

Beeinflussung und Behandlung alkoholauffälliger Kraftfahrer

**Forschungsberichte der Bundesanstalt für Straßenwesen
Bereich Unfallforschung**

Beeinflussung und Behandlung alkoholauffälliger Kraftfahrer

Bericht der Projektgruppe
"Beeinflussung und Behandlung
alkoholauffälliger Kraftfahrer" der
Bundesanstalt für Straßenwesen
Bereich Unfallforschung
Köln, März 1978

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

Herausgeber:
Bundesanstalt für Straßenwesen
Bereich Unfallforschung
5 Köln 51, Brühler Str. 1
Tel. 370 21, Telex 08 882 189 bas d
Druck:
Josef Fuchs, Köln

Inhalt

	Seite
Vorwort	3
1. Zielsetzung und Aufgaben der Projektgruppe	5
2. Problemaufriß	8
2.1 Generalpräventive und spezialpräventive Maßnahmen gegen Trunkenheit im Straßenverkehr	8
2.2 Zum Problem der Früherkennung	10
2.3 Die Behandlung von Ersttätern als Schritt auf dem Wege zum Soll-Modell	11
2.4 Probleme der Erfassung von Wiederholungstätern	12
3. Forschungsstrategie der Projektgruppe	14
4. Analyse und Bewertung existierender Behandlungsmodelle	19
4.1 Gruppengespräche mit alkoholauffälligen Kraftfahrern/"Modell Leer"	19
4.2 Rehabilitationsmodelle in Nordamerika	23
4.3 Stellungnahme und Bewertung	30
5. Probleme und Perspektiven in rechtlicher und organisatorischer Hinsicht	32
5.1 Die gegenwärtige rechtliche Situation	32
5.2 Behandlung auf der Grundlage geltenden Rechts	34
5.2.1 Zuweisung bei Eignungs-Begutachtung des Fahrerlaubnisbewerbers	35
5.2.2 Nachbetreuung über Fahrerlaubnis mit Auflagen	37
5.2.3 Zuweisung über theoretische Prüfung des Fahrerlaubnisbewerbers	39
5.2.4 Zuweisung im Verfahren zur Entziehung der Fahrerlaubnis	42
5.2.5 Zuweisung durch richterliche Anordnung	45

5.3	Änderung des Rechts für die Behandlungszuweisung	46
	5.3.1 Indirekte Zuweisung	48
	5.3.2 Direkte Zuweisung	49
6.	Entwicklung von Diagnose-Instrumenten (Screening-Verfahren)	51
6.1	Ziele und Zwecke der Diagnose-Instru- mente	51
6.2	Variablenkomplexe im Überblick	52
6.3	Der Untersuchungsansatz im Rahmen des Modellversuchs	55
7.	Struktur und Inhalte des Modellversuchs zur Behandlung alkoholauffälliger Kraft- fahrer	59
7.1	Das Untersuchungsdesign	59
7.2	Die Zuweisung der Probanden in den Vorversuchen	64
7.3	Die Behandlungsmodelle	65
	7.3.1 Beratungsbriefe	65
	7.3.2 Verhaltenspsychologischer Ansatz	66
	7.3.3 Individualpsychologischer Ansatz (IRAK)	70
7.4	Zur Evaluation des Modellversuchs	75
8.	Zukünftige Aufgaben und Perspektiven	77
	Literatur	79

Vorwort

Mit diesem Bericht legt die Projektgruppe "Beeinflussung und Behandlung alkoholauffälliger Kraftfahrer" der Bundesanstalt für Straßenwesen eine zusammenfassende Darstellung ihrer Arbeit vor, die im April 1976 aufgenommen wurde und im Dezember 1977 zu Ende ging.

Der Projektgruppe gehörten an:

<u>Name</u>	<u>Institution</u>	<u>Arbeitsschwerpunkt in der Projektgruppe</u>
Dr.H.J. Bode	Landgericht Hildesheim	Rechtsfragen
Dr.H.Ch.Heinrich	Bundesanstalt f. Straßenwesen,Köln	Geschäftsführung der Projektgruppe
Dr.S. Kraemer	Max-Planck-Inst. f.Psychiatrie, München	Alkoholikertherapie
Prof.Dr.A.Müller	Universität des Saarlandes	Statistiken über alkoholauffällige Kraftfahrer
Prof.Dr. M.W.Perrine	Techn.Überwa- chungsverein Rheinland e.V. Köln	Diagnose und Behandlungs- organisation
Dr.I.Pfafferott	Bundesanstalt f. Straßenwesen,Köln	Forschungsplanung
Dipl.Psych. H.D.Sömen	Bundesanstalt f. Straßenwesen,Köln	Eignungsdiagnostik
Dr.E.Spoerer	Forschungsgem. "Der Mensch im Verkehr" e.V., Köln	US-amerikanische Erfahrungen mit den "Alcohol Safety Action Projects"
Dr.W.Winkler	Technischer Über- wachungs-Verein Hannover e.V.	Deutsche Erfahrungen mit der Behandlung alkoholauffälliger Kraftfahrer

Die Aufgaben der Projektgruppe konnten soweit gelöst werden, daß zum Zeitpunkt der Vorlage dieses Berichts von ihr konzipierte Kurse für alkoholauffällige Kraftfahrer im Modell erprobt werden. Die Betreuung der hiermit verbundenen Arbeiten in wissenschaftlicher, rechtlicher und organisatorischer Hinsicht übernimmt eine neue Projektgruppe, die sich über die Beeinflussung und Behandlung alkoholauffälliger

Kraftfahrer hinaus mit zwei weiteren Problemgruppen des Straßenverkehrs, mit den auffälligen jungen Fahranfängern und den sogenannten Mehrfachtätern, befaßt wird.

1. ZIELSETZUNG UND AUFGABEN DER PROJEKTGRUPPE

Im Frühjahr 1976 wurde von der Bundesanstalt für Straßenwesen die Projektgruppe "Beeinflussung und Behandlung alkoholauffälliger Kraftfahrer" eingerichtet. Dieser Gruppe war die Aufgabe gestellt, Rehabilitationsmaßnahmen für solche Kraftfahrer zu entwickeln und zu überprüfen, die mit Trunkenheit am Steuer auffällig geworden sind. Die Abwicklung der Arbeiten fand in 3 Phasen statt:

In der ersten Phase wurden die Problembereiche im Hinblick auf die Konzeption von Rehabilitationsmodellen und die Grundlagen für die Überprüfung ihrer Wirksamkeit beschrieben und analysiert.

Ziel der zweiten Phase war die Aufbereitung solcher Modelle für den praktischen Einsatz.

Die wissenschaftliche Erprobung und Überprüfung der in der praktischen Verkehrssicherheitsarbeit eingesetzten Modelle sollte die Zielsetzung der dritten und vorläufig letzten Phase sein.

Die Phasen 1 und 2 sind abgeschlossen. Die Betreuung der dritten Phase ist einer neuen Projektgruppe der Bundesanstalt für Straßenwesen übertragen worden, die sich unter der Bezeichnung "Kurse für auffällige Kraftfahrer" nicht nur mit der Problemgruppe der Trunkenheitstäter im Straßenverkehr befaßt, sondern auch mit zwei weiteren Problemgruppen, nämlich den "Jugendlichen Fahranfängern" und den sogenannten "Mehrfachtätern".

Die Gründe hierfür liegen im wesentlichen darin, daß die für die Erprobung und Einführung verschiedener "Nachschulungs"-Modelle im Rahmen eines umfassenden Driver Improvement-Programms [34] notwendige Schaffung speziell rechtlicher und organisatorischer Voraussetzungen ein konzentriertes Vorgehen erfordert. (+)

(+) Zur gleichen Zeit stellt auch die Projektgruppe "Nachschulung auffälliger junger Fahranfänger" der Bundesanstalt für Straßenwesen ihre Tätigkeit ein und übergibt die im Rahmen ihrer Zielsetzung noch nicht bewältigten Aufgaben der neuen Projektgruppe.

In insgesamt acht, z.T. mehrtägigen Sitzungen zwischen April 1976 und Dezember 1977 wurden die mit der Zielsetzung der Projektgruppe verbundenen Probleme diskutiert und Sachlösungen entwickelt, die zur Beschreibung von mehreren Einzelprojekten führten, welche an externe Institute zur Bearbeitung vergeben wurden. Hierbei handelte es sich um folgende Forschungs- und Entwicklungsarbeiten:

1. Ziele, Inhalte, Formen und Methoden zur Behandlung wiederholt auffälliger Trunkenheitstäter
- FP 7517.2 - [30]
2. Entwicklung von Instrumentarien zur Differentialdiagnose alkoholauffälliger Fahrer und zur Früherkennung
- FP 7715
3. Rechtliche Voraussetzungen zur Behandlung alkoholauffälliger Kraftfahrer und zur Früherkennung
- FP 7716 - [2, 3, 4]
4. Erstellung eines individualpsychologischen Rehabilitationsprogramms für alkoholauffällige Kraftfahrer
- FP 7714.1 - [20]
5. Entwicklung eines Verfahrens zur Verhaltensänderung von alkoholauffälligen Kraftfahrern
- FP 7714.2 - [22]
6. Entwicklung einer Informationsbroschüre und eines Fragebogens für erstmals alkoholauffällige Kraftfahrer
- FP 7714.3

Im zeitlichen Vorfeld der Projektgruppenarbeit und zur Vorbereitung des Problemaufrisses stand das folgende Einzelprojekt des Forschungsvorhabens FP 7517 "Wirksamkeit von Gruppengesprächen mit alkoholauffälligen Kraftfahrern":

7. Rehabilitationsprogramme in den USA und Kanada für alkoholauffällige Kraftfahrer
- FP 7517.1 - [35, 36]

Im Zusammenhang mit der Zielsetzung der Projektgruppenarbeit stehen noch drei weitere Projekte:

8. Basisstudie zur Erstellung einer Trinker-Fahrer-
Typologie
- FP 7429.3
9. Datensatzanalyse zur Beschreibung der Person des
wiederholt alkoholauffälligen Kraftfahrers
- FP 7517.3 - / 19_7
10. Erstellung einer Statistik zur regionalen Erfassung
des Aufkommens an wiederholt alkoholauffälligen
Kraftfahrern
- FP 7517.4 - / 18_7

Eine weitere Arbeit, die für die Abwicklung der Modellversuche speziell für die Bewertung der Modellmaßnahmen im Hinblick auf ihre Wirksamkeit notwendig ist, konnte bis zur Abfassung dieses Berichts zwar von der Projektgruppe konzipiert aber noch nicht als Auftrag vergeben werden.

Mitglieder der Projektgruppe führten eine größere Anzahl von Gesprächen mit Ministerien, Behörden, Organisationen und Institutionen, um Fragen der Einführung von Modellversuchen in rechtlicher und organisatorischer Hinsicht zu erörtern. Den gleichen Zweck erfüllten Gespräche, die die Projektgruppe als Ganzes mit geladenen Fachleuten in einzelnen Sitzungen führte.

2. PROBLEMAUFRISS

2.1 Generalpräventive und spezialpräventive Maßnahmen gegen Trunkenheit im Straßenverkehr

In der Bundesrepublik Deutschland haben sich im Jahre 1976 rund 360.000 Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden ereignet. Bei jedem zwölften dieser Unfälle wurde von der Polizei als Unfallursache das Führen eines Kraftfahrzeugs unter Alkoholeinfluß festgestellt. Im selben Jahr ereigneten sich 2.534 Verkehrsunfälle mit Getöteten, bei denen als Ursache Alkoholeinfluß der Kraftfahrzeugführer registriert wurde. Sanktionen in Form von Geld- und Freiheitsstrafen, Fahrverbot oder Entzug der Fahrerlaubnis und die aus solchen Sanktionen resultierenden Konsequenzen für die Lebensführung der Betroffenen und ihrer Angehörigen können nicht verhindern, daß in der Bundesrepublik Deutschland jährlich ca. 140.000 Personen wegen Trunkenheit am Steuer verurteilt werden, davon die Hälfte in Verbindung mit der Verursachung eines Unfalls.

Bei der Beurteilung dieser statistischen Zahlen muß berücksichtigt werden, daß nach Schätzungen nur ca. jede 300. Trunkenheitsfahrt entdeckt wird und zu einer Verurteilung führt.

Angesichts des nur relativen Erfolges des generalpräventiven Sanktionssystems ist es nicht verwunderlich, daß sich unter 100 in einem Jahr einschlägig aufgefallenen Kraftfahrern 20 sogenannte Wiederholungstäter befinden.

Analysen [25, 40] von empirischen Untersuchungen [23, 24, 27, 33, 37, 31], die die Rückfallwahrscheinlichkeit von Trunkenheitstätern zum Gegenstand hatten, führen zu folgenden Schätzungen: Die Wahrscheinlichkeit, innerhalb von 10 Jahren nach dem ersten Trunkenheitsdelikt erneut in gleicher Weise aufzufallen, liegt bei über 30%. Die Wahrscheinlichkeit, nach zwei Trunkenheitsdelikten erneut derart auffällig zu werden, steigt auf ca. 60%. Die Wahrscheinlichkeit, nach drei Trunkenheitsdelikten erneut aufzufallen, liegt noch darüber.

Sanktionen der genannten Art vermögen offensichtlich einen relativ großen Teil der verurteilten Kraftfahrer nicht

davon abzuhalten, auch im nachfolgenden Zeitraum in alkoholisiertem Zustand ein Fahrzeug zu führen. Dabei scheint es nach einer in den Niederlanden durchgeführten Untersuchung unerheblich, welche Maßnahmen gegen die verurteilten Fahrer verhängt wurden: Ob eine Gefängnisstrafe vollzogen oder zur Bewährung ausgesetzt wurde, die Fahrerlaubnis entzogen oder belassen wurde oder ob eine Geldstrafe verhängt wurde, der Prozentsatz derjenigen, die erneut wegen eines Trunkenheitsdelikts im Straßenverkehr straffällig wurden, bewegte sich zwischen 32 und 38 Prozent [10]. Die Zahlen weisen darauf hin, daß bestimmte Gruppen alkoholauffälliger Kraftfahrer durch Maßnahmen der traditionellen Strafverfolgung nicht beeinflußt werden können bzw. der Effekt dieser Maßnahmen nur kurzfristig ist. Für diesen Personenkreis müssen daher spezifische Maßnahmen entwickelt werden. Dessen Definition ist allerdings problematisch. Valide Instrumente zur Erfassung von Indikatoren, die Prognosen bezüglich der Organisation von Trinken und Fahren erlauben, stehen in der Bundesrepublik Deutschland noch nicht zur Verfügung. Forschung und Praxis lassen hierfür einige Kriterien erkennen, die jedoch bisher nicht genügend abgesichert sind.

Die Sachlage erfordert die Konzeption spezifischer Maßnahmen zur Senkung der Rückfallwahrscheinlichkeit bezüglich des Delikts "Trunkenheit am Steuer" sowie die Entwicklung von diagnostischen bzw. prognostischen Instrumenten, die mit einer noch festzulegenden Sicherheit Rückfallwahrscheinlichkeiten erkennen lassen.

Da diese beiden Forderungen inhaltlich eng zusammenhängen, müssen Strategien verfolgt werden, die bei der Planung und Durchführung von Untersuchungen in diesem Bereich beide Fragestellungen miteinander verknüpfen und integrativ angehen.

Die generelle Zielrichtung liegt also darin, wirksamere spezialpräventive Maßnahmen zu entwickeln und auf solche Zielgruppen anzusetzen, bei denen die Anwendung dieser neuen Maßnahmen ein Optimum an Effizienz verspricht.

2.2 Zum Problem der Früherkennung

Die relative Wirkungslosigkeit der Maßnahmen zur Bekämpfung des Alkohols am Steuer wird nicht nur bei Betrachtung der jährlichen Teilmasse "Alkoholunfälle" und der großen Zahl der jährlich wegen Trunkenheit am Steuer verurteilten Kraftfahrer sichtbar, sondern insbesondere auch durch die im Vergleich mit der Durchschnittspopulation der Kraftfahrer um ein vielfaches höhere Rückfallhäufigkeit bei Wiederholungstätern. Für Kraftfahrer, die mehr als einmal wegen Trunkenheit am Steuer straffällig werden, müssen demnach besondere Dispositionen persönlicher und/oder situativer Art, die ein Zustandekommen von Trunkenheitsfahrten begünstigen, angenommen werden. Diese Kraftfahrerguppe ist durch eine vergleichsweise stärkere Resistenz gegenüber den traditionellen Maßnahmen der Gesellschaft zur Verhütung von Alkoholdelikten im Straßenverkehr gekennzeichnet. Androhung und Verhängung von Geld- und Freiheitsstrafen, von befristetem oder unbefristetem Ausschluss aus dem motorisierten Straßenverkehr, die Erwartung anderer persönlicher Konsequenzen (Arbeitsplatzwechsel, Berufswechsel, finanzielle Einbußen, Prestigeverlust u.ä.) führen bei diesen Fahrern nicht zu den erwünschten Verhaltensänderungen.

Erkenntnisse aus Forschung und diagnostischer Praxis deuten daraufhin, daß zumindest für einen Teil des betroffenen Personenkreises besondere Dispositionen schon vor Eintritt in den Kreis der motorisierten Verkehrsteilnehmer vorliegen. Solche Dispositionen können sich unter anderem beziehen auf Trinkprobleme, problematische Trinkgewohnheiten sowie problematische Trink- und Fahrgewohnheiten. Zielrichtung einer neuen Maßnahmenkonzeption im Sinne eines Soll-Modells müßte demnach die Früherkennung von Kraftfahrern mit derartigen Dispositionen bzw. den entsprechenden Verhaltensweisen sein, etwa zum Zeitpunkt der Beantragung einer Fahrerlaubnis. An dieser Systemstelle dürfte der höchst effektive Ansatz sozialpräventiver Maßnahmen liegen.

In den Vereinigten Staaten von Amerika werden z. Zt. Untersuchungen durchgeführt, die die Erkennung von Problemtrinkerfahrern zum Zeitpunkt vor Erteilung der Fahrerlaubnis zum Gegenstand haben. Für diese besondere Art der Früherkennung, der im Rahmen eines Soll-Modells der Maßnahmen zur Reduzierung bzw. Vermeidung von Trunkenheitsfahrten der Rangplatz eins beizumessen wäre, bestehen zur Zeit jedoch aus Gründen des noch unbefriedigenden wissenschaftlichen Erkenntnisstandes in der Bundesrepublik und weil in organisatorischer Hinsicht derzeit alle Voraussetzungen fehlen keine Realisierungschancen: Mangels ausreichend valider Prognoseinstrumente muß die Bestimmung der Wahrscheinlichkeit, mit Trunkenheit im Straßenverkehr aufzufallen, als relativ unsicher angesehen werden. Alle Maßnahmen, die in naher Zukunft konzipiert und realisiert werden, sollten jedoch so angelegt sein, daß ihre Erprobung einen Beitrag auf dem Wege zur Realisierung des Soll-Modells darstellt.

2.3 Die Behandlung von Ersttättern als Schritt auf dem Wege zum Soll-Modell

Wenn ein Soll-Modell, das der Früherkennung von Problemfällen dienen soll, derzeit nicht realisierbar ist, kommt der Diagnose der Ersttäter, d.h. der Personen, die zum ersten Mal wegen Trunkenheit am Steuer verurteilt wurden, wegen ihrer Rückfallwahrscheinlichkeit die nächst größere Bedeutung zu.

Die Ersttäter stellen eine wichtige Mittelgruppe zwischen den Wiederholungstätern und der Gesamtheit der Kraftfahrer dar. Obgleich diese Gruppe jedes Jahr ca. 140.000 Fahrer stark ist, gibt es nur unzureichende Kenntnisse über ihre Struktur, besonders, was die Indikatoren für die Rückfälligkeit angeht. Es kann lediglich gefolgert werden, daß im Kreise der Ersttäter solche Personen seltener sind, die eine Alkoholproblematik haben. Dieser Schluß wird aus dem einfachen Umstand gezogen, daß ja die Mehrheit der Ersttäter nicht rückfällig wird. Dabei wird unterstellt, daß das Vorhandensein einer Alkoholproblematik die Wahrscheinlichkeit erhöht, erneut mit einem Trunkenheitsdelikt im

Straßenverkehr in Erscheinung treten. ("Alkoholproblematisch" meint hier nicht nur Alkoholabhängigkeit, sondern allgemeine Schwierigkeiten beim Umgang mit Alkohol.)

Über die Ersttäter ist allein deshalb relativ wenig bekannt, weil sie normalerweise nicht Gegenstand diagnostischer Begutachtung sind. Bessere Kenntnisse über die Zusammensetzung dieser Gruppe und über die verschiedenen Ursachen, die bei den einzelnen Fahrern zur geahndeten Trunkenheitsfahrt geführt haben, könnten die Basis für die Erstellung von problemgerechten Behandlungsprogrammen sein.

Es fehlen allerdings nicht nur geeignete Prognoseinstrumente, sondern gegenwärtig auch alle notwendigen rechtlichen und organisatorischen Voraussetzungen, um Ersttäter entsprechenden Maßnahmen zuweisen zu können.

Auf dem Wege zur Realisierung des Soll-Modells, das die Früherkennung von Problemtrinkerfahrern zum Ziel hat, ist die Beschäftigung mit den Ersttätern eine wichtige Etappe.

2.4 Probleme der Erfassung von Wiederholungstätern

Die Projektgruppe hat sich zunächst auf den Kreis der Wiederholungstäter konzentriert und zwar vor allem aus zwei Gründen: Zum einen liegt für diese Gruppe ein größerer wissenschaftlicher Erkenntnisstand vor, zum anderen ist dieser Kreis derzeit leichter organisatorisch zu erfassen. Da zudem mit der Zahl der Trunkenheitsdelikte die Rückfallwahrscheinlichkeit steigt und damit sowohl die Gefährdung für die Gemeinschaft als auch für die Einzelperson, erscheint es gerechtfertigt, diese Eingrenzung vorzunehmen.

Die nachweisbar differenziertere und ausgeprägtere Alkoholproblematik dieser Gruppe erlaubt im Zuge der Entwicklung geeigneter diagnostischer Verfahren zur Bestimmung der Problemschwere und der Rückfallgefährdung präzisere Differentialdiagnosen und damit Zuweisungen zu problembezogenen Behandlungsformen. Durch die Eingrenzung und Operationalisierung spezifischer Behandlungsziele ist eine befriedigendere Kontrolle des Behandlungserfolges gewährleistet. Darüber hinaus bilden die hier gewonnenen Erfahrungen vor allem auch bei der Entwicklung diagnostischer

Instrumentarien wichtige Grundlagen für die Behandlung von Ersttätern und gegebenenfalls auch für die Früherkennung alkoholgefährdeter Kraftfahrer.

