screening eines riskanten Umgangs mit Alkohol – Ein alternativer Zugang zu Risikopopulationen im Rahmen von Gesundheitsstörungen durch Alkohol. *Blutalkohol*, 38, S. 131-154
- GLITSCH, E., KLIPP, S., BORNEWASSER, M. & DÜNKELE, F. (2004): Beratung mit Prämie und Anreiz zur Verhaltensänderung – Ein innovatives Konzept zur frühzeitigen Wiederherstellung der Fahreignung und Rückfallvermeidung. *Blutalkohol*, 41, S. 401-421
- GLITSCH, E., KLIPP, S., BORNEWASSER, M. & DÜNKELE, F. (2005): Gesundheitsförderung von Trunkenheitsfahrern – eine prozessanalytische Betrachtung [Health Promotion of Drunk Drivers – An Analysis of Processes]. *Blutalkohol*, 42, S. 329-339.
- HANDS, M. (2005): An integrated alcohol interlock scheme for Western Australia. *Alcohol Ignition Interlock Devices*, vol. II: Research, Policy, and Program Status 2005, S. 116-127
- HANDS, M. (2006): From research to practice: trials, tribulations and a few reality checks. In: R. D. ROBERTSON, W. G. M. VANLAAR & D. J. BEIRNESS (Hrsg.): Alcohol Interlock Programs: A Global Perspective. Proceedings of the Sixth International Symposium on Alcohol Ignition Interlock Programs. Annecy, France. Verfügbar unter: http://www.trafficinjuryresearch.com/interlock/documents/Summary_of_Papers_from_6th_Interlock_Symposium.pdf
- HAYS, R. D., MERZ, J. F. & NICHOLAS, R. (1995): Response burden, reliability, and validity of the CAGE, Short MAST, and AUDIT alcohol screening measures. *Behavior Research Methods Instruments Computers*, 27, S. 277-280
- Health Canada (2004): Best Practices – Treatment and Rehabilitation for Driving While Impaired Offenders. Verfügbar unter: http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-sc/pubs/drugsdrogues/bp_treatment-mp_traitement/treat-traitement_e.html
- HEATHER, N., CASSIDY, P., GIRVAN, M. & KANER, E. (2005): Findings from the Tyne & Wear Health Action Zone SBI Pilot Implementation Project. Vortrag auf der 2nd Conference of INEBRIA, Münster. Verfügbar unter: http://www.inebria.net/Du14/html/en/dir1338/dd10592/nick_heather.pdf

