

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

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

Dr. Theo Schülken (Dipl.-Psych.): Geschäftsführer von set – socialmanagement, evaluations & trainings. Forschung und Lehre; Soziale Gruppenarbeit nach KJHG & JGG; Customer Relationship Management; Diversity Management; Evaluationen im Bereich Driver Improvement; Führungskräfte training; Teamentwicklung und Coaching; Mitarbeiterbefragung; Wiss. Beratung und Begleitung von Forschungsprojekten.

Birgit Urbaniak (Dipl.-Psych.): Psychologische Psychotherapeutin. Verkehrspsychologische Beratung und Rehabilitation. Rehabilitation und gutachterliche Tätigkeit bei Berufsunfähigkeit. Inhouseschulungen (z.B. IBZ – Bildungseinrichtung der International Police Association). Lehrbeauftragte und Fachautorin.

**Evaluationsstudie zu den Rehabilitations-
programmen
der Impuls GmbH**

**Zur Wirksamkeit der verkehrspsychologischen Reha-
bilitationsprogramme CONTROL und REAL
für alkoholauffällige Kraftfahrer**

R. Sachse, M. Leisch, Th. Schülken, B. Urbaniak

Bochum, im Juni 2008

R. Sachse, M. Leisch, Th. Schülken, B. Urbaniak (2008).

Evaluationsstudie zu den Rehabilitationsprogrammen der Impuls GmbH.

Zur Wirksamkeit der verkehrspsychologischen Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL für alkoholauffällige Kraftfahrer. Bochum: Institut für Psychologische Psychotherapie.

Projektleitung: Prof. Dr. Rainer Sachse

Anschrift: Institut für Psychologische Psychotherapie
Prümerstr. 4
44787 Bochum
Tel.: 0234-6405775
Internet: www.ipp-bochum.de

Durchführung: Dipl.-Psych. Markus Leisch & Dipl.-Psych. Birgit Urbaniak

Anschrift: Institut für Arbeitspsychologische Unternehmensförderung
tales institut
Bismarckstr. 62a
44135 Dortmund
Tel.: 0231-2009320
Internet: www.tales-institut.de

Wissenschaftliche
Begleitung: Dr. phil. Theo Schülken

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung / Abstract	9
1. Einleitung	10
2. Die Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL	13
2.1. CONTROL	14
2.1.1. Ziele des Programms CONTROL	15
2.2. REAL	15
2.2.1. Ziele des Programms REAL	16
2.3. Rahmenbedingungen und Zielsetzungen	17
2.4. Qualitätssicherung	18
2.5. Klienten-Herkunftsanalyse	20
3. Theoretischer Hintergrund der Alkoholproblematik	21
3.1. Psychologische Komponenten eines Alkoholproblems	21
3.1.1. Problem-Einstieg	22
3.1.2. Bedingungsfaktoren der Störungsentwicklung	23
3.1.2.1. Stressmanagement-Fähigkeiten	24
3.1.2.2. Handlungs-Lage-Orientierung	24
3.1.2.3. Übernahme von Verantwortung / wahrgenommene Kontrolle ..	26
3.1.3. Persönlichkeitsstörungen	27
3.1.3.1. Erklärungen für die Co-Morbidität	29
3.1.4. Alexithymie	29
3.2. Implikationen der Alkoholproblematik und ihrer Folgen sowie ihrer Entstehungsbedingungen für das Therapiegeschehen	30
3.2.1. Diagnostik	30
3.2.2. Problemeinstieg / Bedingungsfaktoren	31
3.2.3. Bearbeitungsprobleme: Vermeidung und Verleugnung	32
3.2.4. Therapeutische Implikation der Co-Morbidität mit Persönlich- keitsstörungen, bzw. Interaktionsstörungen	33
3.2.5. Veränderung psychologischer Bedingungsfaktoren	35
3.2.6. Sicherung von Abstinenz / Trinkkontrolle	36
4. Hypothesen	37
4.1. Das MPU-Ergebnis	38
4.2. Die Legalbewährung	38
4.3. Rating zum Umgang mit Verantwortung (RUV)	39
4.4. Intrapsychische Veränderungen	40
4.4.1. Handlungs-Lage-Orientierung	40
4.4.2. Selbstakzeptierung	40
4.4.3. Kontrollüberzeugung	41
4.4.4. Stressverarbeitungsstrategien	41
4.4.5. Persönlichkeitsstile und Persönlichkeitsstörungen	42
4.4.6. Alexithymie	43
4.5. Validierung	43
4.6. Moderator-Variablen	44
5. Methoden	45
5.1. Stichprobengewinnung	45
5.2. Durchführungsphasen und zeitlicher Ablauf der Evaluation	45
5.2.1. Beginn- und Planungsphase	46

5.2.2.	Datenerhebung	47
5.2.3.	Dateneingabe und –auswertung	48
5.2.4.	Datenschutz	48
5.3.	Messung der Wirksamkeit und Erfolg der Rehabilitation	49
5.3.1.	Die medizinisch-psychologische Untersuchung	49
5.3.2.	Legalbewährung	50
5.3.3.	Psychodiagnostische Testverfahren	50
5.3.3.1.	Rating zum Umgang mit Verantwortung (RUV)	51
5.3.3.2.	Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung (SESA)	52
5.3.3.3.	IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen	53
5.3.3.4.	Stressverarbeitungsfragebogen (SVF)	54
5.3.3.5.	Persönlichkeits- Stil- und Störungs- Inventar (PSSI)	55
5.3.3.6.	HAKEMP	57
5.3.3.7.	Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAS-26)	58
5.4.	Kontrollgruppen-Problematik	59
6.	Ergebnisse	64
6.1.	Stichprobenbeschreibung (Soziodemografie)	64
6.1.1.	Stichprobenumfang und Nationalität	64
6.1.2.	Geschlechtsverteilung und Durchschnittsalter	65
6.1.3.	Schulabschluss	66
6.1.4.	Berufstätigkeit	67
6.1.5.	Familienstand und Kinder im Haushalt	67
6.2.	Stichprobenbeschreibung (Vorgeschichtsdaten)	68
6.2.1.	Beginn der Rehabilitation, vorausgegangene MPU und Interventionen	68
6.2.2.	Aktueller verkehrsrelevanter Anlass für die Rehabilitationsprogramme	70
6.2.2.1.	Trunkenheitsfahrten, Tageszeit, Restalkohol und Unfallfolge ...	71
6.2.2.2.	Blutalkoholkonzentration	73
6.2.2.3.	Weitere Verkehrsdelikte	73
6.2.3.	Fahrpraxis	74
6.2.4.	Frühere verkehrsrelevante Delikte und Delikte außerhalb des Straßenverkehrs	76
6.2.5.	Bisherige verkehrsrelevante Sanktionen	78
6.2.6.	Medizinische Auffälligkeiten und angegebene Abstinenz	79
6.3.	Ermittlung der Abbrecherquote	81
6.4.	MPU-Bestehensquote	81
6.5.	Ergebnisse der Legalbewährung	83
6.5.1.	Auffälligkeiten im gesamten Beobachtungszeitraum (1-36 Monate)	84
6.5.1.1.	Ergebnisse der Legalbewährung getrennt nach CONTROL und REAL	86
6.5.2.	Rückfallquoten und Art der Auffälligkeit im ersten Beobachtungszeitraum (1-24 Monate)	88
6.5.3.	Rückfallquoten und Art der Auffälligkeit im zweiten Beobachtungszeitraum (25-36 Monate)	88
6.5.4.	Verschiebungseffekte	89
6.6.	Ergebnisse der psychologischen Skalen	91
6.6.1.	Skalensanalysen	91
6.6.1.1.	Die Skalen des Stressverarbeitungsfragebogens (SVF)	91
6.6.1.2.	Reliabilitäten der eingesetzten Messinstrumente	93
6.6.2.	Wirksamkeit der Rehabilitationen bzgl. der psychologischen Variablen	94

6.6.2.1.	Wirksamkeit der Rehabilitationen – Varianzanalytische Auswertungen	95
6.6.3.	Effektstärken	97
6.6.4.	Vergleich der beiden Rehabilitationen CONTROL und REAL ..	100
6.6.4.1.	Mittelwertsunterschiede zum ersten Messzeitpunkt	100
6.6.4.2.	REAL vs. CONTROL	102
6.6.4.3.	REAL vs. CONTROL – Gesamttestung	108
6.6.4.4.	Effektstärken der Rehabilitationsgruppen	111
6.6.4.5.	REAL vs. CONTROL – Gesamttestung über drei Messzeitpunkte	112
6.6.5.	Reduzierung der Skalen	115
6.6.5.1.	Itemselektion	115
6.6.5.1.1.	SESA	116
6.6.5.1.2.	Kontrollüberzeugungen	116
6.6.5.1.2.1.	Internale Kontrollüberzeugungen	117
6.6.5.1.2.2.	Externale Kontrollüberzeugungen (Machtlosigkeit)	117
6.6.5.1.2.3.	Externale Kontrollüberzeugungen (Fatalismus)	117
6.6.5.1.3.	Die Skalen der Handlungsorientierung	117
6.6.5.1.3.1.	Handlungsorientierung nach Misserfolg	117
6.6.5.1.3.2.	Handlungsorientierung bei der Planung	118
6.6.5.1.4.	TAS	118
6.6.5.1.4.1.	Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen	118
6.6.5.1.4.2.	Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen	119
6.6.5.1.5.	Stressverarbeitung	119
6.6.5.1.5.1.	Abwehr	119
6.6.5.1.5.2.	Ablenkung	120
6.6.5.1.5.3.	Kontrolle	120
6.6.5.1.5.4.	Negative Stressverarbeitung	120
6.6.5.1.5.5.	Vermeidung	120
6.6.5.1.6.	PSSI	121
6.6.5.1.6.1.	PSSI (selbstkritisch-selbstunsicher)	121
6.6.5.1.6.2.	PSSI (kritisch-negativistisch)	121
6.6.5.1.6.3.	PSSI (spontan-borderline)	122
6.6.5.1.6.4.	PSSI (liebenswert-histrionisch)	122
6.6.5.2.	Replikation bisheriger Befunde	122
6.7.	Ergebnisse zum Rating Umgang mit Verantwortung (RUV)	125
6.7.1.	Eingeschätzte Änderungsmotivation der Klienten durch die Verkehrstherapeuten	125
6.7.2.	Auswirkung wahrgenommener Änderungsbereitschaft auf die psychodiagnostischen Messverfahren	130
7.	Zusammenfassung und Diskussion	131
7.1.	MPU- Bestehensquote	134
7.2.	Legalbewährung	135
7.3.	Psychodiagnostische Kennwerte	137
7.4.	Reduzierung der psychodiagnostischen Messinstrumente	140
7.5.	Rating zum Umgang mit Verantwortung (RUV)	140
7.6.	Validierung	141
8.	Literatur	143
	Anhang	156
A)	Tabellenverzeichnis	156
B)	Abbildungsverzeichnis	159
C)	Abkürzungsverzeichnis	160
D)	Rating zum Umgang mit Verantwortung (RUV)	162

E)	Vorgeschichtsdaten (VOD)	163
F)	Soziodemografische Angaben (DEMO)	165
G)	Psychodiagnostische Messinstrumente: Langskalen der Prä- Inter- Post- Messung	167
G1)	Langskalen der Prä- und Postmessung	167
G1.1.)	SESA – Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung	167
G1.2.)	IPC – Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen	169
G1.3.)	SVF – Stressverarbeitungsfragebogen	170
G1.4.)	PSSI – Persönlichkeits- Stil und Störungs- Inventar	173
G1.5.)	HAKEMP – Handlungskontrolle nach Erfolg und Misserfolg	176
G1.6.)	TAS – Toronto-Alexithymie-Skala-26	179
G2)	Langskalen der Intermessung	180
G2.1.)	IPC – Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen	180
G2.2.)	HAKEMP – Handlungskontrolle nach Erfolg und Misserfolg	181
G2.3.)	TAS – Toronto-Alexithymie-Skala-26	184
H)	Psychodiagnostische Messinstrumente (Kursskalen)	186
H1)	SESA – Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung	186
H2)	IPC – Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen	186
H3)	SVF – Stressverarbeitungsfragebogen	188
H4)	PSSI – Persönlichkeits- Stil und Störungs- Inventar	190
H5)	HAKEMP – Handlungskontrolle nach Erfolg und Misserfolg	191
H6)	TAS – Toronto-Alexithymie-Skala-26	193
I)	Einwilligungs- und Datenschutzerklärungen	194
I1)	Einwilligungserklärung: Datenverarbeitung und -speicherung ..	194
I2)	Einwilligungserklärung: Legalbewährung	195
I3)	Datenschutz: KBA- Bescheinigung Datenschutz (§5 BDSG) ...	196
I4)	Datenschutz: KBA- Bescheinigung Datenschutz (Versand)	197
I5)	Datenschutz: KBA- Bescheinigung Datenschutz (Vertragsda- ten)	198
J)	Kontrolllisten	199
J1)	Kontrollliste: Erhebung MPU-Ergebnis	199
J2)	Kontrollliste: Messzeit und Vergabe der Inventare für CONTROL	200
J3)	Kontrollliste: Messzeit und Vergabe der Inventare für REAL ...	200

Zusammenfassung

Zur Wirksamkeit der verkehrspsychologischen Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL für alkoholauffällige Kraftfahrer

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

Abstract

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

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

* Der Lesbarkeit ist die einseitige Verwendung des Geschlechts geschuldet.

1. Einleitung

Mit der vorliegenden Evaluationsstudie wurden die Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL der Impuls GmbH, Köln, für alkoholauffällige Kraftfahrer auf Wirksamkeit und Erfolg hin überprüft.

Während das primäre Ziel der Rehabilitanden darin bestand, die Fahrerlaubnis wiederzuerlangen, sollten als übergeordnete Ziele der verkehrspsychologischen Rehabilitation gleichermaßen die Förderung der allgemeinen Verkehrssicherheit wie auch das individuelle Bedürfnis nach Mobilität integrativ verknüpft werden sowie suchtprophylaktische Aspekte Berücksichtigung finden. Dementsprechend lag der Evaluation die erklärte Absicht der Impuls GmbH zu Grunde, in dem Bereich der verkehrspsychologischen Rehabilitation zur Vorbereitung auf die nachfolgende medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU), nach wissenschaftlich überprüfbaren Kriterien eine konsistente Verbindung herzustellen zwischen den (1.) Programminhalten (Fachkonzeptionen in Form von Manualen), (2.) den qualitätssichernden Vorgaben der Impuls GmbH sowie (3.) überprüfbaren *Outcome-Effekten*.

Anlass für diese Überprüfung gaben mehrere Zusammenkünfte verschiedener Träger im zuständigen Ministerium in NRW, in denen festgelegt wurde, dass eine Begutachtung der Konzepte einzelner Anbieter im Hinblick auf deren wissenschaftliche Standards erfolgen soll. Insbesondere sollte dabei die wissenschaftliche Begründetheit des Rehabilitationskonzepts, die Qualifikation der Verkehrstherapeuten sowie Qualitätssicherung und Evaluationsmanagement beachtet werden. Es war somit zu beurteilen, ob die von der Impuls GmbH vorgelegten Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL den Anforderungen an wissenschaftliche und therapeutische Standards entsprechen und sie als geeignet für die Langzeit-Rehabilitation registerpflichtig in Erscheinung getretener Kraftfahrer zu benennen sind.

Weiterhin sollte mit dieser Studie der Grundstein für weitere Evaluationen im Bereich der Verkehrsrehabilitation gelegt werden, indem eine psychodiagnostische Testbatterie zur Erfassung der Rehabilitationseffekte zusammengestellt und an die ökonomischen Erfordernisse von Rehabilitationsprogrammen angepasst wurde.

Gegebenenfalls waren auch Anregungen zur Korrektur/Ergänzung der vorgelegten Konzepte sowie zu deren Weiterentwicklung zu geben, um so den Anforderungen an ein qualifiziertes Förderkonzept auch langfristig zu genügen.

Wirksamkeit und Erfolg der Rehabilitationsprogramme wurde über externe und interne Kriterien erhoben. Als externes Kriterium für die Wirksamkeit wurde die MPU-Bestehensquote herangezogen, als internes Kriterium die psychodiagnostischen Maße, die Auskunft über die Art der Wirkungsweise der Rehabilitationsprogramme geben sollten. Der Erfolg der Programme CONTROL und REAL, d.h. die Überprüfung der Rückfälligkeit der Rehabilitanden, wurde anhand der Legalbewährung festgestellt.

Voraussetzung für die Wiedererlangung der Fahrerlaubnis war in der Regel (i.d.R.) ein positives MPU-Gutachten nach Beendigung der Rehabilitationsprogramme. Die MPU-Bestehensquote der Klienten wurde als Maß für die Wirksamkeit herangezogen und im Sinne von *Benchmarking* mit denen vergleichbarer Angebote verglichen.

Das zweite externe Kriterium, die Legalbewährung (nach 24 und 36 Monaten), gab Auskunft über Eintragungen im Verkehrszentralregister (VZR) des Kraftfahrt-Bundesamtes (KBA), d.h. darüber, ob die Rehabilitanden innerhalb dieser Zeiträume erneute Alkoholauffälligkeiten im Straßenverkehr zeigten. Während das Kriterium „MPU-Ergebnis“ in einem direkten Zusammenhang mit den Zielsetzungen der Klienten stand, gab das zweite Kriterium Auskunft über die Nachhaltigkeit bzw. den Erfolg der Rehabilitationsprogramme und wurde ebenfalls mit dem vergleichbarer Angebote verglichen.

Für die Erhebung der psychodiagnostischen Daten wurden Fragebögen aufgrund ihrer inhaltlichen Passung und empirischen Bewährung ausgewählt. Auf alkoholspezifische Instrumente wurde wegen der Gefahr einer Selbstbeurteilung gemäß vermuteter Erwünschtheit verzichtet. Bei allen Skalen war aber eine Relevanz für psychische Prozesse bei alkoholauffälligen Klienten gegeben. Gemessen wurden kognitive Veränderungen in Bezug auf „Einstellung“, „Verhalten“ und „Verantwortung im Umgang mit Alkohol“. Damit sollte belegt werden, *wodurch* die Rehabilitationsprogramme wirken. Ein besonderer Aspekt ist hierbei, dass die im Rahmen der psychodiagnostischen Erhebungen ermittelten Daten sich unmittelbar auf das wissenschaftlich begründete Behandlungskonzept beziehen.

Der Zeitraum der Evaluation erstreckte sich über mehr als fünf Jahre, in denen Daten von 837 Klienten ausgewertet wurden. Die Fragebögen wurden den Klienten zu drei Messzeitpunkten („Prä-Inter-Post Design“), d.h. vor, während und nach dem jeweiligen Rehabilitationsprogramm gegeben, um die oben genannten Veränderungen erfassen

zu können. Wie in Expertenkreisen diskutiert, sahen wir von einer Kontrollgruppe ab. Stattdessen wurden Referenzwerte aus der Literatur herangezogen.

In Kapitel 2 werden die bewerteten Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL hinsichtlich Zielgruppe, inhaltlicher Konzeption, Setting, zeitlichem Ablauf, Therapeutenqualifikation und Qualitätssicherung kurz beschrieben. Kapitel 3 befasst sich mit dem theoretischen Hintergrund der Alkoholproblematik und den sich daraus ergebenden Anforderungen an therapeutische Angebote. In Kapitel 4 wird die methodische Umsetzung dargestellt. Hier wird insbesondere auf die Stichprobengewinnung, den zeitlichen Ablauf der Evaluation, auf die Wirksamkeitsmaße „MPU-Bestehensquote“, „Legalbewährung“ und „psychodiagnostische Verfahren“, auf die Kontrollgruppenproblematik sowie auf die statistische Auswertung detailliert eingegangen. Kapitel 5 umfasst die aus dem theoretischen Hintergrund abgeleiteten Hypothesen. Im Kapitel 6 wird zunächst die Stichprobe anhand soziodemografischer Daten und verkehrsrelevanter Vorgeschichtsdaten beschrieben. Es folgt die Auswertung der MPU-Bestehensquote sowie der Legalbewährung. Danach werden die Ergebnisse der psychologischen Skalen („Reliabilitäten der Messinstrumente“, „Effektstärken“, „Gruppenvergleiche“) sowie Analysen zum Kursausschluss von Klienten und Verweigerung der Klienten zur Teilnahme an der Evaluation präsentiert. Zum Schluss des sechsten Kapitels erfolgt die Reduktion der psychologischen Skalen, die eine ökonomische Testbatterie für weitere Evaluationen zum Ziel hat. In Kapitel 7 werden die Ergebnisse im Hinblick auf die Hypothesen und die Frage der Wirksamkeit und des Erfolges der Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL diskutiert sowie ein Gesamtfazit gezogen.

2. Die Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL

Die Impuls GmbH mit Sitz in Köln gehört zur TÜV Rheinland Group und wurde im Januar 1998 gegründet. Ziele von Impuls sind die Entwicklung und Vermarktung innovativer Angebote auf dem Gebiet der medizinischen, insbesondere aber der psychologischen Dienstleistungen und zwar in den Bereichen der „Personal- und Managementberatung“, „Krisenintervention“ sowie im Bereich „Nachschulung und Rehabilitation verkehrs-, drogen- und alkoholauffälliger Kraftfahrer“. Die Impuls GmbH entwickelte zwischen Juli 1997 und Mai 1998 die beiden verkehrspsychologischen Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL. Zielsetzung war die Bereitstellung eines wissenschaftlich begründeten Programmangebots für Fahrer,

- die erstmalig aufgrund Alkohol bedingter Verkehrsauffälligkeit(en) behördlich angeordnet an einer MPU teilnehmen mussten bzw.
- die nach einer oder mehrerer negativ verlaufener MPU professionelle Hilfsangebote suchten, um die Chancen auf ein positives Fahreignungsgutachten zu optimieren.

Je ein Team aus drei Diplom-Psychologen, bestehend aus erfahrenen Fahreignungsgutachtern, die gleichzeitig Kompetenzen als Psychotherapeuten und Kursleiter besaßen, erarbeitete im Rahmen von Projektarbeiten die Programmmanuale. Diese sollten einen fachlich-inhaltlichen Orientierungsrahmen für die praktische Durchführung durch Verkehrspsychologen darstellen.

Darüber hinaus sollten diese Manuale grundsätzlich einer wissenschaftlichen Überprüfung zugänglich gemacht und deren praktische Umsetzung in Bezug zu Evaluationsergebnissen gesetzt werden können.

Etwas zeitversetzt wurde zwischen Oktober 1997 und November 1998 ein Partner-Netzwerk errichtet, das sich zunächst aus 35 ausgewählten Diplom-Psychologen zusammensetzte. Diese wurden intensiv in die Programme eingewiesen und begannen anschließend mit deren Umsetzung in ihren eigenen Praxisräumen. Später entwickelte sich das Partner-Netzwerk durch räumliche Expansion des Trägers weiter, sodass sich die Gesamtzahl zwischenzeitlich auf 66 Partner belief.

Nach Etablierung des Partner-Netzwerkes wurden ab Januar 1999 die in den Manualen definierten qualitätssichernden Maßnahmen obligatorisch umgesetzt (s. Punkt 2.3.). Diese sollten sicherstellen, dass die Partner jederzeit Unterstützung bei der Umsetzung

der Programme erhielten und die „Programmtreue“ sichergestellt war. Diese Zielsetzung wird bis heute durch regelmäßige Teilnahme an Supervisionsveranstaltungen, Regional- und Jahrestreffen gewährleistet.

Zum gleichen Zeitpunkt begann die hier vorliegende Evaluationsstudie. Bei der *International Conference on Traffic and Transport Psychology Kongress* (ICTTP) in Bern stellte Prof. Rainer Sachse das Evaluationsdesign zur Erfassung von „Wirksamkeit“ und „Erfolg“ der verkehrspsychologischen Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL vor. Neben den externen Kriterien „MPU-Bestehensquote“ und „Legalbewährung“ liegen diesem Forschungsdesign Selbstbeurteilungsinstrumente (psychodiagnostische Messinstrumente) zugrunde, welche die Wirksamkeit der Rehabilitationsprogramme bescheinigen.

Inzwischen haben mehr als 10.000 Klienten die verkehrspsychologischen Programme der Impuls GmbH zur seriösen Vorbereitung auf die MPU durchlaufen.

Kraftfahrer, die mindestens einmal mit einer Blutalkoholkonzentration (BAK) von 1,6 ‰ oder mehrmals mit geringeren Promillewerten alkoholisiert im Straßenverkehr auffällig wurden, müssen sich auf Anordnung der Straßenverkehrsbehörde einer MPU unterziehen. Denn durch diese Auffälligkeiten hat sich der Kraftfahrer nach §§ 11, 13 und 14 der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) als ungeeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen erwiesen. In der Regel muss in diesen Fällen vom Vorliegen einer Alkoholproblematik ausgegangen werden (Kroj, 1995). Die Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL richten sich an diese alkoholauffälligen Kraftfahrer.

2.1. CONTROL

Das verkehrspsychologische Programm CONTROL wurde für diejenigen Klienten entwickelt, bei denen - unter Gesichtspunkten der Fahreignung -, eine Missbrauchsdiagnose zu stellen ist und für die unter fachlichen Maßgaben ein kontrollierter Umgang mit Alkohol als noch erlern- und stabilisierbar angesehen wird. Diese Zielgruppe entspricht der Klientel, die der sog. Hypothese 3 der Beurteilungskriterien zuzuordnen ist (Schubert & Mattern, 2005). Der zeitliche Umfang des Programms liegt bei sechs Monaten. CONTROL beinhaltet ein Stufenprogramm mit drei aufeinander aufbauenden Ebenen der Auseinandersetzung mit dem „Trinkkontrollproblem“. Im Einzelnen handelt es sich um die „Zielfindungs- und Motivationsphase“ (ZM-Phase), den „Reflektions- und Trainingsblock“ und den „Rehabilitationsblock“. Der Interventionszeitraum erstreckt sich

insgesamt über ca. 25 Wochen. Eine Sitzungseinheit dauert 45 Minuten. Alle Sitzungseinheiten münden in generelle, aber auch interindividuell unterschiedliche „Reflektions- und Trainingsaufgaben“.

Tab. 2.1-1: Programmablauf CONTROL.

Stufenprogramm	Setting	Zeitraum
Kostenfreies Erstgespräch	1 Einzelsitzung	
ZM-Phase	2 Einzelsitzungen (à 45 Min.)	1 Woche
Reflektions- und Trainingsblock		2 Wochen
Rehabilitationsblock	22 Sitzungseinheiten verteilt auf 11 Gruppensitzungen alle 2 Wochen	22 Wochen

2.1.1. Ziele des Programms CONTROL

Das generelle Ziel von CONTROL besteht darin, diejenigen Einstellungen und Verhaltensweisen angemessen zu beeinflussen, die in der Vergangenheit für das Zustandekommen der Alkoholauffälligkeit bzw. für den inadäquaten Umgang mit Alkohol verantwortlich waren. Im Rahmen einer eingehenden Auseinandersetzung mit den Ursachen der Alkoholproblematik und der individuellen Lerngeschichte, die dieses problematische Trinkverhalten zur Folge hatte, soll der zukünftige Umgang mit Alkohol derart strukturiert und kontrollierbar gemacht werden, dass die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Auffallens im Straßenverkehr als vertretbar gering einzustufen ist.

2.2. REAL

Das Rehabilitationsprogramm REAL ist eine verkehrspsychologische Intensivrehabilitation für alkoholauffällige Fahrer, bei denen aus fachlichen Erwägungen heraus eine „Trinkkontrolle“ – im Sinne eines gemäßigten, weiterhin betriebenen Alkoholkonsums – , auf Dauer als nicht einhaltbar angesehen wird. Die Teilnehmer an diesem Rehabilitationsprogramm nehmen analog zu CONTROL nach einem kostenlosen Vorgespräch zunächst vor dem Gruppenprogramm an einer „Zielfindungs- und Motivationsphase“ in Form von Einzelsitzungen teil.

Das Programm REAL ist ein verkehrspsychologisches Angebot für gravierendere Ausprägungsgrade innerhalb der fahreignungsbezogenen Kategorie des Alkoholmissbrauchs. Hier ist i.d.R. nicht nur eine intensivere Problembearbeitung gefordert, sondern gleichzeitig ist das Rehabilitationsziel einer „Trinkkontrolle“ perspektivisch als un-

realistisch zu bewerten (vgl. Hypothese 2 der Beurteilungskriterien, Schubert & Matern, 2005).

Einerseits ist die Alkoholproblematik in den derzeit praktizierten Nachschulungskursen (mit direkter Rechtsfolge) nicht ausreichend behandelbar, *weil Alkoholabstinenz zu fordern ist*, andererseits ist die Alkoholproblematik aber noch nicht zwingend einer Therapie oder stationären Behandlung bedürftig, d.h. für die Teilnehmer von REAL ist grundsätzlich Alkoholverzicht als zu stabilisierendes Verhaltensziel angezeigt, das durch dieses spezielle Rehabilitationsprogramm in den Mittelpunkt der Auseinandersetzungsprozesse gestellt wird. Außerdem zeigt sich bei diesen Klienten eine gesteigerte Alkoholtoleranz, verbunden mit verminderter Steuerungsfähigkeit.

Die Teilnahmedauer entspricht den besonderen Klärungs- und Bewältigungsanforderungen an diese Klientel, so wie sie von den Begutachtungsstellen für Fahreignung (BfF) erwartet werden.

REAL beinhaltet zwei aufeinander folgende Phasen: Die „ZM-Phase“ und den „Rehabilitationsblock“. Das gesamte Interventionsangebot erstreckt sich insgesamt über ca. 37 Wochen. Wie bei CONTROL münden alle Sitzungseinheiten in generelle, aber auch interindividuell unterschiedliche Reflektions- und Trainingsaufgaben.

Tab. 2.2-1: Programmablauf REAL.

Stufenprogramm	Setting	Zeitraum
Kostenfreies Erstgespräch	1 Einzelsitzung	
ZM-Phase	2 Einzelsitzungen (à 45 Min.)	1 Woche
Rehabilitationsblock	54 Sitzungseinheiten verteilt auf 18 Gruppensitzungen alle 2 Wochen	36 Wochen

2.1.1. Ziele des Programms REAL

Das Programm soll bei den Teilnehmern einen Einblick in das bisherige unangemessene Verhalten fördern, ein tieferes Verständnis für die Einbettung ihrer Alkoholproblematik in ihr bisheriges Lebensgefüge und deren Dynamik bewirken und auf diesem Hintergrund ein verändertes Verhalten im Problembereich aktivieren.

REAL soll subjektiv den Zustand der sog. „zufriedenen Abstinenz“ (Stephan, 1987) anstreben. Darauf aufbauend soll anschließend die Motivation der dauerhaften Zugehörigkeit zu einer Selbsthilfegruppe erwachsen, um auch nach dem Programm, d.h. langfristig, Erfolg zu gewährleisten.

Objektiv soll dies dem Gutachter einer medizinisch-psychologischen Untersuchungsstelle die Möglichkeit geben, die behördlicherseits geltend gemachten Zweifel an der Fahreignung gemäß einheitlichen Beurteilungskriterien als so weit ausgeräumt zu bezeichnen, dass eine überdurchschnittlich hohe Auffallenswahrscheinlichkeit nicht mehr angenommen werden muss.

2.3. Rahmenbedingungen und Zielsetzungen

CONTROL und REAL finden in Gruppensettings statt. Der Träger hat sich dabei für die sog. „Offene Gruppe“ entschieden. Häufig wird im Kontext der Suchttherapie und –prävention erfolgreich auf das Modell der offenen Gruppe zurückgegriffen, wie am Beispiel der „Anonymen Alkoholiker“ zu sehen ist. Insbesondere in lerntheoretischer Hinsicht sind dem Konzept der offenen Gruppe besondere Vorteile zuzuschreiben. Gruppendynamische Prozesse, wie eine herausgebildete soziale Identität und die auf Grund der Fluktuation notwendige Bereitschaft zur Integration haben zur Folge, dass alle Klienten häufiger als in geschlossenen Gruppen zum Grundansatz der Intervention zurückkehren: die neuen Gruppenmitglieder haben das berechtigte Bedürfnis, den bisherigen Verlauf und die bisherigen Inhalte nachzuvollziehen. Durch diese redundante Wiederholung bereits bekannter Inhalte, kommt es bei den Klienten, die bereits mehrere „Redundanzschleifen“ miterlebt haben, zu einer tieferen Elaboration der Lösungskonzepte und somit zu einem besseren Behalten. Der aus der Redundanz im wörtlichen Sinne resultierende Mehraufwand bei der Übertragung der inhaltlichen Botschaft hat zudem die Funktion, dass Verständnisprobleme und Kommunikationsstörungen reduziert werden.

Nach Ellis (1982) kann die Erfahrung, dass andere vergleichbare Probleme haben und sie diese aushalten können, bereits entlastende Auswirkungen haben. Eigene dysfunktionale Bewertungsmuster können auf diesem Wege leichter als unangemessen erfahren werden, „stellvertretende Realitätsüberprüfungen“ beschleunigen den Veränderungsprozess.

Die generellen Ziele von CONTROL und REAL bestehen darin, diejenigen Einstellungen und Verhaltensweisen angemessen zu beeinflussen, die in der Vergangenheit für

das Zustandekommen der Alkoholauffälligkeit bzw. für den inadäquaten Umgang mit Alkohol verantwortlich waren. Im Rahmen einer eingehenden Auseinandersetzung mit den Ursachen der Alkoholproblematik und der individuellen Lerngeschichte, die dieses problematische Trinkverhalten zur Folge hatte, soll der zukünftige Umgang mit Alkohol derart strukturiert und kontrollierbar gemacht werden, dass die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Auffallens im Straßenverkehr als vertretbar gering einzustufen ist.

Es müssen also die übergeordneten Ziele - der dauerhaft kontrollierte oder verzichtende Umgang mit Alkohol zur Vermeidung erneuter Alkoholauffälligkeiten im Straßenverkehr -, abgesichert werden. Daher sind vom Verkehrspsychologen - zum Teil mit Unterstützung der Gruppe -, folgende Subziele sukzessiv zu erarbeiten:

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

Aufgrund langjähriger positiver Vorerfahrungen z.B. bei der Durchführung von Kursen zur Wiederherstellung der Fahreignung, aber auch bei den explorativen Strategien im psychologischen Untersuchungsgespräch während einer MPU, werden im Rahmen der Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL die Grundannahmen der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie (vgl. Ellis, 1982; Ellis & McLaren, 1998) genutzt.

2.4. Qualitätssicherung

Träger verkehrspsychologisch orientierter Programme zur Rehabilitation alkoholauffälliger Fahrer sollten folgende Qualitätsanforderungen erfüllen (Veltgens, 2002):

- a) Die Programminhalte orientieren sich an einem wissenschaftlich begründeten, verkehrspsychologischen Behandlungskonzept.

- b) Es existiert ein dokumentiertes System der Qualitätssicherung bzgl. Aus- und Weiterbildung sowie Supervision der Verkehrspsychologen.
- c) Die Wirksamkeit der verkehrspsychologischen Programme wird überprüft (Evaluation).

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

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

Die Rehabilitationsprogramme werden in der Regel von Diplom-Psychologen durchgeführt. Zu einem geringen Anteil werden Therapeuten mit einem anderen gleichwertigen Studienabschluss akzeptiert. Ergänzend sollten grundsätzlich therapeutische Zusatzausbildungen und Erfahrungen mit der spezifischen Klientel vorliegen. Ist Letzteres nicht vollständig erfüllt, werden zur Kompensation bedarfsgerechte, intensivierete Einweisungsergänzungen - in den nachfolgend dargestellten Bereichen der obligatorischen Grundeinweisung -, durchgeführt.

Die Qualifikation der Verkehrspsychologen wird durch spezifische Weiterbildungsangebote des Trägers, und zwar mit externen und internen Referenten, kontinuierlich erweitert. Der Qualitätsstandard wird durch regelmäßige Fachsupervision gesichert. Diese erfolgt im Rahmen des vom Träger festgelegten Supervisionskonzeptes (Festlegung von Supervisoren, Supervisionsinstrumenten und Supervisionsrhythmen). Neben der Sicherstellung, dass das Rehabilitationsmodell in seinen definierten Zielsetzungen auch durch den Einzelnen realisiert wird, sollen im Rahmen der „kollegialen Supervision“ vor allem individuelle, aktuelle Problemlagen definiert und aufgelöst werden.

2.5. Klienten-Herkunftsanalyse

Die Klienten wurden durch unterschiedliche Quellen auf die Rehabilitationsprogramme bzw. die Impuls GmbH aufmerksam (s. Abb. 2.4-1).

Der größte Anteil der Zuweisungen erfolgt über die Begutachtungsstellen für Fahreignung (BfF) im regionalen Einzugsgebiet der Impuls GmbH (Dazu zählen: DEKRA e.V. Dresden, Kraftfahrt GmbH der TÜV Rheinland Group, MPU GmbH, PIMA GmbH, TÜV Nord AG, TÜV Pfalz Verkehrswesen GmbH, TÜV SÜD Life Service GmbH, TÜV Technische Überwachung Hessen GmbH).

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

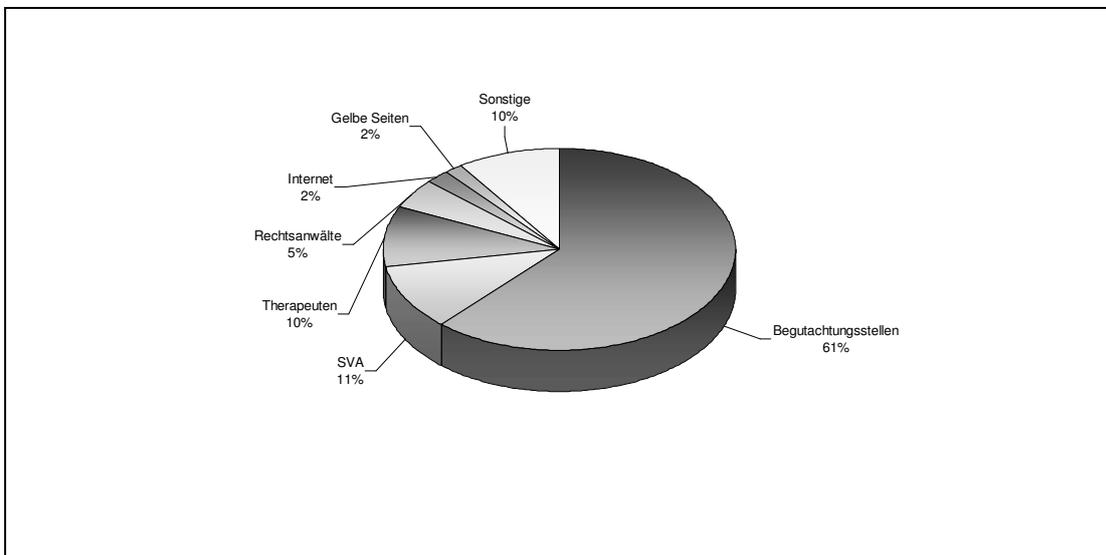


Abb. 2.5.-1: „Kundenzuweisung“ zu den Rehabilitationsprogrammen der Impuls GmbH im Jahre 2005 in Prozent (gerundet).

3. Theoretischer Hintergrund der Alkoholproblematik

Dieses Kapitel befasst sich mit den theoretischen Grundlagen der Alkoholproblematik zum einen in Bezug auf psychologische Komponenten wie „Problemeinstieg“, „Bedingungsfaktoren“ der „Störungsentwicklung“ und „Co-Morbidität“ mit „Persönlichkeitsstörungen“, zum anderen mit den therapeutischen Implikationen, die sich aus der Theorie ergeben. Dieses ist für das Verständnis des Evaluationsdesigns und die Ableitung der Forschungshypothesen notwendig. Das Kapitel zeigt weiterhin auf, dass die zentralen Ansatzpunkte in den Rehabilitationsprogrammen CONTROL und REAL verortet sind. Sie können somit auch gemessen werden.