Im Jahre 1976 wurden bei den Medizinisch-Psychologischen Untersuchungsstellen der Technischen Überwachungsvereine in der Bundesrepublik 29.128 Tatauffällige mit Alkohol untersucht. Die Anzahl der Personen, die für eine Kursteilnahme in Frage kommen, wird auf rd. 12.600 geschätzt. Damit ist auch die Größe dieses Personenkreises noch beträchtlich [18]7.

3. FORSCHUNGSSTRATEGIE DER PROJEKTGRUPPE

Die in den vorangehenden Abschnitten dargestellten Analysen lassen es angezeigt erscheinen, für diejenigen Fahrer, die aufgrund von Aufklärungs-, Überwachungs- und Strafmaßnahmen allein ihr Verhalten offensichtlich nicht ändern können, zusätzlich Maßnahmen zu entwickeln und zu erproben.

Die Maßnahmen sollten auffällig gewordene Kraftfahrer solchen Beeinflussungs- und Behandlungsformen zuführen, die möglichst gezielt auf die individuelle Problematik zugeschnitten sind, um die erforderlichen Verhaltensänderungen zu erzielen. Neben diesem Ansatz, der erst nach der Auffälligkeit wirksam werden kann, soll weiterhin überprüft werden, welche Möglichkeiten bestehen, eine vorhandene Gefährdung bereits vor Auftreten eines Alkoholdelikts zu erkennen bzw. die Rückfallwahrscheinlichkeit bei erstmals auffällig gewordenen Kraftfahrern zu prognostizieren. Auch für diesen Fall sind Maßnahmen zu entwickeln und zu erproben, die geeignet sind, zukünftiges bzw. wiederholtes Auffälligwerden zu verhindern.

In der zeitlichen Abfolge ergeben sich drei Stufen:

1. Früherkennung alkoholgefährdeter Fahrer und Zuweisung zu Beeinflussungsmaßnahmen
2. Rückfallprognose von Ersttätern und Zuweisung zu Beeinflussungsmaßnahmen
3. Diagnose von Wiederholungstätern und Zuweisung zu speziellen Behandlungsformen

Auf allen drei Stufen muß eine Selektion solcher Personen vorgenommen werden, die alkoholabhängig sind. Ihre besondere Problemlage macht eine Zuweisung zu anderen als den hier in Betracht kommenden Maßnahmen erforderlich.

Unter Berücksichtigung des wissenschaftlichen Kenntnisstandes sowie der rechtlich-organisatorischen Voraussetzungen in der Bundesrepublik Deutschland kann die Realisierung des dreistufigen Maßnahmenansatzes nur etappenweise erfolgen. Für die Früherkennung alkoholgefährdeter Kraftfahrer liegen zur Zeit weder die rechtlichen Voraussetzungen noch hinreichend zuverlässige Indikatoren bzw. Prognoseinstrumente vor, sie muß daher als langfristig zu

verfolgendes Ziel betrachtet werden.

Günstigere Zugriffsmöglichkeiten ergeben sich jedoch für Ersttäter. Beeinflussungsinhalte für diese Gruppe können weitgehend aus abgeschlossenen und laufenden Untersuchungen zum Konflikt "Alkohol und Fahren" und aus den Erfahrungen mit Wiederholungstätern abgeleitet werden. In Verknüpfung mit den auf die Wiederholungstäter gerichteten Untersuchungen und Modellmaßnahmen können erste prognostische Verfahren entwickelt und erprobt werden.

Für eine gezielte Behandlung der Wiederholungstäter liegen erste wissenschaftlich verwertbare Erfahrungen vor. Die ausgeprägte Alkoholproblematik dieser Gruppe erlaubt genauere Diagnosen und Zuweisungen zu bestimmten Behandlungsformen, eine befriedigendere Kontrolle des Behandlungserfolges sowie die Entwicklung von Indikatoren und Diagnoseinstrumenten der Alkoholgefährdung, Instrumente, die später für die Gruppe der Ersttäter und schließlich gegebenenfalls auch für die Früherkennung vor Erwerb der Fahrerlaubnis eingesetzt werden können.

Der wissenschaftliche Zugang zum Gesamtproblem geschieht im wesentlichen in drei Teilkomplexen:

1. Konzeption, Durchführung und Evaluation der Behandlungs- und Beeinflussungsformen,
2. Entwicklung eines diagnostischen und prognostischen Instrumentariums und
3. Klärung rechtlicher und organisatorischer Voraussetzungen für gegenwärtige und zukünftige Möglichkeiten.

Dieser Ansatz mündet auf der Forschungsseite in fünf aufeinander bezogene Einzelprojekte:

A. Entwicklung eines Behandlungsmodells für Wiederholungstäter

Es war zunächst vorgesehen, ein solches Behandlungsmodell so anzulegen, daß die wiederholt alkoholauffälligen Fahrer je nach dem Schweregrad ihres Problems sukzessive immer intensiveren Behandlungsformen zugeführt werden können. Zwischen einzelnen aufein-

ander folgenden Behandlungsstufen sind Überprüfungen des jeweils erzielten Behandlungserfolges einzuplanen. Voraussetzung für die Entwicklung eines solchen Stufenmodells ist eine möglichst vielseitige Zusammenstellung und Erprobung einzelner Behandlungsformen, z.B. informativer, gruppodynamischer oder verhaltenstherapeutischer Art. Dieses sogenannte "Kaskade-Modell" wurde jedoch nicht weiter verfolgt, da die Projektgruppe zu der Überzeugung gelangte, daß der damit verbundene organisatorische, diagnostische, finanzielle und zeitliche Aufwand für die Betroffenen unvertretbar groß sein würde. Immerhin werden in den beiden Behandlungsformen, auf die sich die Projektgruppe festgelegt hat (vgl. Kap. 7), verschiedene Intensitätsstufen erprobt. Die Ausarbeitung dieser Kurse kann als abgeschlossen gelten.

B. Entwicklung von Maßnahmen für Ersttäter

Durch eine jetzt schon eingeleitete Maßnahmenkonzeption und -erprobung sollen Erfahrungen gesammelt und spätere Maßnahmen vorbereitet werden. Selektionskriterium hierbei ist die erste Verurteilung wegen Trunkenheit am Steuer. Obwohl die Problematik des Einzelfalls unberücksichtigt bleiben muß, soll sich jedoch der Ersttäter in seiner Situation gezielt angesprochen fühlen. Da die angewendeten Maßnahmen durch Einfachheit und geringen organisatorischen Aufwand gekennzeichnet sein sollen, ist in erster Linie an gedrucktes Informationsmaterial (Broschüre) zu denken, das durch Problemaufgaben, Selbstkontrollversuche o.ä. ergänzt werden kann.

Das für Ersttäter zu entwickelnde Informationsmaterial ist in Arbeit.

C. Überprüfung der Wirksamkeit von Beeinflussungs- und Behandlungsformen für alkoholauffällige Kraftfahrer

Der Aufwand, der im Falle einer bundesweiten Einführung des Gesamtmodells zur Beeinflussung und Behandlung alkoholauffälliger Kraftfahrer entsteht, läßt sich nur dann rechtfertigen, wenn das neue

Modell bessere Erfolge zeitigt als die bisher geübte Praxis. Zentraler Bestandteil des Gesamtvorhabens muß daher der Aufweis eines günstigen Kosten/Wirkksamkeitsverhältnisses der einzelnen Maßnahmen sein. Was die Kriterien der Erfolgskontrollen anbelangt, so stellt die Rückfallhäufigkeit der Ersttäter im Vergleich zu entsprechenden Kontrollgruppen das entscheidende Kriterium dar. Bei den Wiederholungstätern ist in dieser Hinsicht zu unterscheiden zwischen generellen Kriterien, z.B. Unfällen oder weiteren Trunkenheitsdelikten und speziellen Kriterien, die aus dem methodischen Ansatz der jeweiligen Behandlungsform abgeleitet sind. Diese Wirkksamkeitskontrollen sind in enger Verknüpfung mit den durchgeführten Maßnahmen anzulegen, damit als Konsequenz der Überprüfungen auch die Auswahl oder aber die Überarbeitung einzelnen Maßnahmenansätze möglich wird.

Mit den Aufgaben zum Forschungskomplex C ist noch nicht begonnen worden, da zum Zeitpunkt der Berichterstattung erst eine Funktionsprüfung der beiden Behandlungsformen erfolgt (vgl. Kap. 7.4).

- D. Entwicklung von Instrumentarien zur Differentialdiagnose und Früherkennung alkoholauffälliger Fahrer
Die zu entwickelnden Instrumentarien sind erforderlich für die frühzeitige Aufdeckung eines möglichen Alkoholproblems bei noch nicht auffällig gewordenen Fahrern und für die Abschätzung der Rückfallwahrscheinlichkeit bei Ersttätern (prognostischer Aspekt). Sie sind weiterhin erforderlich für die gezielte Zuweisung zur jeweils indizierten Behandlungsform sowie für die Erkennung einer Alkoholabhängigkeit (diagnostischer Aspekt). Die Abwicklung dieses Projektes muß sich an dem jeweils vorliegenden Erfahrungsstand orientieren und ist parallel zur Konzeption der Behandlungsmodelle und deren Effizienzkontrolle vorzusehen. Es empfiehlt sich ein dreiphasiges Vorgehen:

1. Die Zusammenstellung bzw. Entwicklung von Verfahren, die eine Abgrenzung von Alkoholabhängigen und die Differentialdiagnose von Wiederholungstätern im Hinblick auf spezifische Behandlungsformen ermöglichen, 2. Entwicklung von Prognoseinstrumenten zur Abschätzung der Rückfallwahrscheinlichkeit von Ersttätern und 3. Entwicklung von Prognoseinstrumenten zur Früherkennung noch nicht auffällig gewordener Kraftfahrer.

Die Arbeiten zur Entwicklung von prognostischen und diagnostischen Instrumentarien sind aufgenommen worden, aber noch nicht abgeschlossen (vgl. Kap. 6).

E. Rechtliche und organisatorische Voraussetzungen für die Behandlung von alkoholauffälligen Kraftfahrern
Es ist durch entsprechende Analysen zu klären, wie weit das gegenwärtige Rechtssystem die Beeinflussung von Ersttätern, die Selektion von Problemtrinkern und gegebenenfalls ihre Behandlung sowie Operationalisierungen zum Zweck der Früherkennung von Alkoholproblemen zuläßt und welche Veränderungen das Rechtssystem erfahren müßte, um diesbezügliche Aktivitäten straf- und verwaltungsrechtlich abzudecken.

Die Analyse und Diskussion der rechtlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Behandlung und Beeinflussung ist zu einem vorläufigen Abschluß gebracht worden (vgl. Kap. 5).

4. ANALYSE UND BEWERTUNG EXISTIERENDER BEHANDLUNGSMODELLE

4.1 Gruppengespräche mit alkoholauffälligen Kraftfahrern/ "Modell Leer"

In der Bundesrepublik Deutschland existiert bereits seit sechs Jahren ein Behandlungsmodell für Wiederholungs-täter [34]7, das auf Anregungen aus dem nordamerikanischen Raum zurückgeht, wo es bereits ein breites Spektrum von nach Zielsetzung, Inhalten und Methoden unterschiedlichen Programmen gibt [30,35]7.

Erstmalig 1971 und seitdem fortlaufend wird Personen, die in Leer/Ostfriesland beheimatet sind und denen wiederholt wegen Trunkenheit am Steuer die Fahrerlaubnis entzogen wurde, anheimgestellt, an Gruppengesprächen teilzunehmen.

Für die Selektion sind folgende Gesichtspunkte maßgebend:

1. Zwei Alkoholstraftaten im Straßenverkehr innerhalb von zehn Jahren
2. Keine groben Verletzungen anderer Strafvorschriften
3. Keine zahlreichen weiteren Verkehrsordnungswidrigkeiten
4. Keine Hinweise auf das Vorliegen einer Trunksucht
5. Freiwillige Bereitschaft, am Gespräch teilzunehmen

Die Gruppengespräche finden jeweils an zwei aufeinander folgenden Wochenenden statt und bestehen aus vier Sitzungen zu je zwei Stunden. Zwischen den Sitzungen erhalten die Teilnehmer Aufgaben, z.B. in Gesprächen mit der Ehefrau deren Reaktion auf den wiederholten Verlust der Fahrerlaubnis zu besprechen, die Kosten des zweiten Trunkenheitsdelikts zu ermitteln, Vorschläge für die angemessene Behandlung von Alkoholrezidivisten zu entwickeln und so weiter, so daß sie insgesamt mindestens 16 bis 20 Stunden intensiv mit dem Problem "Fahren und Trinken" beschäftigt sind.

Der Moderator der Gruppengespräche, ein Verkehrspsychologe, kennt die Namen der Teilnehmer nicht und gibt bei der Vorstellung zu Beginn der Behandlung zu verstehen, daß er kein Beamter der Straßenverkehrsverwaltung sei, die Gruppe lediglich beim Ablauf der Gespräche unterstützen wolle, jedoch keinerlei Einfluß auf die Wiedererteilung der

Fahrerlaubnis habe. Die Verwaltungsbehörde ihrerseits sagt den Teilnehmern zu, die aktive Mitwirkung an der Verbesserung ihrer Verkehrseinstellungen durch Teilnahme an den Gruppengesprächen bei der Wiedererteilung der Fahrerlaubnis zu berücksichtigen.

In den Gruppengesprächen finden sich Elemente der Gruppendiskussion, der nicht-direktiven Gesprächstherapie sowie der analytischen Gruppentherapie. Die Zielsetzung der Gespräche und die Bedürfnisse der Teilnehmer nach Aussprache und Information rechtfertigen eine derartige Konzeption, die sowohl als themenzentriert als auch auf die Beteiligten hin zentriert bezeichnet werden kann. Der Moderator hat der Gruppe Hilfestellung zu leisten, selbst zu einer Lösung des Problems zu gelangen, er präzisiert, sammelt und kategorisiert Ansichten und Vorschläge der Teilnehmer, provoziert Widersprüche und Antithesen, kontrolliert die Verfolgung des Programmzieles und steht als fachkundiger Informant zur Verfügung, wenn Sachfragen auftreten.

Die folgende Übersicht über die in den Gruppengesprächen behandelten Themen ist unvollständig, verdeutlicht aber die spezifischen Vorgehensweisen dieser Behandlungsform:

1. Sitzung: Vorstellung des Moderators - Erläuterung der Gesprächsregeln - Versicherung der Vertraulichkeit - Ermittlung der Gründe, an dem Gruppengespräch teilzunehmen - Beschreibung der Einstellungen und Vorsätze nach dem ersten Entzug der Fahrerlaubnis - Schilderung der Umstände, die zum Rückfall führten - Reaktionen der Mittrinker und Gastwirte auf den erneuten Entzug der Fahrerlaubnis - Wirkung des Alkohols auf die einzelnen Gesprächsteilnehmer - Utopie einer alkoholfreien Gesellschaft - Dunkelziffer bei Alkohol am Steuer
2. Sitzung: Diskussion der Vorschläge in einem Fragebogen, der am Schluß der ersten Sitzung ausgegeben wurde und nach der Behandlung von Alkoholrezidivisten im Straßenverkehr

fragt - Analyse der Argumente aus der Sicht von Personen, die bereits drei Mal wegen Trunkenheit am Steuer verurteilt werden mußten - Argumente der Gesellschaft, die sich vor Alkoholunfällen beschützen will - Wer ist ein Alkoholiker, wie wird man Alkoholiker? - Bericht über eine Entziehungskur - Die Schwierigkeit, alkoholfrei zu fahren oder den Grad der alkoholischen Beeinflussung richtig einzuschätzen oder die Blutalkoholkonzentration richtig zu berechnen

3. Sitzung: Direkte und indirekte Kosten des zweiten Trunkenheitsdeliktes, ermittelt zwischen der zweiten und der dritten Sitzung - Kosten, die bei der Benutzung einer Taxe entstanden wären - Reaktion der Familienangehörigen - Reaktion von Nachbarn und Kollegen - Bedeutung des Führerscheins für die Lebensführung - allgemeine Rückfallwahrscheinlichkeit nach zweimaliger Bestrafung wegen Trunkenheit am Steuer - biographische Merkmale von Alkoholrezidivisten - Trinksitten und -mengen im Laufe der bisherigen Lebensentwicklung - Ermittlung typischer Verführungssituationen, die zur Benutzung des Fahrzeugs nach Alkoholkonsum Anlaß geben
4. Sitzung: Schätzung der Gefährlichkeit des Fahrens unter unterschiedlichem Alkoholeinfluß - Vergleich der Gruppenmeinung mit wissenschaftlichen Ergebnissen über die Erhöhung der Unfallwahrscheinlichkeit durch Alkohol - Simulation einer Gerichtsverhandlung vor einem Sozialgericht: Witwe klagt Rente nach tödlichem Unfall unter Restalkohol auf dem Wege zur Arbeit ein - Langzeit- und Kurzzeit-Trinken - Diskussion der individuellen Vorschläge zur Verhütung eines weiteren Trunkenheitsdelikts - Kritik des Gruppengespräches, Vorschläge und Änderungswünsche

Diese Themenaufstellung, die einer Veröffentlichung aus dem Jahre 1974 entstammt, muß auch insofern als unvollständig angesehen werden, als zwischenzeitlich die "Gruppengespräche" weiter entwickelt worden sind. Seit 1975 enthalten sie neben den gruppenanalytischen und den informativen Behandlungselementen auch solche aus dem Bereich der Verhaltenstherapie: Vor Beginn der Gruppengespräche hat jeder Teilnehmer in einer vierwöchigen Selbstbeobachtungs- und Registrierphase ein individuelles Trinkmuster zu erstellen, um über die Selbstbeobachtung Maßnahmen der Selbstkontrolle beim Trinken und Fahren einzuleiten. Dazu werden in der Gruppe die individuellen Fahrgewohnheiten mit Trinkanlässen ermittelt, geeignete individuelle Vermeidungsstrategien entwickelt und alternative Verhaltensweisen vorgeschlagen. Zwischen der 2. und 3. Sitzung, d.h. über den Zeitraum von 8 Tagen, erfolgt erneut eine Trinkmuster-Erhebung sowie die Erprobung von alternativen Verhaltensweisen in vivo.

Nach Wiedererteilung der Fahrerlaubnis hat jeder Teilnehmer ca. 10 Wochen lang Art und Häufigkeit der angewandten Vermeidungsstrategien zu registrieren, nach Ablauf eines Jahres erhält er mit einem Reinforcement-letter eine weitere Selbstbeobachtungsaufgabe.

Ziel dieser Verfahrensweise ist es, einerseits Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle zu trainieren und zu motivieren, andererseits den Behandlungszeitraum zu strecken.

In gleicher Weise wurden die informativen Behandlungselemente ergänzt, sie enthalten derzeit folgende Themen:

- Gefährlichkeit des Fahrens unter Alkohol,
- inter- und intraindividuelle Unterschiede,
- die BAK bei gleicher Trinkmenge,
- Höhe der Rückfallgefahr,
- Bedeutung des Restalkohols,
- Kosten des Trunkenheitsrezidivs,
- gefährliche Auslösemechanismen,
- Lernprozesse beim Bilden gefährlicher Fahr/Trinkgewohnheiten,
- Möglichkeiten einer weitergehenden Behandlung, z.B. durch die "Anonymen Alkoholiker".

Bezüglich des Erfolges der "Gruppengespräche" liegen bisher nur Evaluationsergebnisse für das erste Modell vor: Danach wurden bei einer mittleren Beobachtungszeit von 42 Monaten 9,2 % der 141 Personen umfassenden Experimentalgruppe erneut mit Trunkenheit am Steuer auffällig. In der Kontrollgruppe von 107 Personen, die nach positivem Verlauf einer medizinisch-psychologischen Eignungsuntersuchung die Fahrerlaubnis erneut erhalten haben und damit einer stärkeren Selektion unterlagen als die Experimentalgruppe, büßten im gleichen Beobachtungszeitraum 20,5 % die Fahrerlaubnis wiederum wegen Trunkenheit am Steuer ein [40a].

Die Gruppengespräche nach dem "Modell Leer", ein sich mehr auf den Mehrfachtäter richtender Ansatz, das "Kölner Modell" [34], sowie die Analyse der nachfolgend näher beschriebenen Bemühungen in Nordamerika gaben im übrigen den Anstoß zur Bildung der Projektgruppe und zur Konzeption ihrer Ziele.

4.2 Rehabilitationsmodelle in Nordamerika

Die folgenden Ausführungen fußen auf zwei Arbeiten:

1. der Beschreibung von nordamerikanischen Rehabilitationsmodellen [35, 36] und der Analyse dieser Modelle im Hinblick auf die Ableitung erfolgversprechender Empfehlungen [30].

Rehabilitationsbemühungen um den Trunkenheitstäter gibt es in den USA und Kanada schon seit einer Reihe von Jahren. Eine beispiellose Verstärkung des Rehabilitationsgedankens erfolgte Anfang der siebziger Jahre durch eine Verkehrs-sicherheitsmaßnahme, die den beträchtlichen Aufwand von rund 80 Millionen Dollar verursachte und in ihren Nachfolgeprogrammen immer noch aktiv ist: die "Alcohol Safety Action Projects" (ASAP's). Insgesamt 35 regionale Einheiten (Bundesstaaten, Kreise und Städte) beteiligten sich an den ASAP's, deren Ziel in der Abschreckung des "Heavy Social Drinker" und der Kontrolle des "Problem Drinker" lag [41 - 45, 1].

Das Maßnahmenbündel der ASAP's bezieht sich auf die polizeiliche Überwachung, auf gerichtliche Maßnahmen, auf

spezifische Behandlungsprogramme für Problemtrinker sowie auf die Information und Aufklärung der Öffentlichkeit.

Aus der Beschreibung näher bekannt gewordener Programme [35_7] geht hervor, daß es eine Vielfalt unterschiedlicher Ansätze, Techniken und Anbindungen gibt. Für die deutschen Bemühungen um Modellmaßnahmen kann dies als Vorteil aufgefaßt werden, wenn man davon ausgeht, daß bis auf das "Modell Leer" keine weiteren Vorhaben existieren. Aus dieser Perspektive ist jede bekannt gewordene Variante eine Anregung. Nachteilig dagegen ist die Vielfalt, die sich im Hinblick auf die Zielvorstellung ergibt. Einige US-Programme sind mehr auf den Fahrer gerichtet, andere mehr auf die Alkohol konsumierende Person.