- HIMMELREICH, K. & JANKER, H. (1999): MPU-Begutachtung. Mit geändertem StVG und der neuen Fahrerlaubnis-VO. Ein juristischer Leitfaden zur psychologischen Beurteilung der Fahreignung, 2., neu bearb. Aufl. 1999. Werner, Düsseldorf
- HILLMANN, F. R. (2005): Praxis des Fahrerlaubnisentzugs in anderen europäischen Ländern. Vortrag auf dem PRO-GRESS XIII – Europäisierung der Verkehrstherapie, Düsseldorf
- JACOBESHAGEN, W. (2001): Die Wirksamkeit des Modells BUSS – Beratung und Schulung in der Sperrfrist – bei alkoholauffälligen Kraftfahrern. Blutalkohol, 38, S. 233-266
- JONES, B. (1993): The effectiveness of Oregon's ignition interlock program. In: H. D. UTZELMANN, G. BERGHAUS & G. KROJ (Hrsg.): Alcohol, Drugs and Traffic Safety – T92. Proceedings of the 12th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety. Köln: Verlag TÜV Rheinland.
- KLIPP, S. (2006a): Are there Ways to Establish Interlock Programs in Germany? In: R. D. ROBERTSON, W. G. M. VANLAAR & D. J. BEIRNESS (Hrsg.): Alcohol Interlock Programs: A Global Perspective. Proceedings of the Sixth International Symposium on Alcohol Ignition Interlock Programs. Annecy, France. Verfügbar unter: http://www.trafficinjuryresearch.com/interlock/documents/Summary_of_Papers_from_6th_Interlock_Symposium.pdf
- KLIPP, S. (2006b): Primär- und sekundärpräventive Initiativen gegen Trunkenheitsfahrer – eine Übersicht über die weltweiten Interlockprogramme. [Initiatives for primary and secondary prevention of Drunk Driving – a summary of interlockprograms throughout the world]. Blutalkohol, 43, S. 175-191
- KLIPP, S., GLITSCH, E. & BORNEWASSER, M. (2005a): Von der Trunkenheitsfahrt zur Gesundheitsprävention: Der Einfluss frühzeitiger Information und Beratung alkoholauffälliger Kraftfahrer auf die Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen. Kongressbericht 2005 der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin e. V. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit, Heft 171, S. 281-286
- KLIPP, S., GLITSCH, E. & BORNEWASSER, M. (2005b): Von der Trunkenheitsfahrt zur Gesundheitsprävention: Eine Analyse des Problembewusstseins alkoholauffälliger Kraftfahrer. Kongressbericht 2005 der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin e. V. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit, Heft 171, S. 286-289
- KLIPP, S., GLITSCH, E., BORNEWASSER, M. & DÜNKEL, F. (2005a): Bestimmungsfaktoren der frühzeitigen Teilnahme alkoholauffälliger Kraftfahrer an Interventionsmaßnahmen [Determinants of Early Participation in Drunk Driving Rehabilitation]. Blutalkohol, 42, S. 285-302
- KLIPP, S., GLITSCH, E. & BORNEWASSER, M. & DÜNKEL, F. (2005b): Translating alcohol delinquency into health management (Abstract). Sucht, 51, S. 167-168
- KORAN, M. & REHNOVA, V. (2006): The legislation and enforcement system in traffic safety and the role of medical and psychological expertise in the Czech Republic. Vortrag auf dem 1st International Traffic Expert Congress „Fit to Drive“, Berlin. Verfügbar unter: http://www.fit-to-drive.com/downloads/Koran_Rehnova.pdf
- KRÜGER, H. P. (Hrsg.) (1995): Das Unfallrisiko unter Alkohol. Analyse – Konsequenzen – Maßnahmen. Stuttgart: Fischer
- LAGOIS J. (2005): Alkohol-Interlocks: Technik, Einbau und Eigenschaften. Blutalkohol, 42, Supplement I, S. 4-7
- LAGOIS J. & SOHÈGE J. (2003): Interlock – ein Beitrag zur Erhöhung der Sicherheit im Straßenverkehr [Interlock – a contribution to increasing road safety.] Blutalkohol, 40, S. 199-207
- LOHKAMP, L. (2003): Gibt es rechtliche Möglichkeiten für den Einsatz von Interlock-Geräten in Deutschland? [Are there legal prospects for the use of interlock equipment in Germany?] Blutalkohol, 40, S. 208-219
- MÄNTTÄRI, J. (2006): Interlocks in Finland. In: R. D. ROBERTSON, W. G. M. VANLAAR & D. J. BEIRNESS (Hrsg.): Alcohol Interlock Programs: A Global Perspective. Proceedings of the Sixth International Symposium on Alcohol Ignition Interlock Programs. Annecy, France. Verfügbar unter: http://www.trafficinjuryresearch.com/interlock/documents/Summary_of_Papers_from_6th_Interlock_Symposium.pdf