3.1. Psychologische Komponenten eines Alkoholproblems

In der Klinischen Psychologie geht man davon aus, dass es notwendig ist, eine Theorie über das psychische Funktionieren einer Störung, also eine Störungstheorie zur Verfügung zu haben, aus der gezielt und theoretisch begründet Therapiemaßnahmen und therapeutische Strategien abgeleitet werden können (Sachse, 1998a, 1998b, 1999). Nur wenn bekannt ist, welche psychologischen Prozesse bei einer Störung eine zentrale Rolle spielen und wie diese psychologischen Faktoren miteinander interagieren, kann man therapeutische Ansatzpunkte und Strategien ableiten. Dieses gilt ebenfalls für die Messung des Erfolgs psychologischer Interventionen.

Die im Folgenden dargestellte Störungstheorie geht von unterschiedlichen Komponenten des Alkoholproblems aus. Sie nimmt an, dass es verschiedene Einstiege in die Problematik gibt, um unter Zuhilfenahme des Alkohols gezielt die Konfrontation mit unangenehmen Problemaspekten zu vermeiden.

Die Theorie nimmt darüber hinaus an, dass Einstiegsfaktoren allein (z.B. die Intention, Problem-Konfrontation zu vermeiden) zur Entwicklung einer Suchtproblematik nicht ausreichen: Es müssen weitere psychologische Faktoren hinzukommen, die eine Fixierung der Person auf den Alkohol ermöglichen. Zum Beispiel kommt Alkohol als Problembewältigungsmaßnahme dann in Betracht, wenn der Person alternative Problembewältigungs-Strategien fehlen (vgl. Lindenmeyer, 1998, 1999).

Außerdem wird angenommen, dass sowohl psychologische Prozesse (wie ein Teufelskreis) als auch physiologische Mechanismen zu der Suchtproblematik im engeren Sinne, d.h. zu der Missbrauchs- oder Abhängigkeitsproblematik führen (vgl. Arend, 1994;

Antons & Schulz, 1990). Dabei ist zu beachten, dass die Missbrauchs- oder Abhängigkeitsproblematik Folgen nach sich zieht, die ebenfalls therapeutisch berücksichtigt werden müssen, wie z.B. soziale Folgen (z.B. Trennung des Partners, soziale Isolation), berufliche Folgen (z.B. Entlassung), gesundheitliche Folgen u.a. (vgl. Lindemeyer, 1998, 1999).

Darüber hinaus wird davon ausgegangen - und das ist von sehr großer therapeutischer Bedeutung -, dass die jeweilige Suchtproblematik eines Klienten nicht allein durch sein Trinkverhalten, die sozialen, beruflichen oder gesundheitlichen Folgen usw. bestimmt werden kann, sondern dass die die Problementwicklung ursprünglich determinierenden Faktoren auch weiterhin wesentlicher Bestandteil der jeweiligen Alkoholproblematik sind. Gleiches gilt für „co-morbide Persönlichkeitsstörungen“, insbesondere wenn sie Bedingungsfaktor der jeweiligen Alkoholproblematik sind, die bei Missachtung die gesamte therapeutische Strategie scheitern lassen können. Auf diese Aspekte wird in den folgenden Abschnitten eingegangen.

3.1.1. Problem-Einstieg

Psychologisch kann man davon ausgehen, dass die konsumatorischen Faktoren von Alkohol nicht ausreichen, um ein Suchtproblem zu initiieren. Andernfalls wäre jeder Alkohol-Konsument süchtig. Weder der Geschmack von Alkohol allein macht süchtig, noch seine sedierende, seine enthemmende oder seine anderen Wirkungen (vgl. Antons & Schulz, 1990). Damit sich eine Suchtproblematik entwickeln kann, muss eine psychologische Funktionalität hinzukommen: Alkohol wird konsumiert, um damit etwas Bestimmtes zu erreichen, was psychologisch bedeutsam ist und was die Person (vermeintlicher oder realistischer Weise) nicht auf andere Art erreichen kann. Wir gehen davon aus, dass es sich hierbei um einen zentralen Einstiegsfaktor handelt. Das psychologisch mit Hilfe von Alkohol zu Erreichende kann unterschiedlicher Art sein, z. B.:

- erzeugt Alkohol einen Zustand von Gelassenheit, innerer Ruhe o. ä., den die Person, z.B. aufgrund (massiver) psychischer Probleme und Belastungen nicht auf andere Weise herstellen kann;
- macht Alkohol einen andauernden Zustand von Frustration, des Erlebens eigenen Scheiterns, eigener Erfolglosigkeit erträglich: Ängste werden gedämpft, Grübelgedanken werden vermindert, Selbstvorwürfe abgemildert u. ä.;
- wird Alkohol benutzt, um massive, akute oder chronische Krisen, Belastungen, Überforderungen, Probleme „abzuschalten“: Mit Hilfe von Alkohol kann das

Problem zwar nicht gelöst werden, eine Konfrontation damit kann aber sehr wirksam vermieden werden.

Wir gehen davon aus, dass vor allem die extreme Vermeidung von Problemkonfrontationen, die Klienten mit Alkoholproblemen aufweisen, das Alkoholproblem konserviert. Aus psychologischer Sicht ist Alkoholkonsum bei akuten Problemen, Ängsten, usw. ein Vermeidungs- und kein (funktionales) Problemlösungsverhalten (Wieser, 1972). Anstatt sich dem Problem zu stellen und sich um eine Lösung zu bemühen, wird das Problem „abgeschaltet“ und damit eigene Lösungsanstrengungen vermieden.

Eine Person, die bereits Alkoholkonsum als Bewältigungs-Strategie gewählt hat, um mit ihren Ausgangsproblemen umzugehen, wird mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit die gleiche Strategie wählen, um mit den sich verschlimmernden Problemen umzugehen.

3.1.2. Bedingungsfaktoren der Störungsentwicklung

Alkoholkonsum zur „Problemabschaltung“ allein reicht aber nicht, um die Entstehung und Aufrechterhaltung eines Alkoholproblems psychologisch zu erklären. Es ist theoretisch keineswegs zwangsläufig, dass eine Person überhaupt belastende Probleme durch Alkohol „abschaltet“. Ob sie diese Lösung wählt, hängt von einer Reihe weiterer psychologischer Faktoren ab, wie z.B. vom Ausmaß der Bewältigungsfähigkeiten, die ihr in einer Krise zur Verfügung stehen. Wer sehr gute Fähigkeiten hat, mit Belastungen umzugehen, hat kaum Veranlassung, Belastungen durch Alkohol „abzuschalten“. Wer jedoch über keinerlei Bewältigungsfähigkeiten verfügt, kann Alkohol angemessen finden, weil es das einzige Mittel ist, das hilft. Diese „Strategie“ muss also auf bestimmte Voraussetzungen bei einer Person treffen, damit ein Abhängigkeitsproblem entsteht.

Einige besonders relevante psychologische Faktoren sollen im Folgenden benannt und in den nächsten Abschnitten erläutert werden: „Stressmanagement-Fähigkeiten“, „Kontrollüberzeugungen“, „Handlungs-Lage-Orientierung“ sowie „Übernahme von Verantwortung“ und das Konstrukt der Alexithymie. Diese sind insofern von immenser Bedeutung, da sie Ansatzpunkte der therapeutischen Intervention darstellen, die für die Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL gewählt wurden. Der Nachweis der Wirksamkeit dieser Interventionen ist ein zentrales Forschungsanliegen der vorliegenden Evaluation.

3.1.2.1. Stressmanagement-Fähigkeiten

Stressmanagement-Fähigkeiten sind psychologische Verarbeitungs- oder Handlungskompetenzen, mit deren Hilfe eine Person gut mit Belastungen umgehen kann, sowohl mit Alltagsbelastungen, als auch mit ungewöhnlichen Belastungsereignissen (Chaney, 1989; Hall et al., 1991; Marlatt, 1985; Monti et al., 1988, 1990; Rist et al., 1989). Hohe Fähigkeiten mit Belastungen umzugehen implizieren Fähigkeiten zum „Entkatastrophisieren“, „Herunterspielen“, „sich Entspannen“, „Erholen“ und „Abgrenzen Können“, sowie ein gutes „soziales Netzwerk“. Niedrige Fähigkeiten implizieren „Katastrophisierungen“, „Hochspielen von Bedrohungen“, „mangelnde Abgrenzungs-, Entspannungs- und Erholungsfähigkeit“, sowie fehlende „soziale Unterstützung“.

Theoretisch ist eine Person, die nur über geringe Fähigkeiten der Stressbewältigung oder dysfunktionale Strategien verfügt, deutlich anfälliger für Alkohol als Problembewältigungs-Maßnahme als eine Person, die hohe Fertigkeiten aufweist, mit Belastungen umzugehen.

Stengel (2003) führt aus, dass ein Zusammenhang zwischen dysfunktionalen Stressverarbeitungsstrategien und Alkoholabhängigkeit dahingehend bestehe, dass erlebte Stressbelastung, Verfügbarkeit von funktionalen Copingstrategien und die Erwartung an den Alkohol als Problemlöser, das Ausmaß der Alkoholabhängigkeit bestimmen. In seiner Untersuchung fand er, dass Alkoholiker im Vergleich zu gesunden Probanden zu Beginn der Behandlung signifikant höhere Werte in dysfunktionalen Stressbewältigungsstrategien und niedrigere Werte in funktionalen Strategien aufwiesen. Durch die Therapie konnten die Stressverarbeitungs Kompetenzen durchweg verbessert werden.

Während sich Therapieabbrecher und regulär entlassene Patienten hinsichtlich ihrer Stressbewältigungsstrategien nicht unterschieden, d.h. sich anhand der Stressverarbeitung keine Vorhersage über die Beendigung einer Behandlungsmaßnahme treffen lässt (Caspari und Kyprianou, 1997), fand Slusarek (1993), dass Rückfälle aus der Abstinenz mit negativen Stressverarbeitungsstrategien („Resignation“, „Selbstmitleid“ und „Selbstbeschuldigung“) in Verbindung stehen, während nicht-rückfällige Abstinenzler rückfallgefährdenden Situationen mit positiven Copingstrategien wie „Herunterspielen“, „Reaktionskontrolle“ und „positiver Selbstinstruktion“ begegneten.

3.1.2.2. Handlungs-Lage-Orientierung

Das Konzept der Handlungs-Lage-Orientierung wurde von Kuhl (1994) entwickelt. Handlungs-Orientierung umschreibt einen Verarbeitungsmodus, bei dem Personen

Informationen gezielt verarbeiten, Entscheidungen treffen, gezielt handeln, sich wenig ablenken lassen und auf Misserfolge mit vermehrter Anstrengung reagieren. Handlungs-Orientierung impliziert die Fähigkeit, Handlungen trotz Misserfolg weiterzuführen und nicht lange über Misserfolge oder Ursachen der Misserfolge zu grübeln. Sie beinhaltet das Nachdenken über Problemlösungen und die Möglichkeit, aktiv zu handeln, um möglichst schnell neue Versuche zu starten.

Lage-Orientierung umschreibt einen Modus, bei dem Personen lange grübeln, Informationen ungerichtet sammeln, sich nur schwer entscheiden können, wenig zielgerichtet handeln und auf Misserfolg mit Resignation reagieren (vgl. Kuhl, 1983, 1987a, 1987b, 1999). Lage-Orientierung impliziert Aufgeben und Paralyse nach Misserfolg, langes Grübeln über die Ursachen von Misserfolg und Selbstvorwürfe, sowie kaum Nachdenken über Problemlösungen und sich nicht trauen, neue Versuche zu starten. Eine hohe Lage-Orientierung, zusammen mit einer belastenden Lebenssituation, führt zu einer eher passiven Haltung dem Problem gegenüber: Zu Grübeln, Selbstvorwürfen, endlosem Analysieren u. a., jedoch nicht zur Bildung von Intentionen, nicht zum Treffen konkreter Entscheidungen, nicht zu aktivem Handeln. Eine hohe Lage-Orientierung begünstigt die Konstruktion eigener Hilflosigkeit (Seligman, 1979) und damit das Verwenden einer passiv-palliativen Bewältigungs-Strategie (Janke et al., 1978, 1985), wie das Konsumieren von Alkohol zum „Problemabschalten“.

Palfai, McNally und Roy (2002) konnten an College-Studenten, die *Binge-Drinking* (Besäufnisse) praktizierten, zeigen, dass nur bei Probanden mit hohen Werten in Handlungs-Orientierung, die Motivation zur Reduktion alkoholbedingter Konsequenzen, wie z.B. Trunkenheitsfahrten, auch in Verhaltensänderungen mündete. Lage-orientierte Probanden hielten trotz Änderungswünschen an ihren gesundheitsschädigenden Trinkgewohnheiten fest. Ausgehend von der Annahme, dass sich hohe Werte in wahrgenommener Handlungskontrolle günstig auf die Überwindung von Alkoholproblemen auswirken (Stiensmeier-Pelster, Meyza & Lenzen, 1989), sollte sich die Wirksamkeit der Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL in einer Zunahme der Handlungs-Orientierung widerspiegeln, da beide Rehabilitationsprogramme auf Aufdeckung und Aktivierung bestehender Ressourcen sowie Kompetenzerweiterung zur Optimierung zielführender Bewältigungsstrategien abzielen.

3.1.2.3. Übernahme von Verantwortung/wahrgenommene Kontrolle

Personen können die Überzeugung aufweisen, dass sie selbst die Verantwortung für ihr Handeln und ihre Entscheidungen tragen und dass sie selbst damit auch die Verantwortung für Fehlentscheidungen und Probleme übernehmen müssen; oder aber sie können die Überzeugung haben, dass sie für ihr Handeln nicht oder nur wenig verantwortlich sind, dass ihr Leben von anderen beeinflusst wird, die dann auch die Verantwortung für Probleme usw. übernehmen sollten (Drasgow et al., 1974; Johnson et al., 1991; Krampen & Nispel, 1978).

„Hohe Verantwortung“ impliziert die Übernahme der Verantwortung für und ein Bedürfnis nach Kontrolle über das eigene Leben, für Erfolge und Misserfolge, sowie die Überzeugung, dass man Probleme selber lösen muss. „Niedrige Verantwortung“ impliziert die Abgabe von Verantwortung an andere, die Attribuierung von Misserfolgen auf Situationen, andere Personen usw., die Überzeugung, dass man durch andere Personen „erlöst“ werden muss, sowie ein Bedürfnis danach, im Leben einen „Führer“ zu haben.

Mangelnde Übernahme von Verantwortung ist besonders förderlich bei der Entwicklung passiv-palliativer, problemvermeidender Bewältigungs-Strategien: Die Person nimmt an, dass sie für ihre Probleme, für ihr Handeln insgesamt keine Verantwortung hat und dass es deshalb unsinnig und ungerechtfertigt ist, ein Problem aktiv anzugehen. Die Person hat die Annahme, dass „man sowieso nichts machen kann“ und dass man, da man nicht verantwortlich ist, auch gar keine Veranlassung sieht, aktiv zu handeln. Solche Annahmen schließen oft alle aktiv-problembewältigenden Strategien vollständig aus dem kognitiven Horizont der Person aus: Es bleiben überhaupt nur noch passiv-palliative Strategien übrig. Die wirksamste passiv-palliative Bewältigungs-Strategie ist aber das Einnehmen von Drogen und die davon einfachste, verfügbare und akzeptabelste ist Alkoholkonsum.

Es gibt Hinweise darauf (Stengel, 2003), die allerdings noch wenig empirisch untermauert sind, dass Personen mit Alkoholproblemen in ihrer Biographie systematisch das Meiden von Verantwortung lernen: Entweder durch elterliche Modelle, die selbst keine Verantwortung übernehmen oder als interaktionelle Schutz-Strategie, um zu vermeiden, für alles und jedes zur Verantwortung gezogen zu werden. Möglicherweise spielt also der psychische Faktor „Vermeiden von Verantwortung“ bei Klienten mit Alkoholproblemen eine besondere Rolle. Stengel (2003) konnte z. B. zeigen, dass sich bei Alkoholabhängigen eine erfolgreiche Therapie in der Verringerung von „Externali-

tät/mächtige Andere“ sowie „Externalität/Fatalismus“ widerspiegelt, wohingegen die Werte für „Internalität“ unverändert blieben. Ähnliche Ergebnisse berichten Beiglböck und Feselmayer (1987). In ihrer Untersuchung an Alkoholikern in stationärer Therapie zeigte sich ein Absinken der „Externalität“, allerdings auch ein Anstieg der „Internalität“ in der zweiten Therapiephase, die sich der Behandlung zugrunde liegender Persönlichkeitsstörungen widmete. Sowohl Stengel (2003) als auch Lierzer (1988) fanden, dass ihre alkoholabhängigen Probanden und Probandinnen zu Beginn der Therapie höhere Werte in „Externalität“ aufwiesen als Kontrollpersonen ohne Suchtproblematik.

3.1.3. Persönlichkeitsstörungen

In der Klinischen Psychologie zeichnet sich in den letzten 20 Jahren ein deutlicher Trend ab, Persönlichkeitsstörungen nicht mehr als „Störungen der Persönlichkeit“ aufzufassen, sondern als „Interaktions- oder Beziehungs-Störungen“ (Benjamin, 1992, 1993, 1994, 1996; Fiedler, 1994; Sachse 1997b), d.h. dass Personen mit dieser Störung primär ein problematisches Interaktions-Verhalten aufweisen, mit dem sie sich langfristig massive Beziehungsprobleme schaffen. Problematisch aber ist das Interaktionsverhalten in mehrfacher Hinsicht:

Empirische Untersuchungen zeigen, dass es eine sehr hohe Co-Morbidität gibt zwischen Alkoholproblemen und Persönlichkeitsstörungen, d.h. Personen, die eine Alkoholproblematik aufweisen, zeigen mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit gleichzeitig auch eine Persönlichkeitsstörung (Lindenmeyer, 1999; Simon & Lehnitzk-Keiler, 1995; Stengel, 1995, 2003; Nowack, 1992).

Theoretisch wie auch nach empirischen Studien muss man allerdings damit rechnen, dass Personen mit einer Alkoholproblematik auch dann ein problematisches Interaktionsverhalten in der Therapie zeigen, wenn sie keine co-morbide Persönlichkeitsstörung aufweisen. Dies resultiert wahrscheinlich daraus, dass sie über längere Zeit aus den Tendenzen zur „Vermeidung/Verleugnung“ und auch aus der Tendenz zur „Abgabe von Verantwortung“ aktive defensive Verhaltensweisen entwickelt haben: Sie antizipieren bereits in hohem Maße Abwertungen, Kritik, Belehrungen usw. und gehen damit nun offensiv um: Bevor überhaupt ein (in einer stationären Therapieeinrichtung!) Therapeut richtig auf das Alkoholproblem zu sprechen kommt, äußern Klienten schon Sätze wie (Stengel, 2003):

- „Ich weiß überhaupt nicht, warum ich hier bin; ich hatte noch nie ein Problem mit Alkohol!“

- „Die ganze Einrichtung ist hier Mist; das muss man sich bloß mal ansehen; die haben hier doch alle keine Ahnung!“
- „Eigentlich müsste meine Frau hier sitzen; die hat nämlich das Problem mit dem Alkohol!“

Auf der Beziehungsebene signalisieren die Klienten den Therapeuten „Images“ (d.h. der Therapeut soll etwas Bestimmtes vom Klienten glauben bzw. nicht glauben) und „Appelle“ (d.h. der Therapeut soll etwas Bestimmtes tun oder nicht tun) wie:

- „Lassen Sie mich in Ruhe!“
- „Ich habe keine Probleme und will deshalb auch nicht von Ihnen belästigt werden!“
- „Ich kann nichts für mein Problem und ich will deshalb von Ihnen auch nicht verantwortlich gemacht werden!“
- „Sie sind eh nicht kompetent, von Ihnen lasse ich mir gar nichts sagen!“

3.1.3.1. Erklärungen für die Co-Morbidität

Eine wichtige Frage ist nun, wie man die Entstehung einer Co-Morbidität von Alkoholproblem und Persönlichkeitsstörung erklären kann. Unsere Hypothese ist, dass Persönlichkeitsstörungen, ähnlich wie die oben dargestellten psychischen Faktoren, als prädisponierende Bedingungen für die Entwicklung einer Alkoholproblematik aufgefasst werden können. Dies soll exemplarisch für die „Histrionische Persönlichkeitsstörung“ aufgezeigt werden, kann aber genauso für andere Persönlichkeitsstörungen (PD) abgeleitet werden.

Eine Person mit einer so genannten „Histrionischen PD“ zeigt gleichzeitig einige der relevanten, die Entwicklung einer Alkoholproblematik fördernden Bedingungen in recht hoher Ausprägung. So zeigt sie:

- ein mangelndes Selbstvertrauen: Sie zweifelt an eigenen Fähigkeiten; sie zweifelt stark daran, ihre Umgebung effektiv kontrollieren zu können (außer durch intransparentes Interaktionsverhalten), sie neigt damit nicht zu aktivem Bewältigungshandeln;
- mangelndes Stressmanagement: eine starke Tendenz zur Katastrophisierung, zur Steigerung von Symptomen (einschließlich Angst und Panik), zum Hochspielen von Bedrohungen, und eine nur schlechte Fähigkeit, sich abzugrenzen, sich „Probleme vom Leib zu halten“;

- eine starke Neigung zur Lage-Orientierung: langes Grübeln über Misserfolge, wenig Entscheidungsfreude, wenig aktives Handeln;
- wenig Übernahme von Verantwortung: Tendenz, Verantwortung an andere abzugeben; Glaube, „erlöst“ werden zu müssen; starke Tendenz, andere mit der Lösung der Probleme „zu beauftragen“.

Wie deutlich wird, bringt eine Person mit einer „Histrionischen PD“ viele psychologische Aspekte mit, die sich in einer akuten oder chronischen Belastungsphase *nicht* förderlich auf die Problembewältigung auswirken. Wenn diese Person dann auch von ihrer Lerngeschichte her Alkohol als Mittel der Problemlösung kennt, liegt ein Einstieg in das Verhalten Alkohol zum „Problemabschalten“ relativ nahe.

Diese Tendenz ist auch für Klienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen recht hoch und zeigt, dass allgemein bei Klienten mit Persönlichkeitsstörungen eine recht hohe Prädisposition dafür besteht, auf Belastungen mit einer passiv-palliativen Bewältigungs-Strategie zu reagieren und so Alkohol als Bewältigungs-Strategie zu verwenden.

3.1.4. Alexithymie

Klinische Untersuchungen bestätigen einen Zusammenhang von hohen „Alexithymie-Werten“ und Alkoholabhängigkeit (Cecero und Holmstrom, 1997; Croissant, Hölzl und Olbrich, 2002; Loas et al., 2000) sowie von Alexithymie und Alkoholmissbrauch bei gesunden Probanden (Helmers und Mente, 1999). Je größer die Schwierigkeiten der Probanden sind, ihre eigenen Gefühle zu erkennen und zu beschreiben, desto eher neigen sie zu Alkoholkonsum und –abhängigkeit. Ziolkowski, Gruss und Rybakowski (1995) fanden, dass Abstinenzzeiten negativ mit Alexithymie zusammenhängen, d.h. dass Alkoholiker mit zunehmender Abstinenzzeit einen besseren Zugang zu ihren Gefühlen entwickeln. Ziolkowski et al. (1995) sowie Loas et al. (1997) schlagen daher vor, hohe Alexithymiewerte als Prädiktor für Rückfallgefährdung anzusehen. In diesem Sinne sollte Alexithymie als Prädiktor für die Nachhaltigkeit von Rehabilitationsprogrammen fungieren.

3.2. Implikationen der Alkoholproblematik und ihrer Folgen sowie ihrer Entstehungsbedingungen für das Therapiegesehen

Die ausgeführten Bedingungsfaktoren der Alkoholproblematik beziehen sich nicht allein auf die Entstehung und Aufrechterhaltung eines Alkoholproblems, sondern sie wirken unmittelbar auf das therapeutische Geschehen und die Interaktion zwischen Therapeut und Klient.

3.2.1. Diagnostik

Auf der Grundlage des psychologischen, medizinischen und sozialen Wissens über Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch ist zunächst eine ausführliche Diagnostik zu betreiben und ein individuelles Fallkonzept zu erstellen, das die Grundlage der Behandlung darstellt (Arend, 1994; Grawe et al., 1996; Lindenmeyer, 1999; Schmidt, 1997;). Grundsätzlich befasst sich die Problemanalyse bei einer Alkoholproblematik in erster Linie mit Problemaspekten, die sich direkt auf das Suchtverhalten beziehen (Lindenmeyer, 1998, 1999; Sobell & Sobell, 1992). Der Therapeut sollte aber auch wissen, welche sozialen, beruflichen und gesundheitlichen Folgen sich bei einer Alkoholproblematik des Klienten bereits eingestellt haben und dass Abklärungen eventueller innerer Krankheiten oder neurologischer Befunde vorgenommen werden sollten. Diagnostik und Analysen sollten daher umfassen:

- Klärung der Frage, ob Alkoholmissbrauch oder Abhängigkeit vorliegt?
- Analyse des Trinkverhaltens: Was wird in welchen Mengen wann getrunken?
- Situationsanalyse: Welche Situationen fördern, welche hemmen das Trinkverhalten? Zum Beispiel: In welchen Situationen ist der Klient besonders anfällig für einen Rückfall?
- Kognitionsanalyse: Welche Gedanken fördern, welche hemmen Trinkverhalten? Welche Attributionen verwendet der Klient? Gibt es Selbstabwertungen, Selbstkritik, Selbstinstruktionen?
- Analyse der Funktionalität des Trinkens: Was wird durch Trinken erreicht? Was wird vermieden?
- Analyse weiterer Problembereiche, z.B. Ängste, Depressionen, sexuelle Störungen, Partnerprobleme; in welcher Beziehung stehen sie zum Alkoholproblem?
- Lebensumfeldanalyse: Beziehungen, Beruf, Soziales Netzwerk; welche dieser Komponenten fördern, welche hemmen Trinkverhalten?
- Analyse von Co-Abhängigkeiten (Kellermann, 1986; Oppl, 1992; Rennert, 1990; Wegscheider, 1981; Wegscheider-Cruse, 1984; Wilson-Schaef, 1986): Stabilisieren Beziehungspartner das Alkoholproblem?

- Analyse von Alternativ-Verhalten: Stehen dem Klienten andere Problembewältigungs-Strategien zur Verfügung?
- Analyse von Ressourcen: Welche Kompetenzen stehen dem Klienten zur Verfügung? Was kann der Klient gut, was traut er sich zu?
- Wie reagiert die Partnerin des Klienten auf das Problem?
- Hat der Klient bereits beruflich Probleme? Welcher Art?
- Hat der Klient seinen Führerschein eingebüßt? Mit wie viel Promille? Hat er Auflagen der MPU?
- Welche gesundheitlichen Probleme manifestieren sich bereits?

Diese Diagnostik findet bei den Rehabilitationsprogrammen CONTROL und REAL im Erstgespräch und der Zielfindungs- und Motivationsphase statt. Darüber hinaus erfolgt der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung.

3.2.2. Problemeinstieg/Bedingungsfaktoren

Dies sind zunächst die Prozesse, die zum Problemeinstieg geführt haben, also die psychologischen Bedingungsfaktoren des Alkoholproblems. Es ist für diese Problem-Aspekte sehr sinnvoll und therapeutisch indiziert, dass Klienten eigene affektive und kognitive Schemata klären und verändern. Rehabilitationsprogramme sollten demnach bewirken, dass durch sie:

- die Annahme, Alkohol sei ein Mittel zur Problemlösung in Frage gestellt wird: Klienten sollen erkennen, dass die Annahme, die Einnahme von Alkohol bzw. das Realisieren anderer Sucht-Verhaltensweisen löse ein Problem, nicht zutreffend und sogar dysfunktional ist, da sie dazu führt, das Problem zu stabilisieren und zu verschlimmern. Die Klienten sollen erkennen, dass es notwendig ist, andere, effektive Bewältigungsstrategien zu entwickeln (Beck et al., 1997);
- die Handlungs-Orientierung der Klienten deutlich steigt, d.h. Klienten lernen, mit Misserfolg umgehen zu können, bestehende Probleme zielorientiert zu analysieren. Sie sollten volitionale Kompetenzen erwerben wie das Treffen und Durchhalten von Entscheidungen, Abschirmen gegen Versuchungen usw. Im Zuge dessen sollten Klienten in die Lage versetzt werden, eigene Motive, Ziele, Bedürfnisse zu repräsentieren und ihr Handeln und ihre Entscheidungen darauf auszurichten;
- die Autonomie deutlich steigt. Die Klienten sollten lernen, Verantwortung für ihre Probleme und deren Veränderung zu übernehmen, sie sollten Autonomie entwickeln und lernen, sich mehr auf sich und weniger auf andere zu verlassen;

- internale Kontrollüberzeugungen entwickelt werden sowie ein starkes Bedürfnis nach Kontrolle und nach Übernahme von Verantwortung entsteht, d.h. Klienten sollen stärker davon überzeugt sein, dass *sie selbst* ihr Handeln und ihr Leben bestimmen; dies ist psychologisch auch wesentlich für die Entwicklung eines positiven Selbstkonzeptes;
- sich das Selbstkonzept der Klienten deutlich verbessert, dass ihre Selbstwirksamkeitserwartungen, ihr Selbstvertrauen und ihre Tendenz, Probleme aktiv anzugehen, deutlich zunimmt. Dazu gehört, dass Klienten in der Lage sein sollten, eine eigene „Domäne“, einen eigenen Lebensbereich zu definieren und diesen gegen andere abzugrenzen: dies ist eine wesentliche Voraussetzung zur Entwicklung einer personalen Identität;
- die Bewältigungsfähigkeiten der Klienten im Umgang mit Problemen, Konflikten und Stress deutlich verbessert wird. Klienten sollen lernen, Anforderungen, Belastungen und Bedrohungen wahrzunehmen, zu analysieren, realistisch einzuschätzen und das eigene Denken zu „entkatastrophisieren“ usw.

3.2.3. Bearbeitungsprobleme: Vermeidung und Verleugnung

Vermeidungs- und Verleugungsverhalten (oft auch als „Widerstand“ bezeichnet), kommt im therapeutischen Prozess häufig vor (Caspar, 1985; Caspar & Grawe, 1980). Da jede Veränderung ambivalent ist, ist Vermeidung auch ein normales therapeutisches Phänomen (Sachse, 1997a; Caspar & Grawe, 1981, 1985). Das Ausmaß von Vermeidung, das Klienten im Therapieprozess realisieren, ist jedoch stark störungsabhängig: So realisieren Klienten mit Angststörungen nur wenig Vermeidung, Klienten mit Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeiten realisieren dagegen Vermeidung in hohem Maße (Sachse, 1997b). Klienten mit Alkoholproblemen vermeiden systematisch, sich mit dem Alkoholproblem auseinanderzusetzen oder auch nur zu konstatieren, dass so etwas wie ein Alkoholproblem überhaupt besteht.

Das Vermeidungsverhalten ist langsam transparent zu machen, zu bearbeiten und aufzuheben (Sachse, 1997c, 1998a), insbesondere durch eine spezifische Klärungs-/ Motivierungsphase. Es ist von zentraler Bedeutung, die Problembearbeitung der Klienten zu verbessern, denn bei starker Vermeidung ist es oft nicht einmal möglich, im Therapieprozess ein Problembewusstsein zu schaffen, das Problem angemessen zu definieren bzw. eine nötige Änderungsmotivation zu schaffen: Ohne Problemdefinition und ohne Änderungsmotivation kommt jedoch kein konstruktiver Therapieprozess in Gang. Es ist deswegen unerlässlich, dass Strategien zum Einsatz kommen, die Klienten mit

ihrer Vermeidung konfrontieren, die Klienten dazu veranlassen, die Gründe der Vermeidung zu bearbeiten und die den Klienten funktionale Bearbeitungs-Strategie vermitteln.

Die massive Bedrohung des Selbstbildes des Klienten führt erfahrungsgemäß zu kognitiven Dissonanzprozessen, die sich in Abwehrhaltung ausdrücken. Diesem wird bei den Rehabilitationsprogrammen entgegengewirkt, indem die Zielvorstellungen des Klienten ernst genommen werden und eine angemessene Berücksichtigung der individuellen Problemstellung stattfindet. Darüber hinaus wird der Klient aktiv in die Diagnosefindung eingebunden, erlebt damit Selbstwirksamkeit und dass er vom Therapeuten nicht einfach „abgestempelt“ wird. Dies erhöht die Therapiemotivation und das Vertrauen in den Therapeuten. Durch das offene Gruppensetting wird eine Verminderung von Vermeidungs- und Verleugnungstendenzen ermöglicht: Klienten erleben, dass andere die gleichen Probleme haben wie sie, wodurch die Auseinandersetzung mit eigenen Problemanteilen erleichtert wird.

3.2.4. Therapeutische Implikation der Co-Morbidität mit Persönlichkeitsstörungen, bzw. Interaktionsstörungen

Wenn man Persönlichkeitsstörungen als Faktor ansieht, der bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Alkoholproblematik eine große Rolle spielt, dann ist es von zentraler Bedeutung, diesen, ebenso wie bei den anderen relevanten psychologischen Faktoren, in die Fallkonzeption für den Klienten einzubeziehen.

Der Therapeut muss bei der Auswahl und Durchführung therapeutischer Maßnahmen berücksichtigen, welchen Einfluss die Persönlichkeitsstörung auf die Therapie hat, nicht in dem Sinne, dass der Klient zwei statt einer Störung aufweist, sondern dass Persönlichkeits-Störung und Alkoholproblematik vielmehr in enger Wechselwirkung miteinander stehen und daher beide therapeutisch angegangen werden müssen. Dabei kann die Art der Persönlichkeitsstörung einen extremen Einfluss haben darauf, welche therapeutischen Strategien zu welchem Zeitpunkt des Therapieprozesses möglich und notwendig sind. So wird sich die therapeutische Beziehung für spezifische Persönlichkeitsstörungen sehr differentiell gestalten. Denn Klienten mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen realisieren völlig unterschiedliche Arten von Interaktionsstrategien und reagieren auf völlig unterschiedliche Beziehungsangebote der Therapeuten positiv. Ein Therapeut, der Persönlichkeitsstörungen und ihre therapeutischen Konsequenzen nicht kennt, oder das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung beim Klienten übersieht,

kann mit seinen Strategien vollkommen erfolglos bleiben oder sogar, was noch weitaus schlimmer ist, das pathologische System des Klienten stabilisieren.

Dass Klienten mit Alkoholproblematik ihre interaktionellen Intentionen und Strategien auch im Therapieprozess dem Therapeuten gegenüber realisieren, hat zwei (gegen-sätzliche) Konsequenzen:

- zum einen wird das Problemverhalten, das ja einen grundlegenden Bestandteil des Klienten-Problems ausmacht, in der therapeutischen Situation unmittelbar erkennbar und bearbeitbar; dies setzt jedoch voraus, dass Therapeuten dieses Verhalten auch unmittelbar als Teil des Klienten-Problems erkennen können und über die geeigneten therapeutischen Strategien verfügen;
- zum anderen fühlen sich Therapeuten, wenn sie das Verhalten nicht als Teil des Problems erkennen und wenn sie nicht über geeignete therapeutische Strategien verfügen, von dem Klienten-Verhalten oft überfordert, geärgert, paraly-siert: Das Klienten-Verhalten passt nicht in die therapeutischen Regeln, die Klienten sind „nicht kooperativ“, zeigen „Widerstand“ usw. und dies macht die Therapeuten schnell hilflos (Gossling, 1998; Scharmann, 1996).

Durch das offene Gruppensetting werden Interaktionsstörungen in den Rehabilitations-programmen früh aufgedeckt. Durch eine Explizierung des dazugehörigen Persönlich-keitsstils und Integration desselben in die Biographie des Klienten wird deutlich ge-macht: Warum ist der Klient so, wie er ist; was ist daran funktional und sollte gefördert werden und in welchen Bereichen besteht Veränderungsbedarf?

Viele der bislang praktizierten Verhaltensmuster, insbesondere Alkoholkonsum als Problemlösung, werden als unangemessen identifiziert. Es erfolgt die Einbettung des Viel-Trinkens in die Persönlichkeitsstruktur des Klienten. Nach Erkennen des eigenen Persönlichkeitsstils werden aktuelle Probleme vor dem Hintergrund des individuellen Persönlichkeitsstils aufgearbeitet.

3.2.5. Veränderung psychologischer Bedingungsfaktoren

Die Erarbeitung von Zieldefinitionen (Abstinenz/Trinkkontrolle) im sozialen Umfeld und in der Gruppe führt zu „erlebter Handlungskontrolle“ und „Glaube an die eigene Effektivität“. Klienten machen die positive Erfahrung: „Ich kann aus meinen Erfahrungen lernen“, und dies führt zu internaler Veränderungsmotivation.

Der Fokus der Rehabilitationsprogramme liegt auf Erkennung und Bearbeitung kognitiver und emotionaler Verarbeitungsmuster und auf einer Auseinandersetzung mit den individuellen Ursachen der Alkoholproblematik und der individuellen Lerngeschichte. Dazu erfolgt ein Training in Selbstbeobachtung und die Vermittlung der Haltung: Der Mensch hat eine starke Kontrolle über Fühlen und Handeln, ist Umwelteinflüssen nicht passiv und machtlos ausgeliefert, womit schon auf Veränderung der Lage-Orientierung und die Übernahme von Verantwortung abgezielt wird. Ziel ist die Erreichung von Eigenverantwortlichkeit.

Weiterhin geht es um die Veränderung der identifizierten dysfunktionalen Verhaltensmuster durch kognitive Umbewertungsprozesse, sowie um Einleitung und Etablierung von Verhaltensänderungen und Erprobung neuer Handlungsspielräume. Dies erfolgt unter Anwendung von Methoden der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie (Schema-Klärung nach Ellis und kognitive Umstrukturierung), z. B. Arbeit mit dem ABC-Modell oder Übungen zur Verbesserung des Selbstwertgefühls und v.a. durch Modelllernen in der Gruppe. Es gilt, vorhandene Kompetenzen zu aktivieren und zu erweitern, gegebenenfalls neue aufzubauen. Vorhandene Ressourcen (z. B. ein soziales Netzwerk) sollen erkannt und einer Nutzung zugänglich gemacht werden. Neue Ressourcen sollen in der Gruppe aufgebaut werden. Es soll verdeutlicht werden, dass Kompetenzen und Ressourcen des Klienten zur Problembewältigung taugen und eine echte Alternative zum Trinken darstellen.

Für den Transfer neuer Verhaltensweisen in den Lebensalltag der Klienten dient zunächst die Umsetzung der neuen Fertigkeiten in der Gruppe, dann folgen Hausaufgaben im sozialen Umfeld der Klienten, die in der anschließenden Sitzung ausgewertet werden. Es wird darauf geachtet, dass alle vorgesehenen Themenblöcke von jedem Teilnehmer bearbeitet werden.

3.2.6. Sicherung von Abstinenz/Trinkkontrolle

Weiterhin sind psychologische Prozesse dahingehend zu beeinflussen, dass der Klient befähigt wird, eine stabile Alkohol-Abstinenz, bzw. Trinkkontrolle zu erreichen. Er muss in der Lage sein, „einer Versuchung zu widerstehen“. Das impliziert z.B., dass er Angebote von Alkohol in sozialen Kontexten sozialverträglich ablehnen können muss. Über eine solche soziale Fertigkeit verfügen Klienten mit Alkoholproblematik jedoch oft nicht; daher ist es wesentlich, ein gezieltes Ablehnungstraining durchzuführen (Annis, 1986; Litman, 1986; Westerholt, 1993).