Mit ganz wenigen Ausnahmen enthalten die in Amerika laufenden Rehabilitationsprogramme unterschiedliche Programmbestandteile (= Behandlungsmaßnahmen) für die verschiedenen Trinker-Fahrer-Typen, unabhängig davon, wie diese definiert und diagnostiziert werden. Immerhin aber ist eine entsprechende Diagnose bzw. Identifizierung eine notwendige Voraussetzung für eine sachgemessene Indizierung und Zuordnung zu den einzelnen Programmteilen. Diese Identifizierungsarbeit wird in den verschiedenen Programmen entweder vor der Behandlung oder während einer ersten Behandlungsstufe geleistet. Die Wahl der einen oder anderen Technik hängt im wesentlichen von der Güte der eingesetzten Erfassungsinstrumente, jedoch auch vom Aufbau des Programms ab.

Wie das eine oder andere amerikanische Modell zeigt, wird versucht, bei der Wahl der angemessenen Behandlungsform sowohl den Grad der Abhängigkeit vom Alkohol als auch den Umstand der Rückfälligkeit als auch die Höhe des BAK-Wertes für das letzte Delikt als Entscheidungshilfen einzusetzen.

Leider sind die meisten der US-amerikanischen und kanadischen Programme, von denen die bekanntesten aus Phoenix (Arizona) stammen und eine bereits vierzehnjährige Tradition aufweisen, nicht so angelegt, daß eine nach wissenschaftlichen Maßstäben zufriedenstellende Evaluation möglich ist. Immerhin werden so viele Untersuchungen ange-

stellt, daß sich über bestimmte Teilaspekte gesicherte Aussagen treffen lassen, die zu konkreten Empfehlungen führen können [30_7]:

1. Trunkenheitstäter stellen keine homogene Gruppe dar. Sie unterscheiden sich in unterschiedlichem Ausmaß bezüglich ihrer Trinkprobleme, Fahrprobleme, Persönlichkeitsmerkmale, Lebensstile, und damit in den Faktoren, die für das Zustandekommen von Trunkenheitsdelikten relevant sind. Aus diesen Unterschieden resultiert zum einen ein unterschiedliches Rehabilitationsbedürfnis und zum anderen eine unterschiedliche Ansprechbarkeit bezüglich der Behandlung.
2. Ein zukünftiges Rehabilitationsprogramm sollte mehrere unterschiedliche Behandlungsformen aufweisen, um den wesentlichen Voraussetzungen dieser Maßnahme, nämlich Behandlungsbedürfnis und Behandlungsfähigkeit, Rechnung zu tragen.
3. Unterschiedliche Behandlungsformen sollten in der Erprobungsphase gleichzeitig geprüft werden, um ihren Erfolg angemessen testen zu können und damit in einem vertretbaren Zeitraum Ergebnisse vorliegen.
4. Die US-amerikanischen Erfahrungen stellen die außerordentliche Bedeutung der Entwicklung von Experimental- und Evaluationsdesigns heraus, wobei die Beibehaltung solcher Designs über die Dauer der gesamten Erprobung von ebenso großer Wichtigkeit ist.
5. Es empfiehlt sich die Entwicklung eines Stufen-Modells, das aus wenigstens zwei unterschiedlichen Stufen bezüglich der Behandlungsintensität besteht.
6. Ein neues System von Behandlungsformen für Trunkenheitstäter macht den Einsatz valider Instrumente zur Identifikation und Differentialdiagnose sowie wirksamer Zuweisungsverfahren unabdingbar.
7. Die Analyse der amerikanischen Praktiken und Erfahrungen führt zur Empfehlung von vier Behandlungsformen, wobei drei unterschiedliche intensive Behandlungsformen, nämlich Schulung, Behandlung in kleinen Gruppen und individuelle Behandlung in einem Stufenmodell stehen und daneben eine besondere Form,

die der Chemotherapie existiert.

Nachfolgend sollen die wichtigsten Erkenntnisse, auf denen die letzte der aufgezählten Empfehlungen fußt, kurz urrissen werden. Was die Behandlungsform der Schulung anbetrifft, von denen die am weitesten verbreitete das "DWI Counterattack Program" ist, so geht es in diesen "Alcohol Safety Schools" um einen in der Regel auch meßbaren Zuwachs des Wissensumfangs bezüglich Alkohol und Verkehrssicherheit. Deutliche Veränderungen des Fahrverhaltens, soweit sie ihren Niederschlag in einer Reduzierung von Unfällen und Delikten haben, oder längerfristige Veränderungen der relevanten Einstellungen konnten nach den Ergebnissen entsprechender Studien nicht erreicht werden [12, 17, 29, 38].

Die Schulungsprogramme unterscheiden sich in erster Linie in der Teilnehmerzahl, der aufgewendeten Gesamtzeit wie der Zeit, die für den reinen Unterricht aufgewendet wird, des Zeitanteils für Interaktionen zwischen Teilnehmern und Leiter sowie dem Zeitanteil für Interaktionen der Teilnehmer untereinander. Multivariante Analysen deckten drei Haupttypen auf, deren Beschreibungsmerkmal das Ausmaß an Frontalunterricht darstellt. Eine Untersuchung zeigte, daß der Schulungstyp einen Einfluß auf den Behandlungserfolg derart zeigt, daß mit Abnahme des Frontalunterricht-Prinzips bessere Ergebnisse erzielt werden konnten [12]. Daraus konnte der Schluß gezogen werden, daß Problemtrinker keinem Programm unterzogen werden sollten, das stark auf Frontalunterricht ausgerichtet ist, besonders dann nicht, wenn einem solchen Programm keine intensivere Behandlung folgen kann.

Schulung im Sinne einer mehr auf Informationsvermittlung ausgerichteten Behandlungsform sollte als Eingangsstufe eines umfassenderen und in der Folgezeit intensiveren Behandlungsprogramms sowie als spezifisches Programm für Ersttäter dienen.

Über die Wirkung des nächsten Behandlungstyps, der Kleingruppenbehandlung, liegt eine Reihe von experimentellen Arbeiten vor, aus denen hervorgeht, daß diese spezifische

Behandlungsform bezüglich der Veränderung des Trinkverhaltens von schweren Problemtrinkern und hospitalisierten Alkoholikern in einigen Fällen wirkungsvoll gewesen ist [6, 13, 14, 32]. Es liegen nur sehr wenige auswertbare bzw. ausgewertete Programme vor, in denen Kleingruppen mit mittleren Problemtrinkern wirksam behandelt wurden, obwohl anzunehmen ist, daß sich die Wiederholungstäter zum größten Teil aus Vertretern dieses Trinkertyps rekrutieren [6, 12, 7, 17, 29].

Unter den Programmen mit Kleingruppenbehandlung nimmt das sogenannte "Power Motivation Training" (PMT) insofern eine Sonderstellung ein, als es im Rahmen der "Alcohol Safety Action Projects" in beträchtlichem Umfang eingesetzt und mehrfach nach wissenschaftlichen Maßstäben auf seinen Erfolg hin untersucht wurde.

Bei dem "Power Motivation Training" handelt es sich um eine spezielle Therapietechnik, die auf der Theorie basiert, daß es einen Zusammenhang zwischen Trinkverhalten auf der einen Seite und dem Gefühl der Machtlosigkeit auf der anderen Seite gibt. Die gruppentherapeutischen Übungen des PMT finden zumeist an zwei aufeinanderfolgenden Wochenenden bzw. in insgesamt 35 Stunden unter der Anleitung von zwei Moderatoren statt. Die Gruppengröße beträgt zwischen 8 und 12, im Durchschnitt 10 Teilnehmer. Die Theorie, die dem PMT zugrunde liegt, geht davon aus, daß Menschen dann exzessiv trinken, wenn sie sich machtlos fühlen. Machtlosigkeit kann die Folge von Versagen, Zurückweisung oder Langeweile sein. Sie kann aber auch aus Angst vor Versagen oder Zurückweisung resultieren. Ihren Ursprung kann sie schließlich auch in Konflikten oder Stresssituationen haben. Wer das Gefühl der Machtlosigkeit los werden will, kann sich einer Reihe verschiedener Verhaltensalternativen bedienen: Er kann sich im sportlichen Zweikampf üben, Positionen in Organisationen oder Vereinen anstreben, Geld ausgeben, aggressiv handeln, oder aber er kann beginnen, Alkohol in großen Mengen zu trinken. Die meisten der angegebenen Alternativen sind nicht ohne weiteres zugänglich oder werden von den Menschen als Alternativen zu der Verhaltensweise,

die den meisten Menschen ohne Schwierigkeiten zugänglich ist, nämlich zum Alkoholkonsum, nicht erkannt.

Da Alltagsbeobachtungen wie wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, daß hoher Alkoholkonsum zum Gefühl führt, größer, stärker, weniger furchtsam, d.h. machtvoller zu sein, liegt das Rehabilitationsziel nach dem PMT darin, den Betroffenen zu helfen, sich ohne Alkoholgenuß machtvoll zu fühlen. Ein auf dieser Basis stehendes Rehabilitationsprogramm muß allerdings einige Voraussetzungen erfüllen. Eine erste Voraussetzung besteht darin, daß die im therapeutischen Programm vorgeschlagene Verhaltensalternative gleichermaßen befriedigend und jederzeit erreichbar sein muß, wie dies für den Alkohol zutrifft. Diese Verhaltensalternative muß die gleiche spannungslösende Wirkung aufweisen wie der Alkohol. Eine dritte wichtige Voraussetzung für den Erfolg besteht darin, dem Betroffenen beizubringen, wann und wie er die Verhaltensalternative anzuwenden hat. Dies läuft darauf hinaus, die zu therapierende Person für das aufkommende Gefühl der Machtlosigkeit zu sensibilisieren.

Einzelziele bzw. Teilziele des PMT bestehen darin, die Muster und Bedeutungen des eigenen Verhaltens kennenzulernen, zu verstehen, warum man übermäßig trinkt, was dieses Verhalten mit dem Bestreben, Machtgefühl zu erreichen, zu tun hat, ein "Frühwarnsystem" für Stimmungen und Gefühle zu entwickeln, die zum exzessiven Alkoholkonsum führen können, Verhaltensalternativen einsetzen zu können, bei zwischenmenschlichen Konfrontationen statt nach dem Gewinner-Verlierer-System nach dem Gewinner-Gewinner-System zu operieren, realistische Zielvorstellungen zu entwickeln sowie Strategien zur Zielerreichung zu vermitteln und einzuüben.

Der entscheidende Wert des PMT wird darin gesehen, daß weder das Trinken noch die Auseinandersetzung mit anderen verboten wird, dagegen das Bewußtsein für die Vor- und Nachteile jeder Verhaltensspielart im Hinblick auf die eigene Person und auf andere vermittelt wird.

Es müssen zwei Gründe für den Umstand angenommen werden, daß die Effektivität individueller Behandlung nur in den

allerwenigsten Fällen einer systematischen Evaluation unterzogen worden ist. Zum einen sträubt sich die US-amerikanische Verkehrsbehörde dagegen, solche langfristigen Rehabilitationsprogramme finanziell zu unterstützen, da solche Aktivitäten als relativ weit vom Gegenstandsbereich der Straßenverkehrssicherheitsarbeit angesehen und deswegen mehr in die Zuständigkeit der Gesundheitsbehörde gehörig betrachtet werden. Der zweite Grund ist zunächst in dem Umstand zu sehen, daß individuelle Behandlung mehr bei Alkoholikern und weniger bei Problem-Trinker-Fahrern angesetzt wird. Die Ursache hierfür muß wiederum in der Bewertung des Problemfeldes Trinken und Fahren als ein soziales Phänomen gesehen werden, in dem Gruppenprozesse wirksam werden, die im Gruppenansatz der Rehabilitationsprogramme ihre Entsprechung haben. Es wird angenommen, daß das relevante soziale Lernen bereitwilliger und wirkungsvoller in einer Bezugsgruppensituation erfolgt als in der Zweierbeziehung Patient-Therapeut.

Das wichtigste Einzelergebnis der Analyse US-amerikanischer Modelle im Hinblick auf die Wirksamkeit individueller Behandlung ist, daß alle Programme etwa gleich wirksam sind. Wenn die Schlußfolgerung aus der systematischen Evaluation amerikanischer Programme richtig ist, daß es nahezu gleichgültig ist, was getan wird, sofern auf einer individuellen Stufe überhaupt etwas getan wird, so sollte bei Konzeption einer individuellen Behandlungsstufe für ein umfassendes Rehabilitationsprogramm die größtmögliche Relevanz für den Kreis der Problem-Trinker-Fahrer angestrebt werden, den Anforderungen des Evaluationsdesigns entsprochen werden und die Programme so kurz und kostengünstig wie eben möglich gestaltet werden. Es muß beachtet werden, daß kein existierendes individuelles Behandlungsprogramm diese Kriterien erfüllt.

Ogleich Chemotherapie [29] (Verabreichung von Disulfiram, das bei Alkoholkonsum äußerst unangenehme Reaktionen wie Ekel, Erbrechen und Schwindel hervorruft) vom gesetzlichen wie vom medizinischen Standpunkt umstritten ist, mündet die Analyse der nordamerikanischen Programme in

die Empfehlung, diese Behandlungsform in einem Pilotprogramm einzusetzen, und zwar zur Unterstützung solcher Probanden, die an einem gruppenspezifischen oder anders gearteten individuellen Programm teilnehmen.

4.3 Stellungnahme und Bewertung

Die Behandlungsform der Schulung wurde von der Projektgruppe sowohl für Ersttäter als auch für Wiederholungstäter für unabdingbar gehalten: Hierbei werden in erster Linie Informationen über Alkohol sowie über Alkohol und Fahren vermittelt. Der Schulungstyp allerdings, der durch sehr hohe Teilnehmerzahlen, wenig Interaktionen und damit weitgehend durch das Prinzip des Frontalunterrichts gekennzeichnet ist, soll im geplanten Erprobungsprogramm noch nicht zum Einsatz kommen, wird jedoch als mögliche Behandlungsform für Ersttäter weiter verfolgt. Aufgrund spezifischer Erfahrungen in den USA scheint dieser Schulungstyp für Wiederholungstäter kontraindiziert.

Das Schwergewicht legt die Projektgruppe zunächst auf die Behandlung in kleinen Gruppen. Die aufgrund der Analyse empfohlenen beiden theoretisch unterschiedlich begründeten Behandlungsformen werden im Kapitel 7 dargestellt.

Was den Einsatz individueller Therapieformen angeht, so wird man auf vorhandene Institutionen zur Therapie von Alkoholabhängigen zurückgreifen müssen. Diese Behandlungsform wurde von der Projektgruppe daher nicht weiterverfolgt. Gleiches gilt für die Behandlungsform Chemotherapie, die ebenfalls einen sehr engen Zusammenhang zur Alkoholikerproblematik aufweist.

Weiterverfolgt wurde jedoch die Möglichkeit der postalischen Zusendung von schriftlichem Material, das einerseits (wie bei der Schulung) aufklärenden Inhalt haben kann, andererseits zu intensiver Auseinandersetzung mit dem Gesamtproblem auffordern sollte. Die Briefkursteilnehmer hätten sich hierbei zudem der Auflage zu unterwerfen, in bestimmten Zeitabständen Rückantworten zu schicken, aus denen die Bearbeitung von "Aufgaben" und der Behandlungsstand zu ersehen sind. Sollte sich ein derartiges System

für bestimmte Problemgruppen als effizient erweisen, so wäre dies insbesondere unter ökonomischem Gesichtspunkt ein interessanter Ansatz.

Schließlich wird die sogenannte Kontaktpflicht als eine Möglichkeit angesehen, den Erfolg einer Behandlung über längere Zeit zu sichern. Unter Kontaktpflicht ist die Auflage zu verstehen, mit der Institution, die für die Behandlung zuständig ist, für einen bestimmten Zeitraum in Kontakt zu bleiben. Wie dieser Kontakt am günstigsten hergestellt wird (persönlich, schriftlich, telefonisch), ist z.Zt. noch offen.

5. PROBLEME UND PERSPEKTIVEN IN RECHTLICHER UND ORGANISATORISCHER HINSICHT

5.1 Die gegenwärtige rechtliche Situation

Ein Behandlungsprogramm für alkoholauffällige Kraftfahrer tangiert drei Rechtsgebiete, die bundesrechtlich geregelt sind: 1. das Strafrecht, 2. das Ordnungswidrigkeitenrecht und 3. das Straßenverkehrs-Verwaltungsrecht.

Das Strafrecht enthält speziell auf Alkoholverkehrstäter zugeschnittene Straf-Tatbestände im Strafgesetzbuch (StGB).

Der Grundtatbestand ist durch § 316 StGB definiert. Die Rechtsprechung unterscheidet zwischen absoluter Fahruntüchtigkeit und relativer Fahruntüchtigkeit: Absolut fahruntüchtig ist in jedem Fall, wer 1,3 g‰ oder mehr Alkohol im Blut oder eine Alkoholmenge im Körper hat, die zu solcher Blutalkohol-Konzentration führt; wer 0,3 g‰ oder mehr Alkohol im Blut oder eine Alkoholmenge im Körper hat, die zu solcher Blutalkohol-Konzentration führt, ist fahruntüchtig, wenn er alkoholtypische Ausfallerscheinungen erkennen läßt, z.B. in Schlangenlinien fährt oder von der Fahrbahn abkommt (relative Fahruntüchtigkeit).

Gefährdungstatbestände sind durch § 315a (Gefährdung des Bahn-, Schiffs- und Luftverkehrs) und § 315c (Gefährdung des Straßenverkehrs) definiert. Eine Gefährdung -von Leib oder Leben eines anderen oder von fremden Sachen von bedeutendem Wert- wird immer dann als gegeben angenommen, wenn der Eintritt eines Schadens wahrscheinlicher ist als sein Ausbleiben.

Als Rechtsfolgen kommen, soweit es sich bei den Straftätern um Erwachsene handelt, vor allem in Betracht: Geldstrafe (§§ 40 ff. StGB), Freiheitsstrafe (§§ 38 ff. StGB), Nebenstrafe: Fahrverbot (§ 44 StGB) und Maßregeln der Besserung und Sicherung (§§ 61 ff. StGB), insbesondere Unterbringung in eine Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) und Entziehung der Fahrerlaubnis (§ 69 StGB). Von solchen Rechtsfolgen kann ausnahmsweise abgesehen werden bei

Verwarnung mit Strafvorbehalt (§ 59 StGB) und Einstellung des Verfahrens unter Bedingungen (§ 153a Strafprozeßordnung - StPO):

Was die Geldstrafen angeht, so folgt die Praxis im wesentlichen den Empfehlungen des Deutschen Verkehrsgerichtstages, nach denen "in der Regel" im ersten Fall einer Trunkenheitsfahrt 30 bis 60 Tagessätze und im Wiederholungsfall mehr als 60 Tagessätze angemessen sind.

Im ersten Fall einer Trunkenheitsfahrt wird nur unter außergewöhnlichen Umständen (z.B. schwerer Unfall, erhebliche Unfallfolgen, eventuell Tötung) auf Freiheitsstrafen erkannt. Auch im ersten Wiederholungsfall wird nur bei solchen Umständen, gegebenenfalls aber auch bei sehr kurzem Zeitabstand zwischen der ersten und der zweiten Tat auf Freiheitsstrafe erkannt.

Nach den Empfehlungen des Deutschen Verkehrsgerichtstages richtet sich die Praxis auch bezüglich der Sperrfristen für die Wiedererteilung einer Fahrerlaubnis (§ 69a StGB), die im ersten Fall einer Trunkenheitsfahrt "in der Regel" auf ein Jahr und im Wiederholungsfall auf zwei Jahre bemessen wird.

Die Rechtsfolgen bei Jugendlichen und Heranwachsenden nach dem Jugendgerichtsgesetz (JGG) sind Erziehungsmaßnahmen (z.B. § 10 Weisungen), Zuchtmittel (§ 14 Verwarnung, § 15 Auflagen, § 16 Jugendarrest) und Jugendstrafe (§ 17 ff.). Neben diesen Rechtsfolgen kann auch die Unterbringung in eine Entziehungsanstalt, die Entziehung der Fahrerlaubnis oder das Fahrverbot angeordnet werden (§§ 7 f. JGG).

Das Ordnungswidrigkeitenrecht findet dann Anwendung, wenn der Ordnungswidrigkeiten-Tatbestand des § 24a Straßenverkehrsgesetz (StVG) gegeben ist, nämlich jemand mit mehr als 0,8 ‰ Alkohol im Blut oder einer zu solcher Blutalkohol-Konzentration führenden Alkoholmenge im Körper ein Kraftfahrzeug führt.

Als Rechtsfolge ist vorgesehen: Geldbuße (§ 17 Gesetz über Ordnungswidrigkeiten - OWiG) und Nebenfolge: Fahrverbot (§ 25 StVG).

Der bundeseinheitliche Bußgeldkatalog sieht als Regelsatz der Geldbuße für den ersten Verstoß DM 500.--, für den zweiten Verstoß DM 1.000.-- und für den dritten Verstoß DM 1.500.-- vor, sowie in entsprechender Abstufung ein Fahrverbot für die Dauer von einem Monat bis zu drei Monaten.

Im Straßenverkehrs-Verwaltungsrecht sind von besonderer Bedeutung die Vorschriften über den Verkehrsunterricht (§ 48 Straßenverkehrs-Ordnung - StVO) und die Fahrerlaubnis (§ 2 StVG) einschließlich Erteilung der Fahrerlaubnis (§§ 9 ff. mit 15c Straßenverkehrs-Zulassungs-Ordnung - StZO) und Entziehung der Fahrerlaubnis (§4 StVG mit §§3 und 15b StVZO) sowie das Mehrfachtäter-Punktsystem (Allgemeine Verwaltungsvorschrift zu § 15b StVZO).