- MARQUES, P. R., BJERRE, B., DUSSAULT, C., VOAS, R. B., BEIRNESS, D. J., MARPLES, I. R. & RAUCH, W. R. (2001): Alcohol Ignition Interlock Devices, vol. I: Position Paper. Oosterhout: Niederlande
- MARQUES, P. R., TIPPETTS, A. S., VOAS, R. B., DANSECO, E. R. & BEIRNESS, D. J. (2000): Support services provided during interlock usage and post-interlock repeat DUI: Outcome and processes. In: H. LAURELL & F. SCHLYTER (Hrsg.): Proceedings of the 15th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Stockholm, Schweden
- MARQUES, P. R. & VOAS, R. B. (2005): Interlock BAC tests, alcohol biomarkers, and motivational interviewing: Methods for detecting and changing high-risk offenders. Alcohol Ignition Interlock Devices, vol. II: Research, Policy, and Program Status 2005, S. 25-41
- MARQUES, P. R., VOAS, R. B. & TAYLOR, E. (1995): Health and social service coordination adjuncts to the Alberta alcohol ignition interlock program: Research in progress. In: C. N. KLOEDEN & A. J. McLEAN (Hrsg.): Proceedings of the 13th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety. Adelaide, Australia: NHMRC Road Accident Research Unit
- MARQUES, P. R., VOAS, R. B. & TIMKEN, D. S. (2004): Preliminary outcomes from a Texas manual-based group motivational intervention supplement for court-stipulated interlock DUI offenders. In: S. OLIVER, P. WILLIAMS & A. CLAYTON (Hrsg.): Proceedings of the 17th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Glasgow, Schottland, UK
- MARQUES, P. R., VOAS, R. B., TIPPETTS, A. S., BEIRNESS, D. J. (1999): Behavioral monitoring of DUI offenders with the ignition interlock recorder. *Addiction*, 94, S. 1861-1870
- MAYFIELD, D., McLEOD, G. & HALL, P. (1974): The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, S. 1121-1123
- McCAMBRIDGE, J. & STRANG, J. (2003): The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: Results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*, 99, S. 39-52
- McCARTT, A. T., GEARY, L. L. & NISSEN, W. J. (2002): Observational study of the extent of driving while suspended for alcohol-impaired driving. Springfield: National Technical Information Service (NTIS). Verfügbar unter: www.nhtsa.dot.gov/people/injury/research/observation_study
- MERCIER-GUYON, C., MALLARET, M. & DROUET, P. (2006): Experimentation of interlock devices in a selected population of drivers involved for DUI in France. In: R. D. ROBERTSON, W. G. M. VANLAAR & D. J. BEIRNESS (Hrsg.): Alcohol Interlock Programs: A Global Perspective. Proceedings of the Sixth International Symposium on Alcohol Ignition Interlock Programs. Annecy, France. Verfügbar unter: http://www.trafficinjuryresearch.com/interlock/documents/Summary_of_Papers_from_6th_Interlock_Symposium.pdf
- MILLER, W. R. & ROLLNICK, S. (1991): *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*, New York: Guilford Press
- MILLER, W. R. & ROLLNICK, S. (2002): *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, 2nd edition, New York: Guilford Press
- MILLER, W. R., ZWEBEN, A., DICLEMENTE, C.C. & RYCHTARIK, R. G. (1992): *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
- MORSE, B. J. & ELLIOTT, D. S. (1990): *Hamilton County Drinking and Driving Study: 30 Months Report*. Boulder, Colorado: University of Colorado
- MORSE, B. J. & ELLIOTT, D. S. (1992): Effects of ignition interlock devices on DUI recidivism: Findings from a longitudinal study in Hamilton County, Ohio. *Crime & Delinquency*, 38, S. 131-157
- National Highway Traffic Safety Administration (2005): *Traffic Safety Facts – Laws*. Verfügbar unter: <http://www.nhtsa.dot.gov/staticfiles/DOT/NHTSA/Traffic%20Injury%20Control/Articles/Associated%20Files/AdminisLicenseRev2005.pdf>