Viele Klienten mit Alkoholproblemen verfügen ganz allgemein über geringe soziale Kompetenzen; dies ist jedoch sehr ungünstig, da es die Klienten für soziale Konflikte und Schwierigkeiten anfällig macht und so das Belastungsniveau wieder stark erhöhen kann. Daher sollte ein Therapiekonzept die Möglichkeit vorsehen, mit den Klienten ein soziales Kompetenztraining durchzuführen (z. B. Marlatt und Gordon, 1985).

Abschließend kann damit gesagt werden: Abstinenz bzw. Trinkkontrolle sollen durch die Entwicklung alternativer Verhaltensstrategien zum Trinken und ein gezieltes Ablehnungstraining gesichert werden, welches zunächst im Rollenspiel in der Gruppe erfolgt und anschließend im Alltag erprobt wird. Weitere unterstützende Maßnahmen zur Rückfallprävention stellen die Erarbeitung von Strategien zum Umgang mit Misserfolg, die Steigerung sozialer Kompetenzen, sowie Problemlösetraining dar.

4. Hypothesen

Gegenstand der vorliegenden Evaluationsstudie sind die verkehrspsychologischen Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL. Ihre Wirksamkeit und Erfolg gilt es zu überprüfen bzw. zu belegen. Als Kriterien hierfür sind folgende externe und interne Kennwerte vorgesehen:

1. Ergebnis der medizinisch-psychologischen Untersuchung,
2. die Legalbewährung,
3. das von den Verkehrstherapeuten vorgenommene „Rating zur Erfassung der Bereitschaft, für die vorliegende Alkoholproblematik Verantwortung zu übernehmen (RUV)“ sowie
4. intrapsychische Veränderungen auf Seiten der Klienten (Prä-Post-Vergleich), gemessen durch psychodiagnostische Verfahren.

Mit den externen Kennwerten „MPU-Ergebnis“ und „Legalbewährung“ kann die Wirksamkeit und Erfolg der Rehabilitationsprogramme im Sinne von *Benchmarks* erfasst und dokumentiert werden (vgl. Schmidt & Pfafferott, 2002). Darüber hinaus soll gezeigt werden, dass die Wirksamkeit der Rehabilitationsprogramme auf intrapsychischen Veränderungen der Klienten beruht, die mit den internen Kriterien („Rating zum Umgang mit Verantwortung (RUV)“; „psychodiagnostische Verfahren“) erfasst werden.

Bei den psychodiagnostischen Verfahren handelt es sich um Selbstbeurteilungsinstrumente, die bereits im Rahmen klinischer Untersuchungen an alkoholabhängigen Patienten angewendet wurden und sich dort für den Therapiefortschritt, d.h. z.B. für die Sicherung der Abstinenz und Trinkkontrolle, als aussagekräftig erwiesen haben. Dabei gehen wir davon aus, dass die psychologischen Faktoren, die bei Alkoholabhängigen in die Abhängigkeit führten und die bei den Klienten der Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL zu Trunkenheitsfahrten führten, vergleichbar sind. Wir stützen uns bei dieser Annahme auf Studien an nicht-klinischen Probanden, die in Bezug auf problematischen Alkoholkonsum zu ähnlichen Ergebnissen hinsichtlich relevanter Persönlichkeitsmerkmale wie z.B. Handlungs-Orientierung und Zugang zum Emotionssystem gelangt sind (Helmers & Mente, 1999; Palfei, McNally & Roy, 2002).

Wünschenswert wäre weiterhin, auch die internen Kriterien „RUV“ und intrapsychische Veränderungen mit anderen empirischen Studien zu vergleichen. Somit könnte die Wirksamkeit der beiden Programme CONTROL und REAL noch deutlicher belegt werden. Unseres Wissens liegen hierzu jedoch keine Studien vor, die es erlauben, die von uns gefundenen Ergebnisse mit diesen in Beziehung zu setzen.

Wir erwarten nach den bisherigen Ausführungen die im Folgenden beschriebenen Beziehungen:

4.1. Das MPU-Ergebnis

Voraussetzung für die Wiedererlangung der Fahrerlaubnis ist ein positives MPU-Gutachten nach Beendigung des Rehabilitationsprogramms. Die Wirksamkeit der Programme CONTROL und REAL sollte sich dementsprechend darin zeigen, dass ein Großteil der Klienten die MPU nach Beendigung der Rehabilitationsprogramme besteht. Daher gehen wir davon aus, dass die Verteilung in die beiden Gruppen „positive MPU“ und „negative MPU“ von einer empirischen Gleichverteilung abweicht und wesentlich mehr Klienten in der Gruppe „positive MPU“ vertreten sind.

Des Weiteren sollen als Vergleichswert für die MPU-Bestehensquote die Erhebungen IVT-Hö (1994), VPP (1997) und PRO-NON (1999) herangezogen werden, in denen Bestehensquoten zwischen 85.1% und 96.2% berichtet werden.

Die Wirksamkeit der Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL wäre demnach belegt, wenn die MPU-Bestehensquote die Vergleichswerte nicht signifikant unterschreitet, bzw. über diesen Werten läge.

4.2. Die Legalbewährung

Das zweite externe Kriterium, das den „Erfolg“ der Rehabilitation belegt, ist die Legalbewährung, die nach 24 und 36 Monaten erhoben wird. Rehabilitanden, die die Fahrerlaubnis wiedererlangt haben, sollten innerhalb dieser Zeiträume keine Verkehrsauffälligkeiten zeigen. Es sollten zu keinem der beiden Zeitpunkte (aktuelle) Eintragungen im Verkehrszentralregister des Kraftfahrt-Bundesamtes vorliegen. Während das Kriterium „MPU-Ergebnis“ in einem direkten Zusammenhang mit der Zielsetzung der Klienten steht, die Fahrerlaubnis wiederzuerlangen, gibt dieses zweite Kriterium Auskunft über Erfolg bzw. Nachhaltigkeit der Rehabilitationsprogramme.

Insgesamt können die Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL als erfolgreich bewertet werden, wenn die Rückfallquote den derzeit gültigen Referenzwert von 18.8% (erhoben von Winkler, Jacobshagen & Nickel, 1988) nicht signifikant übersteigt. Dieser

Referenzwert entstammt dem „Leitfaden zur Anerkennung von Kursen gemäß § 70 FeV (Bundesanstalt für Straßenwesen, 2001)“.

4.3. Rating zum Umgang mit Verantwortung (RUV)

Bei den Einschätzungen der Verkehrstherapeuten bzgl. der Veränderungsbereitschaft ihrer Klienten erwarten wir zeitliche Veränderungen zwischen dem ersten und letzten Messzeitpunkt (Prä-Post-Vergleich). Die Verkehrstherapeuten schätzten zu beiden Messzeitpunkten nach folgendem Schema die *Compliance* der Klienten ein:

- 1 = leugnen
- 2 = sich gegen Kritik wehren
- 3 = bagatellisieren
- 4 = Ablehnen der Verantwortung
- 5 = Leugnen der negativen Folgen
- 6 = keine Änderungsmotivation
- 7 = Ambivalenz
- 8 = Änderungsmotivation

Wir gehen davon aus, dass sich die Einschätzung der Klienten durch die Verkehrstherapeuten vom ersten zum letzten Messzeitpunkt verändert. Während zu Beginn der Rehabilitationsprogramme noch eine Gleichverteilung auf die acht Antwortkategorien erwartet werden kann (häufig sind z.B. Bagatellisierungs- und Leugnungstendenzen einer der Gründe gewesen, die zu einem negativen MPU-Ergebnis der Klienten geführt hatten), soll zum letzten Messzeitpunkt die Antwortkategorie „Änderungsmotivation“ wesentlich stärker ausgeprägt sein, da der Aufbau einer internal determinierten Änderungsmotivation ein Subziel der Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL darstellt. Wir erwarten bei der Post-Messung also eine Ungleichverteilung auf die acht Antwortkategorien mit einem deutlichen Schwerpunkt auf der letzten Kategorie.

4.4. Intrapyschische Veränderungen

Während es sich bei „MPU-Ergebnis“ und „Legalbewährung“ um Fremdbeurteilungen (externe Kriterien) handelt, werden intrapsychische Veränderungen innerhalb der Rehabilitationsprogramme durch diverse Selbstbeurteilungsfragebögen vor, während und nach dem jeweiligen Programm erhoben. Bei allen eingesetzten Skalen ist eine Relevanz für psychische Prozesse bei alkoholauffälligen Klienten gegeben.

4.4.1. Handlungs-Lage-Orientierung

Handlungs-Lage-Orientierung stellt innerhalb unterschiedlicher Rahmenbedingungen eine aktive Handlungs-Orientierung einer passiven Lage-Orientierung gegenüber. Hieraus kann auf die Veränderungsmotivation der Klienten geschlossen werden. Personen, die dazu tendieren, ihre Probleme eher als gegeben hinzunehmen und zu ertragen, werden aus eigener Initiative kaum Anstrengungen in Richtung einer konsequenten Problemlösung unternehmen.

Wir erwarten, dass Klienten nach Beendigung des Rehabilitationsprogramms eine stärkere Handlungs-Orientierung aufweisen. Dieses nehmen wir für die Bereiche „nach Misserfolg“ und „bei der Handlungsplanung“ an.

4.4.2. Selbstakzeptierung

Selbstakzeptierung ist ein guter Indikator für die im Rahmen von Interventionsprogrammen erzielten Veränderungen. Erfolgreiche Interventionen zeichnen sich durch eine höhere Selbstakzeptanz der Klienten nach der Intervention im Vergleich zum Beginn des Programms aus. Gerade bei Personen mit Alkoholproblemen ist zu Beginn der Intervention ein geringes Selbstwertgefühl zu erwarten, das bei den betroffenen Personen eine Quelle für soziale Ängste darstellt, die sie durch den Konsum von Alkohol zu kompensieren versuchen (Stengel, 2003).

Analog zur Handlungs-Orientierung gehen wir für die beiden Gruppen CONTROL und REAL davon aus, dass sich bedeutsame Veränderungen hinsichtlich der Selbstakzeptanz in der erwarteten Richtung vor und nach den Rehabilitationsprogrammen zeigen.

4.4.3. Kontrollüberzeugungen

In der psychologischen Forschung werden drei Facetten der Kontrollüberzeugungen unterschieden (Krampen, 1981): „Internalität“, „Externalität/mächtige Andere“ und „Externalität/Fatalismus“. Erstere bezieht sich auf das Erleben eigener Handlungsmöglichkeiten, die beiden übrigen Dimensionen fokussieren auf die erlebte Fremdsteuerung durch andere Menschen oder das Schicksal.

Beide Rehabilitationsprogramme zielen auf ein personenbezogenes Aufdecken des Bedingungsgefüges ab, das den Alkoholmissbrauch und die Trunkenheitsfahrten der Klienten zur Folge hatte. Der Eigenanteil der Klienten an ihrer Problematik und damit auch ihre Einfluss- und Kontrollmöglichkeiten sollen deutlich herausgearbeitet werden. Eine Wirksamkeit der Therapieprogramme sollte sich demnach darin zeigen, dass sich dieses Subziel in einer statistisch bedeutsamen Veränderung über die Zeit in den „IPC-Skalen zur Kontrollüberzeugung (Krampen, 1981)“ widerspiegelt. Insbesondere sollten beide Werte für Externalität zum letzten Messzeitpunkt niedriger ausgeprägt sein, während wir für internale Kontrollüberzeugungen in der Postmessung stärker ausgeprägte, bzw. zumindest gleich bleibende Werte erwarten.

4.4.4. Stressverarbeitungsstrategien

In der klinischen Psychologie werden grundsätzlich positive von negativen (dysfunktionalen) Stressverarbeitungsstrategien unterschieden. Wir gehen daher davon aus, dass bei den Klienten der Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL, ähnlich wie bei Alkoholikern, Alkoholauffälligkeiten in einem direkten Zusammenhang mit dysfunktionalen, negativen Stressverarbeitungsstrategien stehen, während positive Strategien eher defizitär ausgeprägt sind.

Aufgrund der Zielsetzung der Rehabilitationsprogramme, zielführende Bewältigungsstrategien zu vermitteln, erwarten wir, dass im Verlauf des Rehabilitationsprogramms negative Stressverarbeitungsstrategien abgebaut und positive aufgebaut werden.

4.4.5. Persönlichkeitsstile und Persönlichkeitsstörungen

Kuhl und Kazén (1997) unterscheiden Persönlichkeitsstile von Persönlichkeitsstörungen. Persönlichkeitsstile sind die relative Ausprägung von nicht-pathologischen Persönlichkeitsstilen, die mit bestimmten Konfigurationen von kognitiven Stilen und motivational-affektiven Grunddispositionen einhergehen, die über Handlungsregulation miteinander in Wechselwirkung stehen und ihren Ausdruck finden (Kuhl, 2001). Die von Kuhl (2001) beschriebene „PSI-Theorie (Persönlichkeits-System-Interaktionen)“ integriert typologische, dimensionale und handlungstheoretische Ansätze der Persönlichkeitsforschung und basiert im wesentlichen auf der Erlebbarkeit und Regulationsfähigkeit positiver (A+) und negativer Affekte (A-) sowie auf hoher oder gehemmter allgemeiner motorischer Aktivierbarkeit (T+), bzw. hoher oder gehemmter sensorischer Erregbarkeit (T-). Erste Untersuchungen an Alkoholpatienten im klinischen Setting legen nahe, dass Alkoholiker gegenüber der Normstichprobe des PSSI v.a. erhöhte Werte bei „Persönlichkeitsstilen“ aufweisen, die nach Kuhl mit niedrigem positivem Affekt (A+) und mit schlechter Regulationsfähigkeit bezüglich negativer Affekte einhergehen, bzw. gehemmter allgemeiner motorischer Aktivierbarkeit (T+) assoziiert sind: „paranoide“, „schizoide“, „selbstunsichere“ sowie „negativistische“ und „dependente Persönlichkeitsstile“.

Ebenso fand Stengel (2003) erhöhte Werte von Alkoholabhängigen zu Therapiebeginn im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe in den Persönlichkeitsstilen „aggressiv“, „selbstlos“, „depressiv“, „Borderline“, „dependent“, „negativistisch“, „zwanghaft“, „selbstunsicher“, „schizoid“ und „paranoid“, sowie signifikant niedrigere Ausprägungen in den Stilen „histrionisch“, „narzisstisch“ und „rhapsodisch“.

Wir schlussfolgern daraus, dass die Beachtung von individuellen Persönlichkeitsstilen der Klienten und die daraufhin notwendigen therapeutischen Reaktionen und Interventionen wesentlich zum Erfolg der Rehabilitationsprogramme beitragen. Unterstützt wird diese Annahme von Nicolay (2000) im Rahmen eines Modells für Verkehrsrehabilitation in Luxemburg.

Im Gegensatz zu kurzfristigen verkehrspsychologischen Interventionen, wie z.B. Nachschulungen, steht zu erwarten, dass Rehabilitationsprogramme wie CONTROL und REAL, die über einen Zeitraum von mehreren Monaten angelegt sind, eine Veränderung in den sonst stabilen Persönlichkeitsmerkmalen der Klienten bewirken können,

sodass es uns sinnvoll erscheint, diese Variablen sowohl zu Beginn, als auch zum Ende der Rehabilitationen zu erheben. Eine Wirksamkeit der Rehabilitationsprogramme sollte sich unserer Meinung darin zeigen, dass die Skalen „selbstbestimmt-antisozial“ „selbstkritisch-selbstunsicher“, „kritisch-negativistisch“ und „spontan-borderline“ zum letzten Messzeitpunkt nach den Rehabilitationsprogrammen stärker ausgeprägt sind als zu Beginn der Programme. Gegenläufige Mittelwertsveränderungen erwarten wir bei den Skalen „ehrgeizig-narzisstisch“ und „liebenswert-histrionisch“.

4.4.6. Alexithymie

Das Konzept der Alexithymie umfasst die Fähigkeit von Personen, einen Zugang zu ihren eigenen Empfindungen zu entwickeln. In dem Maße, indem eine Person Zugang zu eigenen Gefühlen und Zielen besitzt, diese also erkennen und benennen kann, wird sie Lösungsmöglichkeiten in der eigenen Person suchen und von psychologischen Interventionen profitieren.

Wir gehen davon aus, dass eine internale emotionale Perspektive bei den meisten alkoholauffälligen Klienten innerhalb des therapeutischen Prozesses schwach ausgeprägt ist und erst entwickelt werden muss. Die Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL zielen mit ihrem personenbezogenen rational-emotiven Therapieansatz gerade darauf ab, die interne Gefühlsverarbeitung zu analysieren und zu bearbeiten und sollten daher bei „Wirksamkeit“ Veränderungen auf den Skalen „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“ und „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“, die wir für die vorliegende Studie herangezogen haben, bewirken. Da hohe Werte dabei einem geringen Zugang zu den eigenen Gefühlen und Schwierigkeiten bei deren Benennung entsprechen, erwarten wir, dass bei beiden Skalen die Mittelwerte zwischen den beiden Messzeitpunkten statistisch bedeutsam absinken.

4.5. Validierung

Wie wir bereits dargestellt haben, gehen wir davon aus, dass die Indikatoren „MPU-Ergebnis“, „Legalbewährung“, „RUV“ und „Psychodiagnostik“ in der Lage sind, die Wirksamkeit und den Erfolg der Rehabilitationsprogramme zu belegen. Weiterhin vermuten wir, dass diese Merkmalsträger auch in einer direkten Verbindung zueinander stehen. Im Sinne einer konvergenten Validität sollen die Erfolgsmaße auch in einer empirischen Verbindung zueinander stehen. Wir gehen davon aus, dass Klienten, die günstigere psychodiagnostische Werte aufweisen auch seltener innerhalb der von uns definierten Zeiträume Auffälligkeiten im VZR aufweisen und häufiger eine positive

MPU-Begutachtung erlebt haben. Ähnliche Zusammenhänge erwarten wir auch auf Seiten der Einschätzungen durch die Verkehrstherapeuten. Klienten, die als änderungsmotiviert erlebt wurden, sollten auch hier seltener Eintragungen im VZR erfahren und häufiger die MPU bestanden haben. Darüber hinaus erwarten wir Beziehungen zwischen RUV und den psychodiagnostischen Variablen (s. Punkt 7.6.).

4.6. Moderator-Variablen

Um auszuschließen, dass unsere im Folgenden dargestellten Ergebnisse durch so genannte Moderator-Variablen beeinflusst werden, müssen diese hinsichtlich signifikanter Gruppenunterschiede überprüft werden. Hierfür nehmen wir eine entgegen der üblichen empirischen Vorgehensweisen gegenläufige Testung vor.

Wir gehen von der Hypothese aus, dass sich keine statistisch signifikanten Ergebnisse, hinsichtlich folgender soziodemografischer Daten zeigen, die in Tabelle 4.6-1. dargestellt sind:

Tab. 4.6-1: Moderatorvariablen.

Soziodemografische Variablen	Variablen der Vorgeschichte
Geschlechtsverteilung	Blutalkoholkonzentration
Altersverteilung	Anzahl früherer Trunkenheitsfahrten
Nationalität	Anzahl weiterer Verkehrsdelikte
Schulabschluss	Früherer Entzug der Fahrerlaubnis
Berufstätigkeit	Angegebene Abstinenz
Vorausgegangene Maßnahmen	

5. Methoden

Im Folgenden Kapitel (Methoden) werden „Stichprobengewinnung“, „Studiendesign“ und „Datenverarbeitung“, sowie die Messung von „Wirksamkeit“ und „Erfolg“ der Rehabilitationsprogramme beschrieben. Die Wirksamkeit der Programme CONTROL und REAL wurde anhand der MPU-Bestehensquote und psychodiagnostischer Maße, der Erfolg der Programme anhand der Legalbewährung erhoben und validiert.

5.1. Stichprobengewinnung

Die Stichprobe bestand aus alkoholauffälligen Kraftfahrern, die nach einer MPU vom Gutachter die Empfehlung erhalten hatten, an einer Rehabilitation teilzunehmen, bzw. aus Personen, die sich nach einem „BfF-Beratungsgespräch“ für eine Rehabilitation entschieden oder auf anderem Wege zu Impuls fanden (s. Punkt 2.5.). Es fand keine selektive Aufnahme der zu untersuchenden Stichprobe statt, d.h. prinzipiell konnte jeder Klient der Rehabilitationsprogramme in die Stichprobe aufgenommen werden. Die Rekrutierung der Klienten wurde durch die Verkehrstherapeuten vorgenommen.

5.2. Durchführungsphasen und zeitlicher Ablauf der Evaluation

Die Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL wurden über einen Zeitraum von über acht Jahren evaluiert. Nachfolgend wird detailliert der zeitliche Ablauf der Evaluationsstudie im Hinblick auf „Planung“, „Datenerhebung/-verarbeitung“ und „Auswertung der Befunde“ dargestellt. Tabelle 5.2-1 zeigt die Planungs- und Durchführungsphasen der Evaluation.

Tab. 5.2-1: Planungs- und Durchführungsphasen der Evaluation.

1999	<ul style="list-style-type: none">▪ Beginn der Evaluation und Planungsphase.
2000	<ul style="list-style-type: none">▪ Vorstellung des Evaluationsdesigns auf der <i>International Conference on Traffic and Transport Psychology (ICTTP)</i> in Bern.▪ Beginn der Datenerhebung im Oktober.
2001	<ul style="list-style-type: none">▪ Beginn Erhebung der MPU-Befunde nach Reha-Ende.
2003	<ul style="list-style-type: none">▪ Ende der Datenerhebung im Dezember.▪ Beginn Legalbewährung (24 Monate nach Reha-Ende).
2004	<ul style="list-style-type: none">▪ Ende Erhebung der MPU-Befunde.▪ Beginn Legalbewährung (36 Monate nach Reha-Ende).
2007/08	<ul style="list-style-type: none">▪ Ende Legalbewährung.▪ Auswertung und Präsentation des Abschlussberichts.

5.2.1. Beginn- und Planungsphase

Die Vorbereitungszeit der Studie betrug ca. 12 Monate und begann mit der Planung im Jahre 1999. Es wurden die Inventare (s. Abb. 5.2.-1) für die psychodiagnostische Untersuchung ausgewählt und zu Fragebogenbatterien (s. Anhang G) zusammengefasst. Für die Beschreibung der Stichprobe und Subgruppenbildung wurden die Items für den „soziodemografischen Fragebogen“ (s. Anhang F) generiert und anhand des MPU-Gutachtens ein Fragebogen konstruiert, der die Vorgeschichtsdaten (s. Anhang E) der Klienten erfasst. Für den korrekten Ablauf der Studie wurden separat Kontrolllisten (s. Anhang J) für CONTROL und REAL entwickelt, die für die planmäßige Vergabe der Fragebögen an die Klienten sorgte. Die Verkehrstherapeuten erhielten ein Handbuch, das alle zeitlichen Angaben und den organisatorischen Ablauf für die Durchführung der Datenerhebung enthielt. Im Oktober 2000 wurden die Erhebungsinstrumente den Verkehrstherapeuten zugeschickt und mit der Datenerhebung begonnen.

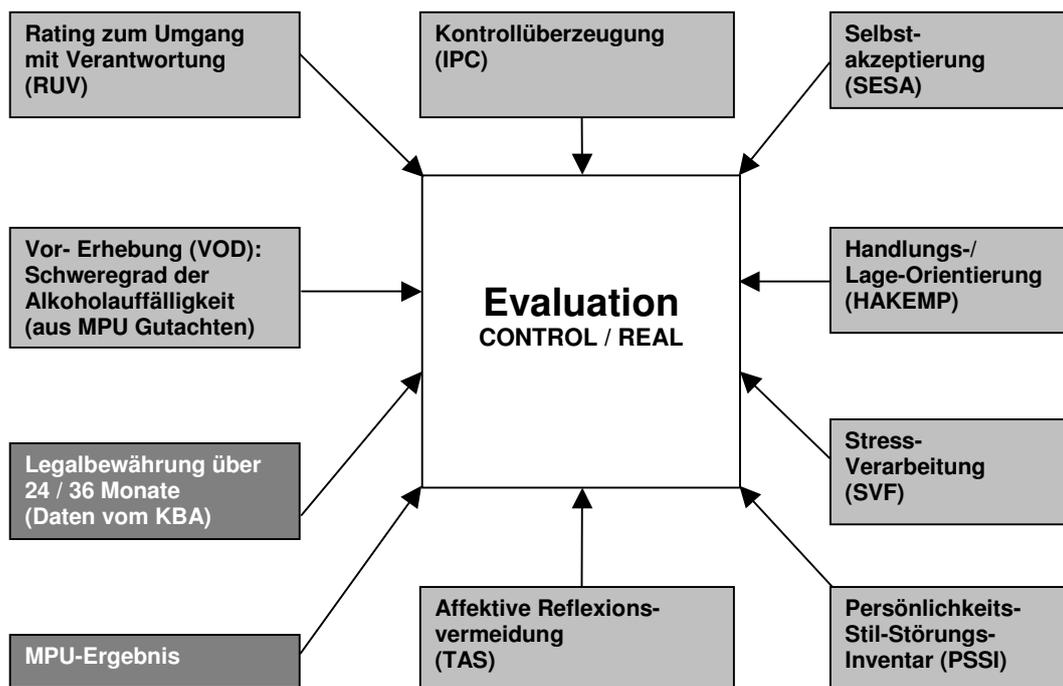


Abb. 5.2.-1: Überblick Messinstrumente der Programme CONTROL und REAL.

5.2.2. Datenerhebung

Für die Evaluation der Rehabilitationsprogramme wurden zu drei Messzeiten unterschiedliche Erhebungsinstrumente eingesetzt (s. Tab. 5.2-2). Die Datenerhebung begann im Oktober 2000 und endete im Dezember 2003.

Mit der Prä-Messung erhielten die Klienten die „psychodiagnostische Fragebogenbatterie“ (s. Punkt 5.3.3.) und den „soziodemografischen Fragebogen“ (s. Anhang F). Außerdem wurde ihnen eine Einwilligungserklärung (s. Anhang I1) für die Speicherung und Verarbeitung ihrer Daten vorgelegt.

Die „Vorgeschichtsdaten (VOD)“ (s. Anhang E) der Klienten, sowie das „Rating zum Umgang mit Verantwortung (RUV)“ (s. Punkt 5.3.3.1.) wurden von den Verkehrstherapeuten erhoben. Vor und nach der Rehabilitation erhielten die Klienten jeweils die komplette Fragebogenbatterie (s. Anhang G1).

Zur Inter-Messung wurden nur die Skalen (s. Anhang G2) solcher Fragebögen verwendet, die auch eine kurzfristige Veränderung bei den Klienten erfassen konnten.

Mit der Post-Messung wurde allen Klienten, neben der Fragebogenbatterie, eine zweite Einwilligungserklärung (s. Anhang I2) für die Durchführung der Legalbewährung vorgelegt, die es ermöglichte, für jeden Reha-Absolventen eine Abfrage im Verkehrszentralregister des Kraftfahrt-Bundesamtes durchführen zu lassen.

Nach Abschluss der Rehabilitation führte der Verkehrstherapeut erneut für jeden Teilnehmer das RUV-Rating durch.

Alle ausgefüllten Erhebungsinstrumente und Einwilligungserklärungen wurden von den Verkehrstherapeuten an fünf Stichtagen, zwischen April 2001 und Juli 2003, an den Projektleiter geschickt.

Tab. 5.2-2: Überblick Messinstrumente & Messzeitpunkte der Programme CONTROL (C) & REAL (R).

	Messzeitpunkte	Messinstrumente
Prä- Messung	Vor der ersten Sitzung.	RUV, VOD, DEMO, SESA, PSSI, IPC, SVF, HAKEMP, TAS
Inter- Messung	C = nach der 6. Sitzung R = nach der 9. Sitzung	IPC, HAKEMP, TAS
Post- Messung	Nach der letzten Sitzung.	RUV, SESA, PSSI, IPC, SVF, HAKEMP, TAS, MPU-Bestehensquote
Katamnese	24 + 36 Monate nach Reha-Ende	VZR-Abfrage (Legalbewährung)

5.2.3. Dateneingabe und -auswertung

Die Dateneingabe erfolgte jeweils direkt im Anschluss an den Datenrücklauf. Durch die unverzügliche Eingabe der Daten konnten diese gleichzeitig auf Vollständigkeit hin überprüft werden, d.h. fehlende Einwilligungserklärungen oder personenbezogene Angaben, die vom Kraftfahrt-Bundesamt für die Legalbewährung benötigt wurden, konnten somit den Verkehrstherapeuten rückgemeldet werden, sodass die fehlenden Informationen und Dokumente nachträglich von den Klienten eingeholt werden konnten.

Klienten, die nach erfolgreicher Teilnahme an der Rehabilitation die MPU absolvierten, teilten ihr MPU-Ergebnis dem Verkehrstherapeuten mit, der seinerseits die Angaben (s. Anhang J1) an den Projektleiter weiterleitete. Nicht mitgeteilte MPU-Ergebnisse wurden von den Verkehrstherapeuten telefonisch beim Klienten nachgefragt.

Die Daten zur Legalbewährung wurden 24 und 36 Monate (Zeitraum der Rückfälligkeit) nach Ende der Rehabilitation bzw. nach Wiedererteilung der Fahrerlaubnis des jeweiligen Klienten vom Kraftfahrt-Bundesamt im Verkehrszentralregister ermittelt und an den Projektleiter geschickt. Verzugszeiten (Zeitspanne zwischen Tat und Eingang im VZR) wurden vom KBA beachtet.

5.2.4. Datenschutz

Alle psychodiagnostischen Fragebögen wurden in Kuverts geliefert und konnten somit nach der Beantwortung der Fragen von den Klienten verschlossen werden, sodass weder die Verkehrstherapeuten noch andere Mitarbeiter der Impuls GmbH Einsicht in die Antworten der Probanden erlangen konnten. Es wurden nur die Fragebögen ausgewertet und gespeichert, für die dem Projektleiter eine Einwilligungserklärung (s. Anhang 1) des Klienten vorlag.

Vor der Eingabe und Weiterverarbeitung der Daten beim Projektleiter, erhielten alle gelieferten Fragebögen, von einer vom Projektleiter autorisierten Person, eine Kennnummer. Dadurch konnten sowohl die Einwilligungserklärungen als auch alle personenbezogenen Angaben von den Fragebögen entfernt und die Inventare somit anonymisiert der Auswertung zugeteilt werden.

Aus Datenschutzgründen wurden auch die Daten aus dem Verkehrszentralregister vollständig anonymisiert vom Kraftfahrt-Bundesamt an den Projektleiter übermittelt, indem für jeden Probanden eine Kennziffer vergeben wurde, d.h. die personenbezoge-

nen Angaben, die vom Projektleiter ans KBA geschickt wurden und für die Identifizierung des Klienten im Verkehrszentralregister notwendig waren, wurden dort durch eine stellvertretende Kennziffer ersetzt.

Vor der Lieferung der VZR-Daten erhielt das KBA drei Datenschutzerklärungen (s. Anhang I3-I5) vom Projektleiter sowie die Einwilligungserklärungen (s. Anhang I2) der Klienten für die VZR-Abfrage bzw. Legalbewährung.

5.3. Messung der Wirksamkeit und Erfolg der Rehabilitation

Nachfolgend wird die Vorgehensweise der Wirksamkeitsmessung, anhand psychodiagnostischer Instrumente und der MPU-Bestehensquote sowie der Erfolgsmessung, anhand der Legalbewährung, beschrieben. Die psychodiagnostischen Testverfahren werden dabei ausführlich erläutert.

5.3.1. Die medizinisch-psychologische Untersuchung

Die MPU wird von der Fahrerlaubnisbehörde (i. d. R. die Führerscheinstelle des zuständigen Landratsamtes) angeordnet und von einer Begutachtungsstelle für Fahreignung (BfF) (früher: Medizinisch- Psychologische Untersuchungsstelle) durchgeführt.

Diese so genannten MPU-Unternehmen unterliegen der regelmäßigen Kontrolle der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) und sind zur Einhaltung umfangreicher gesetzlicher Bestimmungen verpflichtet. Damit kann die MPU als aussagekräftiges externes Kriterium für die Darstellung der Wirksamkeit der Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL angesehen werden.

Nachdem die Klienten erfolgreich ein Impuls Rehabilitationsprogramm beendet hatten, mussten sie vor der behördlichen Wiedererteilung der Fahrerlaubnis an einer erneuten MPU teilnehmen. Zur Ermittlung der MPU-Bestehensquote wurde den Verkehrstherapeuten das MPU-Ergebnis von den Klienten mitgeteilt. Zudem wurde die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis im VZR vermerkt und dem Projektleiter mitgeteilt, sodass die Angaben der Klienten bzgl. eines positiven bzw. negativen MPU-Ergebnisses eine zusätzliche Validierung erfuhren.

5.3.2. Legalbewährung

Zur Erfolgsmessung der Rehabilitationsprogramme, wurde die Rückfallquote bzw. Auffälligkeitsrate in der Katamnese festgestellt. Dazu wurde das KBA beauftragt, erneute (verkehrsrelevante) Auffälligkeiten eines Klienten (nach Wiedererteilung der Fahrerlaubnis) im Verkehrszentralregister zu ermitteln.

Die eindeutige Identifizierung eines Klienten im VZR machte es erforderlich, standardisierte personenbezogene Datensätze an das KBA zu schicken. Unkorrekte und unvollständige personenbezogene Angaben oder „Doppeltreffer“ führten zu einer Eliminierung des Datensatzes.

Für jeden Klienten wurden zu zwei Messzeiten VZR-Auskünfte eingeholt. Die erste Ermittlung von Erfolgskriterien wurde 24 Monate und die zweite 36 Monate nach Wiedererteilung der Fahrerlaubnis durchgeführt. Dadurch sollte neben der Auffälligkeit zudem der Zeitraum ermittelt werden, in dem die häufigsten Rückfälle auftraten.

Zur Sicherstellung des Datenschutzes wurden alle Datensätze vom KBA vor der Lieferung an den Projektleiter anonymisiert (s. Punkt 5.2.4.).

Verzugszeiten (Zeitspanne zwischen Tat und Eingang im VZR) wurden vom Kraftfahrt-Bundesamt berücksichtigt.

5.3.3. Psychodiagnostische Testverfahren

Neben der Erhebung der Stichprobenmerkmale mittels Vorgeschichtsdaten (s. Anhang E) und Soziodemografie (s. Anhang F) wurden psychodiagnostische Testverfahren eingesetzt. Die Vorgeschichtsdaten wurden von den Therapeuten erhoben. Diese Daten konnten dem MPU-Gutachten oder der SVA-Akte entnommen werden. Die eingesetzten Fragebögen sind innerhalb der psychotherapeutischen Wirksamkeitsforschung etabliert und hinreichend validiert. Auf alkohol- und verkehrsspezifische Instrumente wurde wegen der Gefahr einer Selbstbeurteilung gemäß vermuteter Erwünschtheit verzichtet. Bei allen Skalen sollte aber eine Relevanz für psychische Prozesse bei alkoholauffälligen Klienten gegeben sein. Folgende Fragebögen wurden eingesetzt:

5.3.3.1. Rating zum Umgang mit Verantwortung (RUV)

Diese zweistufige Skala (ja/nein) erfasst, wie der Klient mit seinem Alkoholproblem umgeht. Leugnet er sein Alkoholproblem – oder gibt er an, ein Alkoholproblem zu haben? Erkennt er die negativen Folgen und ist er motiviert, an der Veränderung des Problems zu arbeiten? Die Einschätzung des Klienten erfolgte durch den Verkehrstherapeuten zum ersten (prä) und dritten Messzeitpunkt (post). Es standen acht Abstufungen zur Verfügung:

- 1 = Leugnen
- 2 = Sich gegen Kritik wehren
- 3 = Bagatellisieren
- 4 = Ablehnen der Verantwortung
- 5 = Leugnung der negativen Folgen
- 6 = Keine Änderungsmotivation
- 7 = Ambivalenz und
- 8 = Änderungsmotivation

zu 1) Leugnen

Das Alkoholproblem wird geleugnet: Es gibt kein Problem mit Alkohol; entweder wird gar kein Alkohol getrunken oder der Konsum ist völlig „normal“.

zu 2) Sich gegen Kritik wehren

Der Klient oder die Klientin verwehrt sich gegen die „Unterstellung“ ein Alkoholproblem zu haben oder wertet Personen (in ihrer Kompetenz oder ihrer Person) ab, die ihr ein Problem nachweisen oder vorwerfen könnten.

zu 3) Bagatellisieren

Der Klient oder die Klientin gibt zwar an, größere Mengen Alkohol zu trinken, das sei aber „harmlos“, nur gelegentlich, das sei „völlig im Griff“, „kontrolliert“ u.ä.

zu 4) Ablehnen der Verantwortung

Der Klient oder die Klientin gibt an, ein Problem mit Alkohol zu haben, übernimmt aber keine Verantwortung für die Entstehung und/oder Aufrechterhaltung des Problems (z.B. „es liegt an meiner Biographie“).

zu 5) Leugnung der negativen Folgen

Der Klient oder die Klientin gibt an, ein Problem mit Alkohol zu haben, leugnet jedoch, dass der Alkoholkonsum irgendwelche negativen sozialen, beruflichen oder gesundheitlichen Folgen hat oder haben könnte.

zu 6) Keine Änderungsmotivation

Der Klient oder die Klientin gibt an, ein Alkoholproblem zu haben und sieht auch negative Konsequenzen (Kosten), lässt aber keine Motivation erkennen, an einer Veränderung des Problems zu arbeiten.

zu 7) Ambivalenz

Der Klient oder die Klientin gibt an, ein Alkoholproblem zu haben, erkennt auch die negativen Folgen an, ist aber bezüglich einer Veränderung ambivalent (sieht, dass er mit dem Trinken aufhören müsste, traut sich das aber nicht zu bzw. andere Arten von Ambivalenzen).

zu 8) Änderungsmotivation

Der Klient oder die Klientin gibt an, ein Alkoholproblem zu haben, erkennt die negativen Folgen und ist motiviert, an der Veränderung des Problems zu arbeiten.

5.3.3.2. Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung (SESA)

Die „Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung (SESA)“ von Sorembé und Westhoff (1985) erfasst das Selbstwerterleben, welches sich als ein globaler Maßstab für die im Rahmen einer Intervention erzielten Veränderungen bewährt hat, d.h. Therapieerfolge korrelieren positiv mit hohen Werten des Selbstwerterlebens. Eine Person, die sich als ausreichend kompetent einschätzt, ihre Probleme zu lösen, wird sich selbst im Vergleich zu einem Zeitpunkt, an dem sie dazu nicht in der Lage war, als wertvoller erleben. Extreme Ausprägungen dieser Variable bieten Hinweise auf klinisch-psychologische Auffälligkeiten wie z. B. Depressivität.

Das Inventar besteht aus 29 Items (s. Anhang G1.1.), zu denen die Klienten in fünf Abstufungen ihre Zustimmung, bzw. ihre Ablehnung ausdrücken können, z.B. „Gewissermaßen glaube ich nur halb an mich selbst“. Maximal können 145 Punkte erreicht werden. Je höher der Punktwert, desto größer die Selbstakzeptanz des Klienten.