5.2 Behandlung auf der Grundlage geltenden Rechts

Die Zuweisung alkoholauffälliger Kraftfahrer zu einer spezifischen Behandlung ist zwar in erheblichem Umfange bereits nach geltendem Recht möglich, diese Möglichkeiten werden jedoch derzeit noch nicht genutzt. Das liegt zunächst einmal daran, daß es eine Behandlung alkoholauffälliger Kraftfahrer bisher nur in Ansätzen gab. Sobald mit dem Erfolg von Behandlungen alkoholauffälliger Kraftfahrer aufgewartet werden kann, wird die Bereitschaft zur Ausschöpfung der nach geltendem Recht bestehenden Möglichkeiten der Behandlungszuweisung steigen. Das gilt erst recht für die Bereitschaft, neues Recht einzuführen. Voraussetzung für gesetzgeberische Akte ist - um den Erfolgsnachweis überhaupt führen zu können - die Ausschöpfung geltenden Rechts. Diesem Teilproblem sind die folgenden Ausführungen gewidmet.

5.2.1 Zuweisung bei Eignungs-Begutachtung des Fahrerlaubnissbewerbers

Wenn eine Fahrerlaubnis wiederholt entzogen wurde, hat die Verwaltungsbehörde nach § 15c Abs. 3 StVZO vor Erteilung einer neuen Fahrerlaubnis in der Regel die Beibringung eines Gutachtens durch eine amtlich anerkannte medizinisch-psychologische Untersuchungsstelle anzuordnen. Zwar ist der Führerscheinbewerber nicht verpflichtet, dieser Anordnung nachzukommen, die Anordnung kann auch nicht zwangsweise durchgesetzt werden, es besteht also lediglich eine Mitwirkungspflicht des Betroffenen an der Aufklärung des Sachverhalts, kommt aber der Fahrerlaubnisbewerber dieser Mitwirkungspflicht nicht nach, so kann die Verwaltungsbehörde daraus den Schluß ziehen, daß er Eignungsmängel verbergen will, und die Wiedererteilung einer Fahrerlaubnis versagen.

Die medizinisch-psychologische Untersuchungsstelle kann bei einer solchen Untersuchung zu dem Ergebnis kommen, daß der Fahrerlaubnisbewerber zum Führen von Kraftfahrzeugen entweder uneingeschränkt geeignet oder bedingt geeignet oder dauernd ungeeignet oder nur für absehbare Zeit ungeeignet ist.

In den Fällen, in denen derzeit bestehende Ungeeignetheit attestiert wird, könnte der medizinisch-psychologische Gutachter darauf hinwirken, daß der Bewerber um eine Fahrerlaubnis sich einer besonderen Behandlung unterzieht, von der zu erwarten ist, daß sie die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen wieder herstellt. Hierfür könnte der Gutachter entweder die Gutachtenerstattung aussetzen oder das Gutachten mit spezifischen Hinweisen ausstatten.

Bei dem Prinzip der Aussetzung der Gutachten-Erstattung ist der Gutachter zwar nicht befugt, selbst eine Behandlung anzuordnen oder die Erstattung des Gutachtens davon abhängig zu machen, daß der Fahrerlaubnisbewerber sich zunächst solcher Behandlung unterzieht, er kann jedoch den Fahrerlaubnisbewerber über die zur Zeit noch bestehenden Eignungsmängel aufklären, sowie darüber, daß diese

möglicherweise durch eine besondere Behandlung zu beheben sind. Entschließt sich der Fahrerlaubnisbewerber sodann, sich einer entsprechenden Behandlung zu unterziehen, so wird der Gutachter von der Erstattung des Gutachtens zunächst absehen und den Ausgang der Behandlung abwarten.

Macht der Fahrerlaubnisbewerber von der Empfehlung einer spezifischen Behandlung Gebrauch, so kann der medizinisch-psychologische Gutachter im Gutachten das Behandlungsergebnis würdigen. Bei günstigem Ergebnis könnte das Gutachten wie folgt abgeschlossen werden:

"Die bei der Untersuchung ermittelten Eignungsmängel sind dadurch behoben, daß der Fahrerlaubnisbewerber an einer besonderen Behandlung für alkoholauffällige Kraftfahrer teilgenommen hat, die von ... (Behandlungsstelle) ... durchgeführt wurde. Danach bestehen keine Bedenken dagegen, dem Fahrerlaubnisbewerber die beantragte Fahrerlaubnis zu erteilen".

Aufgrund solcher Gutachten könnte die Verwaltungsbehörde die Fahrerlaubnis erteilen. Daß sich ein Fahrerlaubnisbewerber einer spezifischen Behandlung unterzieht, kann auch durch Hinweise im Gutachten erreicht werden. In den Fällen, in denen weder uneingeschränkte Eignung noch dauernde Ungeeignetheit gegeben ist und das Gutachten mit einer entsprechenden Beurteilung abschließt, d.h. in den Fällen zur Zeit bestehender, aber behebbarer Ungeeignetheit, wird der Gutachter am Ende des Gutachtens in der Regel mitteilen, zu welchem Zeitpunkt eine weitere Untersuchung sinnvoll ist, die gegebenenfalls zu einer anderen, d.h. gegensätzlichen Eignungsbeurteilung führen könnte. Es ist rechtlich unbedenklich, wenn dieser Mitteilung Hinweise darauf beigefügt werden, was der Fahrerlaubnisbewerber zwischenzeitlich tun kann, um seine Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen wiederherzustellen.

Wenn sicher ist, daß der zur Zeit ungeeignete Fahrerlaubnisbewerber durch die Behandlung die uneingeschränkte Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen wiedererlangen wird, könnte das Gutachten mit folgendem Hinweis ausgestattet sein:

"Der Fahrerlaubnisbewerber ist zur Zeit ungeeignet zum Führen eines Kraftfahrzeuges.

Falls nicht besondere Umstände eintreten, läßt eine weitere Untersuchung vor Ablauf von ... Jahren keine andere Beurteilung erwarten.

Die bei der Untersuchung ermittelten Eignungsmängel können jedoch schon früher durch eine besondere Behandlung für alkoholauffällige Kraftfahrer behoben werden, die von ... (Behandlungsstelle) ... durchgeführt werden kann. Nach erfolgreicher Teilnahme an solcher Behandlung bestehen keine Bedenken dagegen, dem Fahrerlaubnisbewerber die beantragte Fahrerlaubnis zu erteilen".

Sofern eine sichere Prognose vor der Behandlung über deren Erfolg nicht möglich ist, könnte der Gutachter auch darauf hinweisen, daß zur Überprüfung des Behandlungserfolges eine weitere Untersuchung notwendig ist. Dieser Hinweis hätte etwa folgendes Aussehen:

"Die bei der Untersuchung ermittelten Eignungsmängel können jedoch voraussichtlich schon früher durch eine besondere Behandlung für alkoholauffällige Kraftfahrer behoben werden, die von ... (Behandlungsstelle) ... durchgeführt werden kann. Ob die Behandlung erfolgreich war, können wir erst nach Abschluß solcher Behandlung beurteilen".

Schließt sich die Verwaltungsbehörde solcher Begutachtung an, muß sie die Erteilung der Fahrerlaubnis ablehnen. Dabei kann sie die Hinweise auf die Behandlungsmöglichkeit an den Fahrerlaubnisbewerber weitergeben und ihm anheimstellen, nach durchgeführter erfolgreicher Behandlung erneut eine Fahrerlaubnis zu beantragen.

5.2.2 Nachbetreuung über Fahrerlaubnis mit Auflagen

Ein Fahrerlaubnisbewerber, dem der Führerschein wegen Alkoholauffälligkeiten bereits mehr als einmal entzogen werden mußte, wird wegen der erheblichen Zahl an Rückfällen bei Wiederholungstätern nur mit einer gewissen

Wahrscheinlichkeit als uneingeschränkt geeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen beurteilt werden können. Er mag nach erfolgter Behandlung zunächst geeignet sein. Das bedeutet jedoch nicht, daß er für alle Zeit gegenüber Rückfälligkeit absolut widerstandsfähig ist. Aus diesem Grunde sollte derjenige, dem trotz wiederholter Alkohol-auffälligkeit erneut eine Fahrerlaubnis erteilt wird, für einen bestimmten Zeitraum beobachtet werden. Der medizinisch-psychologische Gutachter sollte in jedem Falle darauf dringen, daß der Fahrerlaubnisbewerber verpflichtet wird, sich nach Erteilung der Fahrerlaubnis mehreren Nach-Untersuchungen zu stellen.

Ein solcher Hinweis, der bei attestierter Eignung ohne Behandlung, nach bereits durchgeführter Behandlung oder nach noch durchzuführender Behandlung gegeben werden sollte, könnte folgendes Aussehen haben:

"Da die Gefahr besteht, daß der Fahrerlaubnisbewerber nach Wiedererteilung der Fahrerlaubnis durch zur Zeit nicht erkennbare Umstände erneut ungeeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen wird, ist eine Nachuntersuchung ... Monate nach ... (Fahrerlaubniserteilung oder Behandlungsabschluß) ... erforderlich, die danach noch ...mal in Abständen von jeweils einem Jahr wiederholt werden muß."

Denkbar ist auch, daß der Fahrerlaubnisbewerber nach erfolgreicher Teilnahme an einer Behandlung zur Aufrechterhaltung und Festigung der durch die Behandlung herbeigeführten Eignung weiterer Zuwendung bedarf. Da nicht davon ausgegangen werden kann, daß eine bloße Nachuntersuchung das notwendige Maß an Zuwendung aufweist, sollte der medizinisch-psychologische Gutachter eine Nachbehandlung anregen. Der entsprechende Hinweis im Gutachten könnte etwa lauten:

"Nach Erteilung der Fahrerlaubnis bedarf der Fahrerlaubnisbewerber weiterer Behandlung, die von ... (Behandlungsstelle) ... Monate nach ... (Fahrerlaubniserteilung oder Behandlungsabschluß) ... und

danach ... mal in Abständen von jeweils 1 Jahr wiederholt werden muß."

Soweit Nachbehandlung erforderlich ist, sollte ein solcher Hinweis an Stelle des Hinweises auf Nachuntersuchung oder im Anschluß daran gegeben werden.

In diesen Fällen bedingter Eignung könnte die Verwaltungsbehörde die Fahrerlaubnis unter der Auflage erteilen, daß der Fahrerlaubnisinhaber sich Nachuntersuchungen oder Nachbehandlungen unterziehen muß (§ 12 Abs. 2 StVZO). Die hier vorgeschlagenen Verfahrensweisen bei der Gutachten-Erstattung sind zwar in erster Linie für Wiederholungstäter konzipiert, können jedoch auch für Ersttäter Anwendung finden. Wenn der Verwaltungsbehörde die Einsicht vermittelt wird, daß schon die Tatsache einer einmaligen Trunkenheitsfahrt wegen der statistisch erwiesenen erheblichen Rückfallhäufigkeit Bedenken gegen die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen (§ 12 Abs. 1 StVZO) begründet, kann sie auch vom Ersttäter unter Anwendung von § 15c Abs. 3 StVZO die Beibringung eines medizinisch-psychologischen Gutachtens fordern, das dann den Weg zur Behandlung weisen kann.

5.2.3 Zuweisung über theoretische Prüfung des Fahrerlaubnissbewerbers

Die Verwaltungsbehörde hat einen Antrag auf Erteilung der Fahrerlaubnis der Klasse I, II oder III einem amtlich anerkannten Sachverständigen oder Prüfer für Kraftfahrzeugverkehr zur Prüfung der Befähigung des Antragstellers zum Führen von Kraftfahrzeugen zu übersenden, wobei der Sachverständige oder Prüfer sich unter anderem davon zu überzeugen hat, ob der Prüfling mit den Gefahren des Straßenverkehrs und den zu ihrer Abwehr erforderlichen Verhaltensweisen vertraut ist. Diese Vorschriften gelten für die Neuerteilung einer Fahrerlaubnis nach vorangegangener Entziehung ebenso wie für die Ersterteilung. Auf eine Fahrerlaubnisprüfung kann die Verwaltungsbehörde nur dann verzichten, wenn keine Tatsachen vorliegen, die die Annahme rechtfertigen, daß der Fahrerlaubnissbewerber

die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten nicht mehr besitzt. Ein Verzicht auf die Prüfung ist nicht zulässig, wenn seit der Entziehung, der vorläufigen Entziehung oder der Beschlagnahme oder Sicherstellung des Führerscheins mehr als zwei Jahre verstrichen sind, eine Frist, die bei Ersttättern in der Regel nicht erreicht wird. In diesen Fällen sollten die Verwaltungsbehörden jedoch wenigstens eine auf die Themen der Verkehrssicherheitslehre beschränkte theoretische Prüfung verlangen, was nach einem Urteil des Oberverwaltungsgerichts Münster vom 11.4.1974 rechtlich zulässig ist.

Mit dieser Prüfung könnten die Verwaltungsbehörden solche amtlich anerkannten Sachverständigen beauftragen, die mit den Problemen alkoholauffälliger Kraftfahrer und den Möglichkeiten ihrer Behandlung besonders vertraut sind und bei sorgfältiger Prüfung nicht nur ermitteln könnten, ob der Fahrerlaubnisbewerber mit der Gefahrenlehre vertraut ist (Prüfung bestanden) oder nicht (Prüfung nicht bestanden), sondern darüber hinaus auch Beobachtungen machen könnten, die die mangelnde Vertrautheit mit der Gefahrenlehre aus charakterlich-sittlich oder medizinisch-psychologisch begründbaren Defiziten in der Person des Fahrerlaubnisbewerbers erklärbar machen, also Zweifel über die Eignung des Fahrerlaubnisbewerbers begründen. Solche Beobachtungen hat der Sachverständige der Verwaltungsbehörde mitzuteilen, damit diese nach § 12 StVZO verfahren und damit die Beibringung eines medizinisch-psychologischen Gutachtens fordern kann. Auf diese Weise also könnten über die theoretische Fahrerlaubnisprüfung alkoholauffällige Kraftfahrer identifiziert, entsprechend begutachtet und einer spezifischen Behandlung zugewiesen werden.

Neben einer solchen indirekten Zuweisungsanregung kann auch eine direkte Zuweisungsanregung gegeben werden, die darauf basiert, daß der amtlich anerkannte Sachverständige zu dem Ergebnis kommt, daß der Fahrerlaubnisbewerber mangels Vertrautheit mit der Gefahrenlehre die Befähigung

zum Führen von Kraftfahrzeugen nicht hat, aber durch eine geeignete Behandlung mit eben diesen Gefahren des Straßenverkehrs (etwa durch auf eine Informationsvermittlung gerichtete Schriften, Briefe oder Kurse) und den zu ihrer Abwehr erforderlichen Verhaltensweisen (etwa auf eben diese Weise und noch zusätzlich durch Verhaltenstraining) vertraut gemacht werden kann. Der Sachverständige sollte die Rückgabe des Fahrerlaubnisanspruchs an die Verwaltungsbehörde unter Mitteilung des negativen Prüfungsergebnisses mit dem folgenden Hinweis verbinden:

"Der Fahrerlaubnisbewerber ist mit den Gefahren des Straßenverkehrs - insbesondere den Zusammenhängen zwischen Trinken und Fahren - und den zu ihrer Abwehr erforderlichen Verhaltensweisen nicht vertraut. Diese bei der Prüfung aufgetretenen Befähigungsmängel können durch eine besondere Behandlung für alkohol-auffällige Kraftfahrer behoben werden, die von ... (Behandlungsstelle) ... durchgeführt werden kann."

Die Verwaltungsbehörde kann sodann dem Fahrerlaubnisbewerber die Fahrerlaubnis versagen und den Hinweis mit der Empfehlung weitergeben, sich einer spezifischen Behandlung zu unterziehen. Diese Empfehlung wird mit einem weiteren Hinweis verbunden, der sich auf die Wiederholung der Fahrerlaubnisprüfung bezieht:

"Zur Wiederholung der Fahrerlaubnisprüfung werden Sie nur zugelassen, wenn Sie durch Vorlage einer Bescheinigung der ... (Behandlungsstelle) ... nachweisen, daß Sie erfolgreich an der Behandlung teilgenommen haben."

Hat der Fahrerlaubnisbewerber an der Behandlung erfolgreich teilgenommen und die Wiederholungsprüfung bestanden, ist ihm die Fahrerlaubnis zu erteilen, kommt allerdings der Sachverständige bei der Wiederholungsprüfung zu dem Ergebnis, daß der Fahrerlaubnisbewerber zwar zur Zeit die erforderliche Befähigung zum Führen von Kraftfahrzeugen hat, aber in Gefahr steht, diese Befähigung wieder zu verlieren, so regt er Nachprüfung oder Nachbehandlung an. Die Verwaltungsbehörde kann solchen Anregungen durch Erteilung einer Fahrerlaubnis mit Auflagen Rechnung tragen

(s.o. zu 5.2.2).

Im Zuge der weiteren Projektplanung könnte erwogen werden, ob den Verwaltungsbehörden der Vorschlag gemacht werden sollte, bei Beantragung einer neuen Fahrerlaubnis durch Ersttäter wie Wiederholungstäter nicht das bisher übliche medizinisch-psychologische Gutachten zu fordern, sondern lediglich die Ablegung der theoretischen Fahrerlaubnisprüfung vor besonders spezialisierten Sachverständigen, die im Rahmen dieser Prüfung (auch) das Screening-Verfahren anzuwenden hätten.

5.2.4 Zuweisung im Verfahren zur Entziehung der Fahrerlaubnis

Bei Fahrerlaubnisentziehung liegt ein unhaltbarer Zustand vor, wenn einem Kraftfahrer mit der schlichten Begründung die Fahrerlaubnis entzogen wird, er sei ungeeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen, ohne ihm zugleich Möglichkeiten aufzuzeigen, mit denen er seine Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen wiedererlangen kann. Jede Fahrerlaubnisentziehung sollte mit dem Hinweis auf die Möglichkeit der Behandlung verbunden werden.

Im Verwaltungsrecht kommt die Möglichkeit der Entziehung der Fahrerlaubnis bei alkoholauffälligen Kraftfahrern kaum in Betracht, weil ja in der Regel die Strafgerichte bereits über die Entziehung der Fahrerlaubnis entscheiden. Sollte eine Verwaltungsbehörde dennoch einmal einem alkoholauffälligen Kraftfahrer die Fahrerlaubnis entziehen, kann sie ohne weiteres zugleich auf die Möglichkeit der Behandlung hinweisen. Ein konkreter Hinweis ist insofern möglich, als die Verwaltungsbehörde zur Vorbereitung der Entscheidung über die Entziehung der Fahrerlaubnis die Beibringung eines Gutachtens von einer medizinisch-psychologischen Untersuchungsstelle oder von einem amtlich anerkannten Sachverständigen oder Prüfer für den Kraftfahrzeugverkehr anordnen kann und dies in der Regel auch tut. Die Gutachter können bei entsprechendem Beurteilungstenor die oben näher beschriebenen und begründeten Hinweise ihrem Gutachten anfügen. Auch an dieser Stelle könnte

erwogen werden, ob die Verwaltungsbehörden zur Vorbereitung der Entscheidung über die Entziehung der Fahrerlaubnis bei alkoholauffälligen Kraftfahrern nicht wie bisher üblich ein Gutachten durch eine medizinisch-psychologische Untersuchungsstelle anfordern, sondern das Gutachten eines besonders qualifizierten, amtlich anerkannten Sachverständigen zu der Frage, ob der Inhaber der Fahrerlaubnis die erforderliche Vertrautheit mit der Gefahrenlehre noch besitzt.

Im Strafrecht ist der Fahrerlaubnisentzug die regelmäßige Folge der Verurteilung wegen einer alkoholbedingten Verkehrsstraftat. Der die Entziehung der Fahrerlaubnis im Strafverfahren anordnende Richter könnte dem Verurteilten empfehlen, sich bei einer medizinisch-psychologischen Untersuchungsstelle darauf untersuchen zu lassen, ob er für eine Behandlung in Betracht kommt, und sich gegebenenfalls solcher Behandlung zu unterziehen. Dieser Empfehlung könnte er dadurch besonderen Nachdruck verleihen, daß er sie mit der Ankündigung verbindet, er werde nach erfolgreicher Behandlung in Erwägung ziehen, ob die von ihm verhängte Sperre für die Wiedererteilung einer Fahrerlaubnis vorzeitig aufgehoben werden kann, wozu der Richter berechtigt ist, wenn sich Grund zu der Annahme ergibt, daß der Täter zum Führen von Kraftfahrzeugen nicht länger ungeeignet ist und weiterhin die Sperre 6-Monate und, wenn gegen den Täter in den letzten drei Jahren vor der Tat bereits einmal eine Sperre angeordnet worden ist, 1 Jahr gedauert hat.

Dieses Verfahren hat allerdings einige schwerwiegende Nachteile. Zum einen könnte sich herausstellen, daß der Verurteilte zur Zeit der Verurteilung durch den Richter gar nicht ungeeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen war. Die falsche, aber rechtskräftige Entscheidung des Richters könnte dann zum Wiederaufnahmeverfahren führen. Auch könnte sich herausstellen, daß der Verurteilte zwar zur Zeit der Verurteilung ungeeignet, aber zur Zeit der Untersuchung bereits wieder geeignet ist. Der Richter könnte dann die Sperre für die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis

nur unter Beachtung der dafür vorgeschriebenen Mindestfristen aufheben. Die starre Regelung der Mindestfristen für die Aufhebung der Sperre für die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis bringt eine weitere Schwierigkeit mit sich, die damit zu tun hat, daß der Ersttäter kaum vor Ablauf von sechs Monaten nach seiner Verurteilung eine erfolgreiche Behandlung nachweisen kann, was von der Terminierung der medizinisch-psychologischen Untersuchung, der möglichen Terminierung der Behandlung und der Behandlungsdauer abhängt. Der Wiederholungstäter könnte demgegenüber schon vor Ablauf von einem Jahr eine erfolgreiche Behandlung nachweisen und dennoch nicht damit rechnen, daß der Richter die Sperre für die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis vor Ablauf der Mindessperrfrist von einem Jahr seit der Verurteilung aufhebt. Schließlich könnte die Untersuchung auch noch das Ergebnis haben, daß der Verurteilte nicht behandlungsfähig und auf Dauer ungeeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen ist. In einem solchen Fall müßte sich dem Verurteilten der Eindruck aufdrängen, daß der Richter eine andere Auffassung über die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen hat als der medizinisch-psychologische Sachverständige.