- NOCHAJSKI, T. H. & MILLER, B. A. (1995): Training manual for the Research Institute on Addictions Self Inventory (RIASI). Buffalo, NY: Research Institute on Addictions
- PLANK, R. (2005): Europäische Trends und Konzepte in der Verkehrspolitik. Vortrag auf dem PRO-GRESS XIII – Europäisierung der Verkehrstherapie, Düsseldorf
- POPKIN, C. L., STEWARD, J. R., BECKMEYER, C. & MARTELL, C. (1993): An evaluation of the effectiveness of interlock systems in preventing DWI recidivism among second-time DWI offenders. In: H. D. UTZELMANN, G. BERGHAUS & G. KROJ (Hrsg.): Alcohol, Drugs and Traffic Safety – T92. Proceedings of the 12th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety. Köln: Verlag TÜV Rheinland
- PROCHASKA, J. O. & DICLEMENTE, C. C. (1984): The Trans-theoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy. Homewood, IL: Dow Jones Irwin
- RIEDMEYER, O. (2002): Anreiz zur Nachschulung durch ihre Berücksichtigung bei verkehrsstrafrechtlichen Sanktionen. *Blutalkohol*, 39, S. 208-214
- RIST, F. (2005): Conjoint screening and intervention for alcohol misuse and smoking in primary health care. Vortrag auf der 2nd Conference of INEBRIA, Münster
- ROSS, H. L. & GONZALES, P. (1988): Effects of license revocations on drunk-driving offenders. *Accident Analysis and Prevention*, 20, S. 379-391
- RUMPF, H. J. (2005): Is there an increased readiness to change drinking in patients visiting a general practitioner? Vortrag auf der 2nd Conference of INEBRIA, Münster. Verfügbar unter: http://www.inebria.net/Du14/html/en/dir1338/dd10592/h_j_rumpf.pdf
- SAUNDERS, J. Z. B., AASLAND, O. G., BABOR, T. F., De LA FUENTE, J. R. & GRANT, M. (1993): Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption II. *Addiction*, 88, S. 791-804
- SCHÖCH, H. (2005): Juristische Aspekte atemalkoholsensitiver Zündsperrren [Legal aspects of breath alcohol sensitive ignition interlock devices]. *Blutalkohol*, 42, Supplement I, S. 20-24
- SCHONFELD, C. C., SHEEHAN, M. C., PALK, G. R. M. & STEINHARDT, D. A. (2005): The use of alcohol ignition interlocks in Australia. *Alcohol Ignition Interlock Devices*, vol. II: Research, Policy, and Program Status 2005, S. 128-137
- SCHWARZER, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe
- STEPHAN, E., BEDACHT, M., HAFFNER, H.-T., BRENNER-HARTMANN, J., EISENMENGER, W. & SCHUBERT, W. (2005): Kommentar zu Kapitel 3.11. Alkohol, 3.11.1. Missbrauch. In: W. SCHUBERT, W. SCHNEIDER, W. EISENMENGER & E. STEPHAN (Hrsg.): *Begutachtungs-Leitlinien zur Krafffahrereignung – Kommentar*. Bonn: Kirschbaum Verlag
- SWEEDLER, B. M. (2002): Worldwide declines in drinking and driving: Has progress continued? In: D. R. MAYHEW & C. DUSSAULT (Hrsg.): *Proceedings of the 16th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety*, Montreal, Kanada. S. 957-961
- SWEEDLER, B. M., BIECHELER, M. B., LAURELL, H., KROJ, G., LERNER, M., MATHJESSEN, M. P. M., MAYHEW, D. & TUNBRIDGE, R. J. (2004): Worldwide trends in alcohol and drug impaired driving. *Traffic Injury Prevention*, 5, S.175-184
- TIPPETTS, A. S. & MARQUES, P. R. (1997): The effectiveness of the West Virginia Interlock Program on second drunk-driving offenders. In: C. MERCIER-GUYON (Hrsg.): *Proceedings of the 14th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety*, Annecy, Frankreich. S. 185-192
- TIPPETTS, A. S. & VOAS, R. B. (1997): The effectiveness of the West Virginia interlock program on second drunk-driving offenders. In: C. MERCIER-GUYON (Hrsg.): *Proceedings of the 14th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety*, Annecy, France
- TIRF (2005): *International Inventory of Interlock Programs*. Verfügbar unter: <http://www.trafficinjuryresearch.com/interlock/interlock.cfm>
- VISSERS, J. (2005): Verkehrstherapeutische Maßnahmen zur Wiederherstellung der Krafffahrereignung in Europa – the state of the art. Vortrag auf

dem PRO-GRESS XIII – Europäisierung der Verkehrstherapie, Düsseldorf

- VOAS, R. B. (2005): Evidence that interlocks are effective with first offenders. In: R. D. ROBERTSON, W. G. M. VANLAAR & D. J. BEIRNESS (Hrsg.): Alcohol Interlock Programs: A Global Perspective. Proceedings of the Sixth International Symposium on Alcohol Ignition Interlock Programs. Annecy, France. Verfügbar unter: http://www.trafficinjuryresearch.com/interlock/documents/Summary_of_Papers_from_6th_Interlock_Symposium.pdf
- VOAS, R. B., MARQUES, P. R., TIPPETTS, A. S. & BEIRNESS, D. J. (1999): The Alberta Interlock Program: The evaluation of a province-wide program on DUI recidivism. *Addiction*, 94, S. 1849-1859
- VOAS, R. B., MARQUES, P. R., TIPPETTS, A. S. & BEIRNESS, D.J. (2000): Circumventing the alcohol safety interlock: The effect of the availability of a non-interlock vehicle. In: H. LAURELL & F. SCHLYTER (Hrsg.): Proceedings of the 15th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Stockholm, Schweden
- VOAS, R. B., ROTH, R. & MARQUES, P. R. (2005): The Hard Suspension Barrier: Does New Mexico's Interlock Licensing Law solve the problem? *Alcohol Ignition Interlock Devices*, vol. II: Research, Policy, and Program Status 2005, S. 62-73
- WATSON, B. (2003): The road safety implications of unlicensed driving: A survey of unlicensed drivers. Canberra: Australian Transport Safety Bureau
- WEINRATH, M. (1997): The ignition interlock program for drunk drivers: A multivariate test. *Crime & Delinquency*, 43, 42-59
- WILLENBRING, M. L. (2005): The 2005 NIAAA Clinicians Guide: Development & implementation in a continuum of care. Vortrag auf der 2nd Conference of INEBRIA, Münster. Verfügbar unter: http://www.inebria.net/Du14/html/en/dir1338/dd10592/mark_willenbring.pdf
- WILLIAMS, R., HAGEN, R. & McCONNELL, E. (1984): A survey of suspension and revocation effects on the drinking-driver offender. *Accident Analysis & Prevention*, 16, S. 339-350