Die interne Konsistenz (Formula 20 nach Kuder-Richardson) des Tests liegt bei $r = .83$. Entsprechend der zugrunde liegenden Theorie haben Erwachsene im Durchschnitt höhere Werte in der „Selbstakzeptierung“ als Jugendliche, Nicht-Klienten wesentlich höhere Werte als Depressive (Sorembé und Westhoff, 1985).

5.3.3.3. IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen

Der IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen (Krampen, 1981) misst, in welchem Ausmaß eine Person ihr Verhalten als selbstgesteuert bzw. Verhaltensfolgen als selber verursacht erlebt. Dies ist die kognitive Voraussetzung für eine internale Problemsicht sowie für die Bereitschaft, Veränderungen bei sich selbst durchzuführen. Eine Person, die andere oder Zufälle als Ursache ihrer Schwierigkeiten ansieht, wird kaum bereit sein, ihr eigenes Verhalten zu verändern. Der IPC umfasst drei Skalen mit jeweils acht Items (s. Anhang G1.2.):

I-Skala: Internalität, d.h. die subjektiv bei der eigenen Person wahrgenommene Kontrolle über das eigene Leben und über Ereignisse und Verstärker in der personenspezifischen Umwelt, z.B. „Gewöhnlich kann ich meine Interessen selbst vertreten.“ Ein niedriger Wert auf dieser Skala bedeutet ein geringes Maß an Selbstbestimmung, ein sehr hoher deutet dagegen auf Selbstüberschätzung hin.

P-Skala: Externalität, die durch ein subjektives Gefühl der Machtlosigkeit bedingt ist, durch ein Gefühl der sozialen Abhängigkeit von anderen (mächtigeren) Personen, z.B. „Ob ich einen Autounfall habe, oder nicht, hängt vor allem von den anderen Autofahrern ab.“ Ein hoher Wert auf dieser Skala steht dafür, dass sich eine Person als machtlos und abhängig von anderen Personen erlebt.

C-Skala: Externalität, die durch Fatalismus bedingt ist, also durch die generalisierte Erwartungshaltung, dass die Welt unstrukturiert und ungeordnet ist, dass das Leben und Ereignisse in ihm von Schicksal, Glück, Pech und Zufall abhängen, z.B. „Es ist eine Frage des Schicksals, ob ich wenige oder viele Freunde habe.“ Ein hoher Wert auf dieser Skala bedeutet, dass sich eine Person als „dem Schicksal ausgeliefert“ erlebt.

Die interne Konsistenz (Formula 8 nach Kuder-Richardson) der Skalen liegt zwischen $r = .91$ und $r = .98$, die Testhalbierungs-Reliabilität zwischen $r = .55$ und $r = .80$ und die Test-Retest-Reliabilität zwischen $r = .78$ und $r = .90$. Die Validität ist durch Gruppenvergleiche, die Beziehung der Skalen zu anderen Persönlichkeitsmerkmalen und durch Faktorenanalysen gesichert (Krampen, 1981).

5.3.3.4. Stressverarbeitungsfragebogen (SVF)

Der Stressverarbeitungsfragebogen (SVF) von Janke, Erdmann und Kallus (1985) erfasst Stressverarbeitungsstrategien, die eine Person einsetzt, weil sie glaubt, damit Zustände übermäßiger psychischer und somatischer Erregung in Folge von äußeren oder inneren, geplanten oder außerplanmäßigen Ereignissen, zu reduzieren. Diese können aktionaler Art (Handlungen) und intrapsychischer Art (Gedanken, Vorstellungen, etc.) sein. Der Fragebogen erfasst dabei situationsunabhängige Verhaltensweisen des Probanden, die dieser unabhängig von ihrer Funktionalität zur Bewältigung von Stress etabliert hat, d.h. es kann sich durchaus um dysfunktionale Verhaltensweisen handeln.

Von den ursprünglich 19 Skalen des Fragebogens wurden für die Evaluationsstudie 12 zu je 6 Items ausgewählt (s. Anhang G1.3.), die sich bereits bei Ising et al. (2001) für eine Reduktion der Datenstruktur in Form einer Faktorenanalyse als geeignet erwiesen hatten. Für jedes der Items, bei denen es sich um mögliche Reaktionen auf allgemein formulierte Stresssituationen handelt, schätzen die Probanden die Wahrscheinlichkeit ihrer Reaktionen auf einer 5-stufigen Skala von 0 = gar nicht, bis 4 = sehr wahrscheinlich, ein. Die ausgewählten Skalen, mit Beispielantworten auf die vorgegebene Stresssituation: „Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin...“ lauten:

- **Bagatellisierung:** „...sage ich mir, es geht schon alles in Ordnung.“
- **Herunterspielen durch Vergleich mit anderen:** „... nehme ich das leichter als andere in der gleichen Situation.“
- **Schuldabwehr:** „...denke ich, ich habe die Situation nicht zu verantworten.“
- **Ablenkung von Situationen:** „...lenke ich mich irgendwie ab.“
- **Suche nach Selbstbestätigung:** „...verschaffe ich mir Anerkennung auf anderen Gebieten.“
- **Situationskontrollversuche:** „...mache ich einen Plan, wie ich die Schwierigkeiten aus dem Weg räumen kann.“
- **Reaktionskontrollversuche:** „...sage ich mir, du darfst die Fassung nicht verlieren.“

- **Positive Selbstinstruktion:** „...sage ich mir, du kannst damit fertig werden.“
- **Vermeidungstendenz:** „... nehme ich mir vor, solchen Situationen in Zukunft aus dem Wege zu gehen.“
- **Fluchttendenz:** „...neige ich dazu, die Flucht zu ergreifen.“
- **Resignation:** „...neige ich dazu, zu resignieren.“
- **Selbstbemitleidung:** „...frage ich mich, warum das gerade mir passieren musste.“

Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) der Subtests des SVF liegen zwischen $\alpha = .66$ und $\alpha = .92$. Die Wiederholungszuverlässigkeit (nach ca. 4 Wochen) liegen zwischen $\alpha = .69$ und $\alpha = .86$. Die Konstrukt-Validität zeigt, dass die durch den SVF erfassten Stressverarbeitungsmaßnahmen zeitlich stabil sind und mindestens für vorgestellte Belastungssituationen hohe intersituative Konsistenz bzw. Situationsgeneralität aufweisen. Die Vorhersage-Validität weist, trotz Einschränkungen, stabile Korrelationen in der erwarteten Richtung mit den erlebten Belastungsreaktionen in realen Belastungssituation aus und auch die Beziehungen zwischen den erfassten Bewältigungsstrategien und den in realen Belastungssituationen angewandten Bewältigungsstrategien sind über mehrere Bedingungen (Situationen, Stichproben) reproduzierbar (Janke et al., 1985).

5.3.3.5. Persönlichkeits- Stil- und Störungs- Inventar (PSSI)

Das von Kuhl und Kazén (1997) entwickelte Persönlichkeits- Stil- und Störungs- Inventar (PSSI) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das die relative Ausprägung von Persönlichkeitsstilen quantifiziert. Diese gelten als nicht-pathologische Entsprechungen der im DSM-IV und in der ICD-10 beschriebenen Persönlichkeitsstörungen.

Von den 14 Skalen des PSSI wurden die sechs mit der größten klinischen Relevanz für die Studie verwendet (s. Anhang G1.4.). Jede Skala umfasst 10 Items in Form von Aussagen, für die der Proband in vierfacher Abstufung von 0 = trifft gar nicht zu, bis 3 = trifft ausgesprochen zu, seine Zustimmung, bzw. Ablehnung durch Ankreuzen zum Ausdruck bringt. Je höher der Punktwert, desto ausgeprägter ist der jeweilige Persönlichkeitsstil. Die ausgewählten Skalen lauten:

- **selbstbestimmt – antisozial:** erfasst selbstsicheres Verhalten gegenüber anderen, bzw. unsoziales, verantwortungs- und rücksichtsloses Verhalten

zur Durchsetzung eigener Ziele. Beispiel: „Wenn Leute sich gegen mich wenden, kann ich sie fertig machen.“

- **selbstkritisch – selbstunsicher:** erfasst die Fähigkeit, sich selbst und die Umwelt aufgrund widersprüchlicher Informationen zu hinterfragen, bzw. die Besorgnis, negativ aufzufallen, ausgedrückt durch Angst vor Beurteilungen und Unbehagen in sozialen Situationen. Beispiel: „Vor vielen Menschen zu sprechen, fällt mir schwer.“
- **ehrgeizig – narzisstisch:** erfasst einen ausgeprägten Sinn für das Besondere (Leistung, Kleidung, Statussymbole, etc.), bzw. erlebte Großartigkeit in Phantasie und/oder Verhalten in Verbindung mit mangelndem Einfühlungsvermögen und Überempfindlichkeit gegenüber Kritik. Beispiel: „Der Gedanke, eine berühmte Persönlichkeit zu sein, reizt mich.“
- **kritisch – negativistisch:** erfasst eine kritische Einstellung/gesunde Skepsis gegenüber Anregungen, die von anderen Menschen kommen, bzw. passiven Widerstand (Vergesslichkeit, „Trödelei“, etc.) gegenüber Leistungsanforderungen in Verbindung mit der ungerechtfertigten Annahme, missverstanden oder ungerecht behandelt zu werden. Beispiel: „Dass ich Versprechen öfter nicht einhalte, müssen andere hinnehmen.“
- **spontan – borderline:** erfasst Emotionalität, die durch spontane Begeisterungsfähigkeit oder Ablehnung gekennzeichnet ist, bzw. die Instabilität des Selbstbildes, der Stimmung und zwischenmenschlicher Beziehungen. Beispiel: „Meine Gefühle wechseln oft abrupt und impulsiv.“
- **liebenswert – histrionisch:** erfasst warmherziges Verhalten gegenüber anderen Menschen in Form intuitiv-spontanen Ausdrucks, bzw. übertriebene sozial orientierte Emotionalität bedingt durch ein übermäßiges Verlangen nach Aufmerksamkeit, Bestätigung und Lob. Beispiel: „Wenn ich unter Menschen bin, wirke ich meist sehr lebhaft.“

Die Skalen weisen eine hohe interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) um $\alpha = .80$ auf. Das PSSI weist ein theoretisch außerordentlich stimmiges Netz von Beziehungen mit einer Vielzahl klinischer und nicht-klinischer Verhaltensmerkmale auf, das eine gute Konstruktvalidität des Inventars etabliert. Faktorenanalytische Untersuchungen bestätigen die dem Inventar zugrunde liegenden theoretischen Annahmen (Kuhl & Kazén, 1997).

5.3.3.6. HAKEMP

Der Test „Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv (HAKEMP)“ von Kuhl (1990) stellt innerhalb unterschiedlicher Rahmenbedingungen eine aktive Handlungs-Orientierung einer passiven Lage-Orientierung gegenüber. Hieraus kann auf die Veränderungsmotivation der Klienten geschlossen werden. Personen, die dazu tendieren, ihre Probleme eher als gegeben hinzunehmen und zu ertragen, werden aus eigener Initiative kaum Anstrengungen in Richtung einer konsequenten Problemlösung unternehmen.

Der Test (s. Anhang G1.5.) umfasst drei Skalen zu je 12 Items, die eine bestimmte Situation beschreiben, zu der zwei Antwortmöglichkeiten bestehen. Die eine steht für Handlungs-Orientierung, die andere für Lage-Orientierung und der Proband soll durch Ankreuzen deutlich machen, welche eher auf ihn zutrifft. Für die „handlungsorientierte Antwort“ wird ein Punkt vergeben, für die „lageorientierte Antwort“ nicht, sodass maximal 12 Punkte für jede Skala erreicht werden können. Je höher der Punktwert, desto höher die Handlungs-Orientierung des Probanden. Die drei Skalen lauten:

- **Handlungsorientierung nach Misserfolg:** erfasst, ob sich eine Person nach einem Misserfolg oder einem unangenehmen Ereignis noch lange mit diesem gedanklich beschäftigt, oder schnell zu anderen Aktivitäten übergehen kann. Beispiel: „Wenn meine Arbeit als völlig unzureichend bezeichnet wird...a)...lasse ich mich davon nicht lange beirren. b)...bin ich zuerst wie gelähmt.“
- **Handlungsorientierung bei der Handlungsplanung:** erfasst, ob eine Person Schwierigkeiten hat, eine Handlung, die sie sich vorgenommen hat, auch zu beginnen. Beispiel: „Wenn ich eigentlich zu Hause arbeiten müsste...a)... dann fällt es mir oft schwer, mich an die Arbeit zu machen. b)... fange ich meist ohne weiteres an.“
- **Handlungsorientierung bei der Tätigkeitsausführung:** erfasst, wie gut sich eine Person einer selbst gewählten Tätigkeit widmen kann, ohne sich davon vorzeitig ablenken zu lassen. Beispiel: „Wenn ich mit einem Nachbarn über ein interessantes Thema rede, dann...a)... entwickelt sich leicht ein ausgedehntes Gespräch. b)...habe ich bald wieder Lust, etwas anderes zu tun.“

Alle 3 Skalen weisen eine hohe interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) zwischen $\alpha = .70$ und $\alpha = .82$ auf (Kuhl und Kazan, 2003).

5.3.3.7. Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAS-26)

Die Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAS-26) von Kupfer, Brosig und Brähler, (2001) erfasst, inwieweit eine Person Zugang zu ihren eigenen Empfindungen hat, d.h. diese wahrnehmen, sprachlich ausdrücken und damit psychisch verarbeiten kann. Die TAS-26 umfasst 4 Skalen, mit insgesamt 26 Items. Diese sind als Aussagen formuliert und sollen vom Probanden in fünffacher Abstufung von 1= trifft gar nicht zu, bis 5 = trifft völlig zu, hinsichtlich ihres Zutreffens eingeschätzt werden. Die von den Autoren der TAS-26 zur Auswertung empfohlenen drei Skalen, mit insgesamt 18 Items, kamen in der Evaluationsstudie zur Anwendung (s. Anhang G1.6.). Diese Skalen erfassen folgende Dimensionen:

- **Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen:** Hohe Werte sprechen dafür, dass der Klient Schwierigkeiten hat, eigene Gefühle und deren physiologische Begleiterscheinungen in adäquater Weise wahrzunehmen. Im Extremfall ist er nicht in der Lage, emotionale und begleitende physiologische Veränderungen adäquat einzuordnen (7 Items, z.B. „Wenn ich aufgeregt bin, weiß ich nicht, ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin“).
- **Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen:** Hohe Werte in dieser Skala deuten somit auf Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen hin, da ein Teil der Kommunikation eingeschränkt oder im Extremfall fehlend ist, d.h. den Probanden fällt es schwer, ihre Emotionen zu zeigen und zu beschreiben (5 Items, z.B. „Es ist schwierig für mich, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden“).
- **Extern orientierter Denkstil:** Probanden mit hohen Werten auf dieser Skala geben an, sich nicht für analytisches Denken, bzw. für eine Reflexion von Lösungswegen in problematischen Situationen zu interessieren. Dies könnte zu Problemen bei Anpassungsanforderungen führen, da Erfahrungswerte, die zu Erwartungen über Folgen eines bestimmten Verhaltens führen, nicht verfügbar sind (6 Items, z.B. „Ich analysiere Probleme lieber, als sie nur zu schildern.“).

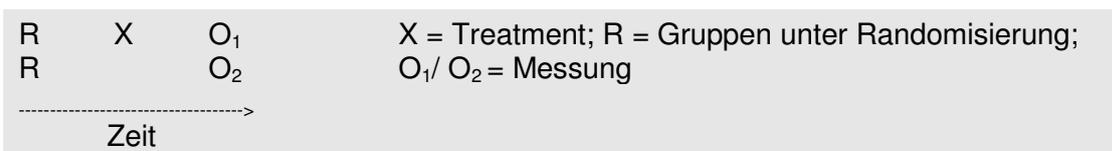
Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der einzelnen Skalen liegt zwischen $\alpha = .67$ $\alpha = .84$, die der Gesamtskala beträgt $\alpha = .81$. Die dreifaktorielle Faktorenlösung entspricht der, die auch in einer englischsprachigen Studie berichtet wurde. Außerdem gibt es eine Vielzahl von Hinweisen auf die Konstruktvalidität, so z.B. Zusammenhänge

mit verschiedenen Skalen des Leipziger Stimmungsfragebogens und des FBeK, die der Erwartung entsprachen (Kupfer et al., 2001).

5.4. Kontrollgruppen-Problematik

Um die Wirksamkeit von Kursangeboten oder therapeutischen Programmen zu belegen werden häufig sog. Experimentalgruppen mit (vermeintlichen) Kontrollgruppen in Beziehung gesetzt. Ein solches Design soll die Wirksamkeit belegen. Auch im Bereich des *Driver Improvements* wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Untersuchungen dargestellt, denen ein solches (wissenschaftliches) Vorgehen zugrunde liegt. Dieses hatte zur Folge, dass z.T. polemische Diskussionen und Stellungnahmen zur Validität dieser Kontrollgruppen erfolgten. Meist wurden Kontrollgruppen herangezogen, die hinsichtlich wichtiger soziodemographischer Merkmale (Alter, Geschlecht, Blutalkoholkonzentration etc.) parallelisiert wurden. Weiterhin war es wichtig, dass die Kriteriumsvariable (z.B. Legalbewährung innerhalb eines bestimmten Zeitraumes) vergleichbar war. Ferner musste gewährleistet werden, dass nicht unterschiedliche Treatmentbedingungen miteinander konfundiert waren. So versprach man sich, die Wirksamkeit der Kursprogramme zu belegen. Dieses ist nach Meinung der Autoren immer noch ein hehres Bestreben. Jeder Ansatz, Licht in das Dunkel der Wirksamkeitsfaktoren zu bringen, ist wichtig. Allerdings verfolgen die Autoren einen anderen (ergänzenden) Ansatz. Es wird hierbei per se auf die Bestimmung einer solchen Kontrollgruppe verzichtet. Stattdessen werden die Ergebnisse in Relation zu bereits bestehenden Programmen gesetzt. Dahinter stehen folgende Überlegungen:

Die Messung individueller kausaler Effekte (ICE) ist grundsätzlich nur möglich, wenn auch eine Kontrollgruppe erhoben wird. Im Gegensatz zur *one-shot-Fallstudie*, in der nur Veränderungen durch die Manipulation (z.B. Rehabilitationsprogramme) gemessen werden, haben sog. „Nur-Nachtest-Kontrollgruppendesigns“ den Vorteil, die Minimalforderungen an einen echten experimentellen Versuchsplan zu erfüllen. Ein solches Design sehe dann folgendermaßen aus:

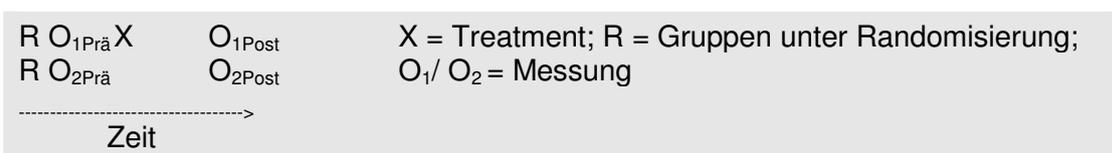


Allerdings setzt ein solches Vorgehen unbedingt eine Zuordnung in Kontroll- und Treatmentgruppe per *Randomisierung* voraus. Ist dieses nicht der Fall, kann auf keinen Fall von Wirksamkeit oder Kausalitäten gesprochen werden.

Mit der vorliegenden Studie befinden wir uns allerdings nicht im Bereich von Laborexperimenten, sondern können hier allenfalls von einem Ex-post-facto-Experiment bzw. Feldexperiment sprechen. Von daher ist eine randomisierte Zuordnung aus methodischen Gründen unmöglich. Matchingprozeduren können dabei helfen, die fehlende Randomisierung zu kompensieren:

1. Matchingprozeduren stellen eine gezielte Zuordnung von bestimmten Untersuchungseinheiten zu Experimental- und Kontrollgruppe dar.
2. Ihr Ziel ist es, dafür Sorge zu tragen, dass Experimental- und Kontrollgruppen vor dem *Treatment* gleich sind.
3. Reine Matchingprozeduren sind immer ein schlechteres Substitut einer Randomisierung.
4. „Matching“ kann jedoch mit „Randomisierung“ kombiniert werden, beispielsweise in der Form, dass nach der Bildung von gleichartigen Paaren innerhalb dieser Paare wiederum nach Zufall entschieden wird, welcher der Partner in „Experimental- oder Kontrollgruppe“ zugewiesen wird.

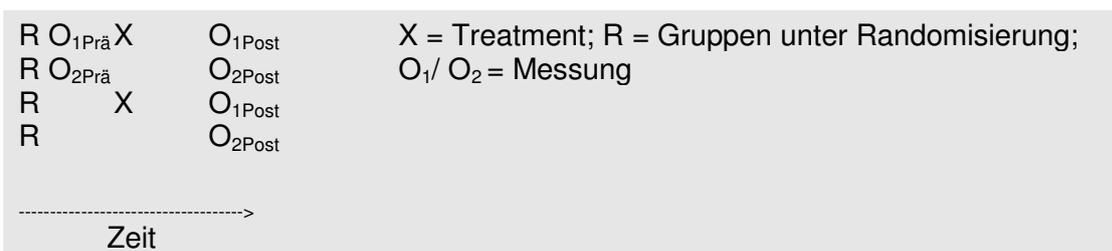
Ist eine Randomisierung nicht möglich oder die Gefahr, dass Fehler in der Randomisierung auftreten eher hoch, kann die Wirkung der Intervention (*Treatment*) nur noch bestimmt werden, wenn eine Vormessung in beiden Gruppen stattfindet. Damit „erkauft“ man sich allerdings das Problem, dass nun nicht sicher ist, ob die Unterschiede beider Gruppen auf die Intervention zurückzuführen ist oder aber auf die Vormessung. Ein solches Design würde dann folgendermaßen aussehen:



Grundsätzlich ist es wichtig, die (mögliche) Beeinträchtigung der internen und externen Validität zu berücksichtigen:

1. Experimental- und Kontrollgruppe sind *nicht wirklich gleich*, sondern unterscheiden sich (Fehler der Zuweisungsprozedur).
2. Endogene Faktoren können Einfluss auf „abhängige Variable (AV)“ haben. Probanden verändern sich während des Untersuchungszeitraums in der AV, ohne dass dies auf die unabhängige variable (UV) zurückzuführen wäre (z.B. Entwicklungsprozesse, die nichts mit dem *Treatment* zu tun haben).
3. Externale Faktoren können, unabhängig vom *Treatment*, Einfluss auf die AV haben (z.B. Faktoren, die nicht unter unserer Kontrolle liegen, z.B. unterschiedliche Kontrolldichten).
4. Experimental- und/oder Kontrollgruppe wissen etwas über das *Treatment* bzw. Treatmentunterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe und werden in ihren Reaktionen dadurch (und nicht durch das *Treatment*) beeinflusst.
5. Veränderungen in der AV stehen zwar in Zusammenhang mit dem *Treatment*, aber der *dahinterliegende Prozess ist ein anderer* als der durch die Forscher hypostasierte (*Treatment misidentification*). z.B. Versuchsleitereffekte.
6. Die externe Validität betrifft vor allem die Frage der Verallgemeinerbarkeit der gefundenen Effekte. Ein wesentlicher Faktor, welcher die externe Validität beeinflusst besteht darin, dass die identifizierten Effekte der UV auf die AV von Kontextbedingungen abhängig sind. Hierbei handelt es sich um sogenannte Interaktionseffekte (Zusammenwirken von AV und einer weiteren Variable):
 - AV wirkt unter der Bedingung x, aber nicht unter der Bedingung y;
 - AV wirkt unter der Bedingungen x in Form a, unter der Bedingung y in Form b.

Die beste Variante stellt der sog. Solomon-Vier-Gruppen-Plan dar. Durch diese experimentelle Anordnung kann sowohl die Randomisierung geprüft werden als auch die Effekte von Intervention und Vormessung bestimmt werden:



Wie wir bereits an anderer Stelle betont haben, sind wir der Meinung, dass das Erfolgskriterium „Legalbewährung“ das wichtigste Kriterium zum Nachweis einer Wirksamkeit bzw. Erfolg von Rehabilitationsprogrammen ist, da sie per Augenschein den Erfolg und damit die Nachhaltigkeit des Rehabilitationsprogramms belegt („Nur wenige Klienten sind erneut auffällig geworden, also ist das Rehabilitationsprogramm nützlich!“).

Ein derartiges Kriterium darf unserer Meinung nach jedoch nicht als alleiniges Kriterium herangezogen werden, aus folgenden Gründen:

1. Ein Vergleich mit Rückfallquoten aus anderen Rehabilitationsprogrammen beinhaltet die Gefahr gemeinsamer Fehlervarianz: Beide Rehabilitationsprogramme weisen sehr geringe Rückfallquoten auf! Woran kann das liegen?
 - Sie sind beide wirksam!? Ein Programm ist wirksamer als das andere!?
 - Die Kontrolldichte beider Regionen, in denen die Daten erhoben wurden, ist (nicht) identisch = Die Hell-Dunkelfeld-Relation stimmt in beiden Regionen (nicht) überein!?
2. Spontanremissionen können nicht widerlegt werden: Derartige Rehabilitationsprogramme haben lediglich einen bestrafenden Charakter, die Inhalte spielen keine Rolle = Es wirkt, aber keiner weiß warum!?
3. Prozesse können nicht verfolgt werden: Rehabilitationsprogramme fungieren als *Black-Box*. Lediglich der *Output* wird erfasst. Eingangsvoraussetzungen und psychische, kognitive sowie behaviorale Prozesse und Veränderungen können nicht erfasst und somit auch nicht belegt werden.

Darüber hinaus ist der Einsatz multipler Messungen wichtig, um die oben beschriebenen Validitätsprobleme zu kompensieren.

Ein Vorgehen nach dem Solomon-Vier-Gruppen-Plan ist demnach für unser Forschungsanliegen optimal. Durch die Erhebung zusätzlicher psychodiagnostischer Variablen können wir des Weiteren Validitätsprobleme in angemessener Form kompensieren. Allerdings zeigen unsere Ausführungen auch, dass die oben beschriebenen Matchingbedingungen erfüllt sein müssen, um tatsächlich die Wirksamkeit der Rehabilitationsprogramme kausal zu belegen. Klienten z.B., die mit einem günstigen Ergebnis eine MPU abgeschlossen haben, als Kontrollgruppe heranzuziehen halten wir nach den obigen Ausführungen für eher problematisch, zumal wir bei einem Teil der Klienten

auf jeden Fall auch eine Vorabmessung der Kriteriumsvariablen durchführen müssten. Dazu müssten sich beide Gruppen hinsichtlich wichtiger soziodemographischer Variablen gleichen, z.B.: Deliktspezifität, Höhe der Blutalkoholkonzentration, Vorgeschichte, Regionalität, Alter und Geschlecht.

Experten sind sich insgesamt einig, dass eine Kontrollgruppe in dem von uns untersuchten Bereich nur schwer zu realisieren ist. Aus diesen Gründen verzichten wir auf eine Kontrollgruppe und wählen stattdessen ein anderes Vorgehen: Die Rückfallquoten unserer Untersuchung werden mit denen anderer aus früheren Untersuchungen verglichen. Von der BAST werden folgende Quellen vorgeschlagen (vgl. Schmidt & Pfafferott, 2002):

- Hoffmann, H. (2001). Grenzwert für Rückfallquoten alkoholauffälliger Kraftfahrer nach Teilnahme an Kursen gemäß § 70 FeV. Blutalkohol.
- Jacobshagen, W. & Utzelmann, H.-D. (1998). The medical psychological assessment procedures for drivers with alcohol offences and drivers with a high penalty-point status. Köln: Verlag TÜV Rheinland GmbH.
- Winkler, W., Jacobshagen, W. und Nickel, W.R. (1988). Wirksamkeit von Kursen für wiederholt alkoholauffällige Kraftfahrer. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Heft 64.

Dieser Weg ist ein Kompromiss. Er ist jedoch vor allen Dingen vor dem Hintergrund eines ökonomischen Vorgehens ein vertretbarer.

6. Ergebnisse

Zunächst wird die Stichprobe anhand soziodemografischer Daten (DEMO) und verkehrsrelevanter Vorgeschichtsdaten (VOD) beschrieben. Anschließend werden die Ergebnisse der externen Kriterien, MPU-Bestehensquote und die Legalbewährung, dargestellt sowie die Ergebnisse der psychologischen Skalen. Diese Daten sind wichtig, um den Geltungsbereich der nachgewiesenen Wirksamkeit der Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL zu definieren.

6.1. Stichprobenbeschreibung (Soziodemografie)

In vielen Bereichen der soziodemografischen Daten und Vorgeschichtsdaten haben sich aufgrund fehlender Angaben der Klienten Abweichungen von dieser Gesamtzahl ergeben. Daher wird der tatsächliche Stichprobenumfang (N) bei jeder Variable angegeben.

6.1.1. Stichprobenumfang und Nationalität

Im Erhebungszeitraum nahmen 837 Klienten an der Studie teil. Davon befanden sich die meisten Personen im Rehabilitationsprogramm REAL (59.3%). Am Programm CONTROL nahmen 40.7% der Gesamtstichprobe teil (s. Abb. 6.1-1).

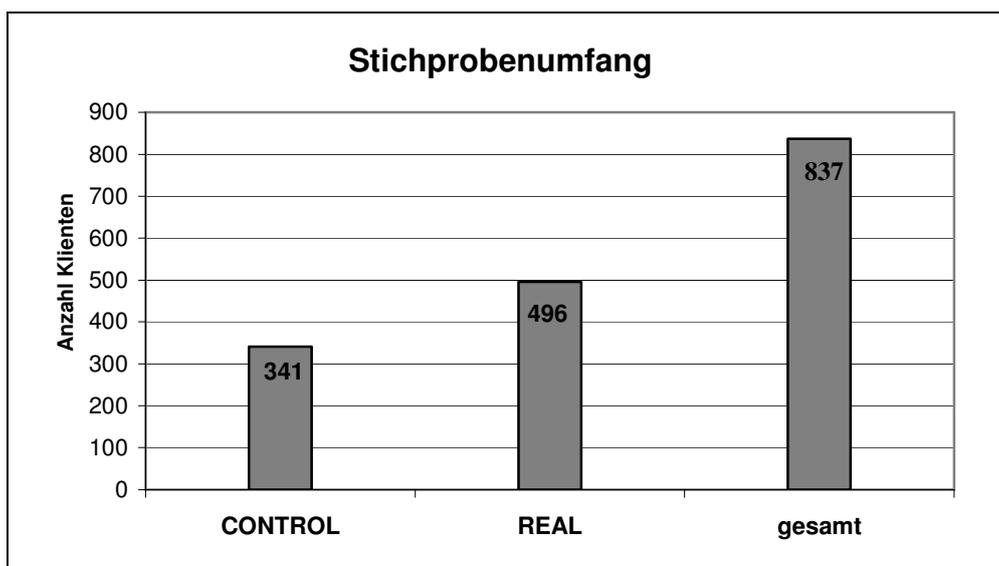


Abb.6.1-1: Stichprobenumfang getrennt für die Programme CONTROL/REAL und gesamt.

700 Klienten machten Angaben über ihre Nationalität. Von diesen waren 652 deutsche Staatsbürger, 48 gehörten anderen Nationen an.

6.1.2. Geschlechtsverteilung und Durchschnittsalter

Die Geschlechtsverteilung (s. Tab. 6.1-1) zeigt, dass bedeutend mehr Männer als Frauen die Rehabilitationsangebote in Anspruch genommen haben. Von insgesamt 814 Klienten, die dazu Angaben machten, waren 88.1% Männer und 11.9% Frauen. Die entsprechende Verteilung innerhalb der Programme ist der Tabelle 6.1-1 zu entnehmen.

Tab. 6.1-1: Geschlechtsverteilung der Klienten getrennt für die Programme CONTROL/REAL und gesamt, N=814.

	CONTROL		REAL		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Männer	285	86.1	432	89.4	717	88.1
Frauen	46	13.9	51	10.6	97	11.9
gesamt	331	100	483	100	814	100

Das durchschnittliche Alter (s. Tab. 6.1-2) der Klienten beträgt 40.3 Jahre. Die Standardabweichung (SD) liegt bei 11.6. Der jüngste Klient ist 18 Jahre, der älteste 77 Jahre alt. Der Median liegt bei 39 Jahren. Die Rehabilitanden der Gruppe REAL sind im Mittel älter als die Rehabilitanden der Gruppe CONTROL. Für die Rehabilitation CONTROL ergibt sich ein Durchschnittsalter von 37.1 Jahren. Innerhalb des Programms REAL beträgt der Mittelwert 42.6 Jahre. Dieser Mittelwertsunterschied ist sicherlich dadurch begründet, dass die Teilnehmer von CONTROL eine kürzere „Alkoholbiografie“ aufweisen als die des Programms REAL.

Tab. 6.1-2: Durchschnittsalter (ϕ) der Klienten getrennt für die Programme CONTROL/REAL und gesamt, N = 732.

	CONTROL		REAL		gesamt	
	ϕ	SD	ϕ	SD	ϕ	SD
Durchschnittsalter	37.1	11.4	42.6	11.1	40.3	11.6
der Männer	37.3	11.7	42.2	11.1	40.2	11.4
der Frauen	36.1	10.2	44.6	11.0	40.7	11.6

6.1.3. Schulabschluss

708 Personen machten Angaben zu ihrem Schulabschluss (s. Tab. 6.1-3). Die Mehrheit davon besuchte die Hauptschule (42.4%), gefolgt von der Realschule (25.6%). Andere Schulformen oder „ohne Abschluss“ wurden weit seltener genannt. Das Bildungsniveau ist in der Tendenz bei CONTROL etwas höher als bei REAL.

Tab. 6.1-3: Schulabschluss der Klienten getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N = 708.

	CONTROL		REAL		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Hauptschule	110	38.3	190	45.1	300	42.4
Realschule	81	28.2	100	23.8	181	25.5
Abitur	30	10.4	26	6.2	56	7.9
Höhere Handelsschule	20	7.0	25	5.9	45	6.4
Universitätsstudium	20	7.0	24	5.7	44	6.2
ohne Schulabschluss	16	5.6	29	6.9	45	6.4
anders	10	3.5	27	6.4	37	5.2
gesamt	287	100	421	100	708	100

6.1.4. Berufstätigkeit

697 Klienten gaben über ihre Berufstätigkeit Auskunft. Der weitaus größte Teil von ihnen (74.2%) ging zum Zeitpunkt der Datenerhebung einer regelmäßigen Beschäftigung nach. Von diesen Berufstätigen standen zwei Drittel in einem nicht selbständigen Beschäftigungsverhältnis. Weitere Ergebnisse sind in der Tab. 6.1-4 zusammengefasst.

Tab. 6.1-4: Berufstätigkeit der Klienten getrennt für die Programme CONTROL/REAL und gesamt, N = 697.

	CONTROL		REAL		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Selbstständige, Angestellte, Arbeiter, Angelernte	218	76.2	299	72.7	517	74.2
Hausfrau/Hausmann, Rentner	20	7.0	49	11.9	69	9.9
Schüler, Studenten, Berufsausbildung	20	7.0	20	4.9	40	5.7
Arbeitslose	28	9.8	43	10.5	71	10.2
gesamt	286	100	411	100	697	100

6.1.5. Familienstand und Kinder im Haushalt

Gefragt nach dem Familienstand, teilten 301 Probanden (43.1%) mit, verheiratet zu sein, 263 (37.6%) waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung ledig. Weitere Angaben der Klienten zum Familienstand sind in der Tabelle 6.1-5 dargestellt.

Tab. 6.1-5: Familienstand der Klienten getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N = 699.

	CONTROL		REAL		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
verheiratet	100	34.8	201	48.8	301	43.1
ledig	132	46.1	131	31.8	263	37.6
verwitwet	4	1.4	8	1.9	12	1.7
geschieden	40	13.9	58	14.1	98	14.0
getrennt lebend	11	3.8	14	3.4	25	3.6
gesamt	287	100	412	100	699	100

In den meisten Fällen lebten keine Kinder im Haushalt der Befragten. Lediglich 111 Klienten hatten ein Kind und 106 Probanden zwei Kinder. Weitere Angaben und die entsprechende Verteilung in den Gruppen CONTROL und REAL ist aus Tab. 6.1-6 zu entnehmen.

Tab. 6.1-6: Anzahl der Klienten mit „Kinder im Haushalt lebend“ getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N = 673.

	CONTROL		REAL		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
ohne Kind	169	61.2	246	62.0	415	61.6
mit einem Kind	45	16.3	66	16.6	111	16.5
mit zwei Kindern	43	15.6	63	15.9	106	15.8
mit drei oder mehr Kindern	19	6.9	22	5.5	41	6.1
gesamt	276	100	397	100	673	100

6.2. Stichprobenbeschreibung (Vorgeschichtsdaten)

In diesem Kapitel wird die Stichprobe anhand verkehrsrelevanter Vorgeschichtsdaten (VOD) beschrieben, die z.B. Auskunft über den aktuellen Anlass der Rehabilitations- teilnahme, vorangegangene MPU, Nachschulungs- und Rehabilitationsprogrammen geben, sowie über bisherige Auffälligkeiten im Straßenverkehr und bisher erlittene Rechtsfolgen, z.B. Führerscheinentzug. Des Weiteren wird die Stichprobe in Bezug auf Fahrpraxis, frühere und andere Delikte außerhalb des Straßenverkehrs und medizinische Auffälligkeiten beschrieben. Diese Daten informieren über die „Belastetheit“ der Stichprobe und geben zusätzlich Anhaltspunkte für eine zukünftig frühere Intervention.

6.2.1. Beginn der Rehabilitation, vorausgegangene MPU und Interventionen

740 Klienten gaben an, welches verkehrsrechtlich relevante Ereignis der Inanspruchnahme der Impuls-Rehabilitationsprogramme vorausgegangen war, Mehrfachnennungen waren möglich. 259 Klienten nahmen in Folge der ersten negativen MPU teil, 42 Klienten in Folge der zweiten, 20 Klienten in Folge der dritten oder weiterer negativer MPU. 310 Klienten besuchten die Programme CONTROL und REAL ohne negative MPU, aber nachdem sie an einem Beratungsgespräch der „BfF“ teilgenommen hatten, in dem ihnen die Impuls-Rehabilitationsprogramme, unter anderen, benannt worden waren, 13 Klienten nach einem „BfF-Beratungsgespräch“ und negativer MPU. 96 Klienten fanden über andere Wege, z.B. das Straßenverkehrsamt, Therapeuten, Rechtsan-

wälte, das Internet, die „Gelben Seiten“, Suchthilfeeinrichtungen oder den Bund alkoholauffälliger Fahrer (BAF) in die Impuls Rehabilitationsprogramme (s. Tab. 6.2-1).

Tab. 6.2-1: Beginn der Impuls Rehabilitationsprogramme getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N = 740.

Beginn nach:	CONTROL		REAL		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
1. negativen MPU	108	35.9	151	34.4	259	35.0
2. negativen MPU	10	3.3	32	7.3	42	5.7
3. oder weiterer neg. MPU	4	1.3	16	3.6	20	2.7
BfF-Beratung ohne neg. MPU	131	43.5	179	40.8	310	41.8
BfF-Beratung mit neg. MPU	3	1.0	10	2.3	13	1.8
sonstiger Information*	45	15.0	51	11.6	96	13.0
gesamt	301	100	439	100	740	100

* Sonstiger Information: z.B. Straßenverkehrsamt, Internet, Rechtsanwälte.