Ein großer Teil der aufgeführten Nachteile würde sich nicht ergeben, wenn der Richter sich schon vor seiner Entscheidung über die Entziehung der Fahrerlaubnis des Sachverständigen eines in der Beurteilung von Eignungsfragen kompetenten Angehörigen einer medizinisch-psychologischen Untersuchungsstelle versichert. Es ist nicht die Frage, ob dies rechtlich möglich ist, sondern die Frage, ob dies rechtlich nicht geboten ist. Nach dem in § 244 Abs. 2 StPO verankerten Grundsatz der allgemeinen Aufklärungspflicht hat das Gericht zur Erforschung der Wahrheit die Beweisaufnahme von Amts wegen auf alle Tatsachen und Beweismittel zu erstrecken, die für die Entscheidung von Bedeutung sind. Da für die Entscheidung über die Entziehung der Fahrerlaubnis die Frage der Eignung des Täters von hervorragender Bedeutung ist, zur Beurteilung der Eignungsfrage ein Beweismittel in Gestalt des besonders sachver-

ständigen Angehörigen einer medizinisch-psychologischen Untersuchungsstelle zur Verfügung steht, müßte der Richter eigentlich eine solche Person als Sachverständigen vernehmen, tut dies aber in der Praxis regelmäßig nicht, weil er sich die erforderliche Sachkunde selbst zutraut.

5.2.5 Zuweisung durch richterliche Anordnung

Bei strafgerichtlicher Verurteilung kommt nicht nur die Behandlungsempfehlung im Zusammenhang mit der Entziehung der Fahrerlaubnis in Frage, sondern unter besonderen Umständen auch die Möglichkeit, den Verurteilten anzuweisen, sich einer Behandlung zu unterziehen. So kann der Richter, wenn die Voraussetzungen für eine Aussetzung der gesamten Freiheitsstrafe oder eines Strafrestes gegeben sind, dem Verurteilten Weisungen erteilen, wenn dieser einer solchen Hilfe bedarf, um keine Straftaten mehr zu begehen. Das Gericht kann den Verurteilten unter anderem anweisen, Anordnungen zu befolgen, die sich auf Ausbildung beziehen. Die Weisung, sich einer Heilbehandlung oder einer Entziehungskur zu unterziehen, darf nur mit Einwilligung des Verurteilten erteilt werden. Die im Rahmen des Rehabilitationsmodells angesiedelten Behandlungsformen werden nicht als Heilbehandlung qualifiziert werden können, sondern als Ausbildung, so daß sie ohne Einwilligung des Verurteilten angeordnet werden können. Bevor der Richter die Weisung zur Behandlung erteilt, wird er sich allerdings vergewissern müssen, ob der Verurteilte behandlungsbedürftig und behandlungsfähig ist. Die Entscheidung über die Aussetzung der gesamten Strafe oder eines Restes hiervon unter Erteilung einer Weisung zur Behandlung wird der Richter sachgerecht nur mit Hilfe eines in der Beurteilung der Behandlungsmöglichkeiten kundigen Experten treffen können.

Neben der Strafaussetzung zur Bewährung ist auch die direkte Weisung möglich, allerdings ausschließlich im Jugendstrafrecht. Der Jugendrichter kann aus Anlaß einer Straftat unter anderem Erziehungsmaßregeln anordnen (§ 5 Abs. 1 JGG), zu denen die Erteilung von Weisungen gehört (§ 9 Nr. 1 JGG), die Gebote und Verbote darstellen, welche die Lebensführung des Jugendlichen regeln und dadurch seine Erziehung fördern

und sichern sollen (§ 10 Abs. 1 Satz 1 JGG). Der Jugendrichter darf sicher davon ausgehen, daß die konzipierten Behandlungsformen geeignet sind, die Lebensführung des Jugendlichen zu regeln und dadurch seine Erziehung positiv beeinflussen. Er wird aber die Weisung nur erteilen, wenn der Jugendliche sowohl behandlungsbedürftig als auch behandlungsfähig ist. Vor einer entsprechenden Entscheidung wird er sich des Sachverständes eines hierfür in Frage kommenden Experten bedienen.

5.3 Änderung des Rechts für die Behandlungszuweisung

Wenn auch das geltende Recht - wie im vorhergehenden Abschnitt aufgezeigt - bereits in erheblichem Umfange die Zuweisung alkoholauffälliger Kraftfahrer zur Behandlung ermöglicht, bleibt zu überlegen, ob und auf welche Weise weitere rechtliche Möglichkeiten geschaffen werden sollen. Das kann sowohl durch Ausbau des geltenden Rechts als auch durch Schaffung neuen Rechts geschehen.

Der Ausbau geltenden Rechts könnte durch Präzisierung der Rechtsvorschriften erreicht werden, die schon heute die Zuweisung alkoholauffälliger Kraftfahrer zur Behandlung ermöglichen. Wenn die Möglichkeiten voll ausgenutzt und weitgehend einheitlich angewendet werden sollen, empfiehlt sich ihre nähere Beschreibung im geltenden Recht. Das ist im Interesse überall gleichmäßiger Rechtsanwendung in Erfüllung des verfassungsrechtlichen Gleichheitsgrundsatzes geboten.

Bei voller Ausnutzung der nach dem geltenden Recht bestehenden und durch dessen Präzisierung noch leichter anwendbaren Möglichkeiten würde erreicht, daß Fahrerlaubnisse nur noch solchen Kraftfahrern erteilt und belassen werden, deren Alkoholauffälligkeit erkannt und behandelt ist. Unterstellt man eine absolute Funktionstüchtigkeit der Diagnoseinstrumente und einen ebensolchen Erfolg der Behandlungsformen, kann es zukünftig keinen Fahrerlaubnisinhaber geben, der nicht mit dem Konflikt Alkohol und Fahren fertig wird. Es läge ein lückenloses System vor, da sowohl bei Ersterteilung als auch bei Wiedererteilung der Fahrerlaubnis die

Zulassung alkoholgefährdeter Personen zum motorisierten Straßenverkehr verhindert würde.

Regelungslücken in diesem System ergäben sich nur dort, wo es um Personen ohne Fahrerlaubnis geht, d.h. bei Personen, die kein motorisiertes Fahrzeug oder aber ein solches ohne Fahrerlaubnis führen. Besonders die zweite Gruppe ist problematisch, da hier zum einen der Behandlungserfolg wegen der falschen Grundeinstellung in Frage gestellt ist und bei erzwungener Behandlung durch die Teilnahme solcher Autofahrer der Behandlungserfolg auch bei solchen Fahrern gefährdet ist, die hochmotiviert sind. Aus diesen Gründen sollte davon abgesehen werden, die Behandlung alkoholauffälliger Kraftfahrer von der motivierenden Bewerbung um eine Fahrerlaubnis oder dem in gleicher Weise motivierenden Verfahren der Entziehung der Fahrerlaubnis zu trennen.

Zu bedenken bleibt dabei, ob die Behandlungszuweisung auch im Zusammenhang mit der Entscheidung über die Entziehung der Fahrerlaubnis im Strafverfahren zweckmäßig ist. Denn selbst wenn der Strafrichter - wie oben zu 5.2.4 vorgeschlagen - sich in stärkerem Maße sachkundig beraten ließe, könnte nicht sichergestellt werden, daß er nach den gleichen Maßstäben vorgeht wie die Verwaltungsbehörde. Das hat Beine (in ZRP 1977, 295ff., unter Hinweis auf ein von ihm gemeinsam mit Lange erstelltes Gutachten) ausführlich dargestellt und vorgeschlagen, die Doppelkompetenz von Strafrichter und Verwaltungsbehörde für die Entziehung der Fahrerlaubnis abzuschaffen und allein der Verwaltungsbehörde die Entscheidung über die Entziehung der Fahrerlaubnis zu überlassen. Im Interesse der Entwicklung einheitlicher Maßstäbe für die Praxis der Behandlungszuweisung empfiehlt es sich, sie zunächst vor allem im Verwaltungsverfahren vorzunehmen und auf die Ausschöpfung der insoweit nach geltendem Recht bestehenden Möglichkeiten durch Präzisierung der einschlägigen Vorschriften der StVZO hinzuwirken.

Die Schaffung neuen Rechts, das über die bereits jetzt bestehenden Möglichkeiten hinaus zur Behandlungszuweisung führen könnte, würde erhebliche Eingriffe in das vorgegebene Rechtssystem erfordern:

5.3.1 Indirekte Zuweisung

Sie würde dem Behandlungskonzept noch am ehesten entsprechen, weil sie dem alkoholauffälligen Kraftfahrer die Motivation zur Behandlung dadurch verschafft, daß sie ihm die Abwendung empfindlicher Übel durch Annahme der Behandlung anbietet. In diesem Sinne knüpft sie an die schon nach geltendem Recht im Verwaltungsverfahren der Erteilung und Entziehung der Fahrerlaubnis mögliche Behandlungszuweisung an.

Im Strafverfahren könnte über die bereits bestehende Möglichkeit der Aussetzung einer Freiheitsstrafe zur Bewährung hinaus die Möglichkeit der Aussetzung der Vollstreckung einer Geldstrafe und des Fahrverbots zur Bewährung unter Behandlungs-Weisung geschaffen werden. Das würde insbesondere hinsichtlich des überkommenen Geldstrafensystems einen erheblichen Eingriff in das geltende Recht darstellen und wäre wegen der grundsätzlichen Bedeutung nur sehr schwer durchzusetzen. Zu denken wäre auch an eine Verwarnung mit Strafvorbehalt, wenn die §§ 59 und 59a StGB grundlegend, d.h. wie folgt umgestaltet würden: die Verwarnung mit Strafvorbehalt ist möglich, wenn keine besonderen Umstände in der Tat und in der Persönlichkeit des Täters vorliegen (Streichung von § 59 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 StGB), daneben auf Maßregeln der Besserung und Sicherung - insbesondere Entziehung der Fahrerlaubnis - erkannt werden könnte (Streichung von § 59 Abs. 3 Satz 2 StGB) und neben Auflagen auch Weisungen erlaubt werden (Erweiterung von § 59a StGB). Änderungen dieser Art würden darauf hinauslaufen, die Verwarnung mit Strafvorbehalt unter den gleichen Voraussetzungen zuzulassen, unter denen die Aussetzung von Freiheitsstrafen zur Bewährung möglich ist.

Langfristig könnte eine Lösung angestrebt werden, in der die Behandlung in dem Zeitraum nach dem Delikt und vor der Anklageerhebung angesiedelt ist. Eine solche Lösung könnte in Anlehnung an das 'plea-bargaining' erfolgen, eine Art Handel zwischen Richter und Kraftfahrer, der darauf hinausläuft, daß dann auf ein ordentliches Gerichtsverfahren verzichtet wird, wenn der Kraftfahrer bereit ist, sich

einer Behandlung zu unterziehen. Diese Verfahrensweise ist z.B. der Ausgangspunkt für das Rehabilitationsprogramm in Phoenix im US-amerikanischen Bundesstaat Arizona [49_7. Möglichkeiten dazu bietet eine Fortentwicklung der Einstellung des Strafverfahrens nach § 153a StPO dahin, daß nicht nur Auflagen sondern auch Weisungen (zur Behandlung) zugelassen werden.

Im Ordnungswidrigkeitenverfahren wird die Eignung des Betroffenen zum Führen von Kraftfahrzeugen nicht geprüft, weil in diesem Verfahren die Entziehung der Fahrerlaubnis nicht möglich ist. Wenn auch im Ordnungswidrigkeitenverfahren eine indirekte Behandlungszuweisung verankert werden sollte, so müßte als Folge einer Ordnungswidrigkeit die Entziehung der Fahrerlaubnis oder die Aussetzung der Vollstreckung der Geldbuße oder des Fahrverbotes zur Bewährung mit den entsprechenden Behandlungs-Weisungen möglich sein. Die dann anstehende Prüfung der Behandlungsbedürftigkeit und Behandlungsfähigkeit als Voraussetzung der Behandlungszuweisung würde aber der bisherigen Konzeption des Ordnungswidrigkeitenverfahrens, das auf schnelle und summarische Abwicklung durch die Verwaltungsbehörden angelegt ist, widersprechen.

5.3.2 Direkte Zuweisung

Sie würde dem hier zugrundegelegten Behandlungskonzept widersprechen, weil sie den alkoholauffälligen Kraftfahrer auch gegen seinen Willen in eine Behandlung zwingen müßte, die beim Fehlen einer echten Motivation wenig Erfolg verspricht.

Im Verwaltungsverfahren könnte durch eine Erweiterung des § 48 StVO erreicht werden, daß Verkehrsteilnehmer auf Vorladung der Straßenverkehrsbehörde nicht nur verpflichtet sind, an einem Verkehrsunterricht sondern unter besonders zu bezeichnenden Umständen auch an einer Behandlung teilzunehmen.

Im Straf- und Ordnungswidrigkeitenverfahren könnte die Behandlungszuweisung als direkte Folge einer Straftat oder Ordnungswidrigkeit entweder als Sanktion oder als Maßregel

der Besserung und Sicherung gestaltet werden.

Als Sanktion könnte die Behandlung neben oder an die Stelle von Strafe, Geldbuße oder sonstige Rechtsfolgen der Tat treten, wobei die Behandlung dann als selbständiges Mittel zur Ahndung der Tat zu verstehen sein würde. Die Zuweisung zur Behandlung müßte dann in erster Linie im Strafrecht an der Schuld des Täters für die Straftat (§ 46 StGB) und im Ordnungswidrigkeitenrecht an der Bedeutung der Ordnungswidrigkeit und dem den Täter treffenden Vorwurf (§ 17 Abs. 3 OWiG) orientiert werden, nicht aber an der Behandlungsbedürftigkeit und Behandlungsfähigkeit des Täters.

Sachgemäßer eingeführt werden könnte die Behandlung als Maßregel der Besserung und Sicherung, denn tatsächlich soll die Behandlung ja in erster Linie eine Besserung des Täters erzielen und damit mittelbar zur Sicherung anderer Verkehrsteilnehmer vor ihm führen. Die Behandlung würde in diesem Fall zwischen den freiheitsentziehenden Maßregeln - Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Entziehungsanstalt oder einer sozial-therapeutischen Anstalt - (§§ 63 ff. StGB) und der Führungsaufsicht (§ 68 StGB) stehen.

Auf die Befolgung direkter Behandlungszuweisung könnte durch Verhängung einer Geldbuße gedungen werden, wie sie bei Nichtbefolgung der Vorladung zum Verkehrsunterricht nach § 48 StVO bereits möglich ist (§ 49 Abs. 4 Nr. 6 StVO).

6. ENTWICKLUNG VON DIAGNOSE-INSTRUMENTEN (SCREENING- VERFAHREN)

6.1 Ziele und Zwecke der Diagnose-Instrumente

Es wurde bereits erwähnt, daß die Konzeption eines umfassenden Programms zur Behandlung von alkoholgefährdeten bzw. alkoholauffälligen Kraftfahrern die Entwicklung eines breit gefächerten Instrumentariums für diagnostische Zwecke erfordert. Mit dessen Einsatz sollen mehrere Zwecke verfolgt werden:

1. die frühe Erkennung von Personen mit einer Alkoholproblematik,
2. die Selektion behandlungsbedürftiger, alkoholauffälliger Personen,
3. die Zuweisung einer behandlungsbedürftigen Person zu einer dem Behandlungsfall angemessenen Behandlungsform,
4. die Feststellung der Behandlungsfähigkeit.

Bei dem ersten Ziel geht es darum, in einer frühen Phase (z.B. vor Ersterteilung der Fahrerlaubnis) solche Personen zu erkennen und gegebenenfalls zu behandeln, die wegen eines Alkoholproblems Gefahr laufen, ein Alkoholdelikt im Straßenverkehr zu begehen und entsprechende Konsequenzen tragen zu müssen. Anders ausgedrückt geht es darum, zu verhindern, daß aus einem Kraftfahrer ein sogenannter Ersttäter wird.

Mit der zweiten Zielsetzung soll angestrebt werden, solche Personen auszufiltern, die aufgrund besonderer Umstände nicht in der Lage sind, ohne die Hilfe Dritter Trinken und Fahren so zu organisieren, daß ein kombiniertes Auftreten ausbleibt. Auch geht es darum, in Erfahrung zu bringen, ob über den objektiven Umstand der Behandlungsbedürftigkeit hinaus beim Betroffenen das subjektive Bedürfnis vorliegt, sich einer Behandlung zu unterziehen, d.h. die Hilfe Dritter anzunehmen.

Was die dritte Zielsetzung angeht, so trägt sie dem Umstand Rechnung, daß die Trunkenheitstäter keine homogene Gruppe darstellen, da ihre Auffälligkeiten unterschiedliche Ursachen haben. Die Verschiedenartigkeit der Defizite er-

fordert ein differenziertes Vorgehen bei der Behandlung. Für verschiedene Gruppen von Trunkenheitstätern müssen daher unterschiedliche Behandlungsformen bereitgestellt werden. Es gilt also die unterschiedlichen Defizite zu klassifizieren und Instrumente zu entwickeln, die eine sichere Zuordnung der Betroffenen gewährleisten.

Was schließlich den vierten Zweck betrifft, so soll durch Einsatz geeigneter Diagnose-Instrumente auch verhindert werden, daß solche Personen einer Behandlung zugeführt werden, denen durch die Behandlung nicht geholfen werden kann. Darüber hinaus sollen solche Personen auch deshalb von der Behandlung ausgeschlossen bleiben, weil sie gegebenenfalls einen negativen Einfluß auf andere Personen ausüben können, die mit ihnen zusammen behandelt würden.

6.2 Variablenkomplexe im Überblick

Mit der nachfolgenden Übersicht soll angedeutet werden, welche Variablenkomplexe für die Entwicklung eines Screening-Instruments zu Zwecken der Diagnose und Zuweisung eine Rolle spielen können. Als Muster dient der Fragebogen "Vermont-Survey of Health Attitudes and Practices", der eine besonders große Bandbreite für relevante Variablen aufweist. Dieser Fragebogen dient der Früherkennung von Problem-Trinker-Fahrern.

Gesundheit: Körpergröße und Gewicht - allgemeines Befinden - chronische Krankheiten - Medikamentenkonsum - Zigarettenkonsum - Überwindungsstrategien bei Depression oder Nervosität

Beruf: Dauer der derzeitigen Beschäftigung - Stellenwechsel in den letzten fünf Jahren - Militärdienst - Erleben beschäftigungsloser Perioden und Gründe hierfür - Zufriedenheit mit der Arbeit

Ehe: Familienstand - Zahl der Kinder - Dauer der derzeitigen Ehe - Zahl bisheriger Ehen - Heiratspläne bzw. Pläne für eine Wiederheirat - Einstellung des Ehepartners gegenüber dem Alkoholverhalten anderer

- Familienangehöriger - Änderungen im Trinkverhalten seit der Heirat - durchschnittlich Ausgaben für alkoholische Getränke pro Woche - im Haushalt bevorzugtes alkoholisches Getränk
- Wohnverhältnisse: Art der Wohngemeinschaft - Dauer des derzeitigen Mietverhältnisses - Hauseigentum bzw. Mietverhältnis - Zahl der Umzüge in den letzten 10 Jahren - Vorstellungen über eine ideale Wohngegend
- Finanzielle Verhältnisse: Einschätzung der derzeitigen finanziellen Situation - Höhe des Eigeneinkommens - Höhe des Familieneinkommens - Hauptunterhaltsquelle
- Religion: Religionszugehörigkeit der eigenen Person, des Ehepartners sowie der Eltern - Häufigkeit des Kirchenbesuchs
- Elternhaus: Verlust der Eltern; Zeitpunkt - Trennung oder Scheidung der Eltern; Zeitpunkt - Stellung in der Geschwisterreihe - Anlässe für Alkoholkonsum im Elternhaus; bevorzugte Getränke - Trinkgewohnheiten der beiden Elternteile; Häufigkeit des Betrunkenseins - Einstellung der Eltern gegenüber dem Alkoholkonsum anderer Familienangehöriger
- Erziehung: Schulabschluß - Abschlußnoten - Schulprobleme - Gründe für einen Ausbildungsabbruch
- Freizeit: Zeitaufwand für Zeitungslesen, Radio hören, Fernsehen - Zeitaufwand für andere ausgewählte Freizeitaktivitäten - Gesellschaftsbezug der Freizeitaktivitäten
- Trinkgewohnheiten: Häufigkeit des Genusses von Bier, Wein und harten alkoholischen Getränken - Konsum bei einer Trinkgelegenheit - Konsum bei einer Trinkgelegenheit, die hinsichtlich der Trinkmenge als außergewöhnlich bezeichnet werden kann- (bei Personen,

die zur Zeit keinen Alkohol trinken) Zeitpunkt des letzten Alkoholgenusses, Häufigkeit, Getränkewahl und Konsummenge - Alter, in dem zum ersten Mal Bier, Wein bzw. harte alkoholische Getränke konsumiert wurden; Trinkmengen; Trinkhäufigkeiten in der unmittelbar anschließenden Zeit - Alter, von dem ab gewohnheitsmäßig die verschiedenen alkoholischen Getränke konsumiert wurden; Trinkmengen; Trinkhäufigkeiten - Zeitpunkt und Gründe für Veränderungen im Trinkverhalten (Verlassen des Elternhauses, Militärzeit, Heirat, Scheidung, Gesundheitsprobleme etc.) - Einstellung gegenüber dem Alkoholverhalten anderer Familienangehöriger - Häufigkeit von Auseinandersetzungen über den Alkoholgenuß in der Familie - der eigene Alkoholkonsum im Vergleich mit dem von Freunden - Alkoholkonsum und Wahl der alkoholischen Getränke in bezug auf verschiedene Tageszeiten - bevorzugte Trinkorte, auch in bezug auf außergewöhnlich hohen Alkoholkonsum - bevorzugte Trinkpartner - Trinkanlässe und ihre Bedeutung für die eigene Person - Grad der Trinkfestigkeit - für den Alkoholgenuß bevorzugte Wochentage - allgemeine Befindlichkeit nach Genuß von alkoholischen Getränken - Störungen in Familie und beruflichem Bereich durch Trinkgewohnheiten (Art der Störungen und Häufigkeit) - Häufigkeit des "Katzenjammers" nach Trinkerlebnissen - Häufigkeit von "Erinnerungslücken" nach Trinkereignissen - stationäre Behandlung nach exzessivem Alkoholkonsum

Kenntnisse äquivalente Alkoholmengen bei Bier und
und Meinungen: harten alkoholischen Getränken - Beziehung zwischen Alkoholgenuß und Einnahme von Speisen - Faustregel zur Berechnung

des Promille-Gehalts bei Berücksichtigung des Körpergewichts - Höhe des gesetzlich festgelegten Promille-Gehalts, von dem ab ein Fahrer unter Alkoholeinfluß steht - bevorzugte Methoden um "wieder klar" zu werden - Abschätzung von Trinkmengen unterhalb der angenommenen Fahruntüchtigkeit (für verschiedene Getränkesorten)

Fahrervor- Führerscheinbesitz- Fahrzeugbesitz- Häu-
geschichte, figkeit von Abend- und Nachtfahrten - Be-
Delikt- und deutung der Verfügbarkeit über ein Auto -
Unfallbe- erlittene Unfälle (mit bzw. ohne Alkohol-
teiligung: einfluß) - Merkmale von erlittenen Unfällen
unter Alkoholeinfluß (Wochentag, Tageszeit,
Zahl der beteiligten Fahrzeuge, Beteili-
gung von Fußgängern) Einschätzung des
Einflusses der Alkoholisierung auf das
Zustandekommen des Unfalls - Schuldfrage -
Ausgang des Verfahrens - Häufigkeit von
Fahrten nach Genuß von alkoholischen Ge-
tränken - Deliktbeteiligung (Art der De-
likte und Konsequenzen) - Fahrverbot und
Führerscheinentzug

Sollte ein Fragebogen, der sich an diese Variablenkomplexe anlehnt, auch die Funktion der Erkennung von alkoholabhängigen Personen erfüllen, müßten entsprechende Symptome der Alkoholabhängigkeit berücksichtigt werden.