Schriftenreihe

Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen

Unterreihe „Mensch und Sicherheit“

2002

- M 135: **Nutzung von Inline-Skates im Straßenverkehr**
Alrutz, Gündel, Müller, Brückner, Gnielka, Lerner,
Meyhöfer € 16,00
- M 136: **Verkehrssicherheit von ausländischen Arbeitnehmern
und ihren Familien**
Funk, Wiedemann, Rehm, Wasilewski, Faßmann, Kabakci,
Dorsch, Klapproth, Ringleb, Schmidtpott € 20,00
- M 137: **Schwerpunkte des Unfallgeschehens von Motorradfahrern**
Assing € 15,00
- M 138: **Beteiligung, Verhalten und Sicherheit von Kindern und
Jugendlichen im Straßenverkehr**
Funk, Faßmann, Büschges, Wasilewski, Dorsch, Ehret, Klapproth,
May, Ringleb, Schießl, Wiedemann, Zimmermann € 25,50
- M 139: **Verkehrssicherheitsmaßnahmen für Kinder – Eine Sichtung
der Maßnahmenlandschaft**
Funk, Wiedemann, Büschges, Wasilewski, Klapproth,
Ringleb, Schießl € 17,00
- M 140: **Optimierung von Rettungseinsätzen – Praktische und
ökonomische Konsequenzen**
Schmiedel, Moecke, Behrendt € 33,50
- M 141: **Die Bedeutung des Rettungsdienstes bei Verkehrsunfällen
mit schädel-hirn-traumatisierten Kindern – Eine retrospektive Auswertung
von Notarzteinsetzprotokollen in Bayern**
Brandt, Sefrin € 12,50
- M 142: **Rettungsdienst im Großschadensfall**
Holle, Pohl-Meuthen € 15,50
- M 143: **Zweite Internationale Konferenz „Junge Fahrer und Fahrerinnen“**
€ 22,50
- M 144: **Internationale Erfahrungen mit neuen Ansätzen zur Absenkung
des Unfallrisikos junger Fahrer und Fahranfänger**
Willmes-Lenz € 12,00
- M 145: **Drogen im Straßenverkehr – Fahrsimulationstest, ärztliche
und toxikologische Untersuchung bei Cannabis und Amphetaminen**
Vollrath, Sachs, Babel, Krüger € 15,00
- M 146: **Standards der Geschwindigkeitsüberwachung im Verkehr
– Vergleich polizeilicher und kommunaler Überwachungsmaßnahmen**
Pfeiffer, Wiebusch-Wothge € 14,00
- M 147: **Leistungen des Rettungsdienstes 2000/01 – Zusammenstellung
von Infrastrukturdaten zum Rettungsdienst 2000 und Analyse des Leistungsniveaus
im Rettungsdienst für die Jahre 2000 und 2001**
Schmiedel, Behrendt € 15,00

2003

- M 148: **Moderne Verkehrssicherheitstechnologie – Fahrdaten-
speicher und Junge Fahrer**
Heinzmann, Schade € 13,50
- M 149: **Auswirkungen neuer Informationstechnologien auf das
Fahrverhalten**
Färber, Färber € 16,00
- M 150: **Benzodiazepine: Konzentrationen, Wirkprofile und Fahr-
tätigkeit**
Lutz, Stroheck-Kühner, Aderjan, Mattern € 25,50