Nachdem beschrieben wurde, wie bzw. warum die Klienten Zugang zu den Rehabilitationsprogrammen von Impuls fanden, soll im Folgenden die genaue Anzahl der absolvierten „MPUn“ tabellarisch dargestellt werden. Von 744 Klienten nahmen über die Hälfte (55.4%) bisher an keiner MPU teil. 233 Personen (31.3%) gaben an, einmalig an einer MPU partizipiert zu haben. Die genaue Verteilung innerhalb der Gruppen CONTROL und REAL ist in Tabelle 6.2-2 abzulesen. Es deutet sich an, dass die Teilnehmer von REAL über mehr negative MPU im Vorfeld berichten.

Tab. 6.2-2: Anzahl vorausgegangener MPU getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N = 744.

Anzahl MPU:	CONTROL		REAL		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
keine	188	61.8	224	50.9	412	55.4
eine	93	30.6	140	31.8	233	31.3
zwei	18	5.9	47	10.7	65	8.7
drei	3	1.0	18	4.1	21	2.9
vier	2	0.7	6	1.4	8	1.1
fünf	--	--	4	0.9	4	0.5
sieben	--	--	1	0.2	1	0.1
gesamt	304	100	440	100	744	100

Neben der Anzahl vorausgegangener MPUen wurden die Klienten (N = 746) auch nach vorausgegangenen Rehabilitationsprogrammen und/oder Nachschulungskursen gefragt. Es zeigte sich wiederum, dass die meisten Probanden weder frühere Rehabilitationen (95.2%) oder Nachschulungen (84.9%) in Anspruch nahmen. In den Tabellen 6.2-3 und 6.2-4 sind die Ergebnisse dezidiert dargestellt.

Tab. 6.2-3: Anzahl vorausgegangener Rehabilitationsprogramme getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N = 746.

Anzahl Rehabilitationen:	CONTROL		REAL		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
keine	292	96.1	418	94.6	710	95.2
eine	11	3.6	24	5.4	35	4.7
zwei	1	0.3	0	--	1	0.1
gesamt	304	100	442	100	746	100

Tab. 6.2-4: Anzahl vorausgegangener Nachschulungskurs (NSK) getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N = 746.

Anzahl NSK:	CONTROL		REAL		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
keine	263	86.5	370	83.7	633	84.9
eine	40	13.2	70	15.8	110	14.7
zwei	1	0.3	2	0.5	3	0.4
gesamt	304	100	442	100	746	100

6.2.2. Aktueller verkehrsrelevanter Anlass für die Rehabilitationsprogramme

Verkehrsrelevante Anlässe, die zur Aufnahme der Impuls Rehabilitationsprogramme führte, waren Trunkenkeitsfahrten, mit und ohne Unfallfolge sowie gegebenenfalls in Verbindung mit anderen Verkehrsdelikten.

Im Anschluss daran werden die gemessene Blutalkoholkonzentration und weitere Verkehrsdelikte der Klienten dargestellt.

6.2.2.1. Trunkenheitsfahrten, Tageszeit, Restalkohol und Unfallfolge

Von 746 Klienten fielen 740 (99.2%) durch eine Trunkenheitsfahrt (s. Abb. 6.2-1) auf, davon 303 Trunkenheitsfahrten im Programm CONTROL (99.3%) und 437 Trunkenheitsfahrten im Programm REAL (99.1%). Die meisten Trunkenheitsfahrten (s. Tab. 6.2-5) ereigneten sich in den Morgenstunden (39.2%) und am Abend (37.1%).

Insgesamt 98 Klienten gaben an, aufgrund von „Restalkohol“ (s. Tab. 6.2-6) aufgefallen zu sein. Mit Restalkohol wurden 17% der Klienten des Programms REAL angetroffen und 8% der Probanden der Rehabilitation CONTROL.

255 Person (34.4%) waren neben der Trunkenheitsfahrt zusätzlich in einen Unfall verwickelt (s. Tab. 6.2-7). Auch diese Werte sind ein Indiz für die unterschiedliche „Belastetheit“ der Rehabilitationsgruppen und zeigt, dass eine differenzierte Indikation ein entscheidender Faktor ist.

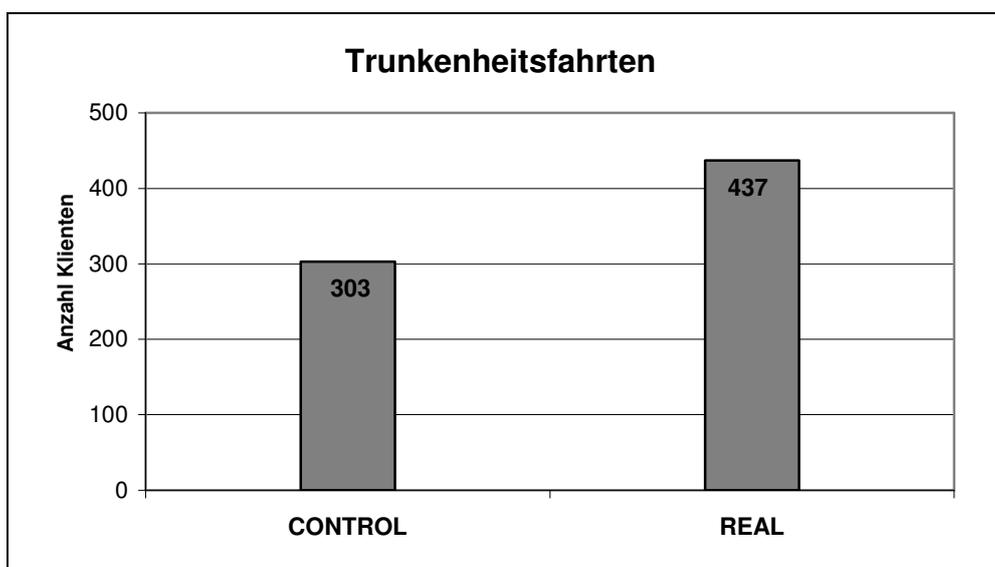


Abb.6.2-1: Klienten mit Trunkenheitsfahrten getrennt für die Programme CONTROL/REAL, N=746.

Tab. 6.2-5: Tageszeit der Trunkenheitsfahrt getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N = 722.

Tageszeit in h:	CONTROL		REAL		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
00.00 – 06.00	151	50.8	132	31.1	283	39.2
06.00 – 12.00	22	7.4	41	9.6	63	8.7
12.00 – 18.00	20	6.7	88	20.7	108	15.0
18.00 – 24.00	104	35.1	164	38.6	268	37.1
gesamt	297	100	425	100	722	100

Tab. 6.2-6: Trunkenheitsfahrt mit Restalkohol getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N = 736.

Restalkohol:	CONTROL		REAL		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
ja	24	8.0	74	17.0	98	13.3
nein	277	92.0	361	83.0	638	86.7
gesamt	301	100	435	100	736	100

Tab. 6.2-7: Trunkenheitsfahrt mit und ohne Unfallfolge getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N = 742.

Trunkenheitsfahrt mit Unfallfolge:	CONTROL		REAL		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
ja	114	37.5	141	32.2	255	34.4
nein	190	62.5	297	67.8	487	65.6
gesamt	304	100	438	100	742	100

6.2.2.2. Blutalkoholkonzentration

Im Durchschnitt betrug die Blutalkoholkonzentration (BAK) der Klienten 1.9‰ (SD = 0.48). Der Mittelwert der BAK liegt damit für Klienten des Programms REAL bei 2.1‰ (SD = 0.51) und damit deutlich über dem Mittelwert der Klienten von CONTROL, die durchschnittlich 1.7‰ (SD = 0.38) BAK aufwiesen (s. Tab. 6.2-8). Auch dieser Befund macht auf die Bedeutung unterschiedlicher Behandlungsprogramme aufmerksam.

Tab. 6.2-8: Blutalkoholkonzentration der Klienten getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N = 732.

BAK in ‰:	CONTROL		REAL		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
< 1.0	13	4.3	11	2.5	24	3.3
1.0 – 1.6	64	21.4	47	10.9	111	15.2
1.6 – 2.0	159	53.0	145	33.6	304	41.5
2.0 – 2.4	52	17.3	136	31.5	188	25.7
2.4 – 2.8	11	3.7	71	16.4	82	11.2
2.8 – 3.4	1	0.3	21	4.9	22	3.0
> 3.4	--	--	1	0.2	1	0.1
gesamt	300	100	432	100	732	100

6.2.2.3. Weitere Verkehrsdelikte

Neben der Trunkenheitsfahrt wurden 137 Klienten (18.5%) zusätzlich durch weitere Verkehrsdelikte (Nötigung, Unfallflucht, etc.) auffällig. In der Gruppe CONTROL fielen 59 Personen (19.5%) durch zusätzliche Verkehrsdelikte auf, in der Gruppe REAL waren es 78 Klienten (17.8%).

Die Art der Verkehrsauffälligkeit zeigt Tabelle 6.2.-9 (Mehrfachnennungen waren möglich). „Unfallflucht“, „Gefährdung des Straßenverkehrs“ und „Fahren ohne Fahrerlaubnis“ stellten die häufigsten Delikte bzw. Straftaten dar.

Tab. 6.2-9: Anzahl weiterer Verkehrsdelikte der Klienten getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N = 741.

Verkehrsdelikte:	CONTROL		REAL		gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fahren ohne Fahrerlaubnis	7	9.9	19	21.8	26	16.5
Unfallflucht	24	33.8	34	39.2	58	36.7
fahrlässige Tötung (Unfall)	2	2.8	1	1.1	3	1.9
fahrlässige Körperverletzung (Unfall)	3	4.2	5	5.7	8	5.1
Nötigung	--	--	3	3.4	3	1.8
Gefährdung des Straßenverkehrs	20	28.2	14	16.2	34	21.5
gefährlicher Eingriff in den Straßenverkehr	8	11.3	3	3.4	11	7.0
Straftat nach dem Pflichtversicherungsgesetz	2	2.8	--	--	2	1.3
sonstiges	5	7.0	8	9.2	13	8.2
gesamt	71	100	87	100	158	100

6.2.3. Fahrpraxis

Wir wenden uns hier der Fahrpraxis der Klienten zu, die wir unter folgenden Aspekten beleuchten möchten: „Führerschein auf Probe“, „erstmaliger Erwerb der Fahrerlaubnis“ und der „Fahrleistung pro Jahr“.

Zunächst wurde ermittelt, wie viele Probanden zum Zeitpunkt der Datenerhebung einen „Führerschein auf Probe“ besaßen. Von 743 Personen traf dies lediglich auf 33 (4.4%) zu. Einen „Führerschein auf Probe“ besaßen in der Gruppe CONTROL 19 Personen (6.3%). Lediglich 14 Klienten (3.2%), die an der Rehabilitation REAL teilnahmen, oblagen im Erhebungszeitraum einer „Probezeit“.

614 Klienten gaben Auskunft darüber, wie viel Zeit seit dem erstmaligen Erwerb der Fahrerlaubnis zu Beginn des Programms verstrichen war (s. Tab. 6.2-10). Durchschnittlich betrug diese Zeit für alle Klienten 20.5 Jahre (SD=11.7). Klienten des Programms CONTROL besaßen durchschnittlich 17.8 Jahre (SD=11.5) die Fahrerlaubnis, Personen im Programm REAL 22.4 Jahre (SD=11.6). Klienten des Programms REAL waren demnach durchschnittlich 4.6 Jahre länger im Besitz einer Fahrerlaubnis als die Klienten des Programms CONTROL.

Tab. 6.2-10: Zeitraum des erstmaligen Führerscheinerwerbs (FE) bis zur Programmteilnahme der Klienten getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N = 614.

FE Erwerb in Jahren	CONTROL		REAL		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
< 2	10	3.9	5	1.4	15	2.4
2 – 5	24	9.4	20	5.6	44	7.2
5 – 10	39	15.4	33	9.2	72	11.7
10 – 15	59	23.2	53	14.7	112	18.2
15 – 20	27	10.6	55	15.3	82	13.4
20 – 25	33	13.1	63	17.5	96	15.6
> 25	62	24.4	131	36.3	193	31.5
gesamt	254	100	360	100	614	100

727 Klienten machten Angaben über ihre „Fahrleistung pro Jahr“. Die durchschnittliche Fahrleistung der Klienten insgesamt lag bei 31.300 km/pro Jahr. In der Gruppe CONTROL fuhren die Klienten durchschnittlich 32.200 km, in der Gruppe REAL fiel die gemittelte Km-Leistung mit 30.700 km um 1.500 km/pro Jahr geringer aus.

Tab. 6.2-11: Fahrleistung pro Jahr (in Tsd. Km) der Klienten getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N = 727.

km in Tsd.	CONTROL		REAL		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
< 5	12	4.0	23	5.4	35	4.8
5 – 20	146	48.8	223	52.1	369	50.8
20 – 50	111	37.2	138	32.2	249	34.3
50 – 100	20	6.7	29	6.8	49	6.7
> 100	10	3.3	15	3.5	25	3.4
gesamt	299	100K	428	100	727	100

6.2.4. Frühere verkehrsrelevante Delikte und Delikte außerhalb des Straßenverkehrs

In den vorangegangenen Kapiteln bezogen sich die Betrachtungen auf den aktuellen verkehrsrelevanten Anlass für eine Rehabilitation. Dazu wurden die aktuellen „Trunkenheitsfahrten“, „Tageszeit der Trunkenheitsfahrt“, evtl. weitere Verkehrsdelikte, etc. dargestellt. Darüber hinaus wollten wir in Erfahrung bringen, ob in der Vorgeschichte bzw. in der Vergangenheit, „frühere Trunkenheitsfahrten“ oder andere Verkehrsdelikte, bei den Klienten eine Rolle spielten. Die folgenden Tabellen geben einen Überblick über frühere verkehrsrelevante Delikte und Straftaten der Klienten, wie Trunkenheitsfahrten und andere Verkehrsdelikte, Delikte und Straftaten außerhalb des Straßenverkehrs, „aggressiver und sozialwidriger Art“ und nach dem Betäubungsmittelgesetz (BTM).

Bei 302 Klienten (40.7%) zeigte sich, dass sie bereits früher wegen einer oder mehrerer Trunkenheitsfahrten (s. Tab. 6.2-12) auffällig wurden. In der Gruppe CONTROL hatten 21.2% der Klienten mindestens eine frühere Trunkenheitsfahrt und 30% der Rehabilitanden der Gruppe REAL wurden durch mindestens eine Fahrt unter Alkoholeinfluss auffällig. Durchschnittlich lag die Anzahl für frühere Trunkenheitsfahrten bei 0.76 ($SD = 1.7$).

Tab. 6.2-12: Frühere Trunkenheitsfahrten der Klienten getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N = 742.

frühere Trunkenheitsfahrten:	CONTROL		REAL		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
keine	208	68.9	232	52.7	440	59.3
1	64	21.2	132	30.0	196	26.4
2	16	5.3	43	9.8	59	8.0
3	6	2.0	15	3.4	21	2.7
4	3	1.0	10	2.3	13	1.8
5 und mehr	5	1.6	8	1.8	13	1.8
gesamt	302	100	440	100	742	100

Zu früheren Verkehrsdelikten gaben 744 Klienten Auskunft. Hier zeigte sich insbesondere, dass in den Gruppen CONTROL und REAL mehr als 80% der Klienten unauffällig waren (s. Tab. 6.2-13).

Tab. 6.2-13: Frühere Verkehrsdelikte der Klienten getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N = 744.

frühere Verkehrsdelikte:	CONTROL		REAL		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
keine	257	84.8	363	82.3	620	83.3
1	23	7.6	38	8.6	61	8.2
2	12	4.0	26	5.9	38	5.1
3 und mehr	11	3.6	14	3.2	25	3.4
gesamt	303	100	441	100	744	100

In Bezug auf frühere Delikte außerhalb des Straßenverkehrs (s. Tab. 6.2-14) zeigten sich bei 740 Klienten (91.3%) keine „aggressiven oder sozialwidrigen Delikte“ bzw. Straftaten. Verstöße gegen das BTM (2.6%) kamen am häufigsten vor.

Tab. 6.2-14: Delikte außerhalb des Straßenverkehrs der Klienten getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N = 740.

andere Delikte:	CONTROL		REAL		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
keine	274	92.6	402	90.5	676	91.3
aggressive Delikte	4	1.4	5	1.1	9	1.2
sozialwidrige Delikte	4	1.4	7	1.6	11	1.5
aggressive Delikte	2	0.6	11	2.5	13	1.8
sozialwidrige Straftaten	3	1.0	9	2.0	12	1.6
BTM-Verstoß	9	3.0	10	2.3	19	2.6
gesamt	296	100	444	100	740	100

6.2.5. Bisherige verkehrsrelevante Sanktionen

Nachdem die aktuellen und früheren Auffälligkeiten der Klienten eruiert und dargestellt wurden, soll hier ein Überblick gegeben werden, mit welchen Sanktionen, in Form von Fahrverboten und Fahrerlaubnisentzug, die Klienten bereits belegt wurden. Von 740 bzw. 744 Klienten konnten hierzu Daten erhoben werden. 602 Klienten (81.4%) wurden bisher noch nie mit einem Fahrverbot belegt (s. Tab. 6.2-15), während die Fahrerlaubnis 67.7% der Klienten mindestens einmalig entzogen wurde (s. Tab. 6.2-16). Der Mittelwert innerhalb der Gruppen differiert und beträgt für CONTROL 0.73 (SD=0.8) und für die Gruppe REAL 1.1 (SD=1.0).

Tab. 6.2-15: Anzahl bisheriger Fahrverbote der Klienten getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N = 740.

bisherige Fahrverbote:	CONTROL		REAL		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
keine	251	82.8	351	80.3	602	81.4
1	35	11.6	59	13.5	94	12.7
2	12	4.0	19	4.4	31	4.2
3 und mehr	5	1.6	8	1.8	13	1.7
gesamt	303	100	437	100	740	100

Tab. 6.2-16: Häufigkeit des Entzugs der Fahrerlaubnis der Klienten getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N = 744.

Entzug der Fahrerlaubnis:	CONTROL		REAL		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
kein	128	42.2	112	25.4	240	32.3
1	137	45.3	219	49.7	356	47.8
2	32	10.6	78	17.6	110	14.8
3	4	1.3	23	5.2	27	3.6
4	1	0.3	7	1.6	8	1.1
5 und mehr	1	0.3	2	0.5	3	0.4
gesamt	303	100	441	100	744	100

6.2.6. Medizinische Auffälligkeiten und angegebene Abstinenz

Die Klienten wurden zu Beginn der Rehabilitation nach medizinischen Auffälligkeiten wie Leberschäden, Drogenvorgeschichte und Medikamentenmissbrauch befragt, sowie ob und wie lange sie bereits auf Alkohol verzichten würden. Als Hauptinformationsquelle dienten jedoch die MPU-Gutachten. In Tabelle 6.2-17 sind die Ergebnisse dargestellt. Von 690 Klienten konnten Daten zu medizinischen Auffälligkeiten erhoben werden, Mehrfachnennungen waren möglich. 84.8% der Klienten insgesamt waren medizinisch unauffällig, bei 83 Klienten (12%) lagen auffällige Leberwerte oder eine Leberschädigung vor. Dabei waren Klienten des Programms REAL überproportional häufig betroffen im Vergleich zu Klienten des Programms CONTROL.

Tab. 6.2-17: Medizinische Auffälligkeiten der Klienten getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N = 690.

medizinische Auffälligkeiten:	CONTROL		REAL		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
keine	241	89.6	344	81.7	585	84.8
auffällige Leberwerte	15	5.6	45	10.7	60	8.7
Leberschädigung	5	1.8	18	4.3	23	3.3
Drogenvorgeschichte	8	3.0	11	2.6	19	2.8
Medikamentenmissbrauch	0	--	3	0.7	3	0.4
gesamt	269	100	421	100	690	100

743 Klienten machten Angaben darüber, ob und wie lange sie bereits keinen Alkohol mehr zu sich nahmen (s. Tab. 6.2-18). Insgesamt waren 46.7% der Probanden nicht abstinent. Differenziert man auch hier nach Gruppen, dann zeigt sich der erwartete Befund: Der Anteil nicht abstinenter Klienten in der Gruppe CONTROL (76.4%) ist wesentlich höher als in der Gruppe REAL (26.5%). Dies entspricht den unterschiedlichen Konzeptionen der Reha-Programme. Durchschnittlich waren alle Klienten 4.1 (SD=10.1) Monate abstinent. Der Mittelwert für die Gruppe CONTROL beträgt 1.0 (SD=2.4) und für die Gruppe REAL 6.1 (SD=12.5) Monate.

Tab. 6.2-18: Angegebene Abstinenz der Klienten getrennt nach den Programmen CONTROL / REAL und gesamt, N = 743.

Abstinenz in Monaten:	CONTROL		REAL		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
0	230	76.4	117	26.5	347	46.7
bis 3	36	12.0	123	27.8	159	21.4
bis 6	21	7.0	67	15.2	88	11.8
bis 9	8	2.7	51	11.5	59	7.9
bis 12	4	1.3	37	8.4	41	5.6
über 12	2	0.6	47	10.6	49	6.6
gesamt	301	100	442	100	743	100

6.3. Ermittlung der Abbrecherquote

Im Zeitraum der Datenerhebung haben 837 Klienten an der Evaluation teilgenommen. Wie viele der Klienten in diesem Zeitraum die Rehabilitation abgebrochen haben und aus welchem Grund, soll nachfolgend betrachtet werden:

Insgesamt kann festgestellt werden, dass von 837 Klienten 77 vorzeitig aus dem Rehabilitationsprogramm ausgestiegen sind oder seitens des Verkehrstherapeuten von der Rehabilitation ausgeschlossen wurden. Auf der Grundlage dieser Daten errechnet sich eine Abbrecherquote von 9.2%.

Betrachteten wir nun die Gründe für den Abbruch der Rehabilitationen: Von 25 Klienten (32.5%) konnten keine näheren Informationen eingeholt werden. Es kann hier nur festgestellt werden, dass die Abbrüche in der Regel nach der ZM-Phase erfolgten oder in den ersten Stunden der Rehabilitation. 20 Klienten (26%) mussten die Rehabilitation vorzeitig beenden, weil ihnen keine ausreichenden Geldmittel mehr zur Verfügung standen oder kündigten schriftlich, ohne weitere Angabe von Gründen. 17 Klienten (22.1%) wurden von den Verkehrstherapeuten direkt ausgeschlossen, da sie sich weigerten, die fälligen Rehabilitationskosten zu begleichen. Von 77 Abbrechern konnten 13% nicht bis zum Ende teilnehmen, weil 2 Klienten inhaftiert wurden, 3 verstarben, 4 verzogen sind und einer ob eines Unfalls sein Bein verlor. 4 Klienten (5.2%) bestanden vorzeitig die MPU und ein Klient (1.3%) verzichtete freiwillig auf die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis.

6.4. MPU-Bestehensquote

Ein Großteil der Klienten erzielte nach Beendigung der Rehabilitationsprogramme ein positives MPU-Gutachten. 520 von 551 erreichten Klienten berichten nach Selbstaussagen ein positives Gutachten. Dieses entspricht einer Quote von 94.4%. Getrennt nach den Reha-Programmen erzielten 93.6% der Klienten des Programms CONTROL ein positives MPU-Ergebnis und 94.9% der Klienten des Programms REAL. Die nominale Verteilung ist u.a. Tabelle 6.4-1 zu entnehmen. Die Unterschiede zwischen den Programmen sind statistisch nicht bedeutsam, $\chi^2_1 = .41$, $p = .52$. worden. Durchschnittlich lag die Anzahl für frühere Trunkenheitsfahrten bei 0.76 ($SD = 1.7$).

Tab. 6.4-1: MPU-Ergebnisse nach Selbstauskunft für die Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N=551.

	CONTROL		REAL		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Positives MPU-Ergebnis	221	93.6	299	94.9	520	94.4
Negatives MPU-Ergebnis	15	6.4	16	5.1	31	5.6
gesamt	236	100	315	100	551	100

Als zusätzliches Maß für die Bestehensquote kann ebenfalls noch die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis betrachtet werden, wenn man davon ausgeht, dass eine positive MPU eine Voraussetzung für die Wiedererteilung darstellt. 540 Klienten gaben Ihr Einverständnis zur Abfrage im Verkehrszentralregister des KBA, um das innerhalb der Post-Messung gebeten wurde. Davon konnten bei 414 Klienten eindeutige Auskünfte über die Wiedererlangung der Fahrerlaubnis vom KBA gegeben werden. Bei 398 (96.1%) Klienten erfolgte eine Wiedererteilung der Fahrerlaubnis. Das Rehabilitationsprogramm CONTROL erzielte einen Wert von 96.9%, das Programm REAL einen Wert von 95.0%. Auch hier sind die Unterschiede statistisch nicht bedeutsam, $\chi^2_1 = .82$, $p = .37$.

Die Befunde zeigen, dass die Selbstauskünfte sehr ehrlich erfolgten, da beide Maße stark miteinander korrespondieren. Offen bleibt jedoch die Frage, warum die KBA-Quote höher ausfällt als die der Selbstauskünfte. Zum einen können hier Stichprobeneffekte eine Rolle spielen. Auf der anderen Seite ist aber auch denkbar, dass für die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis nicht in allen Fällen eine positive MPU-Begutachtung zwingend notwendig war.

Vergleicht man diese Quoten mit Ergebnissen aus anderen Studien, so zeigt sich die hohe Wirksamkeit der Rehabilitationen. Neuere Erhebungen, z.B. IVT-Hö (1994), VPP (1997) und PRO-NON (1999) berichten Werte zwischen 85.1% und 96.2% nach Absolvierung eines Rehabilitationsprogramms. Eine MPU-Quote von 94.4% positiv Begutachteter wie in unserem Fall spricht demnach für die hohe Effizienz bzw. Wirksamkeit der Rehabilitationen REAL und CONTROL.

6.5. Ergebnisse der Legalbewährung

Die Legalbewährung, als externes Erfolgskriterium, soll eine Aussage über die Nachhaltigkeit der Rehabilitationen ermöglichen, d.h. die Frage beantworten, ob die Klienten in einem definierten Beobachtungszeitraum wieder auffällig werden. Diese Vorgehensweise wurde bereits in anderen Studien (z.B. IVT-Hö, 1994; VPP, 1997; PRO-NON, 1999) erfolgreich angewandt und wird zudem von der BAST im so genannten „Leitfaden zur Anerkennung von Kursen gemäß § 70 FeV“ (Schmitt und Pfafferott, 2002) als probates Mittel, zum Nachweis des Erfolges von Nachschulungen für alkoholauffällige Kraftfahrer, empfohlen.

Beobachtet wurden die Klienten über einen Zeitraum von 36 Monaten, nach Wiedererteilung der Fahrerlaubnis. Verzugszeiten (Zeitspanne zwischen Tat und Eingang im VZR) wurden vom Kraftfahrt-Bundesamt berücksichtigt. Um zudem eine differenzierte Aussage über die Nachhaltigkeit der Rehabilitationen treffen zu können, wurden Rückfälligkeiten zwei Perioden zugeordnet: a) Rückfälligkeiten zwischen 1 und 24 Monaten und b) Rückfälligkeiten zwischen 25 und 36 Monaten.

Von der Gesamtstichprobe (N=837) der Evaluationsstudie gaben 540 Klienten der Programme CONTROL und REAL ihre Einwilligung dazu, Ermittlungen im Verkehrszentralregister, bzgl. erneuter Alkohol-, Drogen- oder Punkteauffälligkeiten, durchführen zu lassen. Von dieser sogenannten „Gesamt-Legalbewährungs-Stichprobe (GLS)“ konnte das Kraftfahrt-Bundesamt für 488 Personen Erfolgskriterien im VZR ermitteln. Die restlichen 52 Klienten konnten nicht eindeutig identifiziert werden oder waren nicht im VZR registriert. Gründe dafür, warum für diese Klienten keine „Treffer“ im VZR erzielt werden konnten, sind hauptsächlich darin zu sehen, dass die personenbezogenen Angaben unvollständig oder nicht mehr aktuell waren. Die Differenz (N=297) zwischen GLS und Gesamtstichprobe der Studie ist methodisch nicht zu kontrollieren bzw. zu verhindern gewesen, da keine gesetzliche Grundlage existiert, die die Probanden zur Teilnahme an der Legalbewährung verpflichtet hätte.

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der KBA-Ermittlungen für die GLS dargestellt. Im Anschluss daran findet eine differenzierte Analyse der KBA-Ermittlungen getrennt nach den o.g. Beobachtungszeiträumen statt.

6.5.1. Auffälligkeiten im gesamten Beobachtungszeitraum (1-36 Monate)

Von 488 Klienten der Programme CONTROL und REAL wurden lediglich 19 Personen wegen Alkohol am Steuer erneut auffällig. Dies entspricht einer Rückfallquote von 3.9% für die GLS (N=488). Die Quoten für andere Verkehrsauffälligkeiten (Punkte) oder Drogenauffälligkeit sind in der Tabelle 6.5-1 zusammengefasst.

Tab. 6.5-1: Anzahl Klienten (N) und Rückfallquoten (%) für Alkohol-, Punkte- oder Drogenauffälligkeit beider Programme im Beobachtungszeitraum von 36 Monaten, N=488.

	Gesamtstichprobe	
	Anzahl (N)	Rückfallquote (%)
keine Auffälligkeiten	374	76.6
Alkoholauffälligkeit	19	3.9
Punkteauffälligkeit	94	19.3
Drogenauffälligkeit	1	0.2
gesamt	488	100

Gemäß dem Leitfaden der BAST sollte eine Rückfallquote (Alkoholauffälligkeit) nicht über 18.8% liegen (Schmitt und Pfafferott, 2002). Dieser Referenzwert geht auf die Ergebnisse von Winkler et al. (1988) zurück. Angesichts dieser Vorgabe erzielten die Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL ein gutes Ergebnis und können zu Recht als nachhaltig wirksam bezeichnet werden. Im Vergleich zu aktuelleren Studien zeigt sich zudem, dass eine Rückfallquote von 3.9% als beachtlich angesehen werden kann. Die Rückfallquoten anderer Programme für alkoholauffällige Kraftfahrer, z.B. IVT-Hö (1994), VPP (1997) und PRONON (1999) lagen zwischen 3.6% und 6.4% (36 Monate nach Wiedererteilung der Fahrerlaubnis).

Wie bereits erwähnt, ermittelte das KBA, neben erneuter Alkoholauffälligkeiten im Straßenverkehr, auch Auffälligkeiten in anderen verkehrsrelevanten Bereichen. Wegen „Drogenkonsums am Steuer“ wurde lediglich ein Klient auffällig. Die häufigste Ordnungswidrigkeit war „Geschwindigkeitsübertretung“. Von 488 Klienten fielen im gesamten Beobachtungszeitraum 63 Personen durch „Überschreitungen der zulässigen Höchstgeschwindigkeit“ auf. Bei den Straftaten lag die höchste Auffälligkeitsrate bei „Fahren ohne Fahrerlaubnis“ (N=7). Eine zusammenfassende Darstellung über weitere Ordnungswidrigkeiten und Straftaten wird in Tabelle 6.5-2 gegeben (Mehrfachnennung-

gen waren möglich). Mit einem erneuten „Entzug der Fahrerlaubnis“ wurden 57.9% (N=11) der alkoholauffälligen Klienten sanktioniert.

Tab. 6.5-2: Weitere Verkehrsauffälligkeiten (Punkte) der Gesamt-Legalbewährungs-Stichprobe (GLS), getrennt nach Ordnungswidrigkeiten (OWiG) und Straftaten (St), N=488.

	GLS	
	N	%
Keine Punkteauffälligkeit	386	79.0
OWiG: Geschwindigkeit	63	12.9
OWiG: Vorfahrt	5	1.1
OWiG: Sicherheitsabstand	5	1.1
OWiG: Überholen	4	0.8
OWiG: Ladung ungesichert	3	0.6
OWiG: Rotlicht missachtet	3	0.6
OWiG: Abbiegen (verkehrswidrig)	3	0.6
OWiG: keine ASU oder HU	2	0.4
OWiG: Betriebserlaubnis erloschen	1	0.2
St: Keine Fahrerlaubnis	7	1.4
St: Unfallflucht	5	1.1
St: Körperverletzung (Unfall)	1	0.2
gesamt	488	100

Statistisch gesehen verbirgt sich hinter jeder entdeckten Trunkenheitsfahrt eine Dunkelziffer von 100 bis 600 Trunkenheitsfahrten. Klopff (2002) berichtet, dass Teilnehmer einer österreichischen Nachschulung Bekenntnisse von 1000 bis 2000 unentdeckten Trunkenheitsfahrten ablegten. Damit stellt sich u.a. die Frage, wie Trunkenheitsfahrten entdeckt werden? Aus den Ermittlungen des Kraftfahrt-Bundesamts lässt sich hierzu Folgendes beitragen:

Von den 19 alkoholauffälligen Klienten, waren ca. 42% (N=8) gleichzeitig in einen Unfall verwickelt. Ordnungswidrigkeiten oder Straftaten konnten 5 alkoholauffälligen Probanden zugewiesen werden, diese standen jedoch nicht, vom Tatzeitpunkt her gesehen, in Verbindung mit einer Trunkenheitsfahrt. Bei 6 erneut alkoholauffälligen Klienten konnte neben der Trunkenheitsfahrt weder ein Unfall noch eine Ordnungswidrigkeit

oder Straftat festgestellt werden. Das bedeutet, dass ca. 58% der rückfälligen Klienten durch Verkehrskontrollen der Polizei oder anders, nicht aber in Verbindung mit (oder durch) weitere Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten, erneut mit Alkohol am Steuer auffällig wurden. Dieses spricht für eine vergleichsweise hohe Kontrolldichte und untermauert die gefundenen positiven Ergebnisse der Legalbewährung.

6.5.1.1. Ergebnisse der Legalbewährung getrennt nach CONTROL und REAL

Eine Aufschlüsselung nach Rehabilitationsprogrammen zeigt, dass 5 Klienten der Gruppe CONTROL und 14 Klienten der Gruppe REAL auffällig wurden. Die Rückfallquote der Gruppe REAL liegt demnach mit einem Anteil von 5.4% höher als in der Gruppe CONTROL, die einen Wert von 2.3% erreicht.



Abb.6.5-1: Rückfallquoten (Alkoholauffälligkeit) der Gruppen CONTROL und REAL im Beobachtungszeitraum von 36 Monaten, N=488.

„Drogenauffälligkeit“ konnte im Beobachtungszeitraum lediglich einmal, bei einem Klienten der Rehabilitation CONTROL, ermittelt werden.

Wie bereits oben berichtet, zeigen sich bei 21% der Klienten beider Programme Punkteauffälligkeiten. Obwohl die Unterschiede statistisch nicht bedeutsam sind, deuten die Ergebnisse deskriptiv darauf hin, dass Teilnehmer des Programms CONTROL insgesamt auffälliger sind, als Klienten des Programms REAL (s. Tab. 6.5-3, Mehrfachnennungen waren möglich).

Tab. 6.5-3: Weitere Verkehrsauffälligkeiten (Punkte) getrennt nach Ordnungswidrigkeiten (OwiG), Straftaten (St), für die Programme CONTROL und REAL und gesamt, N=488.

	CONTROL		REAL		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Keine Punkteauffälligkeit	177	78.8	209	79.5	386	79.0
OwiG: Geschwindigkeit	32	14.3	31	11.6	63	12.9
OwiG: Vorfahrt	5	2.2	--	--	5	1.1
OwiG: Sicherheitsabstand	3	1.3	2	0.8	5	1.1
OwiG: Überholen	1	0.4	3	1.1	4	0.8
OwiG: Ladung (nicht verkehrssicher)	1	0.4	2	0.8	3	0.6
OwiG: Rotlicht missachtet	1	0.4	2	0.8	3	0.6
OwiG: Abbiegen (verkehrswidrig)	--	--	3	1.1	3	0.6
OwiG: keine ASU oder HU	--	--	2	0.8	2	0.4
OwiG: Betriebserlaubnis erloschen	--	--	1	0.4	1	0.2
St: Keine Fahrerlaubnis	2	0.9	5	1.9	7	1.4
St: Unfallflucht	3	1.3	2	0.8	5	1.1
St: Körperverletzung (Unfall)	--	--	1	0.4	1	0.2
gesamt	225	100	263	100	488	100

Von der GLS wurden lediglich 5 Klienten im „ersten Beobachtungszeitraum“ (1-24 Monate) wegen erneuter Trunkenheitsfahrt auffällig. Weit mehr Klienten wurden innerhalb der zweiten Periode rückfällig, d.h. im Beobachtungszeitraum zwischen 25 und 36 Monate.

Wie sich diese Auffälligkeiten innerhalb der beiden Beobachtungszeiträume darstellen, soll nun behandelt werden.

6.5.2. Rückfallquoten und Art der Auffälligkeit im ersten Beobachtungszeitraum (1-24 Monate)

Die ersten Ermittlungen der Erfolgskriterien des KBA bezogen sich auf die ersten 24 Monate nach Ende der Rehabilitation des jeweiligen Programms bzw. nach Wiedererteilung der Fahrerlaubnis. Betrachten wir zunächst erneute Alkoholauffälligkeit, so stellen wir fest, dass Klienten des Programms REAL eine höhere Rückfallquote (1.5%) aufweisen, als Klienten des Programms CONTROL (0.4%).

Betrachtet man hingegen das weitere verkehrsauffällige Verhalten („Punkte“) der Klienten, so liegt die Quote bei Klienten des Programms CONTROL mit 8.1% deutlich höher als bei der Gruppe REAL (5.7%). Drogenauffälligkeit konnte nur bei einem Klienten der Rehabilitation CONTROL beobachtet werden. Alle Rückfallquoten bzw. Auffälligkeiten und weitere Angaben können der Tab. 6.5-4 entnommen werden.

Tab. 6.5-4: Anzahl Klienten (N) und Rückfallquoten (%) für Alkohol-, Punkte- oder Drogenauffälligkeit im Beobachtungszeitraum 1-24 Monate, getrennt nach den Programmen CONTROL und REAL, N=488.

	CONTROL		REAL	
	N	%	N	%
keine Auffälligkeiten	205	91.1	244	92.8
Alkoholauffälligkeit	1	0.4	4	1.5
Punkteauffälligkeit	18	8.1	15	5.7
Drogenauffälligkeit	1	0.4	--	--
Summen	225	100	263	100

6.5.3. Rückfallquoten und Art der Auffälligkeit im zweiten Beobachtungszeitraum (25-36 Monate)

Trotz der geringen Rückfallquote kann konstatiert werden, dass im Laufe des zweiten Beobachtungszeitraums, in beiden Gruppen, die Anzahl an rückfälligen Probanden zugenommen hat. So wurden in der Gruppe CONTROL 3 weitere Klienten mit einer Trunkenheitsfahrt im VZR ermittelt, bei der Rehabilitation REAL waren es 6 Rehabilitanden (s. Tab. 6.5-5). Verglichen mit dem ersten Beobachtungszeitraum, setzte sich in der zweiten Periode (25-36 Monate Beobachtung) der Trend fort, dass nämlich mehr Probanden der Gruppe REAL (3.9%) durch erneute Trunkenheitsfahrten auffällig wurden als Klienten der Gruppe CONTROL (1.9%).

Auch bei den weiteren Verkehrsauffälligkeiten („Punkte“) zeichnete sich die bekannte Tendenz ab. Klienten der Rehabilitation CONTROL fielen (prozentual) häufiger mit Verkehrsdelikten auf als die Probanden aus der Gruppe REAL. Für beide Gruppen gilt außerdem, dass keine weiteren Drogendelikte mehr ermittelt werden konnten. Alle Ergebnisse zu Rückfallquote und Auffälligkeiten im zweiten Beobachtungszeitraum können der Tabelle 6.5-5 entnommen werden.