6.3 Der Untersuchungsansatz im Rahmen des Modellversuchs

Ein Programm, das zur Behandlung und Beeinflussung alkohol-auffälliger Kraftfahrer entwickelt wird und unterschiedliche Programmbestandteile enthält, die der Problemlage des Einzelfalls angemessen sind, bedarf eines wirksamen und einfach anzuwendenden Verfahrens, mit dessen Hilfe eine gezielte Zuweisung zur jeweils spezifischen Behandlungsform durchgeführt werden kann. Wenn wie im vorliegenden Fall auf kein bereits in Anwendung befindliches Instrumentarium zurückgegriffen werden kann, ergeben sich Schwierigkeiten im Hinblick auf die Validität des Verfahrens.

Der zu entwickelnde Fragebogen soll als Differentialdiagnostikum für alkoholauffällige Kraftfahrer und später gegebenenfalls als Instrument zur frühzeitigen Identifizierung von Problem-Trinker-Fahrern dienen. Dieses Screening-Verfahren soll von Anfang an, d.h. auch während der Erprobungsphase der Behandlungsmodelle für Wiederholungstäter, zwischen mindestens drei Stufen des "Wiederholungs-Risikos" für Trunkenheitstäter unterscheiden: gering, mittel und hoch.

Eine erste Annäherung an das "Wiederholungs-Risiko" wird auf der Basis unterschiedlicher Gewichtung geschätzt, die den folgenden Faktoren zugeordnet werden: Trinkmuster (besonders die Alkoholmenge), Fahrervorgeschichte, Trink- und Fahr-Verhaltensmuster sowie Einstellungen, Wissen und Persönlichkeitscharakteristika. Während der Erprobungsphase für die Behandlungsmodelle wird die Validität dieser ersten Annäherung an den "Wiederholungs-Risiko"-Index mit Hilfe einer Methode geschätzt, die sich mit bekannten Vertretern der Zielgruppe befaßt, d.h. mit den Wiederholungstätern, soweit diese Gegenstand medizinisch-psychologischer Eignungsuntersuchungen sind. Eine exaktere Validitätsschätzung wird am Ende des Modellversuchs durch Follow-up-Analysen der am Programm beteiligten Probanden vorgenommen. Zur Erreichung dieser Zielsetzung sind folgende Arbeitsschritte vorgesehen:

1. Erstellung eines Screening-Instruments auf der Grundlage der Sammlung, Sichtung und Bewertung durch Fachliteratur ausgewiesener Instrumente zur Differentialdiagnose alkoholgefährdeter bzw. alkoholabhängiger Personen.
2. Entscheidung über die Zahl der Probanden, die für minimal erachtet wird, um signifikante Unterschiede bezüglich ausgewählter Kriterienvariablen feststellen zu können.
3. Begutachtung des Entwurfs des Screening-Instruments durch ausgewählte Experten.
4. Überarbeitung des Entwurfs auf der Grundlage der Experten-Begutachtung.
5. Pre-Test des überarbeiteten Entwurfs an einer

Stichprobe alkoholauffälliger Fahrer.

6. Analyse der Pre-Test-Daten unter Verwendung angemessener multivariater Methoden mit dem Ziel der Optimierung der Trennschärfe durch Verringerung falscher Zuordnungen.
7. Überarbeitung des Screening-Instruments auf der Grundlage der Pre-Test-Analyse.
8. Erstellung einer Handanweisung für die Anwendung des Screening-Instruments und Ausbildung von Interviewern.
9. Anwendung der Endfassung des Screening-Instruments im Modellversuch.
10. Analyse der durch das Screening-Instrument erhobenen Daten nach sechs Monaten unter Verwendung angemessener multivariater Methoden.
11. Entscheidung über die Wahl eines geeigneten psychologischen Modells des Trink- und Fahr-Verhaltens auf der Grundlage der Analyse der im Pre-Test und in den ersten sechs Monaten des Versuchsprogramms erhobenen Daten.
12. Analyse der während der ersten zwei Jahre des Versuchsprogramms erhobenen Daten.
13. Erprobung des am besten geeigneten psychologischen Modells für das Trink- und Fahr-Verhalten auf der Grundlage der analysierten Daten.

Die Probanden für die erste Phase der Erprobung des Screening-Instruments (Pre-Test) werden Wiederholungstäter sein. Die Stichprobe soll jedoch durch Ersttäter und bisher unauffällige Autofahrer ergänzt werden, um eine Grundlage für die Abschätzung der Effektivität des Screening-Instruments bezüglich der Vermeidung von falschen Zuordnungen zu schaffen.

Das Screening-Instrument wird Fragenkomplexe enthalten, die sich in bereits durchgeführten Untersuchungen als valide erwiesen haben. Alle Fragen des Instruments müssen in eine konsistente Form gebracht werden, unabhängig davon, ob sie aus anderen Quellen stammen oder für das Screening-Instrument neu formuliert werden. Umfangreiche Modifikationen werden auch bezüglich der gegenüber den USA verän-

derten Bedingungen in Deutschland erforderlich sein. Die Hauptbestandteile des Verfahrens werden sein: Trinkmuster, Wissen und Einstellungen, Fahrverhalten, Fahrervorgeschichte, fahrspezifische Einstellungen und Haltungen, Trink- und Fahrverhaltens-Muster, diesbezügliche Kenntnisse und Einstellungen sowie biographische Hintergrundvariablen und Persönlichkeitsmerkmale.

7. STRUKTUR UND INHALTE DES MODELLVERSUCHS ZUR BEHANDLUNG ALKOHOLAUFFÄLLIGER KRAFTFAHRER

Aufgrund ihrer Analysen und den daraus abgeleiteten Empfehlungen konzipierte die Projektgruppe ein Programm zur Behandlung wiederholt auffällig gewordener Kraftfahrer. Mit der praktischen Erprobung des Programms ist im November 1977 begonnen worden.

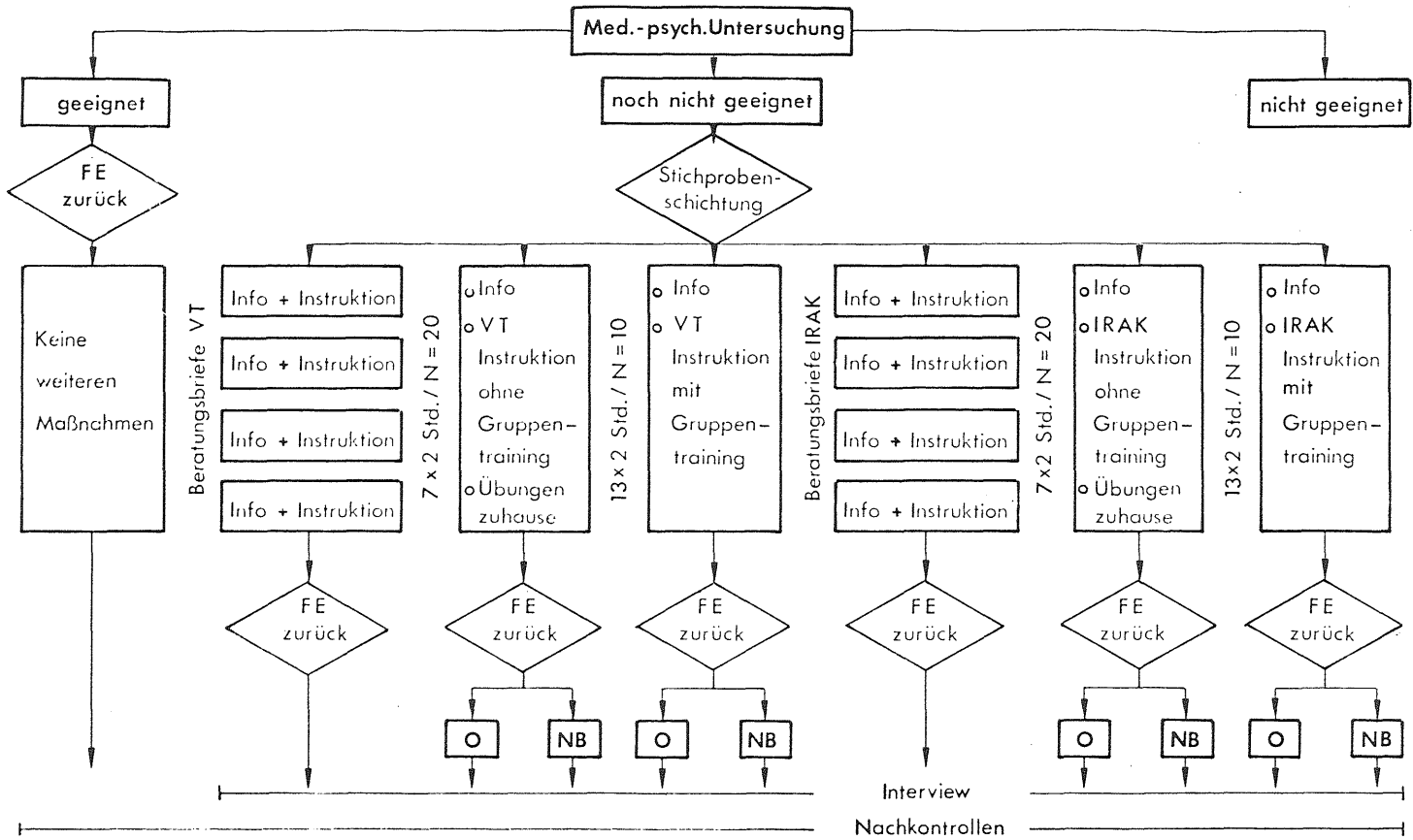
7.1 Das Untersuchungsdesign

Bei den geplanten Maßnahmen zur Behandlung alkoholauffälliger Kraftfahrer handelt es sich um einen wissenschaftlich begleiteten Versuch, in dem zwei theoretische Ansätze, die Intensität der Behandlung bzw. die Behandlungsdauer, eine Nachbehandlung sowie die Art der Zuwendung (persönlicher Kontakt gegenüber brieflichem Kontakt) Gegenstand der Wirksamkeitsanalysen sind.

Über den Aufbau des wissenschaftlichen Modellversuches gibt Abbildung 1 Auskunft.

Die Behandlungsgruppen rekrutieren sich aus dem Kreis der Personen, die nach wiederholter Alkoholauffälligkeit im Straßenverkehr vor der Wiedererteilung der Fahrerlaubnis einer medizinisch-psychologischen Eignungsuntersuchung unterzogen sind. Für die Beurteilung solcher Untersuchungsfälle kann das folgende sechsstufige Klassifikationssystem zugrunde gelegt werden:

1. Keine oder nur unwesentliche Bedenken an der Eignung
2. Deutliche, aber kompensierbare Mängel
3. Grenzfall, Versagung oder Entzug der Fahrerlaubnis aber noch nicht voll zu rechtfertigen
4. Grenzfall, die Befürwortung einer Fahrerlaubnis kann jedoch derzeit noch nicht ausreichend begründet werden
5. Eindeutig ungeeignet, Besserung offen
6. Auf die Dauer ungeeignet, Besserung nicht mehr zu erwarten [18]



FE = Fahrerlaubnis NB = Nachbehandlung
 VT = Verhaltenstraining IRAK= Individualpsychologisches
 Rehabilitationsprogramm für
 alkoholauffällige Kraftfahrer

Abbildung 1: Behandlungsdesign des Modellversuchs zur Behandlung alkoholauffälliger Kraftfahrer

Die unter 1. und 2. aufgeführten Eignungsgruppen ("geeignet") kommen für ein Rehabilitationsprogramm nicht in Frage. Fahrern dieser Gruppe wird in der Regel die Fahrerlaubnis wieder erteilt werden ("E zurück"). Nach der Wiedererteilung erfolgen keine besonderen weiteren Maßnahmen. Nachkontrollen nach Ablauf von 24 bzw. 36 Monaten nach Wiedererteilung der Fahrerlaubnis können zeigen, wie hoch der Anteil derjenigen Fahrer ist, die erneut, d.h. ein drittes Mal, mit Trunkenheit am Steuer aufgefallen sind.

Die unter 5. und 6. aufgeführten Eignungsgruppen kommen ebenfalls nicht für Behandlungsprogramme der vorgesehenen Art in Frage. Diese Fahrer werden in der Regel keine Fahrerlaubnis mehr erhalten und in der Mehrheit wohl dementsprechend nicht am motorisierten Straßenverkehr teilnehmen. Das Untersuchungsdesign sieht für diese Personengruppe weder spezifische Maßnahmen noch Nachkontrollen vor. Bei entsprechender Ausgestaltung des Behandlungskonzepts könnten u.U. Personen der Eignungsgruppe 5 noch als "behandlungsfähig" eingestuft werden. Die geplanten Behandlungsmaßnahmen erscheinen erfolgsversprechend bei Eignungsgruppen, die unter 3. und 4. ("noch nicht geeignet") aufgeführt sind. Diese Fahrer treten in das konzipierte Behandlungsprogramm ein.

Um einen Überblick über die Größenordnung der Anzahl ggf. zu behandelnder wiederholt alkoholauffälliger Kraftfahrer zu gewinnen, wurde das entsprechende Probandengut des Medizinisch-Psychologischen Instituts des TÜV-Hannover aus dem Jahre 1976 analysiert [187]. Es ergab sich, daß von 4.381 Untersuchten 1.906 in die Eignungsgruppen 3 und 4 fallen, d.h. ggf. für eine Behandlung in Frage gekommen wären. Dies entspricht einem Anteil von 43,5 %. Im Jahre 1976 wurden an allen Medizinisch-Psychologischen Untersuchungsstellen insgesamt 29.128 alkoholauffällige Kraftfahrer untersucht. Nimmt man an, daß auch hiervon 43 % behandlungsfähig sind, so ergibt sich ein potentielles Aufkommen von 12.671 Kraftfahrern für das gesamte Bundesgebiet.

Abbildung 2:

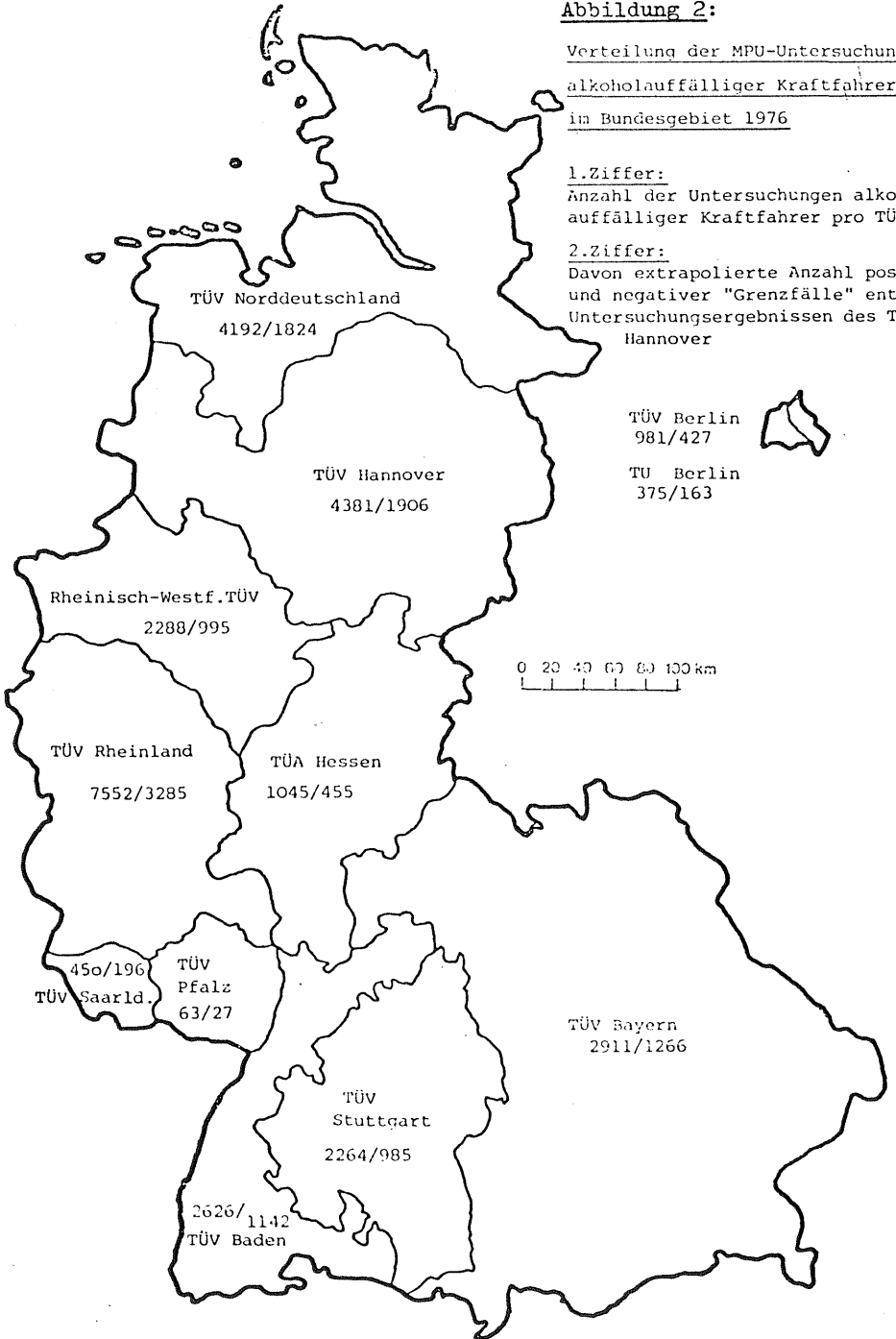
Verteilung der MPU-Untersuchungen
alkoholauffälliger Kraftfahrer
im Bundesgebiet 1976

1.Ziffer:

Anzahl der Untersuchungen alkohol
auffälliger Kraftfahrer pro TÜV/T

2.Ziffer:

Davon extrapolierte Anzahl positi
und negativer "Grenzfälle" entspr
Untersuchungsergebnissen des TÜV
Hannover



In Abb. 2 sind die extrapolierten Zahlen (jeweils der zweite Wert hinter dem Schrägstrich) für die Einzugsbereiche der einzelnen Untersuchungsstellen dargestellt.

Wie aus Abb. 1 ersichtlich, sollen im Modellversuch nach der MPI-Untersuchung die in die Eignungsgruppe 3 und 4 fallenden Probanden in vergleichbaren, d.h. die Schichtung der Gesamtpopulation berücksichtigenden Stichproben sechs nach Kontaktart, Kontaktintensität, theoretischem Ansatz und Nachbehandlung unterschiedlichen Behandlungsformen zugeführt werden.

Eine erste Gruppe erfährt Behandlung in Form von "Beratungsbriefen". Die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis erfolgt bei dieser Fahrergruppe nach Ablauf von zwanzig Wochen. Wie die Mitglieder aller anderen fünf Behandlungsgruppen müssen die Fahrer, die mittels "Beratungsbriefe" behandelt werden, sich zu Zwecken der Evaluation einem Interview stellen. Für sie wie für alle anderen Behandlungsgruppen werden Nachkontrollen durchgeführt. Der theoretische Ansatz für die Beratungsbriefe entstammt der Verhaltenstherapie. Die zweite Behandlungsform ist ein verhaltenspsychologisch ausgerichtetes Kurztraining in Gruppen mit etwa 20 Teilnehmern, die sieben Doppelstunden lang behandelt werden. Kraftfahrer, die dieser Behandlungsform zugeführt werden, erhalten nach abgeschlossener Behandlung ihre Fahrerlaubnis zurück. Die Hälfte von ihnen erfährt eine Nachbehandlung.

Der Variation bezüglich der Behandlungsdauer und Behandlungsintensität wird durch die Konzeption einer weiteren verhaltenspsychologisch ausgerichteten Behandlungsform Rechnung getragen, die die Bezeichnung Intensivtraining trägt. Für 13 Doppelstunden finden sich zehn Kraftfahrer zu dieser Form der Behandlung ein, wobei wiederum die Hälfte einer Nachbehandlung unterzogen wird.

Die Variation von Behandlungsart, Behandlungsdauer und Behandlungsintensität liegt auch den Behandlungsformen vier, fünf und sechs zugrunde, die einem anderen therapeutischen Konzept folgen. Es handelt sich hierbei um ein

tiefenpsychologisches Rehabilitationsprogramm mit der Bezeichnung IRAK (Individualpsychologisches Rehabilitationsprogramm für alkoholauffällige Kraftfahrer). Diese an der Individualpsychologie von ADLER ausgerichtete Rehabilitationsform trägt der Empfehlung Rechnung, auch in der Bundesrepublik Deutschland ein Behandlungsprogramm anzubieten, daß durch die Zielsetzung und Methodik mit dem "Power Motivation Training" (PMT) vergleichbar ist.

Die den einzelnen Behandlungsformen nachgeschaltete Nachbehandlung soll einheitlich sechs Monate nach Beendigung der Erstbehandlung erfolgen.

Die zu Zwecken der internen Evaluation (vgl. Abschnitt 7.4) durchzuführenden Interviews sollen nach zwölf Monaten, 24 Monaten bzw. 36 Monaten nach Beendigung der Behandlung durchgeführt werden.