- M 151: **Aggressionen im Straßenverkehr**
Maag, Krüger, Breuer, Benmimoun, Neunzig, Ehmanns € 20,00
- M 152: **Kongressbericht 2003 der Deutschen Gesellschaft für Ver-
kehrsmedizin e. V.** € 22,00
- M 153: **Grundlagen streckenbezogener Unfallanalysen auf Bun-
desautobahnen**
Pöppel-Decker, Schepers, Koßmann € 13,00
- M 154: **Begleitetes Fahren ab 17 – Vorschlag zu einem fahrpraxis-
bezogenen Maßnahmenansatz zur Verringerung des Unfallrisikos junger
Fahranfängerinnen und Fahranfänger in Deutschland**
Projektgruppe „Begleitetes Fahren“ € 12,50

2004

- M 155: **Prognosemöglichkeiten zur Wirkung von Verkehrssicher-
heitsmaßnahmen anhand des Verkehrszentralregisters**
Schade, Heinzmann € 17,50
- M 156: **Unfallgeschehen mit schweren Lkw über 12 t**
Assing € 14,00
- M 157: **Verkehrserziehung in der Sekundarstufe**
Weishaupt, Berger, Saul, Schimunek, Grimm, Pleßmann,
Zügenrucker € 17,50
- M 158: **Sehvermögen von Kraftfahrern und Lichtbedingungen im
nächtlichen Straßenverkehr**
Schmidt-Clausen, Freiding € 11,50
- M 159: **Risikogruppen im VZR als Basis für eine Prämiendifferenzierung
in der Kfz-Haftpflicht**
Heinzmann, Schade € 13,00
- M 160: **Risikoorientierte Prämiendifferenzierung in der Kfz-Haft-
pflichtversicherung – Erfahrungen und Perspektiven**
Ewers(t), Growitsch, Wein, Schwarze, Schwintowski € 15,50
- M 161: **Sicher fahren in Europa – 5. Symposium** € 19,00
- M 162: **Verkehrsteilnahme und -erleben im Straßenverkehr bei
Krankheit und Medikamenteneinnahme**
Holte, Albrecht € 13,50
- M 163: **Referenzdatenbank Rettungsdienst Deutschland**
Kill, Andrä-Welker € 13,50
- M 164: **Kinder im Straßenverkehr**
Funk, Wasilewski, Eilenberger, Zimmermann € 19,50

2005

- M 165: **Förderung der Verkehrssicherheit durch differenzierte An-
sprache junger Fahrerinnen und Fahrer**
Hoppe, Tekaats, Woltring € 18,50
- M 166: **Förderung des Helmtrens Rad fahrender Kinder und
Jugendlicher – Analyse der Einflussfaktoren der Fahrradhelmnutzung
und ihrer altersbezogenen Veränderung**
Schreckenber, Schlittmeier, Ziesenitz € 16,00
- M 167: **Fahrausbildung für Behinderte**
Zawatzky, Dorsch, Langfeldt, Lempp, Mischau € 19,00
- M 168: **Optimierung der Fahrerlaubnisprüfung – Ein Reformvor-
schlag für die theoretische Fahrerlaubnisprüfung**
Bönninger, Sturzbecher € 22,00
- M 169: **Risikoanalyse von Massenunfällen bei Nebel**
Debus, Heller, Wille, Dütschke, Normann, Placke,
Wallentowitz, Neunzig, Benmimoun € 17,00
- M 170: **Integratives Konzept zur Senkung der Unfallrate junger
Fahrerinnen und Fahrer – Evaluation des Modellversuchs im Land
Niedersachsen**
Stiensmeier-Pelster € 15,00
- M 171: **Kongressbericht 2005 der Deutschen Gesellschaft für
Verkehrsmedizin e. V. – 33. Jahrestagung** € 29,50
- M 172: **Das Unfallgeschehen bei Nacht**
Lerner, Albrecht, Evers € 17,50

- M 173: Kolloquium „Mobilitäts-/Verkehrserziehung in der Sekundarstufe“ € 15,00
 M 174: Verhaltensbezogene Ursachen schwerer Lkw-Unfälle Evers, Auerbach € 13,50