Tab. 6.5-5: Anzahl Klienten (N) und Rückfallquoten (%) für Alkohol-, Punkte- oder Drogenauffälligkeit im Beobachtungszeitraum 25-36 Monate, getrennt nach den Programmen CONTROL und REAL, N=488.

	CONTROL		REAL	
	N	%	N	%
keine Auffälligkeiten	192	85.3	221	84.0
Alkoholauffälligkeit	4	1.9	10	3.9
Punkteauffälligkeit	29	12.8	32	12.2
Drogenauffälligkeit	--	--	--	--
Summen	225	100	263	100

6.5.4. Verschiebungseffekte

Die geringe Rückfallquote im Bereich der Alkoholauffälligkeit führt uns nun zu der Frage, ob andere verkehrsrelevante Ereignisse - anstelle des alkoholauffälligen Verhaltens -, der Probanden statistisch salient sind. Damit ist z.B. gemeint, dass Klienten im Beobachtungszeitraum vermehrt durch Drogendelikte zu Tage getreten sind. Um dies überprüfen zu können, sollen sowohl die Daten der Legalbewährung als auch die Vorgeschichtsdaten betrachtet werden.

Wir haben bereits gesehen (s. Punkt 6.5.1.), dass lediglich ein Klient der Rehabilitation CONTROL durch ein Drogendelikt auffällig geworden ist. Anhand der Legalbewährung ist nicht erkennbar, dass ein früherer Alkoholkonsum durch die Einnahme von Drogen kompensiert wurde, soweit dies verkehrspsychologisch von Interesse wäre. Im Hinblick auf die Dunkelziffer muss natürlich auch hier mit aller Vorsicht argumentiert werden. Trotzdem fällt auf, dass laut Eingangsvoraussetzungen 19 Klienten eine Drogenvorgeschichte aufweisen. Vor diesem Hintergrund erscheint eine einzige Drogenauffälligkeit, in der Beobachtungsphase, als vernachlässigbar und würde in diesem Bereich auf eine Legalbewährung von 94.74% hindeuten.

Im Bereich weiterer Verkehrsauffälligkeiten („Punkte“), während der Beobachtungszeit, lässt sich, verglichen mit den Vorgeschichtsdaten, sogar ein Trend zu weniger Verkehrsdelikten verzeichnen. Anhand der Eingangsvoraussetzungen haben wir gesehen, dass 137 Probanden, neben ihrer Trunkenheitsfahrt, weitere Verkehrsdelikte begangen haben. In der Beobachtungszeit waren es nur noch 94 Klienten, die durch Ordnungswidrigkeiten oder Straftaten aufgefallen sind. Dieses deutet generalisierende Effekte der Rehabilitationsprogramme an. Allerdings muss auch festgestellt werden, dass die Erhebungszeiträume der Vorgeschichtsdaten und der Legalbewährung unterschiedlich sind und somit ein Vergleich dieser beiden Parameter nur eingeschränkt möglich ist.

Es wurde bereits darauf aufmerksam gemacht, dass Klienten des Programms CONTROL, in beiden Beobachtungszeiträumen, häufiger durch Verkehrsdelikte auf sich aufmerksam machten, als die Probanden der Rehabilitation REAL. Vergleichen wir die Ergebnisse der Legalbewährung mit den Vorgeschichtsdaten, dann ist erkennbar, dass dieses Verhältnis bereits vor Beginn der Rehabilitation bestand. In der Gruppe CONTROL konnten 59 Klienten (19.5%) mit Verkehrsdelikten registriert werden. Zwar ist nominell der Anteil der Klienten mit Verkehrsdelikten in der Gruppe REAL (N=78) größer als bei den Probanden der Gruppe CONTROL, prozentual zeigt sich aber auch hier mit 17.8% der gleiche Trend wie in der späteren Katamnese, dass nämlich die Klienten der Rehabilitation CONTROL mehr Verkehrsverstöße begehen als die Rehabilitanden der Gruppe REAL.

6.6. Ergebnisse der psychologischen Skalen

6.6.1. Skalenanalysen

Im Folgenden stellen wir zunächst Ergebnisse der Skalenanalysen für die eingesetzten Messinstrumente dar. Obwohl es sich bei den Skalen grundsätzlich um etablierte Messinstrumente handelt, berichten wir an dieser Stelle interne Konsistenzen und Interkorrelationen als Indikatoren für die Reliabilität der Skalen. Dieses Vorgehen erscheint insofern notwendig, da es wichtig ist, nachzuweisen, dass die Skalen auch für die dargestellte Untersuchungspopulation reliabel sind.

Eine Ausnahme stellen die Skalen des Stressverarbeitungsfragebogens (SVF) von Janke et al. (1985) dar. Hier wurden insgesamt zwölf Subskalen eingesetzt, um die unterschiedlichen Facetten der Stressverarbeitung zu erheben. Um diese jedoch empirisch stringenter auswerten zu können, ist es notwendig, sog. Faktoren zweiter Ordnung zu ermitteln. Ising et al. (2001) schlagen beispielsweise folgende Faktoren zweiter Ordnung vor: „Positive Stressverarbeitung (Abwehr)“, „Positive Stressverarbeitung (Ablenkung)“, „Positive Stressverarbeitung (Kontrolle)“, sowie „Negative Stressverarbeitung“. Somit gilt es zu überprüfen, ob sich diese Faktoren höherer Ordnung auch in der hier vorliegenden Stichprobe replizieren lassen. Dieses geschieht mittels einer Faktorenanalyse (PFA).

6.6.1.1. Die Skalen des Stressverarbeitungsfragebogens (SVF)

Um die eingesetzten zwölf Skalen zur Stressverarbeitung zwecks weiterer Analysen in ihrer Datenstruktur zu reduzieren, wurde mit diesen eine Hauptachsenanalyse nach Hotelling (1933) mit anschließender orthogonaler Rotation (Varimax-Rotation) durchgeführt. Bei dieser sukzessiven Extraktionsmethode werden die Kommunalitäten in einem iterativen Prozess ermittelt. Es werden zunächst die Ladungen der Variablen im ersten Hauptachsenfaktor berechnet, danach die Ladungen im zweiten Faktor usw., bis alle Faktoren extrahiert sind. Bei der Hauptachsenanalyse wird nur derjenige Teil der Varianz der Variablen erklärt, der tatsächlich durch die Variablen bestimmt wird und als Kommunalitätsstartwerte in das Modell eingeführt (Floyd & Widaman, 1995; Tabachnik & Fidell, 2001).

Es ergeben sich drei Faktoren mit einem Eigenwert ≥ 1 . Diese erklären insgesamt 56.55% der Varianz. Tabelle 6.6-1 gibt die Ladungen der Subskalen auf die extrahierten Faktoren wieder.

Die Skalen können zu einem großen Teil den erwarteten Faktoren zugeordnet werden. So wird der von Ising et al. (2001) berichtete Faktor „negative Stressverarbeitung“ (Faktor 3) auch in der vorliegenden Stichprobe durch die Skalen „Fluchttendenz“, „Resignation“ und „Selbstbemitleidung“ repräsentiert. Es gibt keine substantiellen Doppel-ladungen ($a_{ij} \geq .50$). Auch der Faktor „Kontrolle“ (Faktor 2) kann als bestätigt angesehen werden. Auf diesen Faktor laden die Skalen „Reaktionskontrollversuche“, „Situationskontrollversuche“ und „positive Selbstinstruktion“ wie erwartet. Lediglich der erste Faktor beinhaltet Skalen, die von den Autoren ursprünglich zwei Faktoren zugeordnet wurden: „Abwehr“ und „Ablenkung“. Die Skalen zeigen in unserer Stichprobe ausnahmslos die höchsten Ladungen auf den ersten Faktor, wenngleich (Doppel-)Ladungen auch auf den übrigen Faktoren vorliegen. Bei unseren nachfolgenden Analysen wird diese „dreifaktorielle“ Lösung beibehalten. Die Skala „Vermeidungstendenz“ wird bei Ising et al. (2001) keinem der von ihnen postulierten Skalen höherer Ordnung zugeordnet. Auch bei unserer Faktorenanalyse ist die Zuordnung schwierig, da essen-tielle Ladungen auf dem zweiten und dritten Faktor vorliegen. Wir behandeln diese Skala weiterhin als Einzelskala. Von Ising et al. (2001) wurde analog mit dieser Skala verfahren.

Tab. 6.6-1: Rotierende Faktormatrix für die Stressverarbeitungsskalen mit dem Extraktionskriterium „Eigenwerte ≥ 1 “, $N=548$.

Subskalen	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Bagatellisierung	.69	.09	.15
Herunterspielen durch Vergleich mit Anderen	.52	.25	-.26
Schuldabwehr	.67	-.08	.18
Ablenkung von Situationen	.48	.29	.32
Suche nach Selbstbestätigung	.45	.44	.24
Situationskontrollversuche	-.05	.84	-.14
Reaktionskontrollversuche	.17	.72	.00
Positive Selbstinstruktion	.20	.76	-.28
Vermeidungstendenz	.14	.41	.51
Fluchttendenz	.16	-.02	.82
Resignation	.03	-.26	.81
Selbstbemitleidung	.17	-.08	.78

Somit ergeben sich für die weiteren Analysen vier Skalen zur Erfassung der diversen Stressverarbeitungsstrategien: „Positive Stressverarbeitung (Abwehr und Ablenkung)“, „positive Stressverarbeitung (Kontrolle)“, „Vermeidungstendenz“ sowie „negative Stressverarbeitung“.

6.6.1.2. Reliabilitäten der eingesetzten Messinstrumente

Die internen Konsistenzen (Cronbachs alpha) der verwendeten Skalen sind in Tabelle 6.6-2 dargestellt. Sie können im Großen und Ganzen als gut bis befriedigend angesehen werden. Einige Skalen des PSSI und die Skala TAS 2 (Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen) zeigen Werte, die als gerade noch befriedigend bezeichnet werden können. Die Skalen zur Erfassung von Kontrollüberzeugungen weisen zum ersten Messzeitpunkt ausreichende interne Konsistenzen auf.

Tab.6.6-2: Interne Konsistenzen (Cronbachs alpha) der eingesetzten Skalen zum ersten und letzten Messzeitpunkt (Prä- und Postmessung).

Skalen	Item-Zahl	Prämessung		Postmessung	
		N	alpha	N	alpha
SESA Selbstakzeptierung	29	566	.89	452	.91
IPC 1 Internalität / Kontrolle	8	601	.62	476	.71
IPC 2 Externalität / Machtlosigkeit	8	598	.67	479	.74
IPC 3 Externalität / Fatalismus	8	594	.69	480	.75
SVF 1 Pos. Stressverarbeitung: Abwehr / Ablenkung	30	589	.87	464	.90
SVF 2 Pos. Stressverarbeitung: Kontrolle	18	586	.89	474	.90
SVF 3 Vermeidungstendenz	6	599	.84	479	.87
SVF 4 Negative Stressverarbeitung	18	578	.90	473	.90
HAKEMP 1 Handlungsorientierung nach Misserfolg	12	594	.84	473	.85
HAKEMP 2 Handlungsorientierung bei Handlungsplanung	12	590	.86	473	.87
PSSI 1 selbstbestimmt – antisozial	10	597	.83	475	.83
PSSI 2 selbstkritisch – selbstunsicher	10	601	.70	478	.71
PSSI 3 ehrgeizig – narzisstisch	10	595	.76	471	.76
PSSI 4 kritisch – negativistisch	10	599	.76	473	.78

PSSI 5 spontan – borderline	10	599	.84	474	.85
PSSI 6 liebenswert – histrionisch	10	588	.81	471	.81
TAS 1 Schwierigkeiten bei Identifikation von Gefühlen	7	602	.85	514	.87
TAS 2 Schwierigkeiten bei Beschreibung von Gefühlen	5	598	.76	513	.77

Es fällt auf, dass durchgehend bei fast allen Skalen die Kennwerte zum zweiten Messzeitpunkt höher sind als zum ersten. Dieses könnte u. U. darin begründet sein, dass sich Trainingseffekte bei den Klienten eingestellt haben und sie zur Postmessung sicherer im Umgang mit den Fragebögen geworden sind. Auch durch die Stichprobenselektion bedingte statistische Artefakte können nicht ausgeschlossen werden.

Die Retestreliabilitäten (Korrelationen der Skalen zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt) sind entsprechend der Erwartungen hoch und ausnahmslos signifikant ($p < .001$). Den höchsten Wert weist die Skala „Handlungsorientierung bei Misserfolg“ (.75), den niedrigsten die Skala „Internalität/Kontrolle“ (.47) auf. Die eingesetzten Skalen sind also einerseits stabil, auf der anderen Seite sind sie genügend sensibel, um Veränderungen bei den Klienten bzw. Rehabilitationseffekte zu erfassen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die eingesetzten Messinstrumente bzgl. ihrer Skalenwerte eine gute Ausgangsposition bilden, die „Wirksamkeit“ der Rehabilitationen zu erfassen.

6.6.2. Wirksamkeit der Rehabilitationen bzgl. der psychologischen Variablen

Wie wir bereits oben ausgeführt haben, dient die vorliegende Untersuchung der Überprüfung von Wirksamkeit und Erfolg der Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL. Beides lässt sich unserer Meinung nach auf mehrere Arten nachweisen. Das härteste Kriterium für den Erfolg (Nachhaltigkeit) stellt sicherlich die Legalbewährung, jeweils 24 und 36 Monate nach Beendigung der Rehabilitationsprogramme dar. Klienten, die die Kursinhalte verinnerlicht und in ihrem Lebensalltag umgesetzt haben, sollten nicht weiter auffällig sein (s. Kap. 6.5.).

Darüber hinaus gibt es indirekte psychologische Indikatoren, die die Wirksamkeit der Rehabilitationen belegen können. Nach unserer Einschätzung können dieses die von uns verwendeten Messinstrumente am besten. Im Folgenden betrachten wir zunächst

Veränderungen vor und nach der Rehabilitation. Dieses geschieht einerseits varianzanalytisch, andererseits bedienen wir uns auch dem Verfahren der Effektstärkemessung, das sich als ein Standardverfahren bei der Erfassung von Therapie- bzw. Trainingserfolgen etabliert hat.

6.6.2.1. Wirksamkeit der Rehabilitationen – Varianzanalytische Auswertungen

Zeigen sich Unterschiede hinsichtlich der von uns eingesetzten Messinstrumente vor und nach der Rehabilitation? Dieser Frage gehen wir nun nach.

Hierzu werden zunächst abhängige *t*-Tests (Prä-Post) über die Messinstrumente hinweg gerechnet (s. Tab. 6.6-3).

Tab.6.6-3: *t*-Tests zum Vergleich der Mittelwertsunterschiede zwischen dem ersten und letzten Messzeitpunkt (MZP).

Variable	MW (1. und 2. MZP)	<i>t</i> -Wert	<i>df</i>	<i>p</i>
SESA Selbstakzeptierung	3.95 4.10	-6.63	395	<.001
IPC 1 Internalität/Kontrolle	4.62 4.65	-1.27	443	.21
IPC 2 Externalität/Machtlosigkeit	2.47 2.36	3.42	444	<.01
IPC 3 Externalität/Fatalismus	2.66 2.44	6.41	445	<.001
SVF 1 Pos. Stressverarbeitung: Abwehr/Ablenkung	3.44 3.27	4.52	444	<.001
SVF 2 Pos. Stressverarbeitung: Kontrolle	3.01 3.05	-2.07	429	<.05
SVF 3 Vermeidungstendenz	3.99 4.01	-.80	434	.42
SVF 4 Negative Stressverarbeitung	2.27 2.20	2.97	430	<.01
HAKEMP 1 Handlungsorientierung nach Misserfolg	1.58 1.64	-5.62	441	<.001
HAKEMP 2 Handlungsorientierung bei Handlungsplanung	1.74 1.78	-4.60	436	<.001
PSSI 1 selbstbestimmt – antisozial	1.62 1.63	-.74	442	.46
PSSI 2 selbstkritisch – selbstunsicher	1.90 1.83	4.05	447	<.001
PSSI 3 ehrgeizig – narzisstisch	1.91 1.93	-.87	437	.39
PSSI 4 kritisch – negativistisch	1.63 1.59	1.83	444	.07
PSSI 5 spontan – borderline	1.42 1.39	2.02	443	<.05

PSSI 6 liebenswertig – histrionisch	2.30 2.36	-2.81	436	< .01
TAS 1 Schwierigkeiten bei Identifikation von Gefühlen	2.09 1.96	4.19	448	< .001
TAS 2 Schwierigkeiten bei Beschreibung von Gefühlen	2.56 2.43	4.03	444	< .001

Die Wirksamkeit der Rehabilitation spiegelt sich in einer Vielzahl an signifikanten Ergebnissen wieder. „Selbstakzeptanz“, „positive Stressverarbeitung (Abwehr und Ablenkung)“, „Handlungsorientierung bei Misserfolg und Planung“ steigen signifikant an. Außerdem berichten Klienten nach der Rehabilitation über signifikant geringere „Externalität (Machtlosigkeit & Fatalismus)“, „negative Stressverarbeitung“ und „Vermeidungstendenzen“, sowie über weniger „Schwierigkeiten bei der Identifikation und Beschreibung von Gefühlen (TAS 1 und TAS 2)“. Auch die Skalen des PSSI (selbstkritisch-selbstunsicher, spontan-borderline sowie liebenswertig-histrionisch) weisen signifikante Veränderungen auf.

Es erfolgte hier eine sequentielle Testung. Um dieses zu berücksichtigen, bietet sich eine Korrektur des Signifikanzniveaus (Bonferroni-Korrektur) an. Demnach müsste das Signifikanzniveau hier von $p < .05$ auf $p < .05/\text{Anzahl der durchgeführten } t\text{-Test}$ erhöht werden. Dieses entspricht bei 18 durchgeführten t -Tests einer neuen Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .003$.

Bei diesem Vorgehen zeigen sich bei den Skalen „SESA“, „IPC (Externalität/Machtlosigkeit)“, „IPC (Fatalismus)“, „Vermeidungstendenz“, „Handlungsorientierung nach Misserfolg“, „Handlungsorientierung bei der Handlungsplanung“, „PSSI (selbstkritisch-selbstunsicher)“ und den beiden Skalen der „TAS“ signifikante Mittelwertsunterschiede in der erwarteten Richtung. Die „Selbstakzeptanz“, „Handlungsorientierung nach Misserfolg“ sowie bei der „Handlungsplanung“ steigen vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt. Hingegen ist eine Abnahme der Werte bei den übrigen Skalen zu verzeichnen, was einem besseren Zugang zu den eigenen Gefühlen und deren Beschreibung nach den Rehabilitationen entspricht. Weiterhin sind die Klienten weniger selbstunsicher und zeigen auch weniger externe Kontrollüberzeugungen sowie weniger Vermeidungstendenzen bei der Stressverarbeitung. Diese Ergebnisse sprechen eindeutig für eine Wirksamkeit der Rehabilitationen.

6.6.3. Effektstärken

Es gibt zahlreiche wissenschaftliche Debatten darum, wie die Effektivität von Psychotherapie und Trainings zu operationalisieren bzw. zu messen ist. Je nach ihren Zielvorstellungen verwenden unterschiedliche Therapieformen diverse inhaltliche Konzepte von Effektivität. Dieses zentrale Problem therapeutischer Effektivitäts-Maße lässt sich strukturbedingt nicht beseitigen: Es besteht leider kein Konsens darüber, was Effektivität von Therapie und Trainings bedeutet. Mit einem Konsens ist auch in absehbarer Zukunft nicht zu rechnen.

Die Effektstärke hat sich in Meta-Analysen durchgesetzt, um die unterschiedlichen Erfolgsmaße aus diversen Studien mit unterschiedlichen Fragestellungen an unterschiedlichen Patienten mit unterschiedlichen Therapiemethoden miteinander vergleichen zu können. Neben den bisher erfolgten varianzanalytischen und korrelativen Auswertungen soll dieses Maß auch in dieser Studie berechnet und dargestellt werden.

Die Effektstärke (ES) ist üblicherweise definiert und operationalisiert (vgl. Reinecker, 1996) als:

ES = $(M_{\text{exp}} - M_{\text{kont}}) / S_{\text{kont}}$ wobei:

M_{exp} = Mittelwert von T der Experimental (= Behandlungs-)gruppe in der Post-Messung

M_{kont} = Mittelwert von T der Kontrollgruppe in der Post-Messung

S_{kont} = Standardabweichung von T der Kontrollgruppe in der Post-Messung

T = Test-/Messvariable (z. B. Klin. Test)

Da in der vorliegenden Studie nur ein unvollständiges Design vorliegt und die von uns erhobenen Werte nicht mit einer Kontrollgruppe verglichen werden können, ergibt sich zunächst folgende Formel zur Berechnung der Effektstärkemaße (vgl. Grawe, 1992):

ES = $(M_{\text{post}} - M_{\text{prae}}) / S_{\text{prae}}$ wobei:

M_{prae} = Mittelwert von T der Behandlungsgruppe i. d. Prä-Messung

M_{post} = Mittelwert von T der Behandlungsgruppe i. d. Post-Messung

S_{prae} = Standardabweichung von T Behandlungsgruppe i. d. Prä-Messung

Sind die Korrelationen der Variablen zwischen den beiden Messzeitpunkten bekannt, so kann dieses berücksichtigt werden. Die Effektstärke wird dann nach folgender Formel (vgl. Cohen, 1977) berechnet:

ES = (M_{post} - M_{prae}) / (S_{prae} • sqr (1 - r)) wobei:

M_{prae} = Mittelwert von T der Behandlungsgruppe in der Prä-Messung

M_{post} = Mittelwert von T der Behandlungsgruppe in der Post-Messung

S_{prae} = Standardabweichung von T Behandlungsgruppe in der Prä-Messung

sqr = Quadratwurzel

r = Korrelation von T zwischen den beiden Messzeitpunkten

Eine Effektstärke von 1, also die (positive) Veränderung des Klientenmittelwerts nach im Vergleich zu vor dem Training um eine Standardabweichung, bedeutet, dass etwa 85% der Klienten nach dem Training hinsichtlich der Kriteriumsvariable „bessere“ Werte aufweisen als bei dem „Durchschnittsklienten“ vorher. Cohen (1988) bezeichnet Effektstärken von 0.2 als geringe, Werte von 0.5 als mittlere und ab 0.8-1.0 als hohe Effektstärken. Rosenthal (1982, 1990) verweist auf die häufige Unterschätzung bei der Interpretation von Effektstärken. Er konnte zeigen, dass eine Effektstärke von 0.85, wie sie von Smith, Glass und Miller (1980) in der ersten großen Metaanalyse zur Psychotherapie ermittelt wurde, ein äußerst bedeutungsvolles Ergebnis ist.

Betrachten wir nun zunächst die Effektstärken über die beiden Gruppen (CONTROL und REAL). In Tabelle 6.6-4 sind die Effektstärken für alle eingesetzten Skalen aufgeführt. Die Berechnungen erfolgten zum einen nach der Standardformel, zum anderen auch nach der korrigierten Formel, die die Interkorrelationen der Skalen zwischen den Messzeitpunkten berücksichtigt.

Tab.6.6-4: Effektstärken der eingesetzten Skalen für CONTROL und REAL insgesamt.

Variable	ES = (M _{post} - M _{prae}) / S _{prae}	ES = (M _{post} - M _{prae}) / (S _{prae} • sqr (1 - r))
SESA Selbstakzeptierung	0.25	0.47
IPC 1 Internalität / Kontrolle	0.05	0.08
IPC 2 Externalität / Machtlosigkeit	-0.16	-0.23
IPC 3 Externalität / Fatalismus	-0.31	-0.45
SVF 1 Pos. Stressverarbeitung: Abwehr / Ablenkung	-0.20	-0.27
SVF 2 Pos. Stressverarbeitung: Kontrolle	0.09	0.14
SVF 3 Vermeidungstendenz	0.04	0.06

SVF 4 Negative Stressverarbeitung	-0.12	-0.19
HAKEMP 1 Handlungsorientierung nach Misserfolg	0.21	0.41
HAKEMP 2 Handlungsorientierung bei Handlungsplanung	0.15	0.28
PSSI 1 selbstbestimmt – antisozial	0.02	0.04
PSSI 2 selbstkritisch – selbstunsicher	-0.18	-0.26
PSSI 3 ehrgeizig – narzisstisch	0.05	0.08
PSSI 4 kritisch – negativistisch	-0.1	-0.15
PSSI 5 spontan – borderline	-0.08	-0.11
PSSI 6 liebenswert – histrionisch	0.12	0.21
TAS 1 Schwierigkeiten bei Identifikation von Gefühlen	-0.16	-0.29
TAS 2 Schwierigkeiten bei Beschreibung von Gefühlen	-0.15	-0.27

Wie aus Tabelle 6.6-4 zu ersehen ist, zeigt eine konservative Schätzung der Effektstärken, dass sich geringe Veränderungen bei den Skalen „SESA“, „IPC (Externalität/Fatalismus)“, „Vermeidungstendenz“ sowie „Handlungsorientierung nach Misserfolg“ zeigen. Alle übrigen Skalen zeigen keine bzw. nur sehr schwache Veränderungen. Die negativen Vorzeichen entsprechen unseren Erwartungen und besagen lediglich, dass die Werte zum ersten Messzeitpunkt höher ausgeprägt sind. Der negative Wert von -.31 beim „IPC (Externalität/Fatalismus)“ z.B. bedeutet also, dass sich die Klienten nach der Rehabilitation weniger „von außen gesteuert“ sehen.

Da alle eingesetzten Skalen eine mittlere bis hohe Retestreliaibilität aufweisen, sind die korrigierten Effektstärken dementsprechend insgesamt höher. Hier zeigen sich orientiert an den Aussagen von Cohen (1988) geringe Effekte bei den Skalen „Externalität/Machtlosigkeit“, „Vermeidungstendenz“, „Negative Stressverarbeitung“, „Handlungsorientierung bei der Handlungsplanung“, den Skalen der „TAS“ und den Subskalen des PSSI „selbstkritisch-selbstunsicher“, „kritisch-negativistisch“, „spontan-borderline“ sowie „liebenswert-histrionisch“. Darüber hinaus weisen die Skalen „Selbstakzeptierung“, „Externalität/Fatalismus“ und „Handlungsorientierung bei Misserfolg“ mittlere Werte auf. Alle übrigen Skalen weisen Effektstärken auf, die auf keine Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten hinweisen. Die Werte unterstützen also insgesamt die Befunde, die wir bereits bei den abhängigen t- Tests gefunden haben.

6.6.4. Vergleich der beiden Rehabilitationen CONTROL und REAL

Wie wir bereits berichteten, erfolgte die Überprüfung der Rehabilitationseffekte bisher sequentiell. Im Folgenden überprüfen wir nun auch, ob sich rehabilitationsspezifische Effekte zeigen, also u.U. eine Rehabilitation effektiver als die andere ist. Hierfür bieten sich zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung und doppelt-multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung an, sowie Effektstärkenberechnungen getrennt nach Rehabilitationsgruppen.

Bevor wir uns mit den Rehabilitationserfolgen und Unterschieden zwischen den Klientengruppen befassen, betrachten wir zunächst kurz die Ausgangslage. Gibt es Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen REAL und CONTROL zum ersten Messzeitpunkt?

6.6.4.1. Mittelwertsunterschiede zum ersten Messzeitpunkt

Unterscheiden sich die Gruppen REAL und CONTROL bereits zu Beginn der Rehabilitation voneinander? Ist eine differenzierte Zuordnung der Klienten in die beiden Gruppen richtig erfolgt? Um diese Fragen zu beantworten, wurde eine einfaktorielle multivariate Varianzanalyse über die eingesetzten Skalen zum ersten Messzeitpunkt gerechnet.

Tatsächlich zeigen sich auf multivariater Ebene keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen, $mF_{18;420} = 1.25$, $p = .221$. Die univariaten Ergebnisse sind in Tabelle 6.6-5 aufgeführt.

Tab.6.6-5: Mittelwertsunterschiede zwischen den beiden Gruppen CONTROL und REAL zum ersten Messzeitpunkt.

Faktor	CONTROL	REAL	F	df	p
SESA Selbstakzeptierung	4.03	3.87	8.27	1;437	<.01
IPC 1 Internalität/Kontrolle	4.51	4.59	1.47	1;437	.23
IPC 2 Externalität/Machtlosigkeit	2.37	2.52	5.56	1;437	<.05
IPC 3 Externalität/Fatalismus	2.56	2.66	2.33	1;437	.13
SVF 1 Pos. Stressverarbeitung: Abwehr/Ablenkung	3.30	3.49	5.49	1;437	<.05
SVF 2 Pos. Stressverarbeitung: Kontrolle	2.97	3.03	1.99	1;437	.16
SVF 3 Vermeidungstendenz	3.93	4.02	2.61	1;437	.11

SVF 4 Negative Stressverarbeitung	2.20	2.35	6.61	1;437	<.05
HAKEMP 1 Handlungsorientierung nach Misserfolg	1.61	1.55	3.83	1;437	.05
HAKEMP 2 Handlungsorientierung bei Handlungsplanung	1.75	1.71	1.86	1;437	.17
PSSI 1 selbstbestimmt – antisozial	1.61	1.63	.13	1;437	.72
PSSI 2 selbstkritisch – selbstunsicher	1.84	1.93	5.73	1;437	<.05
PSSI 3 ehrgeizig – narzisstisch	1.91	1.93	.30	1;437	.58
PSSI 4 kritisch – negativistisch	1.59	1.66	2.73	1;437	.10
PSSI 5 spontan – borderline	1.39	1.45	2.55	1;437	.11
PSSI 6 liebenswert – histrionisch	2.33	2.27	1.45	1;437	.23
TAS 1 Schwierigkeiten bei Identifikation von Gefühlen	2.05	2.15	1.82	1;437	.18
TAS 2 Schwierigkeiten bei Beschreibung von Gefühlen	2.43	2.65	6.70	1;437	<.05

CONTROL und REAL unterscheiden sich univariat in den Variablen „Selbstakzeptanz“, „Externalität/Machtlosigkeit“, „Stressverarbeitung (Vermeidungstendenz)“ und „negative Stressverarbeitung“ sowie „Handlungsorientierung nach Misserfolg“. Darüber hinaus werden auch die Skalen „PSSI (selbstkritisch-selbstunsicher)“ sowie „TAS (Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen)“ signifikant.

Klienten der Gruppe CONTROL zeigen eine höhere Selbstakzeptanz und erleben weniger externe Kontrolle i. S. v. Machtlosigkeit. Darüber hinaus zeigen sich bereits zu Beginn der Rehabilitation weniger negative Stressverarbeitungsstrategien. Sie berichten ebenfalls weniger über Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen. Auf der Skala „PSSI (selbstkritisch-selbstunsicher)“ zeigen sie ebenfalls geringere Ausprägungen.

Es kann also festgehalten werden, dass die Gruppe CONTROL bzgl. einiger (weniger) Skalen günstigere Voraussetzungen aufweist als die Gruppe REAL. Im Großen und Ganzen kann jedoch nicht von gravierenden Unterschieden, was die Eingangsvoraussetzungen angeht, gesprochen werden.

6.6.4.2. REAL vs. CONTROL

Um zu überprüfen, ob es differenzierte Trainingseffekte und Unterschiede zwischen den Gruppen CONTROL und REAL zwischen den beiden Messzeitpunkten gibt, werden nun zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung über die jeweiligen Skalen gerechnet. Als unabhängige Variablen gehen jeweils die Gruppenzugehörigkeit (REAL vs. CONTROL) und der Faktor Zeit (Prä- vs. Postmessung) ein.

Bei der Kriteriumsvariable „Selbstakzeptanz“ zeigen sich folgende Effekte: Der Faktor Zeit wird hoch signifikant, $F_{1;394} = 40.42$, $p < .001$. Auch die Gruppenvariable zeigt signifikante Effekte, $F_{1;394} = 7.77$, $p < .01$. Die Wechselwirkung hingegen wird nicht signifikant, $F_{1;394} = 1.73$, $p = .19$. Abbildung 6.6-1 veranschaulicht graphisch die Mittelwerte.

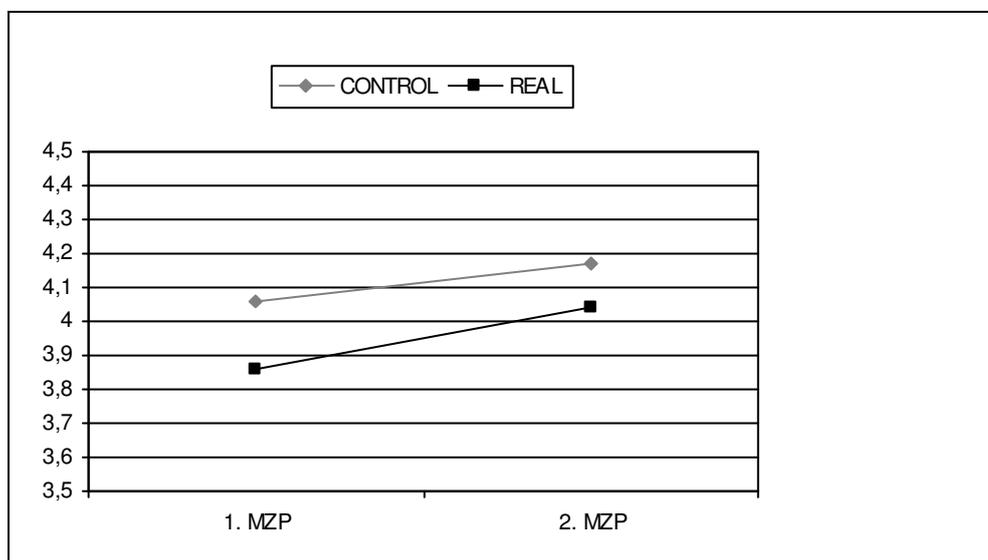


Abb.6.6-1: Mittelwerte der Skala „Selbstakzeptanz“ der REAL- und CONTROL- Gruppe zum ersten und letzten Messzeitpunkt.

Beide Gruppen profitieren in etwa gleich stark von ihrer jeweiligen Rehabilitation, wobei die Gruppe CONTROL in den Mittelwerten jeweils zu beiden Messzeitpunkten über der Gruppe REAL liegt

Betrachten wir nun die Variablen zu den Kontrollüberzeugungen (s. Tabelle 6.6-6).

Tab.6.6-6: Mittelwertsunterschiede hinsichtlich der Kontrollüberzeugungen zwischen den beiden Gruppen CONTROL und REAL.

Faktor	F	df	p
IPC (Internalität/Kontrolle)			
Gruppe	6.19	1;442	<.05
Zeit	1.13	1;442	.29
Gruppe x Zeit	1.53	1;442	.22
IPC (Externalität/Machtlosigkeit)			
Gruppe	2.58	1;443	.11
Zeit	9.86	1;443	<.01
Gruppe x Zeit	2.25	1;443	.14
IPC (Externalität/Fatalismus)			
Gruppe	.76	1;444	.38
Zeit	35.66	1;444	<.001
Gruppe x Zeit	6.39	1;444	<.05

Analog unserer bisherigen Analysen zeigen sich signifikante Verbesserungen über die Zeit bei den Variablen „Machtlosigkeit“ und „Fatalismus“. Hier nehmen die Werte in beiden Gruppen ab. Bei den „internalen Kontrollüberzeugungen“ sind Veränderungen hingegen nicht zu beobachten. Hier weist jedoch die Gruppe REAL zu beiden Messzeitpunkten Werte auf, die über dem Niveau der Gruppe CONTROL liegen. Interessant ist der Befund, dass die Wechselwirkung zwischen Gruppenzugehörigkeit und Zeit bei der Variable „Externalität/Fatalismus“ ebenfalls signifikant wird. Betrachten wir dieses Ergebnis einmal graphisch (s. Abb. 6.6-2).

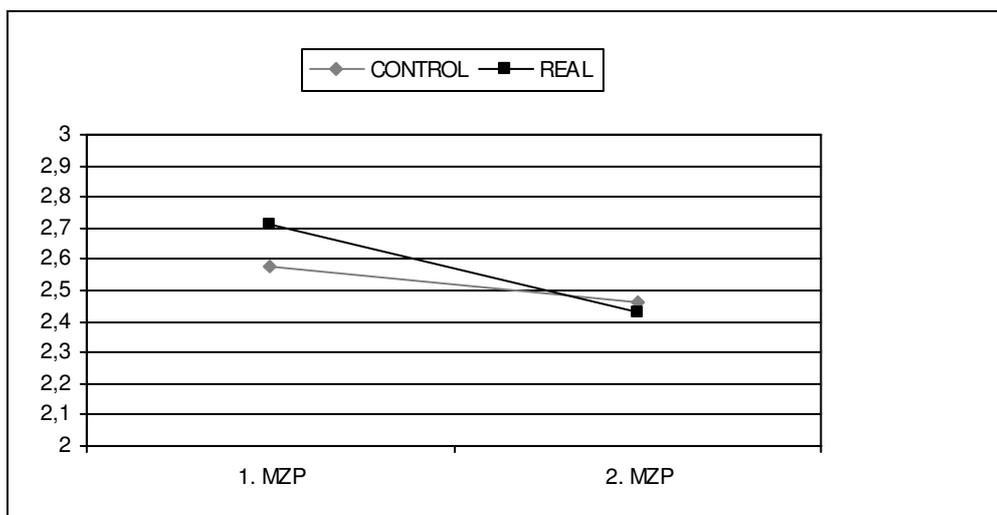


Abb.6.6-2: Mittelwerte des erlebten Fatalismus für die Gruppen REAL und CONTROL zum ersten und letzten Messzeitpunkt.

Während die Gruppe REAL zum ersten Messzeitpunkt noch höhere Werte aufweist, ist dieses zum zweiten Messzeitpunkt umgekehrt bzw. die beiden Gruppen gleichen sich sehr stark an. Es deutet sich an, dass die Gruppe REAL stärker von ihrer Rehabilitation zu profitieren scheint, zumindest was den erlebten Fatalismus angeht.

Die Wirksamkeit der Rehabilitation zeigt sich ebenfalls bei der Betrachtung unterschiedlicher Stressverarbeitungsstrategien (s. Tabelle 6.6-7).

Sowohl bei der „Vermeidungstendenz“ als auch bei der „negativen Stressverarbeitung“ zeigen sich signifikante Veränderungen über die Zeit. Beide liegen in der erwarteten Richtung, d.h. sie nehmen zum zweiten Messzeitpunkt ab. Auch die hier zu beobachtenden Unterschiede zwischen den Gruppen stehen mit den bisherigen Ergebnissen im Einklang. Beide Werte sind in der Gruppe REAL stärker ausgeprägt.

Tab.6.6-7: Mittelwertsunterschiede hinsichtlich der Stressverarbeitungsstrategien zwischen den beiden Gruppen CONTROL und REAL.

Faktor	F	df	p
Vermeidungstendenz			
Gruppe	8.01	1;443	<.01
Zeit	19.20	1;443	<.001
Gruppe x Zeit	.27	1;443	.60
Positive Stressverarbeitung (Abwehr und Ablenkung)			
Gruppe	4.80	1;428	<.05
Zeit	3.68	1;428	.06
Gruppe x Zeit	.52	1;428	.47
Positive Stressverarbeitung (Kontrolle)			
Gruppe	2.34	1;433	.13
Zeit	.59	1;433	.44
Gruppe x Zeit	.02	1;433	.89
Negative Stressverarbeitung			
Gruppe	8.72	1;429	<.01
Zeit	7.13	1;429	<.01
Gruppe x Zeit	2.64	1;429	.11

Bei der „positiven Stressverarbeitung (Abwehr und Ablenkung)“ zeigt sich ein Bild, das gegen die bisherigen Befunde spricht. Während der abhängige *t*-Test für einen Mittelwertsunterschied zwischen den beiden Messzeitpunkten spricht, wird hier dieser Un-

terschied nicht signifikant. Allerdings wird hier das Signifikanzniveau nur knapp verfehlt. Die Unterschiede können somit durch die unterschiedlichen statistischen Verfahren bedingt sein. Auf der anderen Seite unterscheiden sich die beiden Gruppen voneinander, was die bisherige Varianzanalyse zum ersten Messzeitpunkt nicht bestätigen konnte. Dieses kann durch Veränderungen zur Postmessung begründet sein, da hier die Mittelwerte der beiden Gruppen weiter auseinander liegen (s. Abb. 6.6-3).