Die Zeitdauer für die kürzeren Behandlungsprogramme (Kurztrainings) ist entsprechend der kleineren Zahl von Behandlungsstunden wesentlich kürzer als dies die Zeitdauer für die längeren Behandlungsformen (Intensivtrainings) ist. Ogleich einerseits aus Gründen der Evaluation eine Gleichhaltung der Behandlungsdauer wünschenswert wäre, ist andererseits für die Praxis von wesentlich größerer Bedeutung, ein verkürztes Programm anbieten zu können. Gleichermäßen gilt für die Behandlungsdauer durch die sogenannten "Beratungsbriefe", daß sie kürzer ausfallen wird als die Behandlungsdauer bei Anwendung der Intensivtrainings.

7.2 Die Zuweisung der Probanden in den Vorversuchen

Für die Behandlung kommen Kraftfahrer in Frage, die zum zweiten Mal wegen einer Alkoholauffälligkeit im Straßenverkehr ihre Fahrerlaubnis verloren haben und nach Abschluß der üblichen medizinisch-psychologischen Eignungsuntersuchung in die Eignungsgruppe 3 und 4 (Grenzfälle) eingestuft werden. Diesen Personen werden, sofern sie als sowohl behandlungsbedürftig als auch behandlungsfähig (keine Alkoholabhängigkeit, kein Überwiegen der Allgmein-kriminalität gegenüber den Verkehrsdelikten, keine hirnorganischen Schäden, keine sonstigen medizinisch-eignungs-

ausschließenden Gründe, männlichen Geschlechts, kein weit unterdurchschnittliches Intelligenzniveau, nicht über 60 Jahre alt und der deutschen Sprache mächtig) zu bezeichnen sind, Einladungsschreiben folgenden Inhalts von der Verwaltungsbehörde zugestellt:

"Wie wir Ihnen am ... (Datum) ... mitgeteilt haben, konnte Ihnen eine neue Fahrerlaubnis nicht erteilt werden. Sie haben neuerdings die Möglichkeit, an einem Kurs teilzunehmen, der Ihnen dabei helfen kann, Ihre Fahreignung wiederherzustellen. Wenn Sie eine Bescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme an diesem Kursus vorlegen, können Sie bei mir erneut einen Antrag auf Wiedererteilung stellen."

Die Zuweisung erfolgt also auf der Basis der Freiwilligkeit. Die Verwaltungsbehörde weist lediglich auf die Behandlungsmöglichkeit hin, ohne im Einladungsschreiben die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis zuzusagen. Die Behörde kann weder die Zuweisung anordnen noch kann sie mit der Empfehlung, sich einer Behandlung zu unterziehen, die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis garantieren.

7.3 Die Behandlungsmodelle

Die wissenschaftliche Erprobung des Programms zur Behandlung alkoholauffälliger Kraftfahrer sieht, wie bereits bei der Beschreibung des Untersuchungsdesigns (Abb. 1) angedeutet, eine Variation von theoretischem Ansatz, Behandlungsart, Behandlungsdauer und Behandlungsintensität vor. Diese Variationen sollen nachfolgend näher beschrieben werden.

7.3.1 Beratungsbriefe

Nähere Angaben über die Behandlung mittels Beratungsbriefe können zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht gemacht werden, da die entsprechenden Vorarbeiten noch nicht abgeschlossen sind. Die Konzeption dieses Behandlungsmodells geht, soviel kann gesagt werden, davon aus, daß dem Teil des Probandenguts, dem diese spezifische Form der Behandlung zuteil werden soll, didaktisch angemessen aufbereitete Informationen zum Thema Alkohol und Verkehr gegeben werden, sowie Anleitungen für Übungen zur Verhaltensänderung. Jeder die-

ser Behandlungsform zugeführte Kraftfahrer wird mehrere Aussendungen erhalten, die er zu bearbeiten hat. Zu Zwecken der Behandlungskontrolle muß eine Rückmeldung an die behandelnde Institution erfolgen, zweckmäßigerweise durch Rücksendung bearbeiteter Programmelemente.

Prinzipiell verfolgt die Behandlung auf der Grundlage der Zusendung von Beratungsbriefen die gleichen Ziele wie die gruppenorientierten Ansätze der Verhaltenspsychologie bzw. der Individualpsychologie, die im folgenden näher beschrieben werden.

7.3.2 Verhaltenspsychologischer Ansatz

Für den Einsatz eines Behandlungsmodells der Verhaltensmodifikation sprechen folgende Argumente: Erfahrungen mit dem bereits an früherer Stelle erwähnten "Modell Leer" haben gezeigt, daß speziell die Verfahren zur Verhaltensmodifikation die Verhaltensbereiche Trinken und Fahren wirksam verändern können [39,40]. Untersuchungen zur Behandlung von Alkoholproblematik lassen die Hypothese zu, daß die Verfahren zur Verhaltensmodifikation auch auf das im Rahmen des Projekts angezielte Klientel gut übertragbar sind [15, 26]. Diese Verfahren setzen direkt am Verhalten an, wobei Einstellungsänderungen und Verhaltensänderungen angezielt werden. Daß Einstellungsveränderungen sich weniger auf das Verhalten auswirken als gezielte Verhaltensänderungen, hat die experimentelle Therapieforschung gezeigt [21, 8].

Wie auch bei dem an der Individualpsychologie ausgerichteten Ansatz (IRAK) wird zwischen einem Kurztraining und einem Intensivtraining unterschieden. In der Form des Kurztrainings werden sogenannten Instruktionsgruppen die Möglichkeiten der Verhaltensänderung vermittelt. In den Verhaltenstrainingsgruppen (Intensivform) werden neue Verhaltensweisen unter Supervision der Trainer dagegen auch direkt eingeübt. Als Unterscheidungsmerkmal kommt hinzu, daß beim Intensivtraining nur etwa halb so viel Probanden teilnehmen wie beim Kurztraining.

Bei der Unterscheidung der beiden Trainingsformen wird von folgenden Überlegungen ausgegangen: Für alkoholauffällige

Kraftfahrer mit Kennzeichen höherer Rückfallwahrscheinlichkeit wie etwa einer hohen Blutalkoholkonzentration (BAK) bei entdeckter Alkoholfahrt oder einer höheren spezifischen Deliktvorbelastung können Verhaltensänderungen eher mit direktem Verhaltenstraining und damit auch höherer Behandlungsintensität erreicht werden, als es mit einer überwiegenden Instruktion allein über die Möglichkeiten einer Verhaltensänderung zu bewerkstelligen ist. Für bestimmte Gruppen alkoholauffälliger Kraftfahrer wird die Vermittlung von Informationen über Möglichkeiten der Verhaltensänderung hinreichen, um tatsächliche Verhaltensänderungen zu erzielen, während für andere Gruppen dieses Klientels die direkte Vermittlung bzw. Einübung entsprechender Verhaltensweisen notwendig ist. Man darf davon ausgehen, daß Personen mit den oben erwähnten Kennzeichen ein geringeres Maß an Selbstkontrolle zur Verfügung haben. Dieses geringere Maß an Selbstkontrolle drückt sich unter anderem durch erhöhten Alkoholkonsum in inadäquaten Situationen sowie durch die Unfähigkeit aus, Verhaltensänderungen aus den darauf erfolgenden Sanktionen abzuleiten. Daraus folgt aber, daß solche Personen ein spezielles Verhaltenstraining benötigen, um Verhaltensänderung in Gang zu setzen und zu stabilisieren, während Personen mit einem ausgeprägteren Maß an Selbstkontrolle, die sich durch geringere Vorstrafen, niedrigere Blutalkoholkonzentration und geringerem allgemeinen Alkoholkonsum auszeichnen, schon aus Instruktionen über Möglichkeiten der Verhaltensänderung Nutzen ziehen können.

Aus dem breiten Spektrum von Verfahren zur Verhaltensmodifikation sind für den Einsatz im Modellversuch vorwiegend Selbstkontrollverfahren geplant. Diese Behandlungsmethode zielt darauf ab, dem Probanden Hilfen zu geben, mit denen er selbständig sein Verhalten zu verändern lernt. Hierbei sind Prozesse der Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstverstärkung [21] sowie die Fähigkeit zur Analyse des eigenen Verhaltens [16] einbezogen. Bezogen auf die Charakteristika der Zielgruppe erscheinen diese Verfahren als im wesentlichen präventive Maßnahmen indiziert, da Selbstkontrollverfahren motivationsfördernd wirken, langfristig stabilere Verhaltensveränderungen erzeugen und die

Behandlungsdauer auf ein vertretbares Maß verkürzen.

Die spezifischen Trainingsziele für die Intensivform sind die Fähigkeit, das eigene Verhalten zu analysieren und Verhaltensziele zu formulieren, die selbständige Anwendung von Selbstkontrollmaßnahmen, der Aufbau von Verhaltensalternativen zum Alkoholkonsum und Fahren sowie der Zuwachs an Information über Alkohol und Fahren. Die Maßnahmen, die zur Erreichung dieser Trainingsziele eingesetzt werden, sind die Einübung in die Analyse des eigenen Verhaltens, die Erstellung von individuellen Verhaltenszielen, die Einübung von Selbstkontrollverfahren, das Training zum kontrollierten Trinken auch in realistischen Situationen (in vivo), strukturierte und kontrollierte Hausaufgaben sowie Supervision.

Die Trainingsziele für die Instruktionsgruppe (Kurzform) sind Zuwachs an Information über das Thema Alkohol am Steuer, Zuwachs an Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle im Bereich Trinken und Fahren, Verhaltensänderungen durch den Einsatz von Selbstkontrollmaßnahmen in den Verhaltensbereichen Trinken und Fahren sowie ggf. Kenntnisse über weitere Therapiemöglichkeiten. Maßnahmen zur Erreichung der Trainingsziele sind Information über Alkohol und Fahren sowie über lerntheoretische Prinzipien des Verhaltens, Information über weiterführende Trainingsmöglichkeiten, Einweisung in Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle des eigenen Verhaltens, Verhaltensalternativen zum Trinken, organisatorische Alternativen (z.B. nicht mit dem Auto zu Festen fahren), Einweisung in Verhaltensregeln zum kontrollierten Trinken, strukturierte und kontrollierte Hausaufgaben (z.B. Beobachtungsbogen, Registrierung der Selbstkontrollmaßnahmen) sowie Vorführung von Modellfilmen zu den angesprochenen Verhaltensanweisungen.

In der Intensivform umfaßt das Training 13 Doppelstunden, die pro Woche 2-3 Mal stattfinden. Aus Gründen der praktischen Durchführbarkeit von Rollenspielen und der Einübung von Selbstkontrollmaßnahmen ist die Teilnehmerzahl auf acht bis zehn Personen beschränkt. Aus den gleichen Gründen werden sich zwei Trainer mit einer Gruppe befassen.

Gruppenregeln sind in einem schriftlichen Vertrag formu-

liert, den jeder Klient zu Beginn des Trainings erhält und unterschreibt. Der Vertrag wird von den Trainern gegenzeichnet. Im Vertrag sind die beiderseitigen Verpflichtungen der Teilnehmer und der Trainer festgehalten. Inhaltlich werden angesprochen die Behandlungsdauer, Pünktlichkeit und Sanktionen bei Unpünktlichkeit, aktive Mitarbeit, Kriterien, die zum Abbruch der Behandlung führen, Verpflichtungen der Trainer zur Durchführung und Information bestimmter Gruppeninhalte, Alkoholabstinenz, Hausaufgaben und deren Überprüfung sowie Schweigepflicht.

Zu den Inhalten der einzelnen Gruppensitzungen gehört die Einführung in den Problemkreis Alkohol am Steuer durch Vortrag und Diskussion folgender Themen: Minderung der Leistung durch Alkoholeinfluß (Reaktionsgeschwindigkeit, Entfernungsschätzung, Geschwindigkeitsschätzung, übersteigerte Risikobereitschaft etc.), Alkoholgehalt einzelner Getränke, Blutalkoholkonzentration (Formel zur Berechnung, Einflußfaktoren etc.), Abbau von Alkohol und Restalkohol, Alternativen zu alkoholischen Getränken und Rechtslage.

Im Verlauf der Behandlung erfolgt eine kurze Einführung in die Lerntheorie, wobei auf den Zusammenhang zwischen Verhalten und Lernen eingegangen wird, auf Lernen durch die Folgen des Verhaltens, auf Lernen durch Ereignisse, die dem Verhalten vorausgehen, auf Lernen durch Vorbilder und auf sogenannte Verhaltensketten. Die Gruppenteilnehmer lernen eine Reihe von Selbstkontrolltechniken kennen und werden in ihrer Anwendung angelernt. Sie lernen, wie Auslöser für bestimmte Verhaltensweisen vermieden werden bzw. verhindert werden können ebenso gut wie man Auslöser für unerwünschte Verhaltensweisen zu Auslösern für neues, erwünschtes Verhalten macht. An Selbstkontrolltechniken werden eingesetzt: Ablehnungstraining (Überredungen zum Trinken und Angebote alkoholischer Getränke ablehnen und Einladungen, die mit ziemlicher Sicherheit zum Alkoholkonsum führen, abschlagen), verdeckte Reaktionsbildung (Aufbau von Alternativen zu kritischen Situationen), verdeckte Sensibilisierung (sich in der Vorstellung vollziehende Kontrolle von Auslösern für Alkoholkonsum mit dem Ziel

größerer Sensibilität und Empfindlichkeit, verbunden mit der Vorstellung unangenehmer Empfindungen), Selbstbeobachtung (Analyse und Aufzeichnung eigenen Verhaltens für die Verhaltensbereiche Alkoholkonsum und Autofahren), Erstellen einer Argumentenliste (persönliche Gründe, nicht unter Alkoholeinfluß fahren) und Gedankenstopp (Unterbrechung und Ablehnung von Gedanken an und Wünschen nach Alkoholkonsum).

Bestandteil des Behandlungsprogramms zur Verhaltensmodifikation ist auch die Aufstellung und Einübung von Regeln zum kontrollierten Trinken. Die Einübung solcher Regeln (z.B. tagsüber nur alkoholfreie Getränke trinken, erst während oder nach dem Essen mit alkoholischen Getränken beginnen, kleine Schlücke machen, ab und zu einen Rest im Glas lassen, für einen langen Abend vorher festlegen, wieviel man trinken möchte, auf einer Stehparty das Glas abstellen und nicht in der Hand behalten, scharfe Getränke vermeiden, nicht verschiedene alkoholische Getränke durcheinander trinken) erfolgt aufgrund einer individuellen Bewertung im Hinblick auf Schwierigkeit und Nützlichkeit der einzelnen Regel.

Zu den indirekten Behandlungszielen gehören schließlich das Erreichen einer höheren Selbstsicherheit, da die Ursachen für Alkoholmißbrauch häufig in Problemen im zwischenmenschlichen Bereich angesiedelt sind, und die Einübung entsprechender Kommunikationsformen. In einem angemesseneren Maß an Sozialkompetenz wird eine der Voraussetzungen gesehen, auf denen eine erfolversprechende Einübung neuer Verhaltensweisen fußen kann.

7.3.3 Individualpsychologischer Ansatz (IRAK)

Der Projektgruppenarbeit vorlaufende Analysen [35] sowie ein Teilprojekt im Zuge der von der Projektgruppe verfolgten Forschungsstrategie [30] führten zu der Empfehlung, auf einer Stufe des für Alkoholtäter zu entwickelnden Behandlungsprogramms eine Behandlungsform vorzusehen, die dem in den Vereinigten Staaten von Amerika entwickelten "Power Motivation Training" (PMT) entspricht. Nach sorg-

fältiger Prüfung der hierfür gegebenen Möglichkeiten konnte die Projektgruppe sich nicht entschließen, dieser Empfehlung zu folgen, regte jedoch an, ein Programm zu entwickeln, das auf ähnlichen theoretischen Voraussetzungen basiert wie das "Power Motivation Training". Mehrere Gründe standen der Übernahme des "Power Motivation Training" entgegen. Zum einen erschien der Projektgruppe die beim "PMT" vorgesehene Behandlungsdauer von 35 Stunden als nicht praktikabel. Zum anderen wäre eine gründliche Überarbeitung der Inhalte des "PMT" insofern notwendig geworden, als einige der im Programm angesprochenen Sachverhalte einer Anpassung an die kulturellen Gegebenheiten in Mitteleuropa bedürfen. Schließlich waren große organisatorische Schwierigkeiten bei der Ausbildung einer ausreichenden Anzahl von Moderatoren in einem vertretbaren Zeitraum absehbar.

Es schien aus den genannten Gründen der Projektgruppe zweckmäßig, ein Institut damit zu beauftragen, ein Rehabilitationsprogramm für Problem-Trinker-Fahrer zu entwickeln, das sich an die "Philosophie" des "PMT" anlehnt. Hierfür bot sich ein Autorenteam an, das der individualpsychologischen Richtung nahesteht. Die Projektgruppe vertrat die Auffassung, daß der tiefenpsychologische Ansatz der Individualpsychologie nach ADLER eine hinreichend enge Verwandtschaft zu der theoretischen Grundlegung des "Power Motivation Training" zeigt. Das in der Folgezeit entwickelte "Individualpsychologische Rehabilitationsprogramm für alkoholauffällige Kraftfahrer" (IRAK) ist darauf angelegt, dem Alkoholauffälligen die Zielgerichtetheit und soziale Verankerung seines Trinkens verstehbar und erlebbar zu machen. Eine dadurch ermöglichte Motivationsänderung (Umfinalisierung) wird durch eigene Erfolge und durch (Fremd-)Ermutigung wirksam unterstützt und auf Dauer gefestigt. Das Programm will den Beteiligten eine Möglichkeit bieten, alte Erfahrungen zu korrigieren, neue Erfahrungen anzunehmen und sie in den eigenen Lebensstil zu integrieren.

Bei der Intensivform handelt es sich um ein Programm mit zehn Teilnehmern und insgesamt 13 Sitzungen, die in etwa

gleichen Abständen kontinuierlich aufeinanderfolgen, d.h., in der Regel finden zwei Sitzungen pro Woche statt. Bei 13 Sitzungen (Doppelstunden) und zehn Teilnehmern kann jedem Teilnehmer durchschnittlich eine Sitzung gewidmet werden. Damit bleiben drei Sitzungen übrig, die zum "Kennenlernen", für die Behandlung "besonderer Probleme" und für das "Auseinandergehen" genutzt werden können. Mit jedem Teilnehmer wird eine kurze Lebensstilanalyse erarbeitet, wobei die Gruppe unter Anleitung des Moderators wichtige Züge des Problemverhaltens "Trinken und Fahren" herausarbeitet und analysiert.

In der ersten Doppelstunde ("Kennenlernen") geht es darum, die Teilnehmer über den Sinn und Zweck des IRAK-Programms und den Ablauf der folgenden Sitzungen kurz zu informieren. Anschließend sollten sich die Teilnehmer untereinander kennenlernen, wobei ein sogenanntes Interaktions-Spiel eingesetzt wird, das einen Leitfaden für das "Partnerinterview" darstellt.

Interaktions-Spiele sind vorgesehen, weil es für die meisten Teilnehmer schwierig und ungewohnt ist, sich in eine Gruppe einzubringen. Sie bieten zwei Vorteile: dadurch, daß die Gruppe etwas gemeinsam unternimmt, wird ein gewisses Maß an "Wir-Gefühl" geschaffen und aktiviert. Darüber hinaus erhält der Moderator wertvolle diagnostische Hinweise, wer aus der Gruppe zu Zwecken der Lebensstilanalyse in der jeweiligen Stunde in den Mittelpunkt der Gruppenarbeit gerückt werden kann. Themen solcher Interaktionsspiele sind neben dem Partnerinterview die Einschätzung eigenen Verhaltens bei auftretenden Schwierigkeiten, die Verplanung eines Millionengewinns im Lotto, die Bedeutung eines bevorzugten Sprichwortes, von Kindheitserinnerungen, Träumen und der Stellung in der Geschwisterreihe für die Entwicklung des individuellen Lebensstils, die Personbindung bestimmter Gefühle sowie die individuelle Einschätzung der Belastung mit Problemen.

Fester Bestandteil des IRAK-Programms sind auch Informationsblöcke, d.h. die Vermittlung von Informationen zum Thema Alkohol und Fahren. Dabei geht es unter anderem um

Beeinträchtigungen der Wahrnehmung (Einengung des Blickfeldes, herabgesetzte Fähigkeit zur räumlichen Wahrnehmung und reduzierte Hell-Dunkel-Anpassung), Beeinträchtigung der Feinmotorik und allgemeine psychische Auswirkungen wie gesteigertes Wohlbefinden, erhöhte Kontaktfähigkeit, besseres Durchsetzungsvermögen und Überwindung von Schüchternheit, Ärger und Einsamkeit. Die Mitglieder der Gruppe lernen, daß Kontaktschwierigkeiten, mangelndes Selbstvertrauen, Probleme mit der Sexualität und Gefühle von Einsamkeit und Ärger wichtige Auslöser sind, die zum Alkohol greifen lassen.

Auch im an der Individualpsychologie ausgerichteten Behandlungsprogramm ist ein therapeutischer Vertrag vorgesehen. Der Behandlungsvertrag regelt unter anderem die Schweigepflicht, die sowohl dem Moderator wie den Gruppenmitgliedern auferlegt ist, die regelmäßige Teilnahme, die aktive Mitarbeit, das Verhalten bei Verhinderung durch Krankheit, der Ausschluß aus der weiteren Behandlung bei Sichtbarwerden einer organischen Krankheit, bei gruppenwidrigem Verhalten z.B. in alkoholisiertem Zustand, Eigentumsverhältnisse bezüglich der Arbeitsmaterialien und die Bescheinigung über die Kurssteilnahme.