2006

- M 175: Untersuchungen zur Entdeckung der Drogenfahrt in Deutschland Iwersen-Bergmann, Kauert € 18,50
 M 176: Lokale Kinderverkehrssicherheitsmaßnahmen und -programme im europäischen Ausland Funk, Faßmann, Zimmermann, unter Mitarbeit von Wasilewski, Eilenberger € 15,00
 M 177: Mobile Verkehrserziehung junger Fahranfänger Krampe, Großmann € 15,50
 M 178: Fehlerhafte Nutzung von Kinderschutzsystemen in Pkw Fastenmeier, Lehnig € 15,00
 M 179: Geschlechtsspezifische Interventionen in der Unfallprävention Kleinert, Hartmann-Tews, Combrink, Allmer, Jüngling, Lobinger € 17,50
 M 180: Wirksamkeit des Ausbildungspraktikums für Fahrlehreranfänger Friedrich, Brünken, Debus, Leutner, Müller € 17,00
 M 181: Rennspiele am Computer: Implikationen für die Verkehrssicherheitsarbeit – Zum Einfluss von Computerspielen mit Fahrzeugbezug auf das Fahrverhalten junger Fahrer Vorderer, Klimmt € 23,00
 M 182: Cannabis und Verkehrssicherheit – Mangelnde Fahreignung nach Cannabiskonsum: Leistungsdefizite, psychologische Indikatoren und analytischer Nachweis Müller, Topic, Huston, Strohbeck-Kühner, Lutz, Skopp, Aderjan € 23,50
 M 183: Hindernisse für grenzüberschreitende Rettungseinsätze Pohl-Meuthen, Schäfer, Gerigk, Moecke, Schlechtriemen € 17,50

2007

- M 184: Verkehrssicherheitsbotschaften für Senioren – Nutzung der Kommunikationspotenziale im allgemeinmedizinischen Behandlungsalltag Kocherscheid, Rietz, Poppelreuter, Riest, Müller, Rudinger, Engin € 18,50
 M 185: 1st FERSI Scientific Road Safety Research-Conference Dieser Bericht liegt nur in digitaler Form vor und kann kostenpflichtig unter www.nw-verlag.de heruntergeladen werden € 24,00
 M 186: Assessment of Road Safety Measures Erstellt im Rahmen des EU-Projektes ROSEBUD (Road Safety and Environmental Benefit-Cost and Cost-Effectiveness Analysis for Use in Decision-Making) € 16,00
 M 187: Fahrerlaubnisbesitz in Deutschland Kalinowska, Kloas, Kuhfeld € 15,50
 M 188: Leistungen des Rettungsdienstes 2004/05 – Analyse des Leistungsniveaus im Rettungsdienst für die Jahre 2004 und 2005 Schmiedel, Behrendt € 15,50

2008

- M 189: Verkehrssicherheitsberatung älterer Verkehrsteilnehmer – Handbuch für Ärzte Henning € 15,00

- M 190: Potenziale zur Verringerung des Unfallgeschehens an Haltestellen des ÖPNV/ÖPSV Baier, Benthaus, Klemps, Schäfer, Maier, Enke, Schüller € 16,00

- M 191: ADAC/BAST-Symposium "Sicher fahren in Europa" – Referate des Symposiums vom 13. Oktober 2006 in Baden-Baden Dieser Bericht liegt nur in digitaler Form vor und kann kostenpflichtig unter www.nw-verlag.de heruntergeladen werden. € 24,00

- M 192: Kinderunfallatlas Neumann-Opitz, Bartz, Leipnitz € 14,50

- M 193: Alterstypisches Verkehrsrisiko Schade, Heinzmann € 14,50

- M 194: Wirkungsanalyse und Bewertung der neuen Regelungen im Rahmen der Fahrerlaubnis auf Probe Debus, Leutner, Brünken, Skottke, Biermann € 14,50

- M 195: Kongressbericht 2007 der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin (DGVM e.V.) – zugleich 50-jähriges Jubiläum der Fachgesellschaft DGVM – 34. Jahrestag € 28,00

- M 196: Psychologische Rehabilitations- und Therapiemaßnahmen für verkehrsauffällige Kraftfahrer Follmann, Heinrich, Corvo, Mühlensiep, Zimmermann, Klipp, Bornewasser, Glitsch, Dünkel € 18,50

Alle Berichte sind zu beziehen beim:

Wirtschaftsverlag NW
 Verlag für neue Wissenschaft GmbH
 Postfach 10 11 10
 D-27511 Bremerhaven
 Telefon: (04 71) 9 45 44 - 0
 Telefax: (04 71) 9 45 44 77
 Email: vertrieb@nw-verlag.de
 Internet: www.nw-verlag.de

Dort ist auch ein Kompletverzeichnis erhältlich.