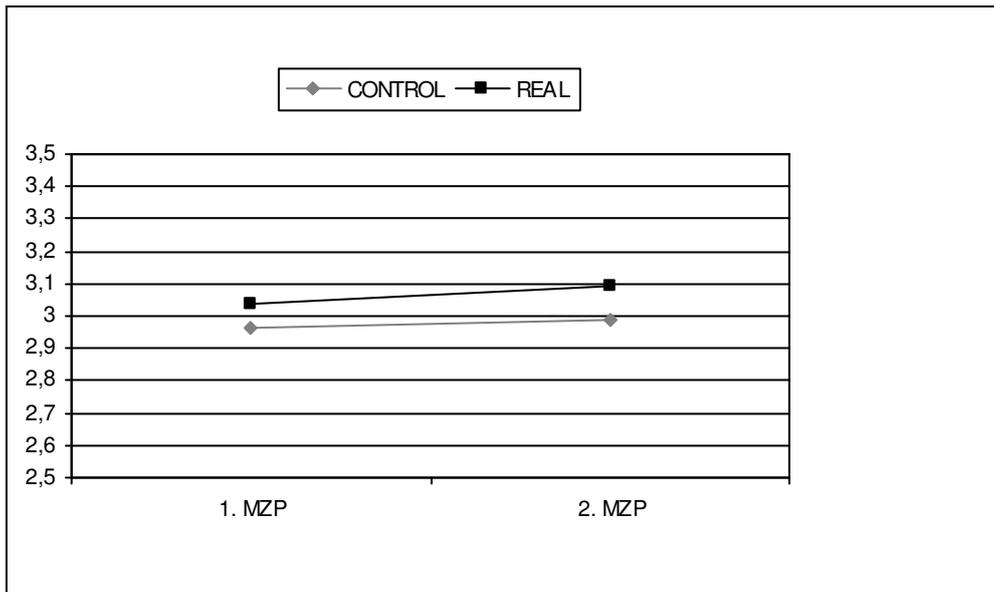


Abb.6.6-3: Mittelwerte der Skala „Positive Stressverarbeitung (Abwehr und Ablenkung)“ der REAL- und CONTROL- Gruppe zum ersten und letzten Messzeitpunkt.

Bei der Stressverarbeitungsstrategie „Kontrolle“ zeigen sich wiederum keine signifikanten Veränderungen bzw. Unterschiede.

Wie unsere bisherigen Analysen bereits gezeigt haben, sind die Skalen des PSSI nur bedingt veränderungssensibel bei der Erfassung von Veränderungen innerhalb der Gruppen REAL und CONTROL. Zeitliche Veränderungen sind bei den Subskalen „selbstkritisch-selbstunsicher“, „spontan-borderline“ und „liebenswert-histrionisch“ zu verzeichnen. Die Skala „kritisch-negativistisch“, die bei unseren t-Tests noch signifikant wurde, verfehlt bei dieser Analyse das Signifikanzniveau knapp. REAL und CONTROL unterscheiden sich in den Skalen „selbstkritisch-selbstunsicher“ sowie „kritisch-negativistisch“. Der zweite Befund konnte bei unserer vorherigen Varianzanalyse nicht gefunden werden. Auch hier sind statistische Artefakte nicht auszuschließen.

Tab.6.6-8: Mittelwertsunterschiede hinsichtlich des PSSI zwischen den beiden Gruppen CONTROL und REAL.

Faktor	F	df	P
PSSI (selbstbestimmt-antisozial)			
Gruppe	.41	1;441	.52
Zeit	.14	1;441	.71
Gruppe x Zeit	7.86	1;441	<.01
PSSI (selbstkritisch-selbstunsicher)			
Gruppe	5.55	1;446	<.05
Zeit	15.56	1;446	<.001
Gruppe x Zeit	.12	1;446	.73
PSSI (ehrgeizig-narzisstisch)			
Gruppe	.79	1;436	.37
Zeit	.70	1;436	.40
Gruppe x Zeit	.02	1;436	.89
PSSI (kritisch-negativistisch)			
Gruppe	5.89	1;443	<.05
Zeit	3.32	1;443	.07
Gruppe x Zeit	.01	1;443	.94
PSSI (spontan-borderline)			
Gruppe	3.64	1;442	.06
Zeit	4.07	1;442	<.05
Gruppe x Zeit	.02	1;442	.90
PSSI (liebenswert-histrionisch)			
Gruppe	.38	1;435	.54
Zeit	6.12	1;435	<.05
Gruppe x Zeit	3.78	1;435	.05

Interessant ist die Wechselwirkung zwischen Gruppenzugehörigkeit und dem Faktor Zeit, der bei der Variable „selbstbestimmt-antisozial“ signifikant wird. Abbildung 6.6-4 stellt die Mittelwerte dieser Variable dar.

Zu Beginn der Rehabilitation ist die Variable marginal in der Gruppe CONTROL stärker ausgeprägt ist, während zum zweiten Messzeitpunkt die Gruppe REAL hier höhere Werte aufweist. CONTROL zeigt über die beiden Messzeitpunkte abnehmende Werte, während diese bei REAL hier im zeitlichen Verlauf höhere Werte aufweisen.

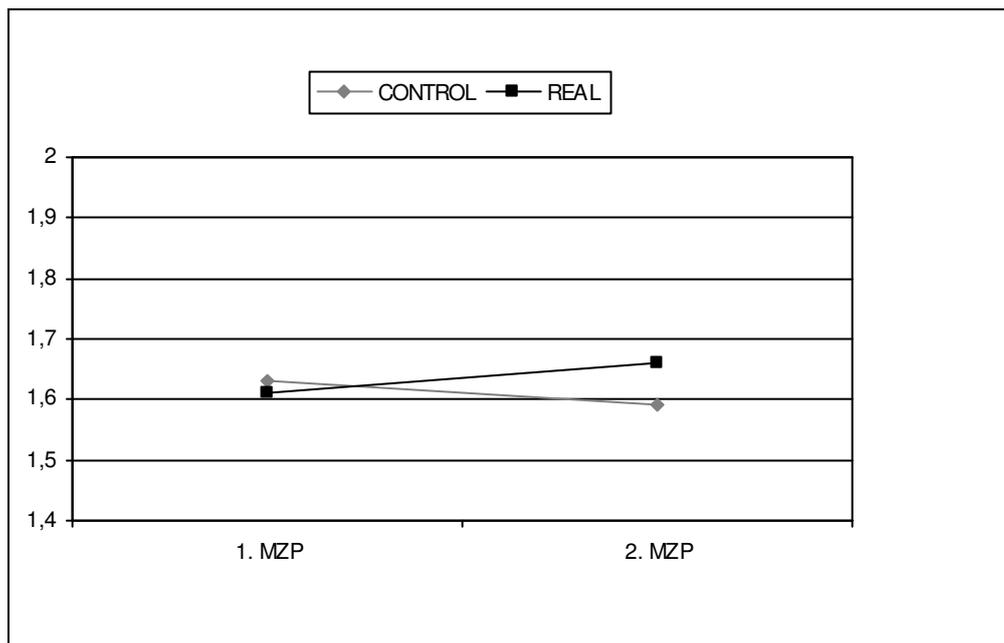


Abb.6.6-4: Mittelwerte der Skala „PSSI (selbstbestimmt - antisozial)“ der REAL- und CONTROL- Gruppe zum ersten und letzten Messzeitpunkt.

Die „Handlungsorientierung nach Misserfolg“ nimmt zum zweiten Messzeitpunkt signifikant zu, $F_{1;440} = 30.34$, $p < .001$. Dieses entspricht unseren Erwartungen und bisherigen Ergebnissen. Im Gegensatz hierzu ergeben sich zwischen den Gruppen keine signifikanten Unterschiede, $F_{1;440} = 1.20$, $p = .27$. Auch die Wechselwirkung zwischen den beiden Faktoren wird in dieser Varianzanalyse nicht signifikant, $F_{1;440} = .08$, $p = .78$. Die „Handlungsorientierung bei der Handlungsplanung“ zeigt ähnliche Ergebnisse. Auch hier wird der Faktor Zeit statistisch hoch signifikant, $F_{1;435} = 19.54$, $p < .001$, der Hauptfaktor Gruppe wird nicht signifikant, $F_{1;435} = 1.03$, $p = .31$. Ebenfalls keine signifikanten Werte zeigt die Wechselwirkung, $F_{1;440} = .68$, $p = .41$.

Betrachten wir zum Abschluss die beiden eingesetzten „Alexithymie-Skalen“. Die zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigt bei der Skala „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen (TAS1)“ signifikante Veränderungen über die Zeit, $F_{1;447} = 17.76$, $p < .001$, während die Wechselwirkung einen F-Wert kleiner 1 zeigt. Der Faktor Gruppe wird ebenfalls nicht signifikant, $F_{1;447} = 1.87$, $p = .17$. Ein ähnliches Ergebnismuster zeigt sich auch bei der Skala „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen (TAS2)“ (s. Tabelle 6.6-9), wengleich der Haupteffekt Gruppe das Signifikanzniveau nur knapp verfehlt. Dieser Effekt deutete sich bereits bei den Mittelwertsunterschieden des ersten Messzeitpunktes an.

Tab.6.6-9: Mittelwertsunterschiede hinsichtlich der Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen zwischen den beiden Gruppen CONTROL und REAL.

Faktor	F	df	p
Gruppe	3.02	1;443	.08
Zeit	15.42	1;443	<.001
Gruppe x Zeit	.12	1;443	.73

6.6.4.3. REAL vs. CONTROL - Gesamttestung

Wie können die bisherigen Befunde integriert werden? Um dieser Frage nachzugehen werden im Folgenden nun Ergebnisse einer „doppelt-multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung“ dargestellt. Als Prädiktoren fungierten hier die Variable „Gruppe“ (REAL vs. CONTROL) als „between subjects“ und die Variable „Zeit“ (Prä- und Postmessung) als „within subjects“. Die Kriteriumsvariablen stellen die 18 eingesetzten Skalen dar.

Die multivariaten Befunde bestätigen die bisherigen Ergebnisse in erheblichem Maße (s. Tabelle 6.6-10). Die Gruppenunterschiede werden auf multivariater Ebene nicht signifikant, wenngleich das Fünf-Prozent-Niveau nur knapp verfehlt wird. Zeitliche Veränderungen hingegen werden hoch signifikant und unterstreichen die Bedeutung der Rehabilitation. Interessant ist auch der Befund, dass die Interaktion zwischen Zeit und Zugehörigkeit zur Rehabilitationsgruppe signifikante Ergebnisse hervorbringt. Während sich diese Ergebnisse bisher nur bei einigen wenigen Variablen andeuteten, werden diese nun auf multivariater Ebene signifikant. Es deutet sich an, dass die Gruppen in unterschiedlicher Weise von den Rehabilitationen profitieren.

Tab.6.6-10: Multivariate Ergebnisse der doppelt-multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung.

Variable	Wilks Lambda	df	mF	p
Zeit	.76	18;242	4.31	<.001
Gruppe	.90	18;242	1.55	.08
Zeit x Gruppe	.88	18;242	1.85	<.05

Auf univariater Ebene zeigen sich beim Faktor „Gruppe“ die in Tabelle 6.6-11 dargestellten Ergebnisse.

Analog der bisherigen Befunde zeigen sich zwischen den Gruppen signifikante Unterschiede bei den Skalen „SESA“, „Vermeidungstendenz“, „positive Stressverarbeitung“,

„negative Stressverarbeitung“, „PSSI (selbstkritisch-selbstunsicher)“ sowie „PSSI (kritisch-negativistisch)“. Die Variable „Internalität/Kontrolle“ wird entgegen der obigen Analyse bei dieser Auswertung nicht signifikant. Ein entgegengesetztes Bild ergibt sich bei der Variable „PSSI (spontan-borderline)“. Diese wird nun signifikant.

Tab.6.6-11: Univariate Ergebnisse bei der Variable „Gruppe“.

Faktor	<i>MW_{Control}</i>	<i>MW_{REAL}</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
SESA Selbstakzeptierung	4.13	3.94	6.83	1;259	<.01
IPC Internalität/Kontrolle	4.52	4.65	3.65	1;259	.06
IPC Externalität/Machtlosigkeit	2.33	2.48	3.95	1;259	.05
IPC Externalität/Fatalismus	2.46	2.60	2.84	1;259	.09
SVF Vermeidungstendenz	3.15	3.43	8.31	1;259	<.01
SVF Pos. Stressverarbeitung: Abwehr und Ablenkung	2.93	3.07	5.73	1;259	<.05
SVF Positive Stressverarbeitung: Kontrolle	3.93	4.04	3.39	1;259	.07
SVF Negative Stressverarbeitung	2.13	2.30	5.92	1;259	<.05
HAKEMP Handlungsorientierung nach Misserfolg	1.60	1.58	.42	1;259	.52
HAKEMP Handlungsorientierung bei der Handlungsplanung	1.77	1.72	2.69	1;259	.10
PSSI selbstbestimmt – antisozial	1.58	1.66	2.48	1;259	.12
PSSI selbstkritisch – selbstunsicher	1.78	1.90	7.14	1;259	<.01
PSSI ehrgeizig – narzisstisch	1.89	1.95	1.62	1;259	.21
PSSI kritisch – negativistisch	1.56	1.66	4.20	1;259	<.05
PSSI spontan – borderline	1.35	1.46	5.40	1;259	<.05
PSSI liebenswert – histrionisch	2.31	2.33	.15	1;259	.70
TAS1 Schwierigkeiten b.d. Identifikation von Gefühlen	1.95	2.09	2.03	1;259	.16
TAS2 Schwierigkeiten b. d. Beschreibung v. Gefühlen	2.43	2.54	1.09	1;259	.30

Die univariaten Ergebnisse des Faktors „Zeit“, die eindeutige Aussagen über die Wirksamkeit beider Rehabilitationen geben, sind in Tabelle 6.6-12 dargestellt.

Auch hier werden die bisherigen Ergebnisse im vollen Umfang bestätigt. Lediglich die Variablen „Internalität/Kontrolle“, „PSSI (selbstbestimmt – antisozial)“ sowie „PSSI (ehrgeizig – narzisstisch)“ werden hier nicht signifikant.

Tab.6.6-12: Univariate Ergebnisse bei der Variable „Zeit“.

Faktor	MW_{Prä}	MW_{Post}	F	df	p
SESA Selbstakzeptierung	3.95	4.12	37.28	1;259	<.001
IPC Internalität/Kontrolle	4.56	4.61	1.42	1;259	.23
IPC Externalität/Machtlosigkeit	2.45	2.36	5.72	1;259	<.05
IPC Externalität/Fatalismus	2.64	2.42	29.92	1;259	<.001
SVF Vermeidungstendenz	3.36	3.22	7.62	1;259	<.01
SVF Pos. Stressverarbeitung: Abwehr und Ablenkung	2.97	3.03	4.81	1;259	<.05
SVF Positive Stressverarbeitung: Kontrolle	3.95	4.02	4.77	1;259	<.05
SVF Negative Stressverarbeitung	2.27	2.17	10.71	1;259	<.01
HAKEMP Handlungsorientierung nach Misserfolg	1.56	1.63	27.28	1;259	<.001
HAKEMP Handlungsorientierung bei der Handlungsplanung	1.72	1.76	12.34	1;259	<.01
PSSI selbstbestimmt – antisozial	1.63	1.61	1.36	1;259	.24
PSSI selbstkritisch – selbstunsicher	1.88	1.80	12.77	1;259	<.001
PSSI ehrgeizig – narzisstisch	1.92	1.92	.01	1;259	.92
PSSI kritisch – negativistisch	1.64	1.58	7.79	1;259	<.01
PSSI spontan – borderline	1.43	1.37	8.64	1;259	<.01
PSSI liebenswert – histrionisch	2.28	2.35	7.22	1;259	<.01
TAS1 Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen	2.10	1.94	15.27	1;259	<.001
TAS2 Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen	2.54	2.43	7.07	1;259	<.01

Wie wir zeigen konnten, wird auch die Interaktion zwischen „Zeit“ und „Gruppe“ signifikant. Auf univariater Ebene zeigen sich jedoch nur bei den Variablen „Externalität/Fatalismus“, „negative Stressverarbeitung“ und „PSSI (selbstbestimmt-antisozial)“ signifikante Ergebnisse. Dieses entspricht den bisherigen Ergebnissen, wenngleich „negative Stressverarbeitung“ in der obigen Analyse nicht signifikant wurde. Somit können wir festhalten, dass sich zwar auf multivariater Ebene andeutet, dass die Gruppen CONTROL und REAL unterschiedlich von ihren Rehabilitationen profitieren, jedoch die Effekte, wenn man die univariaten Ergebnisse betrachtet, gering sind.

6.6.4.4. Effektstärken der Rehabilitationsgruppen

Geringe Effektstärken zeigen sich in beiden Gruppen bei den Variablen „Internalität/Kontrolle“, „positive Stressverarbeitung (Abwehr und Ablenkung)“, „positive Stressverarbeitung (Kontrolle)“ und bei den Skalen des PSSI „selbstbestimmt-antisozial“, „ehrgeizig-narzisstisch“, „kritisch-negativistisch“ sowie „spontan-borderline“. Mittlere Effektstärken zeigen sich bei den Skalen „SESA“, „Handlungsorientierung nach Misserfolg“, PSSI (selbstkritisch-selbstunsicher)“ und den Skalen des „TAS“. Unterschiede zwischen den Rehabilitationsprogrammen zeigen sich bei den übrigen Variablen. Die Gruppe REAL profitiert stärker von der Rehabilitation bei den Skalen „Externalität/Machtlosigkeit“, „Externalität/Fatalismus“, „Vermeidungstendenz“, „negative Stressverarbeitung“, „Handlungsorientierung bei der Handlungsplanung“ und der Skala „liebenswert-histrionisch“ des PSSI, wenngleich bei den meisten dieser Skalen auch Effekte bei der Gruppe CONTROL zu beobachten sind. Tabelle 6.6-13 gibt die berechneten Effektstärkemaße getrennt nach der jeweiligen Rehabilitation wieder.

Tab.6.6-13: Effektstärken der eingesetzten Skalen getrennt nach Gruppen.

Variable	$ES = (M_{post} - M_{prae}) / S_{prae}$		$ES = (M_{post} - M_{prae}) / (S_{prae} \cdot \sqrt{1 - r})$	
	CONTROL	REAL	CONTROL	REAL
SESA Selbstakzeptierung	0.22	0.26	0.40	0.50
IPC Internalität / Kontrolle	0	0.13	0	0.19
IPC Externalität / Machtlosigkeit	-0.07	-0.21	-0.12	-0.29
IPC Externalität / Fatalismus	-0.18	-0.37	-0.27	-0.53
SVF Vermeidungstendenz	-0.17	-0.24	-0.23	-0.36
SVF Pos. Stressverarbeitung: Abwehr / Ablenkung	0.06	0.11	0.10	0.18
SVF Positive Stressverarbeitung: Kontrolle	0.02	0.04	0.03	0.06
SVF Negative Stressverarbeitung	-0.06	-0.19	-0.09	-0.31
HAKEMP Handlungsorientierung nach Misserfolg	0.17	0.20	0.33	0.42
HAKEMP Handlungsorientierung bei Handlungsplanung	0.12	0.21	0.23	0.41
PSSI selbstbestimmt – antisozial	-0.09	0.11	-0.17	0.18
PSSI selbstkritisch – selbstunsicher	-0.19	-0.20	-0.26	-0.30
PSSI ehrgeizig – narzisstisch	0.02	0.02	0.05	0.04
PSSI kritisch – negativistisch	-0.08	-0.07	-0.13	-0.11

PSSI spontan – borderline	-0.11	-0.07	-0.17	-0.10
PSSI liebenswert – histrionisch	0.02	0.19	0.04	0.32
TAS1 Schwierigkeiten bei Identifikation von Gefühlen	-0.18	-0.14	-0.31	-0.23
TAS2 Schwierigkeiten bei Beschreibung v. Gefühlen	-0.13	-0.16	-0.23	-0.28

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass beide Gruppen von den Rehabilitationen profitieren. Die Gruppe REAL scheint insgesamt jedoch noch stärker von dem Rehabilitationsprogramm zu profitieren.

6.6.4.5. REAL vs. CONTROL – Gesamttestung über drei Messzeitpunkte

Wie wir bisher zeigen konnten, können die von uns eingesetzten Messinstrumente die Wirksamkeit der Rehabilitationen bei den Gruppen REAL und CONTROL belegen. Dieses gilt für zeitliche Veränderungen bei der Prä-Postmessung. Innerhalb der durchgeführten Studie haben wir darüber hinaus eine Intermessung durchgeführt, um auch Aussagen über den zeitlichen Verlauf der Rehabilitationen machen zu können.

Wir berichten nun im Folgenden die Ergebnisse einer doppelt-multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung. Als Prädiktoren fungierten hier die Variable „Gruppenzugehörigkeit (REAL vs. CONTROL)“ als „between subjects“ und die Variable „Zeit (Prä-, Inter- und Postmessung)“ als „within subjects“. Die Kriteriumsvariablen stellen folgende Skalen dar:

- IPC (Internalität/Kontrolle),
- IPC (Externalität/Machtlosigkeit),
- IPC (Externalität/Fatalismus),
- Handlungsorientierung nach Misserfolg,
- Handlungsorientierung bei der Handlungsplanung,
- TAS1 und
- TAS2.

Aus ökonomischen Gründen haben wir zum zweiten Messzeitpunkt (Intermessung) nur eine eingeschränkte Anzahl an Skalen eingesetzt. Daher sind die an dieser Stelle dargestellten Ergebnisse auf diese Skalen beschränkt.

Die multivariaten Befunde bestätigen die bisherigen Ergebnisse in erheblichem Maße (s. Tabelle 6.6-14). Zeitliche Veränderung hingegen werden hoch signifikant und unterstreichen die Bedeutung der Rehabilitationen. Die Gruppenunterschiede werden hier auf multivariater Ebene eindeutig nicht signifikant. Die Wechselwirkung zwischen Gruppe und Zeit zeigen ebenfalls keine signifikanten Beziehungen.

Tab.6.6-14: Multivariate Ergebnisse der doppelt-multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung.

Variable	Wilks Lambda	df	mF	p
Zeit	.78	7;312	6.22	<.001
Gruppe	.97	14;305	1.41	.20
Zeit x Gruppe	.97	14;305	.69	.79

Auf univariater Ebene zeigen sich beim Faktor „Zeit“ die in Tabelle 6.6-15 dargestellten Ergebnisse. Einzig die Variable „Internale Kontrollüberzeugungen“ wird nicht signifikant. Alle übrigen Skalen zeigen hochsignifikante Veränderungen über die drei Messzeitpunkte hinweg.

Tab.6.6-15: Univariate Ergebnisse bei der Variable „Zeit“.

Faktor	F	df	p
IPC Internalität/Kontrolle	.71	2;318	.50
IPC Externalität/Machtlosigkeit	13.33	2;318	<.001
IPC Externalität/Fatalismus	26.12	2;318	<.001
HAKEMP Handlungsorientierung nach Misserfolg	13.31	2;318	<.001
HAKEMP Handlungsorientierung bei der Handlungsplanung	6.28	2;318	<.01
TAS1 Schwierigkeiten bei Identifikation von Gefühlen	10.38	2;318	<.001
TAS2 Schwierigkeiten bei Beschreibung von Gefühlen	7.82	2;318	<.001

Wie sehen nun die zeitlichen Veränderungen genau aus? Handelt es sich um lineare oder kurvilineare Beziehungen? Die folgende Tabelle 6.6-16 gibt hierüber Auskunft.

Tab.6.6-16: Univariate Ergebnisse bei der Variable „Zeit“.

Faktor	F	df	p
IPC Internalität/Kontrolle			
Linear	.85	1;318	.36
Quadratisch	.53	1;318	.47
IPC Externalität/Machtlosigkeit			
Linear	11.10	1;318	<.01
Quadratisch	16.41	1;318	<.001
IPC Externalität/Fatalismus			
Linear	40.57	1;318	<.001
Quadratisch	6.35	1;318	<.05
HAKEMP Handlungsorientierung nach Misserfolg			
Linear	25.12	1;318	<.001
Quadratisch	.12	1;318	.74
HAKEMP Handlungsorient. bei Handlungsplanung			
Linear	12.38	1;318	<.001
Quadratisch	.09	1;318	.76
TAS1 Schwierigkeiten bei Identifikation von Gefühlen			
Linear	14.37	1;318	<.001
Quadratisch	6.10	1;318	<.05
TAS2 Schwierigkeiten bei Beschreibung von Gefühlen			
Linear	11.68	1;318	<.01
Quadratisch	3.77	1;318	.05

Eindeutige lineare Veränderungen zeigen sich bei den Skalen „Handlungsorientierung nach Misserfolg“ und „Handlungsorientierung bei der Handlungsplanung“. Hier ergeben sich ausschließlich signifikante Effekte bei der Überprüfung des linearen Trends. Bei den Skalen „IPC (Externalität/Fatalismus)“, „TAS1“ und „TAS2“. zeigen sich zwar bei beiden Analysen signifikante Effekte. Diese sind beim linearen Trend jedoch stärker ausgeprägt. Einzig bei der Skala „IPC (Externalität/Machtlosigkeit)“ deutet sich ein entgegengesetzter Effekt an. Hier zeigen sich beim quadratischen Trend stärkere Effekte. Abbildung 6.6-5 soll dieses veranschaulichen. Während die erlebte „Machtlosigkeit“ vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt noch weiter ansteigt, sinkt sie zum dritten Messzeitpunkt stark ab.

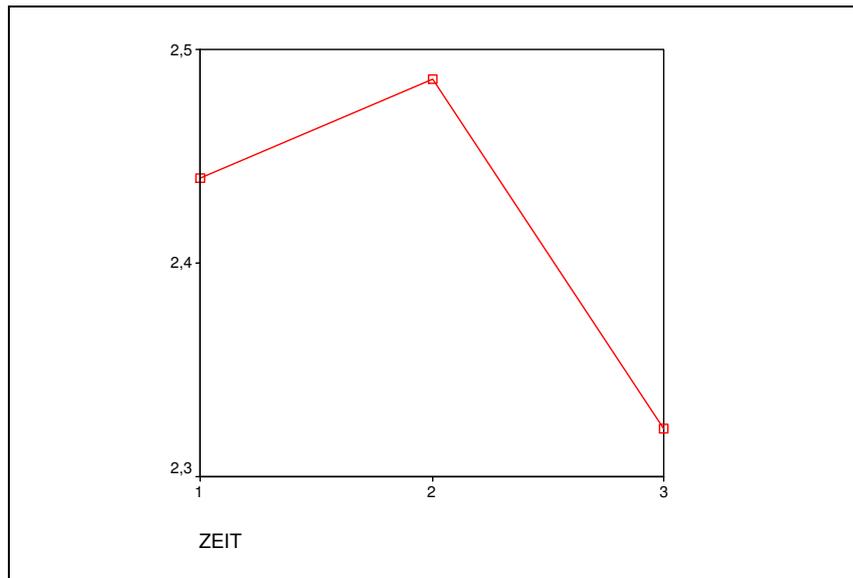


Abb. 6.6-5: Mittelwerte der Skala „IPC (Externalität/Machtlosigkeit)“ zu drei Messzeitpunkten.

6.6.5. Reduzierung der Skalen

Im Folgenden werden nun Analysen vorgestellt, die es ermöglichen sollen, ein ökonomisches und gleichzeitig reliables sowie valides Messinstrument für die Erfassung der Effektivität von Rehabilitationen oder Nachschulungen in weiteren Evaluationsstudien einzusetzen. Wie unsere bisherigen Erfahrungen und auch Auswertungen gezeigt haben, ist ein Großteil unserer eingesetzten Variablen veränderungssensibel und kann die Wirksamkeit der einzelnen Rehabilitationen empirisch messbar machen. Auf der anderen Seite hat aber auch die Praxis gezeigt, dass es unbedingt notwendig ist, den Ablauf der Datenerhebung zu verkürzen, da dieses für die Klienten wie auch die Verkehrstherapeuten mit einem erheblichen zeitlichen Aufwand verbunden ist.

Daher werden die Skalen hinsichtlich ihrer Skalenkennwerte zum zweiten Messzeitpunkt ausführlicher dargestellt und Möglichkeiten einer Kürzung der Skalen aufgezeigt.

6.6.5.1. Itemselektion

Die Skalen- bzw. Itemanalysen beinhalten stets folgende Kennwerte: Interne Konsistenz, Trennschärfe, Mittelwerte als Maß für die Itemschwierigkeit sowie Schiefe und Kurtosis.

Beibehalten werden sollen jeweils diejenigen Items, die in diesen Maßen zufriedenstellende Werte aufweisen. Dieses bedeutet, dass Items unserer Kurzskalen eine mittlere Itemschwierigkeit aufweisen sollten, um Decken- oder Bodeneffekte zu vermeiden. Dieses bedeutet, dass in späteren Studien diese Items ausreichend Varianz zur Verfü-

gung stellen sollten, um veränderungssensibel auf die Rehabilitationen zu reagieren. Gleiches gilt für die Schiefe und Kurtosis, deren Maße Aussagen über eine Normalverteilung der Daten machen. Auf Signifikanztests (Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstests) verzichten wir, da bei dieser Stichprobengröße ausnahmslos signifikante Ergebnisse zu erwarten sind. Vielmehr sind für uns Werte zufriedenstellend, die zwischen -1 und 1 liegen. Werte in diesem Bereich (als Maß für die Schiefe) deuten drauf hin, dass weder eine links- noch rechtsschiefe Verteilung vorliegt. Eine Kurtosis in diesem Bereich besagt, dass die Verteilungskurve weder zu flach noch zu steil verläuft. Reliabilitäten und Trennschärfen sind Kennzeichen dafür, wie gut die jeweiligen Items die Skala repräsentieren. Betrachten wir nun die Ergebnisse im Einzelnen:

6.6.5.1.1. SESA

Die SESA liegt als fünf-stufiges Messinstrument vor. Wir entscheiden uns daher dafür, nur Items beizubehalten, deren Mittelwerte größer 2.00 und kleiner 4.00 sind, um Boden- und Deckeneffekte zu vermeiden. Dieses Kriterium trifft auf die Items 2, 3, 6, 7, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 26 und 27 zu. Items, die unseren Kriterien bei Schiefe und Kurtosis entsprechen sind folgende: 2, 6, 7, 14, 19, 21, 26 und 27.

Für die Kurzskala (s. Anhang H) werden demnach folgende Items ausgewählt: 2, 6, 7, 15, 16, 19, 20, 21, 26 und 27.

Die interne Konsistenz der Kurzskala beträgt .79. Item 26 wird zusätzlich eliminiert, da es eine geringe Trennschärfe innerhalb der Kurzskala aufweist. Die interne Konsistenz erhöht sich nun auf .81.

6.6.5.1.2. Kontrollüberzeugungen

Die Skalen zur Erfassung der Kontrollüberzeugungen liegen sechsstufig vor. Daher wird das Maß für eine Itemschwierigkeit im mittleren Bereich zwischen größer 2.00 und kleiner 5.00 festgesetzt.

6.6.5.1.2.1. Internale Kontrollüberzeugungen

Mittelwerte in dem von uns definierten Normbereich sind bei folgenden Items zu beobachten: 1, 4, 5, 9, 21 sowie 23. Notwendige Werte hinsichtlich der Schiefe weisen die Items 4, 5, 9, 21 und 23 auf, notwendige Werte der Kurtosis die Items 5, 9 und 23. Wir entscheiden uns dafür, die Items 4, 5, 9, 21 und 23 in die Kurzsкала (s. Anhang H) aufzunehmen, obwohl diese nicht in allen Kennwerten unseren Erwartungen entsprechen. Allerdings würde bei konsequenter Anwendung aller Kriterien die Skala zu kurz werden. Die interne Konsistenz der Kurzsкала beträgt .54. Dieses Maß ist sicherlich auf den ersten Blick nicht zufriedenstellend. Es muss jedoch betont werden, dass zum einen die Anzahl der Items einen Einfluss auf die Reliabilität von Skalen hat, zum anderen die Skalen der Kontrollüberzeugungen von je her in unserer Studie recht geringe interne Konsistenzen aufwiesen (.72).

6.6.5.1.2.2. Externale Kontrollüberzeugungen (Machtlosigkeit)

Mittelwerte als Kennzeichen für die Itemschwierigkeit sind nach der obigen Festsetzung bei den Items 8, 15, 17, 20 und 22 gegeben, Schiefe und Kurtosis liegen ebenso bei diesen Items in dem von uns definierten Bereich. Die Auswahl der Items erfolgt dementsprechend. Die interne Konsistenz der Kurzsкала (s. Anhang H) beträgt .61.

6.6.5.1.2.3. Externale Kontrollüberzeugungen (Fatalismus)

Fast ebenso leicht fällt die Itemselektion bei dieser Skala. Mittelwerte im definierten Bereich zeigen sich bei den Items 2, 6, 7, 10, 14 und 16. Schiefe und Kurtosis bei den Items 2, 6, 10, 14 und 16. Die Kurzsкала (s. Anhang H) umfasst somit die Items 2, 6, 10, 14 sowie 16, die interne Konsistenz beträgt .63.

6.6.5.1.3. Die Skalen der Handlungsorientierung

Die Skalen des HAKEMP liegen in zwei Stufen vor (1 und 2).

6.6.5.1.3.1. Handlungsorientierung bei Misserfolg

Als Intervall für die von uns akzeptierte Itemschwierigkeit wurden von uns bei dieser Skala Mittelwerte zwischen 1.30 und 1.70 ausgewählt. Dieses trifft für die Items 1, 4, 7, 10, 13, 19, 22, 28 und 31 zu. Die von uns vorgegebenen Kriterien der Schiefe erfüllen die Items 1, 4, 7, 10, 13, 19, 22, 28 sowie 31. Die Ergebnisse der Kurtosis sind nicht zufriedenstellend. Hier erfüllen lediglich drei Items (16, 25 u. 34) die Kriterien.

Für die Kurzskala (s. Anhang H) wurden trotzdem die Items 1, 4, 7, 10, 13, 19, 22, 28 und 31 ausgewählt, da unter strengen Kriterien die Skala weiterhin keinen Bestand gehabt hätte. Die interne Konsistenz der Kurzskala ist mit einem alpha von .81 jedoch als gut anzusehen.

6.6.5.1.3.2. Handlungsorientierung bei der Planung

Das Mittelwertsintervall als Kennzeichen für die Itemschwierigkeit musste für diese Subskala vergrößert werden (zwischen 1.20 und 1.80), da ansonsten bereits hier nur noch sehr wenige Items für die Kurzskala zur Verfügung gestanden hätten. Somit erfüllen folgende Items das (erweiterte) Kriterium: 2, 11, 17, 20, 23, 26, 32 und 35.

Bei den Kennwerten zur Kurtosis fallen die Ergebnisse besser aus als bei der obigen Skala. Hier erfüllen die Items 2, 11, 14, 17, 20, 29, 32 sowie 35 das Kriterium. Die Kennwerte zur Schiefe hingegen sind nicht zufrieden stellend. Lediglich die Items 23 und 26 weisen Werte im erwünschten Bereich auf.

Aus den obigen Ergebnissen haben wir uns dazu entschlossen, die Items 2, 11, 17, 20, 23, 26, 32, 35 für die Kurzskala (s. Anhang H) beizubehalten. Die so gebildete Kurzskala weist eine interne Konsistenz von .84 auf.

6.6.5.1.4. TAS

Das Skalenniveau dieses Inventars ist fünfstufig. Betrachten wir nun die Kennwerte der von uns favorisierten Subskalen.

6.6.5.1.4.1. Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen

Als Kennzeichen für die Itemschwierigkeit wurden bei dieser Skala Mittelwerte zwischen 2.00 und 4.00 festgesetzt. Dieses trifft auf die Items 4, 14 und 20 zu. Die Schiefe

und Kurtosis der Items 4, 14, 17 und 20 liegt in dem von uns definierten Bereich. Somit stellen diese vier Items auch die Kurzskala (s. Anhang H) dar. Die Aufnahme von Item 17 bietet sich an, da dieses mit einer Itemschwierigkeit von 1.84 das von uns vorgegebene Kriterium nur knapp verfehlt. Die interne Konsistenz der so gebildeten Skala beträgt .83.

6.6.5.1.4.2. Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen

Analog dem Vorgehen bei der Skala „Handlungsorientierung bei der Planung“ musste bei dieser Skala das von uns favorisierte Mittelwertsintervall vergrößert werden (zwischen 2.40 und 4.00). Die so definierte Itemschwierigkeit gilt für die Items 3, 8, 22 und 23. Die Schiefe liegt bei allen Items im gewünschten Bereich. Bei der Kurtosis weisen lediglich die Items 3 und 12 die gewünschten Werte auf. Trotzdem entscheiden wir uns dafür, die Items 3, 8, 22 und 23 in die Kurzskala (s. Anhang H) aufzunehmen. Dieses Vorgehen ist insofern gerechtfertigt, als dass die Items 8, 22 und 23 die von uns bestimmten Grenzwerte bei der Kurtosis nur knapp überschreiten. Die interne Konsistenz beträgt .75.

6.6.5.1.5. Stressverarbeitung

Die diversen Skalen zur Stressverarbeitung haben sich insgesamt als veränderungssensibel gezeigt. Auch für diese soll nun geprüft werden, ob Kürzungen möglich sind. Dieses ist gerade für die von uns neu gebildete Skala „Abwehr und Ablenkung“ von besonderer Bedeutung, da diese mit insgesamt 24 Items zu lang ist. Um nicht Gefahr zu laufen, dass eine Skala über die andere dominiert, werden die Analysen für beide Skalen getrennt berechnet. Das Skalenniveau ist ebenfalls fünfstufig.

6.6.5.1.5.1. Abwehr

Als Intervall für die Mittelwerte als Kennzeichen der Itemschwierigkeit wurden bei den Skalen zur Stressverarbeitung Werte zwischen 2.50 und 3.50 festgesetzt. Dieses Kriterium erfüllen bei dieser Skala die Items 4, 6, 11, 17, 18, 22, 31, 33, 46, 52, 58 und 66. Bei der Schiefe und Kurtosis liegen alle Items im gewünschten Bereich. Daher werden für die Kurzskala (s. Anhang H) die Items 4, 6, 11, 17, 18, 22, 31, 33, 46, 52, 58 sowie 66 ausgewählt.

Die interne Konsistenz der Kurzskala beträgt nun .82 und liegt nur unwesentlich unter der Reliabilität der Langskala (.84).

6.6.5.1.5.2. Ablenkung

Mittelwerte in dem von uns erwünschten Bereich ($2.50 < x < 3.50$) weisen bei dieser Skala die Items 13, 20, 27, 29, 36, 51, 56, 60, 65, 67 auf. Hinsichtlich Schiefe und Kurtosis liegen alle Items im gewünschten Bereich. Wir kürzen die Skala daher nur um zwei Items. Die interne Konsistenz der Kurzskala (s. Anhang H) verändert sich im Vergleich zur Langskala nicht (.86).