Die Individualpsychologie, die der theoretische Hintergrund für das IRAK-Programm ist, versteht übermäßigen Alkoholkonsum als einen Sicherungsmechanismus, d.h. als Schutz vor konkreten Minderwertigkeitserlebnissen und Sicherung von Überlegenheitserlebnissen. Übermäßiger Alkoholgenuß wird stets als Hinweis auf eine persönliche Problematik des Gefühls der Minderwertigkeit verstanden. Unter diesem Aspekt betrachtet, ist die Unterscheidung zwischen "Problemtrinkern" und "Geselligkeitstrinkern" müßig. Beiden Trinktypen ist das Gefühl der Minderwertigkeit gemeinsam und beide finden zu einer unzureichenden Kompensationsweise: Mit dem Alkohol erfolgt eine Flucht in die Illusion der Überlegenheit. Der Rausch führt zu Gefühlen von Macht und Stärke, so daß man sich den Aufgaben des Lebens besser gewachsen fühlt. Das "Wie" der Illusionierung, ob alleine oder in der Gruppe, ändert am Grundproblem des Minderwertig-

keitsgefühls nichts. Personen, die durch übermäßigen Alkoholgenuß immer wieder in Schwierigkeiten kommen, sind "Problemtrinker", aber viele Problemtrinker sind "Geselligkeitstrinker". Das regelmäßige und zugleich übermäßige Trinken in der Gruppe ist daher weniger ein Signal für Gemeinschaftsgefühl und sozialen Frohsinn, sondern eher für "Zwang zur Geselligkeit". Ob Rückzug auf sich selbst oder Geselligkeit, die erlebte Minderwertigkeit und das mangelnde Gemeinschaftsgefühl sind stets die wahren Motive für ungezügeltles Trinken. Beim Konflikt- oder Problemtrinker liegt immer eine kombinierte Furcht vor Unbeliebtheit und Unfähigkeit vor.

Die Aufgabe der gruppentherapeutischen Behandlung nach dem IRAK-Programm besteht darin, den einzelnen Teilnehmern die falsche Zielsetzung in ihrem Weltbild, die falsche private Logik verständlich zu machen, die sie durch die unaufhörliche Produktion gleicher irrtümlicher Verhaltensweisen in ihrem jeweiligen Wahrnehmungsschema gefangen hält. Wenn dieses Verständnis vermittelt und aufgegriffen ist, kann die Hinwendung zur kooperativen und kompetenten Alternative erfolgen.

Wenn die Einsicht in das "Wozu" des übermäßigen Alkoholkonsums gewonnen worden ist, kann ein Prozeß stattfinden, der in der Individualpsychologie mit dem Ausdruck "Umfinalisieren" belegt ist. Dieses "Umfinalisieren" bedeutet die Setzung neuer Ziele, die einen Schritt weiter auf dem Weg zur Kompetenz und Kooperation liegen müssen. Die versuchte Alternative, Übung und Training sind die natürlichen Folgen des Einsichtsprozesses. Vielfach ist jedoch das Üben nach gewonnener Einsicht überhaupt nicht nötig, denn nicht falsche Einübung sondern fehlerhafte Interpretation war der Motor für die Produktion irrtümlicher Verhaltensweisen.

In der Zielsetzung des IRAK-Programms liegt es, jedem Teilnehmer mehr Selbsteinsicht zu vermitteln, weniger Streben nach persönlicher Überlegenheit, mehr Kooperation (Gemeinschaftsgefühl), mehr Einsicht in die Probleme der anderen, weil dies zur Relativierung der eigenen Probleme führt und zu mehr Kompetenzgefühl. Mit diesen Zielen wird eine

Erweiterung der Persönlichkeit angestrebt, die beim Behandeln dazu führt, daß er mehr Mut bekommt, seine Aufgaben direkt anzupacken und zwar ohne zu zögern bzw. zu trinken. Die Kombination von Selbsterfahrung mit sinnvoller, verständlicher Information über "Alkohol und Fahren" soll schließlich zur Reduzierung von Alkoholfahrten führen.

7.4 Zur Evaluation des Modellversuchs

Die Bemessung des Kontrollzeitraums hat sich an dem Umstand auszurichten, daß es sich bei den Programmen des Modellversuchs um solche für Wiederholungstäter handelt. Der Kontrollzeitraum muß in einem angemessenen Verhältnis zur Rückfallgeschwindigkeit von Wiederholungstätern stehen und wird von der Projektgruppe auf drei Jahre nach dem Abschluß der Behandlung festgesetzt.

Zur objektiven Messung des Behandlungserfolgs müssen zu verschiedenen Zeitpunkten Daten erhoben werden. Diese Daten entsprechen zum einen den behandlungszielorientierten Kriterien, zum anderen beziehen sie sich auf generelle Kriterienmerkmale der Verkehrsbewährung.

Das bisherige Evaluationsdesign sieht Datenerhebungen zu fünf verschiedenen Zeiten vor: Die erste Datenerhebung ist weitgehend mit dem Screening-Verfahren im Rahmen, im Anschluß oder anstelle der medizinisch-psychologischen Untersuchung identisch, die zweite Datenerhebung soll zum Zeitpunkt der Behandlung erfolgen, sofern Nachbehandlung erfolgt, die dritte Datenerhebung zwölf Monate nach Wiedererteilung der Fahrerlaubnis, die vierte Datenerhebung 24 Monate nach Wiedererteilung der Fahrerlaubnis und schließlich die fünfte und letzte Datenerhebung 36 Monate nach Wiedererteilung der Fahrerlaubnis. Sofern keine Nachbehandlung stattfindet, wird nach Ablauf von drei Jahren eine dritte Datenerhebung durchgeführt.

Die technisch für erforderlich gehaltene Koppelung der Erhebung von Daten, die zum einen dem Screening dienen und zum anderen der Evaluation, setzt eine möglichst weitgehende Kompatibilität der Datenorganisation voraus.

Die behandlungszielorientierten Kriterien hängen von den spezifischen Behandlungszielen der beiden in den Modellversuch eingeschlossenen Behandlungsprogramme ab und werden von den behandelnden Institutionen in operationalisierter Form in die Evaluation eingebracht werden. Auf der Basis solcher Operationalisierungen können sodann die Evaluationsinstrumente (Fragebogen/Interviewleitfaden) entwickelt werden.

Vorstellungen über die generellen Kriterien (der Verkehrsbewährung) berücksichtigen Unfälle gleichermaßen wie Delikte auf der Grundlage der Eintragungen im Verkehrszentralregister des Kraftfahrtbundesamtes.

Die Evaluation dieses ersten Modellversuchs von Maßnahmen zur Behandlung alkoholauffälliger Kraftfahrer kann nicht auf den klassischen Vergleich zwischen einer Experimentalgruppe und einer Kontrollgruppe zurückgreifen, da Kraftfahrern, die als zum Führen von Kraftfahrzeugen nicht geeignet gelten, die Fahrerlaubnis nicht ohne Behandlung wiedererteilt werden kann.

8. ZUKÜNFTIGE AUFGABEN UND PERSPEKTIVEN

Mit dem Ende 1977 begonnenen Modellversuch der Behandlung wiederholt wegen Trunkenheit am Steuer aufgefallener Kraftfahrer ist ein Weg beschritten worden, an dessen Ende die frühzeitige Identifizierung alkoholgefährdeter Autofahrer und ihre problemangemessene Behandlung steht. Zwei Therapieformen, die auf unterschiedlichen theoretischen Ansätzen basieren, sind einer ersten Funktionsprüfung unterworfen. Medizinisch-psychologische Untersuchungsstellen, Straßenverkehrsämter und die behandelnden Institutionen kooperieren hierbei in zunächst zwei regional begrenzten Modellversuchen.

Die Zielgruppen müssen zur Zeit noch nach den gegenwärtig maßgeblichen Definitionen, die an den Begriff der Eignung (zum Führen von Kraftfahrzeugen) eng gekoppelt sind, ermittelt werden. Zu einem späteren Zeitpunkt wird es möglich sein, unabhängig von der Eignungsfrage, nämlich durch Einsatz der zur Zeit ebenfalls in Entwicklung befindlichen Diagnoseverfahren, die Zielgruppenermittlung vorzunehmen. Dem damit beauftragten Sachverständigen stellt sich dann weniger die Frage nach der Eignung sondern die Frage nach der generellen wie speziellen Behandlungsbedürftigkeit und nach der Behandlungsfähigkeit.

Für Feststellungen dieser Art wie für die Behandlung selbst müssen entsprechende Institutionen und Personen bereitgestellt werden, Zuständigkeiten und Befugnisse müssen festgelegt werden. Im Vorfeld dieser Aufgaben müssen Fragen der Qualifikation solcher Institutionen und Personen geklärt werden. Die Neuartigkeit der Behandlung setzt hierfür neue Maßstäbe. Die konventionellen Maßnahmenträger (z.B. Justiz, Verwaltung, Medizinisch-psychologische Untersuchungsstellen der Technischen Überwachungs-Vereine) kommen für die neuen Aufgaben, die von der Identifikation über die Zuweisung und Behandlung bis zur Nachbehandlung und gegebenenfalls Nachuntersuchung reichen, nicht ohne weiteres in Frage.

Zwar liegen im einen oder anderen Fall wesentliche Teilveraussetzungen für die Wahrnehmung dieser neuen Aufgaben

vor, so etwa bei den in den Medizinisch-psychologischen Untersuchungsstellen tätigen Diplom-Psychologen im Hinblick auf die Anwendung und Auswertung der Diagnoseverfahren, in der Regel aber wird eine zusätzliche Ausbildung, die z. B. mit den spezifischen Behandlungsmethoden vertraut macht, notwendig sein. Über Art und Umfang solcher Zusatzausbildungen sowie über die Eingangs- und Ausgangsvoraussetzungen (Zulassung zur und erfolgreiche Entlassung aus der Zusatzausbildung) müssen nach Abschluß der Funktionsprüfung der Modelle und vor Einsatz einer zweiten Moderatoren-Generation Festlegungen getroffen werden. Diese Festlegungen sollten in einem Rahmen erfolgen, der auch andere, in Entwicklung bzw. Erprobung befindliche Nachschulungs-Maßnahmen berücksichtigt, denn auch bei der Nachschulung von jugendlichen, verkehrsauffällig gewordenen Fahranfängern und bei entsprechenden Maßnahmen zur Behandlung von Mehr- bzw. Vielfachtätern stehen ähnlich gelagerte Aufgaben an. Wenn in dieser Hinsicht koordiniert und konzentriert vorgegangen wird, läßt sich ein Höchstmaß an Fachkompetenz entwickeln und - das ist für die Aufrechterhaltung der Maßnahmenqualität unabdingbar - auch kontrollieren.

Zu den noch in Angriff zu nehmenden Aufgaben gehört auch die Einbindung des Programms zur Beeinflussung und Behandlung alkoholauffälliger Kraftfahrer in umfassende Programme, die gegen den Alkohol im Straßenverkehr insbesondere aber auch schlechthin gegen jede Art des Alkoholmißbrauchs gerichtet sind. Gelingt diese Einbindung nicht, werden die spezifischen Bemühungen eher einem Kurieren einzelner Symptome gleichkommen und weniger einem Beitrag zur Sozialhygiene.

LITERATUR

- [-1_] ASAP
Evaluation Unit of the City of Phoenix
Alcohol Safety Action Project: Analyses of
Drinker Diagnosis and Referral Activity and
Alcohol Rehabilitation Efforts. 1976
- [-2_] Bode, H.-J.
Zur rechtlichen Problematik der Behandlungszuweisung nach geltendem Recht. Kurzgutachten für die Projektgruppe "Beeinflussungs- und Behandlungsformen alkoholauffälliger Kraftfahrer".
Unveröff. Vervielf. Hildesheim 1977a
- [-3_] Bode, H.-J.
Zur Einfügung der Behandlung von Wiederholungstätern in die herkömmliche Praxis nach geltendem Recht. 2. (Teil-) Gutachten für die Projektgruppe "Beeinflussungs- und Behandlungsformen alkoholauffälliger Kraftfahrer".
Unveröff. Vervielf. Hildesheim 1977b
- [-4_] Bode, H.-J.
Vor-Fragen zur rechtlichen Konstruktion der Behandlungszuweisung. 3. (Zwischen-) Gutachten für die Projektgruppe "Beeinflussungs- und Behandlungsformen alkoholauffälliger Kraftfahrer".
Unveröff. Vervielf. Hildesheim 1977c
- [-5_] Böcher, W., Kroj, G., Pfafferott, I., Sogemeyer, H., Spoerer, E. und W. Winkler
Typische Fehlverhaltensweisen von Fahranfängern und Möglichkeiten gezielter Nachschulung. Unfall- und Sicherheitsforschung Straßenverkehr, Heft 8, Köln 1977
- [-6_] Boyatzis, R.E.
Short-term rehabilitation for persons convicted of driving while intoxicated
Boston 1976
- [-7_] Boyatzis, R.E.
Implementation of power motivation training as a rehabilitation countermeasure for DWIs.
Boston 1976

- [8_7] Brengelmann, J.C.
Lage und Ziele der Verhaltenstherapie
Unveröff. Vervielf. 1972
- [9_7] Buikhausen, W.
Alcohol en verkeer: de feiten
In: Buikhausen, W. u.a.: Alcohol en verkeer.
Een studie over het rijden onder invloed.
Meppel 1968
- [10_7] Buikhausen, W.
Kriminologische und psychologische Aspekte der
Trunkenheit im Straßenverkehr. Vortrag auf
dem Symposium "The human factor in road
traffic".
Stockholm 1969
Deutsche Übersetzung: Report 2/71 des
MPI Hannover
- [11_7] Bundesminister für Verkehr
Verkehr in Zahlen 1977
Bonn 1977
- [12_7] Ellingstad, V.S. und T.J. Springer
Program level evaluation of ASAP diagnosis,
referral and rehabilitation efforts. Vol. 3.
Human Factors Laboratory, University of
South Dakota, Vermilion, SD 1976
- [13_7] Emrick, C.D.
A review of psychologically oriented treat-
ment of alcoholism.
I. Quart. J. Stud. Alc., Vol. 35, 523-549,
1974
- [14_7] Emrick, C.D.
A review of psychologically oriented treat-
ment of alcoholism.
II. Journal of Studies on Alcohol, Vol. 36, 1,
88-108, 1975
- [15_7] Feldhege, F.J., Kraemer, S., Schneider, R.,
Schulze, B. und H. Vollmer
Ambulante Therapie für jugendliche und junge
Erwachsene mit Alkoholproblemen (17. Zwischen-
bericht an das Bundesministerium für Jugend,
Familie und Gesundheit).
Max-Planck-Institut für Psychiatrie,
Psychologische Abteilung

- [16_] Goldiamond, I.
Self-control procedures in personal behavior problems.
Psychol. Rep., 1965, 17, 851-868
- [17_] Hawkins, T.E., Scrimgeour, G.J. und R.F. Krenek
Summary of ASAP results for application to state and local programs.
Vol. 1. Southwest Research Institute, San Antonio, TX
- [18_] Jacobshagen, W.
Statistik zur regionalen Erfassung des Aufkommens an wiederholt alkoholauffälligen Kraftfahrern.
Forschungsauftrag FP 7517.4 der Bundesanstalt für Straßenwesen, Köln
Unveröff. Vervielf. Hannover 1977
- [19_] Jacobshagen, W.
Datensatzbeschreibung zur Person des wiederholt alkoholauffälligen Kraftfahrers.
Forschungsauftrag 7517.5 der Bundesanstalt für Straßenwesen, Köln.
Unveröff. Vervielf. Hannover 1977
- [20_] Jensch, M. und R. Lemm
IRAK - Individualpsychologisches Rehabilitationsprogramm für alkoholauffällige Kraftfahrer (Trainer-Handbuch).
Unveröff. Vervielf. Köln 1977
- [21_] Kanfer, F.H. und J.S. Phillips
Learning Foundations of Behavior Therapy.
New York 1970
- [22_] Kraemer, S., Krauthan, G. und I. Kuhnert
Vorstudie zur Erprobung von Verfahren zur Verhaltensänderung von alkoholauffälligen Kraftfahrern. Vorentwurf eines Trainingsmanuals
Unveröff. Vervielf. München 1977
- [23_] Kroj, G. und R. Hellemann
Zur Prognose der Rückfallwahrscheinlichkeit bei Verkehrsdelikten.
Zeitschrift für Verkehrssicherheit, 17, 92-104, 1971

- [24_] Kunkel, E.
Die Rückfallgeschwindigkeit bei alkoholge-
fährdeten Kraftfahrern. Fahreignung und Ver-
kehrssicherheit.
Mitteilungsblatt des MPI des TÜV Stuttgart,
20, 1972
- [25_] Kunkel, E.
Biographische Daten und Rückfallprognose bei
Trunkenheitstätern im Straßenverkehr.
Köln 1977
- [26_] Lovibond, S.H. und G. Caddy
Ein Diskriminationstraining zur Kontrolle
des Trinkverhaltens.
In: Ferstl, R. und S. Kraemer (Hrsg.): Ab-
hängigkeiten. Fortschritte der klinischen
Psychologie.
München 1976
- [27_] Medizinisch-Psychologisches Institut des
Technischen Überwachungs-Vereins Hannover
Statistische Verarbeitung von Datenmaterial
über Alkoholtäter aus dem Bereich des Straßen-
verkehrsantes Leer/Ostfriesland.
Jahresbericht 1970
- [28_] Müller, A.
Der Trunkenheitstäter im Straßenverkehr der
Bundesrepublik Deutschland. Beiträge zur
empirischen Kriminologie, Band 3,
Frankfurt/Main und Bern 1976
- [29_] Nichols, L.
Public and formal education and rehabilita-
tion programs. New research on alcohol and
drugs.
Research Group S 14. OECD Research Programme
1977 (im Druck)
- [30_] Perrine, M.W. und J. Nieswandt
Methoden und Modelle der Behandlung alkohol-
auffälliger Kraftfahrer. Sammelreferat und
Empfehlungen. Schlußbericht für das Teil-
projekt 7517.2 im Rahmen der Forschungsarbeit
der Projektgruppe 7517: "Beeinflussungs- und
Behandlungsformen alkoholauffälliger Kraft-
fahrer" bei der Bundesanstalt für Straßen-
wesen
Unveröff. Vervielf. Köln 1977

- [-31_] Schöch, H.
Strafzumessungspraxis und Verkehrsdelinquenz
Stuttgart 1973
- [-32_] Sobell, L.C. und M.B. Sobell
Behavioral treatment approaches to alcohol
problems.
In: Williams, R.B. und W.D. Gentry (Hrsg.):
Behavioral approaches to medical practice.
Im Druck
- [-33_] Sömen, H.D.
Täterklassifikation und Rückfallprognose
beim Verkehrsdelikt Trunkenheit am Steuer.
(Eine Inhaltsanalyse von Strafakten).
Zeitschrift für Verkehrssicherheit, Teil I:
21, 77-89, 1975. Teil II: 21, 153-160, 1975
- [-34_] Spoerer, E.
Driver Improvement: Möglichkeiten der Reha-
bilitierung von verkehrsauffälligen Kraft-
fahrern.
Faktor Mensch im Verkehr, Heft 9,
Frankfurt 1972
- [-35_] Spoerer, E.
Rehabilitation von verkehrsauffälligen Kraft-
fahrern in Nordamerika. Forschungsberichte
der Bundesanstalt für Straßenwesen, Bereich
Unfallforschung (FP 7517.1).
Köln 1976
- [-36_] Spoerer, E.
Rehabilitation von alkoholauffälligen Kraft-
fahrern in Nordamerika. Blutalkohol,
Vol. 14, 1, 1-11, 1977
- [-37_] Welzel, U.
Die Rückfallprognose bei Trunkenheitstätern.
Eine Bewährungskontrolle von Fahrereignungs-
gutachten.
Faktor Mensch im Verkehr, Heft 25, Köln 1976
- [-38_] Whitehead, P.C.
DWI programs: Doing what's in or dodging
what's indicated?
Journal of Safety Research. Vol. 7, 3, 1975

- [39] Winkler, W.
Gruppengespräche nach wiederholter Trunkenheit am Steuer
Blutalkohol, Vol. 11, 3, 178-188, 1974
- [40] Winkler, W.
Entwicklung des Modells "Leer" der Gruppengespräche nach wiederholter Trunkenheit am Steuer. Referat auf der 20. Fortbildungsveranstaltung der Sektion Verkehrspsychologie des Berufsverbandes Deutscher Psychologen e.V.,
Salzburg 1975
- [40 a] Winkler, W.
Erprobung eines Rehabilitationsprogrammes für alkoholauffällige Kraftfahrer.
Vortrag auf dem 23. Internationalen Seminar zur Verhütung und Behandlung des Alkoholismus vom 6. bis 10.6.1977 in Dresden
- [41] (U.S. Department of Transportation)
Short Term Rehabilitation (STR) Evaluation Study. o.J.
- [42] U.S. Department of Transportation. National Highway Traffic Safety Administration
Alcohol Highway-Traffic Safety Workshop for Local Officials.
Washington, D.C., 1974
- [43] U.S. Department of Transportation. National Highway Traffic Safety Administration
Alcohol Safety Action Projects.
First Year Evaluation Preview. 1972
- [44] U.S. Department of Transportation. National Highway Traffic Safety Administration
ASAP Short Term Rehabilitation Study.
Life Activities Inventory
- Section one: Mortimer-Filkons questionnaire
- Section Two: Initial Questionnaires
- Section Three: Initial Interview
- Section Four: Initial Records Check
Washington, D.C. (1975)
U.S Department of Transportation. National Highway Traffic Safety Administration, Office of Alcohol Countermeasures

- Alcohol Safety Action Projects.
Evaluation of Operations 1972.
- [-45_7] Volume I. Summary.
Washington, D.C. 1974
- [-46_7] Volume II. Detailed Analysis.
- Chapter 1: Development and Management of
the ASAP Program.
Washington, D.C. 1974
- [-47_7] - Chapter 2: ASAP Program Evaluation
Methodology and Overall Program
Impact.
Washington, D.C. 1974
- [-48_7] - Chapter 3: Evaluation of the Enforcement
Countermeasure Activities.
Washington, D.C. 1974
- [-49_7] - Chapter 4: Evaluation of the Judicial and
Legislative Countermeasure
Activities.
Washington, D.C. 1974
- [-50_7] - Chapter 5: Evaluation of the Pre-Sentence
Investigation and Probation
Countermeasure Activities.
Washington, D.C. 1974
- [-51_7] - Chapter 6: Evaluation of the Rehabilitation
Countermeasure Activities.
Washington, D.C. 1974
- [-52_7] - Chapter 7: Evaluation of the Public Infor-
mation and Education Counter-
measure Activities.
Washington, D.C. 1974
- [-53_7] Volume III. Project Discriptions.
Washington, D.C. 1974
- [-54_7] U.S. Department of Transportation. Traffic
Safety Programs. Office of Driver and
Pedestrian Programs
One Model for the Evaluation of ASAP
Rehabilitation Effort.
Washington, D.C. 1974