6.6.5.1.5.3. Kontrolle

Für die Skala „Kontrolle“ musste das Intervall der Mittelwerte vergrößert werden. Geeignet sind nur Items, die größer 2.50 und kleiner 4.00 sind. Dieses trifft für die Items 2, 15, 21, 34, 35, 54 und 64 zu. Eine Schiefe zwischen -1.00 und 1.00 ist bei den Items 7, 12, 15, 21, 23, 34, 35, 44, 49, 54, 57 sowie 64 zu beobachten, eine Kurtosis in diesem Bereich liegt bei den Items 2, 7, 12, 15, 21, 23, 34, 35, 49, 54 und 64 vor. Die Items 2, 7, 12, 15, 21, 23, 34, 35, 49, 54 und 64 bilden daher die Kurzskala (s. Anhang H). Die interne Konsistenz beträgt .84.

Kommen wir nun zu den negativen Stressverarbeitungsstrategien:

6.6.5.1.5.4. Negative Stressverarbeitung

Für diese Skala musste das Intervall weiterhin vergrößert werden. Mittelwerte zwischen 2.00 und 4.00 zeigen sich bei folgenden Items: 3, 8, 14, 24, 25, 28, 32, 38, 45, 48, 55 und 69. Erwünschte Werte für die Schiefe und Kurtosis ($-1.00 < x < 1.00$) liegen bei den Items 3, 8, 14, 24, 25, 28, 32, 38, 45, 48, 55 und 69 vor. Die Kurzskala (s. Anhang H) setzt sich demzufolge aus den Items 3, 8, 14, 24, 25, 28, 32, 38, 45, 48, 55 und 69 zusammen (Cronbachs alpha = .85).

6.6.5.1.5.5. Vermeidung

Die Skala wird in ihrem Umfang beibehalten, da sie sich nur aus sechs Items zusammensetzt. Die Kennwerte der Items liegen ausnahmslos in dem von uns definierten Bereich.

6.6.5.1.6. PSSI

Innerhalb des hier dargestellten Forschungsprojektes haben sich insgesamt vier Skalen des PSSI als veränderungssensibel gezeigt: „selbstkritisch-selbstunsicher“, „kritisch-negativistisch“, „spontan-borderline“ sowie „liebenswert-histrionisch“. Auch diese Skalen sollen im Hinblick auf die Bildung von „Kurzskalet“ (s. Anhang H) überprüft werden.

6.6.5.1.6.1. PSSI (selbstkritisch-selbstunsicher)

Der PSSI liegt vierstufig vor. Die Mittelwerte (als Kennzeichen für die Itemschwierigkeit) der Items sollten demnach zwischen 1.50 und 3.50 liegen, um in die Kurzskalet aufgenommen zu werden. Dieses Kriterium erfüllen die Items 16, 22, 28, 40, 46, 52, 58. Schiefe und Kurtosis zwischen -1.00 und 1.00 ist bei den Items 22, 28, 40, 46, 52 und 58 gegeben. Für die Kurzskalet (s. Anhang H) werden demnach die Items 22, 28, 40, 46, 52 und 58 ausgewählt.

Die interne Konsistenz der Kurzskalet beträgt .48 (vorher .68). Sie lässt sich dadurch erklären, dass die Skala in sich nun noch heterogener erscheint. Viele Items weisen Mittelwerte zwischen 1.5 und 2,00 auf. Einige wenige Items haben Mittelwerte größer 2.50. Wir entschließen uns dennoch, die Kurzskalet so beizubehalten, um diese anscheinend unterschiedlichen Aspekte erfassen zu können.

6.6.5.1.6.2. PSSI (kritisch-negativistisch)

Die Mittelwerte (als Kennzeichen für die Itemschwierigkeit) folgender Items liegen bei dieser Skala im erwünschten Bereich: $1.50 < x < 3.50$: 5, 11, 17, 23, 35, 41, 47, 53 und 59.

Eine Schiefe zwischen -1.00 und 1.00 zeigen die Items 5, 35, 41, 59, eine Kurtosis zwischen -1.00 und 1.00 die Items 35, 41, 47, 59. Für die Kurzskalet (s. Anhang H) werden die Items 5, 35, 41, 47, 59 ausgewählt.

Die interne Konsistenz der Kurzskalet beträgt .66 (vorher .77).

6.6.5.1.6.3. PSSI (spontan-borderline)

Zur Bildung der Kurzskala (spontan-borderline) werden Mittelwerte zwischen 1.40 und 3.50 akzeptiert. Dieses Kriterium erfüllen die Items 1, 7, 19, 25, 31 und 43. Die Items der Skala zeigen insgesamt eine Verteilung, die stark von der Normalverteilung abweicht. Daher müssen die Kriterien für Schiefe und Kurtosis herabgesetzt werden: $-2.00 < x < 2.00$ (Schiefe); $-3.00 < x < 3.00$ (Kurtosis). Die neu definierten Kriterien für die Schiefe erfüllen die Items 1, 7, 19, 25, 31, 43, 55. Einzig das Item 43 weist einen Wert < 1 auf. Für die Kurtosis sind es die Items 1, 7, 19, 25, 31 sowie 43. Hier zeigen lediglich die Items 7 und 43 Werte < 1 . Für die Kurzskala (s. Anhang H) werden folgende Items ausgewählt: 1, 7, 19, 25, 31 und 43.

Die interne Konsistenz der Kurzskala liegt bei .79 (vorher .83).

6.6.5.1.6.4. PSSI (liebenswert-histrionisch)

Die Mittelwerte als Kennzeichen für die Itemschwierigkeit sollen für die Items dieser Skala zwischen 2.00 und 3.00 liegen. Dieses ist bei den Items 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44 und 56 der Fall. Die Toleranzbereiche für Schiefe und Kurtosis können hier wieder auf $-1.00 < x < 1.00$ festgesetzt werden. Diese Kriterien erfüllen alle Items. Für die „Kurzskala“ (s. Anhang H) werden bis auf das Item 50 alle Items ausgewählt.

Die interne Konsistenz der Kurzskala beträgt .78 (vorher .80).

6.6.5.2. Replikation bisheriger Befunde

Wie wir bisher zeigen konnten, waren wir in der Lage, Kurzskalen für die von uns favorisierten Skalen zu bilden. Die Analysen basierten dabei auf den Ergebnissen der Postmessung.

Nun ist es jedoch - neben den Kriterien Trennschärfe, interne Konsistenz, Schiefe und Kurtosis – wichtig zu erfahren, ob die so gebildeten Kurzskalen weiterhin in der Lage sind, durch die Rehabilitationen bedingte Veränderungen zu erfassen. Wir werden daher im Folgenden Ergebnisse vorstellen, die sich mit zeitlichen Unterschieden und Differenzen zwischen den Gruppen befassen. Sollten die Kurzskalen (s. Anhang H) tatsächlich unserem Forschungsanliegen entsprechen, müssten sie ebenso veränderungssensibel sein wie die Langskalen (s. Anhang G).

Daher präsentieren wir nun Ergebnisse einer doppelt-multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung analog der bisherigen Auswertungen der Langskalen. Als Prädiktoren fungierten hier wiederum die Variable „Gruppenzugehörigkeit (REAL vs. CONTROL)“ als „between subjects“ und die Variable „Zeit (Prä- und Postmessung)“ als „within subjects“. Die Kriteriumsvariablen stellen nun 16 eingesetzte Kurzskalen dar. Die Skalen 1 und 3 des PSSI werden aufgrund bisheriger Befunde an dieser Stelle von der Analyse ausgeschlossen.

Die multivariaten Befunde bestätigen im Großen und Ganzen die bisherigen Befunde. Die Verkürzung von 18 auf 16 Skalen bewirkt, dass nun die Wechselwirkung zwischen Gruppenzugehörigkeit und Zeit für die Langskalen das Signifikanzniveau verpasst. Dieses gilt ebenso für die Kurzskalen. Der Haupteffekt „Gruppe“ wird bei den Kurzskalen im Gegensatz zu den Langskalen signifikant. Der Hauptfaktor „Zeit“ zeigt bei beiden Analysen hoch signifikante Ergebnisse.

Tab.6.6-17: Multivariate Ergebnisse der doppelt-multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Langskalen und Kurzskalen.

Variable	Wilks Lambda	df	mF	p
Langskala				
Zeit	.76	16;251	4.94	<.001
Gruppe	.91	16;251	1.57	.08
Zeit x Gruppe	.92	16;251	1.32	.19
Kurzskala				
Zeit	.79	16;339	5.53	<.001
Gruppe	.92	16;339	1.89	<.05
Zeit x Gruppe	.94	16;339	1.44	.12

Auf univariater Ebene zeigen sich beim Faktor „Gruppe“ für folgende (abhängige) Variablen signifikante Ergebnisse für die Langskalen: „SESA“, „Positive Stressverarbeitung (Abwehr und Ablenkung)“, „Negative Stressverarbeitung“, „Vermeidungstendenz“, „PSSI (selbstkritisch-selbstunsicher)“, „PSSI (kritisch-negativistisch)“ sowie „PSSI (spontan-borderline)“. Dieses entspricht den bisherigen Befunden. Bei den „Kurzskalen“ zeigen sich zusätzlich zu diesen Skalen auch noch bei den Skalen „Internale Kontrollüberzeugungen“ sowie „Positive Stressverarbeitung/Kontrolle“ signifikante Ergebnisse. Im Gegensatz zur Langskala verfehlt die Kurzskala des „SESA“ das Signifikanzniveau knapp. Auch die Skala „PSSI (selbstkritisch-selbstunsicher)“ verfehlt das Signifikanzniveau.

Bei dem Faktor „Zeit“ zeigen auf univariater Ebene bis auf „Internalität“ alle „Langskalen“ signifikante Ergebnisse. Dieses entspricht den bisherigen Analysen. Bei den Kurzskalen werden die Skalen „Positive Stressverarbeitung (Abwehr und Ablenkung)“ und „Positive Stressverarbeitung (Kontrolle)“ nicht signifikant.

Betrachten wir noch abschließend die univariaten Ergebnisse der Wechselwirkung. Auf univariater Ebene zeigen für die Langskalen die Variablen „Externalität/Fatalismus“ und „Negative Stressverarbeitung“ signifikante Ergebnisse. Im Gegensatz hierzu wird bei den Kurzskalen die Skala „Externalität/Machtlosigkeit signifikant. „Negative Stressverarbeitung“ und „Externalität/Fatalismus“ verfehlen das Signifikanzniveau nur knapp. Diese Ergebnisse sind sicherlich auf dem ersten Blick sehr widersprüchlich. Auf der anderen Seite muss jedoch auch festgehalten werden, dass den Kurzskalen eine größere Stichprobe zugrunde liegt. Diese etwas verzerrten Ergebnisse könnten hierin begründet sein.

Im Großen und Ganzen kann jedoch bereits an dieser Stelle festgehalten werden, dass sich die mittels der Langskalen gefundenen Ergebnisse auch durch die Kurzskalen replizieren lassen.

Betrachten wir nun als nächstes Maß die Effektstärken. In Tabelle 6.6-18 sind sowohl die konservativen wie auch die um die Interkorrelationen bereinigten Effektstärken aufgeführt. Die Unterschiede zwischen den Lang- und Kurzskalen sind dabei nur als marginal zu bezeichnen (Veränderungen auf der zweiten Dezimalstelle um maximal .07).

Tab.6.6-18: Effektstärken getrennt nach Kurz- und Langskalen.

Variable	Langskalen	Kurzskalen
SESA Selbstakzeptierung	0,25 / 0,47	0,28 / 0,45
IPC Internalität / Kontrolle	0,05 / 0,08	0,01 / 0,02
IPC Externalität / Machtlosigkeit	-0,16 / -0,23	-0,16 / -0,22
IPC Externalität / Fatalismus	-0,31 / -0,45	-0,32 / -0,44
SVF Vermeidungstendenz	-0,20 / -0,27	-0,21 / -0,32
SVF Pos. Stressverarbeitung: Abwehr / Ablenkung	0,09 / 0,14	0,08 / 0,13
SVF Positive Stressverarbeitung: Kontrolle	0,04 / 0,06	0,04 / 0,05
SVF Negative Stressverarbeitung	-0,12 / -0,19	-0,15 / -0,23

HAKEMP Handlungsorientierung nach Misserfolg	0,21 / 0,41	0,19 / 0,37
HAKEMP Handlungsorientierung bei Handlungsplanung	0,15 / 0,28	0,13 / 0,24
PSSI Selbstkritisch – selbstunsicher	-0,18 / -0,26	-0,18 / -0,26
PSSI Kritisch – negativistisch	-0,10 / -0,15	-0,13 / -0,19
PSSI spontan – borderline	-0,08 / -0,11	-0,13 / -0,18
PSSI liebenswert – histrionisch	0,12 / 0,21	0,12 / 0,20
TAS1 Schwierigkeiten bei Identifikation von Gefühlen	-0,16 / -0,29	-0,20 / -0,34
TAS2 Schwierigkeiten bei Beschreibung von Gefühlen	-0,15 / -0,27	-0,16 / -0,27

6.7. Ergebnisse zum Rating Umgang mit Verantwortung (RUV)

6.7.1. Eingeschätzte Änderungsmotivation der Klienten durch die Verkehrstherapeuten

Betrachten wir nun im Folgenden die Einschätzungen der Verkehrstherapeuten bzgl. der Veränderungsbereitschaft ihrer Klienten. Auf einer achtstufigen Skala sollten sie zu zwei Messzeitpunkten (Prä-Post) diese Einschätzung vornehmen. Als Antwortkategorien wurden dabei folgende Möglichkeiten vorgegeben:

- 1 = leugnen
- 2 = sich gegen Kritik wehren
- 3 = bagatellisieren
- 4 = Ablehnen der Verantwortung
- 5 = Leugnen der negativen Folgen
- 6 = keine Änderungsmotivation
- 7 = Ambivalenz
- 8 = Änderungsmotivation

Wie bereits aus der Darstellung der Antwortstufen hervorgeht, ist eine Equidistanz zwischen den Kategorien nicht gegeben. Auch ein Ordinalskalenniveau kann hier nur sehr begrenzt vorausgesetzt werden. Daher beschränken wir uns an dieser Stelle vornehm-

lich auf eine deskriptive Darstellung der Befunde. Unterstützt sollen diese durch χ^2 -Tests werden, die sich bei Items auf Nominalskalenniveau anbieten.

Betrachten wir zunächst die Ergebnisse der Prämessung (s. Abb. 6.6-1). Prägnant ist bei dieser Betrachtung, dass die Skalenendpunkte („leugnen“ und „Änderungsmotivation“) die stärksten Ausprägungen zeigen. Die meisten Klienten wurden diesen Kategorien zugeordnet. Die dritthäufigste Einschätzung erfolgte auf der Stufe „bagatellisieren“. Erwähnenswert ist weiterhin die Häufigkeiten bei den Antwortkategorien „sich gegen Kritik wehren“ und „Ambivalenz“. Die ungleiche Verteilung auf die Antwortkategorien zeigt sich als statistisch relevant, $\chi^2_7 = 556, p < .001$.

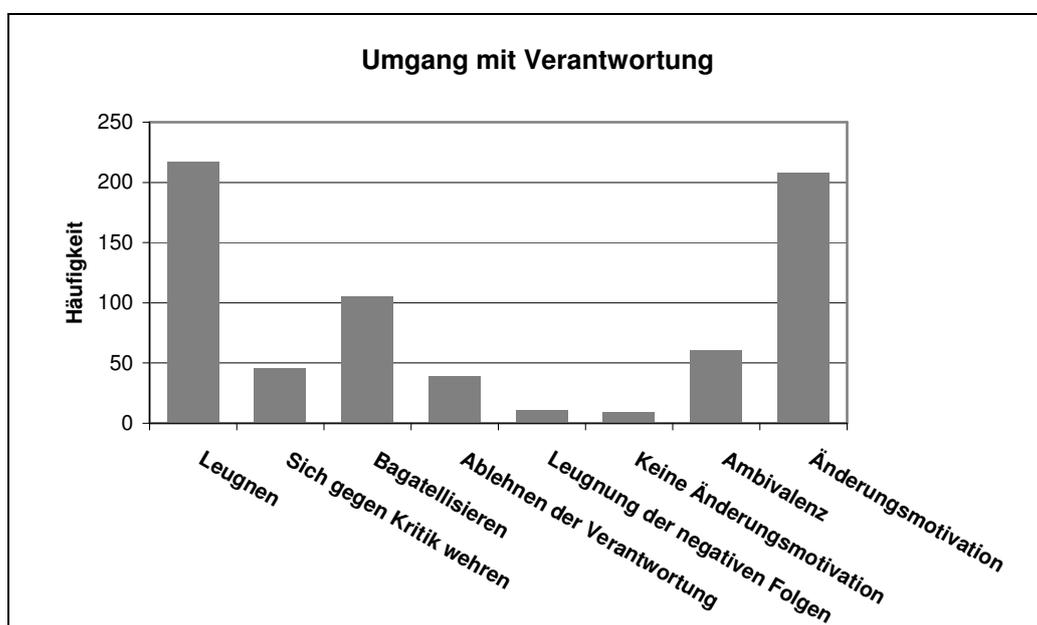


Abb.6.7-1: Umgang mit Verantwortung. Ergebnisse der Prä-Messung.

Zum zweiten Messzeitpunkt, also nach Beendigung der Rehabilitation, zeigt sich bei der Einschätzung der Veränderungsbereitschaft ein verändertes Bild (s. Abb. 6.7-2). Hier werden nun fast alle Klienten als änderungsmotiviert eingeschätzt. Alle übrigen Antwortkategorien zeigen keine wesentlichen Ausprägungen. Auch dieser Befund erweist sich als statistisch signifikant, $\chi^2_7 = 2759, p < .001$.

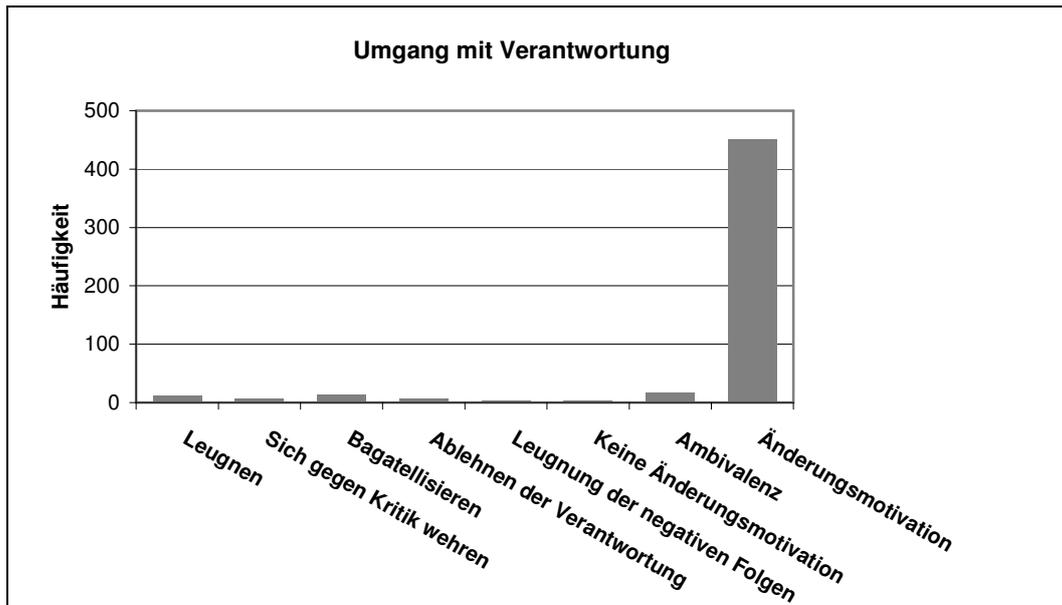


Abb.6.7-2: Umgang mit Verantwortung. Ergebnisse der Post-Messung.

Betrachten wir nun die Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten näher. Es deutet sich zwar eine starke Zunahme der Änderungsmotivation der Klienten an, bzw. die meisten werden nach der Rehabilitation von ihren Verkehrstherapeuten so eingeschätzt, jedoch kann dieser Befund auch dadurch bedingt sein, dass ein Großteil der Klienten aus den übrigen Kategorien die Rehabilitation abgebrochen hat. Diese Vermutung könnte sich aufdrängen, wenn man berücksichtigt, dass sich die Stichprobengröße vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt doch erheblich verringert hat. Die in Tabelle 6.7-1 dargestellte Kreuztabelle kann eindeutige Aufschlüsse liefern.

Tab.6.7-1: Veränderung der Änderungsmotivation der Klienten zwischen den Messzeitpunkten prä und post.

		post							
		Leugnen	Sich gegen Kritik wehren	Bagatellisieren	Ablehnen der Verantwortung	Leugnung der negativen Folgen	Keine Änderungsmotivation	Ambivalenz	Änderungsmotivation
prä	Leugnen	4	4	9	4	2	1	4	127
	Sich gegen Kritik wehren	3						1	26
	Bagatellisieren	2	1			2	1	4	62
	Ablehnen der Verantwortung			2	1				27
	Leugnung der negativen Folgen								8
	Keine Änderungsmotivation								5
	Ambivalenz	1		1			2	2	46
	Änderungsmotivation	1	1	1	1			6	140

Tatsächlich unterstützt Tabelle 6.7-1 die Hypothese, dass durch die erfolgte Rehabilitation auch Veränderungen bei den Klienten bewirkt wurden. Statistische Artefakte (Reduzierung der Stichprobengröße) können weitgehend ausgeschlossen werden. Interessant sind die aufgelisteten Häufigkeiten in der letzten Spalte. Insgesamt 140 Klienten werden von den Verkehrstherapeuten über beide Messzeitpunkte als änderungsmotiviert eingeschätzt. Ein fast genauso großer Teil leugnete zu Beginn der Rehabilitation die Probleme, zeigte aber in der Post-Messung nun hohe Änderungsmotivation. Ähnliche positive Veränderungen sind ebenfalls bei den übrigen Kategorien zu registrieren. Die übrigen Zellen zeigen hingegen nur sehr geringe Häufigkeiten, die als nicht weiter relevant beurteilt werden können. Obgleich diese deskriptiven Ergebnisse eindeutig für eine Wirksamkeit der Rehabilitation sprechen und (positive) Veränderungen auf Seiten der Klienten belegen, wird dieser Befund statistisch nicht signifikant, $\chi^2_{49} = 54, p = .30$. Ein Grund hierfür könnte sein, dass die große Anzahl der Zellen (64) diese Signifikanz verhindert. Auf deskriptiver Ebene sind die Ergebnisse jedoch eindeutig! Die Frage, ob sich Unterschiede hinsichtlich der Veränderungsbereitschaft zwischen den beiden Gruppen CONTROL und REAL zeigen, kann zum ersten Messzeitpunkt

verneint werden, wenngleich das Signifikanzniveau nur knapp verfehlt wird ($\chi^2(7) = 14.07, p = .05$). Außerdem hat dieses Ergebnis nur eine sehr bedingte Aussagekraft. Hieraus kann auf keinen Fall gefolgert werden, dass die Klienten der einen oder anderen Gruppe änderungsmotivierter sind oder nicht. Wir bilden daher eine neue Variable, die aus lediglich zwei Antwortstufen besteht: Änderungsmotivation vs. alle übrigen Kategorien = keine Änderungsmotivation.

Wie sich in Tabelle 6.7-2 andeutet, zeigen sich Unterschiede hinsichtlich der Anzahl an änderungsbereiten bzw. nicht änderungsbereiten Klienten. Diese Einschätzung wird ebenfalls durch den χ^2 -Test belegt, $\chi^2_1 = 4.41, p < .05$. In der Gruppe REAL sind im Verhältnis gesehen mehr Klienten vorhanden, bei denen eine Änderungsmotivation durch die Verkehrstherapeuten eingeschätzt wurde. In der Gruppe CONTROL sind dieses ca. 26%, während es bei der Gruppe REAL 33% sind.

Tab. 6.7-2: Gegenüberstellung änderungsmotivierte und nicht änderungsmotivierte Klienten zum ersten Messzeitpunkt, getrennt nach CONTROL und REAL.

	CONTROL	REAL	gesamt
Keine Änderungsmotivation	213	275	488
Änderungsmotivation vorhanden	73	135	208
gesamt	286	410	696

Diese Unterschiede reduzieren sich jedoch über den zeitlichen Verlauf der Rehabilitation (s. Tabelle 6.7-3). Bei der zweiten Messung zeigen sich bei der Gruppe CONTROL ca. 85% der Klienten als änderungsmotiviert, in der Gruppe REAL liegt der Prozentsatz bei 90%. Die Verringerung der prozentualen Unterschiede zwischen den Gruppen zeigt sich auch bei einem χ^2 -Test, der zum zweiten Messzeitpunkt das Signifikanzniveau nun verfehlt, $\chi^2_1 = 3.10, p = .08$.

Tab.6.7-3: Gegenüberstellung änderungsmotivierte und nicht änderungsmotivierte Klienten zum letzten Messzeitpunkt, getrennt nach CONTROL und REAL.

	CONTROL	REAL	gesamt
Keine Änderungsmotivation	34	29	63
Änderungsmotivation Vorhanden	190	260	450
gesamt	224	289	513

6.7.2. Auswirkung wahrgenommener Änderungsbereitschaft auf die psychodiagnostischen Messverfahren

Als nächstes gilt es zu betrachten, ob die Änderungsmotivation einen Einfluss auf psychodiagnostische Messverfahren hat, die ebenfalls als Kriterium für die Wirksamkeit der Rehabilitationen dienen. Hierfür wurde eine einfaktorielle multivariate Varianzanalyse über die eingesetzten Skalen zum ersten Messzeitpunkt gerechnet.

Tatsächlich zeigen sich auf multivariater Ebene keine signifikanten Unterschiede zwischen änderungsmotivierten und nicht änderungsmotivierten Klienten zum ersten Messzeitpunkt, $mF_{18;407} = .47$, $p = .78$. Auch auf univariater Ebene zeigt nicht eine einzige psychodiagnostische Variable signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Gleiches gilt auch für die Postmessung. Auch hier zeigen sich auf univariater Ebene keine signifikanten Ergebnisse. Dieses gilt ebenso auf multivariater Ebene $mF_{18;328} = 1.32$, $p = .17$.

Es kann somit festgehalten werden, dass sich zwar bei beiden Kriteriumsmaßen („Änderungsbereitschaft“ und „psychodiagnostische Messverfahren“) durch die Maßnahmen bedingte eindeutige positive Veränderungen zeigen, diese jedoch statistisch voneinander unabhängig zu sein scheinen.

Um letzte Zweifel bzgl. der Unabhängigkeit der beiden Maße zu beseitigen, haben wir weiterhin noch eine einfaktorielle multivariate Varianzanalyse über die eingesetzten Skalen zum zweiten Messzeitpunkt gerechnet. Hier beinhaltete der Faktor „Änderungsbereitschaft“ nun insgesamt vier Stufen:

- positive Veränderung zwischen den beiden Messzeitpunkten,
- negative Veränderung zwischen den beiden Messzeitpunkten,
- konstant Änderungsmotivation vorhanden sowie
- konstant Änderungsmotivation nicht vorhanden.

Auch hier zeigen sich auf multivariater Ebene keine signifikanten Unterschiede, $mF_{54;936} = 1.15$, $p = .22$. Dieser Befund setzt sich ebenso auf multivariater Ebene fort.

7. Zusammenfassung und Diskussion

Die Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL der Impuls GmbH, Köln, für alkoholauffällige Kraftfahrer wurden in der vorliegenden Studie auf ihre Wirksamkeit überprüft.

Die Stichprobe bestand aus alkoholauffälligen Kraftfahrern, die nach einer MPU vom Gutachter die Empfehlung erhalten hatten, an einer Rehabilitation teilzunehmen, bzw. aus Personen, die sich nach einem BfF-Beratungsgespräch für eine Rehabilitation entschieden oder auf anderem Wege in die Rehabilitationsprogramme fanden, z.B. über Therapeuten, die Gelben Seiten, etc. Es fand keine selektive Aufnahme der zu untersuchenden Stichprobe statt, d.h. prinzipiell konnte jeder Klient der Rehabilitationsprogramme in die Stichprobe aufgenommen werden.

Die Rekrutierung der Klienten wurde durch die Verkehrstherapeuten vorgenommen. Der Zeitraum der Evaluation erstreckte sich über mehr als acht Jahre, in denen Daten von 837 Klienten ausgewertet wurden. 341 Probanden nahmen an dem Rehabilitationsprogramm CONTROL, 496 nahmen an REAL teil. Das Verhältnis zwischen diesen beiden Rehabilitationsprogrammen betrug in etwa 40:60 und spiegelt auch das tatsächliche Verhältnis bei der Frequentierung der beiden Rehabilitationsprogramme wider.

Von Trunkenheitsfahrten berichteten erwartungsgemäß die meisten Klienten (99.2%). Männer waren in beiden Rehabilitationsgruppen deutlich überrepräsentiert. Das Geschlechtsverhältnis belief sich hier in etwa bei 7:1 und spiegelt auch hier ein realistisches Bild der allgemeinen Verteilung wider. Das Kraftfahrt-Bundesamt berichtet in seinem Bericht aus dem Jahre 2005, dass im Verkehrszentralregister 994000 Männer registriert waren, die unter Alkoholeinfluss fuhren. Demgegenüber stehen 104000 Frauen. Dieses entspricht einem ungefähren Verhältnis von 10:1. Dementsprechend waren nach diesen Vergleichszahlen Frauen leicht überrepräsentiert.

Das Durchschnittsalter lag in der vorliegenden Stichprobe bei etwa 40 Jahren, wobei die Spannweite sehr enorm war. Die Teilnehmer des Programms REAL waren im Durchschnitt etwas älter, was ebenfalls den Erwartungen entsprach. Es ist bei diesen Probanden davon auszugehen, dass hier eine gravierendere Alkoholproblematik vorliegt, die in der Regel auch eine längere „Krankheitsgeschichte“ beinhaltet.

Dass die Alkoholproblematik bei der Gruppe REAL insgesamt stärker einzuschätzen ist, zeigt sich auch in der durchschnittlichen Blutalkoholkonzentration der Klienten. Die Gruppe CONTROL wies hier einen durchschnittlichen Wert von 1.7‰ auf, während die Gruppe REAL mit einem Wert von 2.1‰ deutlich höher lag.

Auch lag der Anteil derjenigen Probanden mit mindestens einer früheren Trunkenheitsfahrt in dieser Gruppe höher (30% vs. 21.2%).

Ein weiteres Indiz für die tiefgreifende und langwierige Alkoholproblematik ist die angegebene Anzahl vorausgegangener MPU. Zwar berichten 412 Probanden, dass sie an keiner vorausgegangenen MPU teilgenommen hatten, jedoch haben auch 332 (44.6%) bereits an mindestens einer vorausgegangenen MPU teilgenommen. Ein Teilnehmer berichtete in diesem Zusammenhang sogar von sieben MPU.

Der Anteil vorausgegangener Nachschulungskurse und Rehabilitationsprogramme ist im Gegensatz hierzu mit 15.1% bzw. 4.8% vergleichsweise gering. Auch hier gilt, dass die Probanden der Gruppe REAL ungünstigere Werte aufweisen.

Dieses ist ebenfalls bei den angegebenen bisherigen Fahrverboten der Fall. 19.7% der Klienten der Gruppe REAL berichteten, dass sie mit ein oder mehr Fahrverboten sanktioniert wurden. In der Gruppe CONTROL war dieses bei 17.2% der Fall.

Vom Entzug der Fahrerlaubnis berichteten in der Gruppe CONTROL 57.8%, in der Gruppe REAL lag dieser Anteil mit 74.6% wesentlich höher. Auch die medizinischen Auffälligkeiten waren bei Klienten des Rehabilitationsprogramms REAL höher.

Das Bildungsniveau der Probanden ist recht heterogen. Hier zeigt sich, dass das Bildungsniveau der Gruppe REAL etwas geringer ist als das der Gruppe CONTROL. Es lässt sich insgesamt konstatieren, dass die Alkoholproblematiken, die in den Rehabilitationen angegangen, grundsätzlich nicht mit dem Bildungsniveau konfundiert sind, da alle Bildungsstufen hinreichend vertreten waren. Im Vergleich zu anderen Studien ist das Bildungsniveau jedoch leicht geringer einzuschätzen.

Als weitere soziodemografische Variablen wurden „Berufstätigkeit“, „Familienstand“ und „im Haushalt lebende Kinder“ erfasst. Hier zeigt sich insgesamt, dass die Klienten diesbezüglich keinen besonderen belastenden Faktoren unterliegen.

Welchen Zugang fanden die Klienten zu den Rehabilitationsprogrammen von Impuls? Hier zeigten sich in den Stichproben zwei Hauptströmungen:

43.4% der Probanden hatten zuvor mindestens eine negative MPU absolviert. 41.8% nahmen nach einer „BfF-Beratung ohne negative MPU“ an den Rehabilitationsprogrammen teil.

Ein weiterer interessanter Gesichtspunkt beschäftigte sich mit den näheren Umständen der Trunkenheitsfahrten. Unter anderem wurde nach der „Uhrzeit der Trunkenheitsfahrten“ gefragt. Dabei zeigten sich gravierende Unterschiede zwischen den Gruppen. 85.9% der Fahrten lagen bei der Gruppe CONTROL zwischen 18:00 und 06:00 Uhr. Der Anteil war in der Gruppe REAL weitaus geringer (69.7%). Entsprechend höher war

hier der Anteil der Alkoholfahrten, die über Tag stattfanden. Auch dieses ist ein eindeutiges Indiz für eine stärkere Alkoholproblematik in dieser Gruppe.

Dieses zeigte sich dann auch bei den Trunkenheitsfahrten mit Restalkohol. Etwa ein Drittel der Trunkenheitsfahrten, die aufgedeckt wurden, waren mit einem Verkehrsunfall verbunden.

Diese Zahlen weisen noch einmal sehr eindringlich auf die Relevanz der Rehabilitationsprogramme hin. Sie sind weiterhin aber auch ein Indiz dafür, dass Alkoholfahrten häufig unentdeckt bleiben, da die Kontrolldichten hierfür immer noch zu gering sind.

Es zeigte sich weiterhin, dass mit den Trunkenheitsfahrten auch weitere Verkehrsdelikte verbunden waren. 36.7% berichteten (bzw. ergab das MPU-Gutachten) von „Unfallflucht“, 21.5% von einer „Gefährdung des Straßenverkehrs“. Diese Delikte stehen bereits per Augenschein in enger Verbindung zu Alkoholfahrten. Weitere Delikte kamen entsprechend seltener vor.

Auch nach der Fahrpraxis wurden die Klienten befragt. Entsprechend der etwas älteren Stichprobe bei REAL lag in dieser Gruppe das Jahr des ersten Führerscheinerwerbs länger zurück. Bei der jährlichen Fahrleistung zeigten sich hingegen keine gravierenden Unterschiede.

Nach der „angegebenen Abstinenz“ wurden die Probanden ebenfalls befragt. 76.4% der Klienten der Gruppe CONTROL gaben an, nicht abstinent zu sein. Bei der Gruppe REAL war dieser Anteil den Rehabilitationskonzept entsprechend deutlich geringer (26.5%). Ein erheblicher Anteil der Probanden ist demnach abstinent.

Für die Evaluation der Rehabilitationsprogramme wurden zu verschiedenen Messzeitpunkten unterschiedliche Erhebungsinstrumente eingesetzt. Erfasst wurden die Vorgeschichtsdaten der Klienten, ihr soziodemografischer Hintergrund und der Umgang mit Verantwortung hinsichtlich des Alkoholproblems. Die Wirksamkeit und Erfolg der Programme wurde über externe und interne Kriterien eindeutig belegt. Als externe Kriterien wurden „MPU-Bestehensquote“ und „Legalbewährung“ herangezogen, als interne Kriterien „psychodiagnostische Maße“, die Auskunft über die Art der Wirkungsweise der Rehabilitationsprogramme gaben.

7.1. MPU- Bestehensquote

Alle Klienten, die erfolgreich ein Impuls-Programm beendet hatten, mussten vor der behördlichen Wiedererteilung der Fahrerlaubnis an einer erneuten „medizinisch-psychologischen Untersuchung“ teilnehmen. Die MPU wird von der Fahrerlaubnisbehörde angeordnet und von einer Begutachtungsstelle durchgeführt. Diese sogenannten MPU-Unternehmen unterliegen der regelmäßigen Kontrolle der BAST und sind zur Einhaltung umfangreicher gesetzlicher Bestimmungen verpflichtet. Damit kann die MPU als aussagekräftiges externes Kriterium für die Wirksamkeit der Rehabilitation angesehen werden.

Zur Operationalisierung der MPU-Bestehensquote wurde den Verkehrstherapeuten das Ergebnis der MPU durch die Klienten mitgeteilt. Zudem wurde die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis im VZR vermerkt, sodass die Angaben der Klienten eine zusätzliche Validierung erfuhren.

Voraussetzung für die Wiedererlangung der Fahrerlaubnis war für die Teilnehmer der Studie ein positives MPU-Gutachten nach Beendigung des Rehaprogramms. Dieses war das erste externe Kriterium für die Wirksamkeit. Der überwiegende Teil der Probanden berichtete nach Selbstauskunft von einem positiven MPU-Gutachten. Von 551 erreichten Klienten gaben 520 an, die MPU positiv absolviert zu haben. Dieses entspricht einer Quote von 94.4%. Getrennt nach den Rehaprogrammen erzielten 93.6% der Klienten des Programms CONTROL und 94.9 % der Klienten des Programms REAL ein positives MPU-Ergebnis. Unterschiede zwischen den Programmen waren statistisch nicht bedeutsam.

Zusätzlich zu diesem Wirksamkeitsmaß in der Selbstauskunft wurden auch Kennziffern des Krankfahrt-Bundesamtes herangezogen. Hier wurde die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis als Wirksamkeitskriterium operationalisiert, da davon ausgegangen werden konnte, dass ein Großteil der Klienten, der die Fahrerlaubnis wiedererteilt bekommen hatte, auch zuvor eine positive MPU absolvierte. „Wiedererteilung der Fahrerlaubnis“ und „positive MPU“ wurde an dieser Stelle also gleichgesetzt.

513 Klienten gaben Ihr Einverständnis zu dieser Abfrage im VZR. Von diesen konnten für 377 Probanden eindeutige Auskünfte über die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis vom KBA gegeben werden. 361 Klienten erhielten eine Wiedererteilung der Fahrerlaubnis. Dieses entspricht einer Erfolgsquote von 95.8 %. Das Rehabilitationsprogramm CONTROL erzielte dabei einen Wert von 96.9 %, das Programm REAL einen Wert von 95.0 %. Auch diese Unterschiede waren statistisch nicht signifikant.

Wie ausführlich diskutiert, wurde aus methodischen Gründen von der Erhebung einer Kontrollgruppe abgesehen. Stattdessen wurden die Befunde i.S.v. *Benchmarkings* mit denen anderer Studien verglichen. Dieses entspricht einem Vorgehen, dass ausdrücklich auch von der „BAST“ vorgeschlagen wird (vgl. Schmidt & Pfafferoth, 2002). Vergleicht man die Erfolgsquoten der Programme CONTROL und REAL mit eben diesen, so zeigt sich auch hier die hohe Wirksamkeit der Rehabilitationen. Neuere Erhebungen, z. B. IVT-Hö (1994), VPP (1997) und PRO-NON (1999) berichten Werte zwischen 85.1 % und 96.2 % nach Absolvierung eines Rehabilitationsprogramms. Eine hohe Effizienz der Rehabilitationen REAL und CONTROL ist demnach gegeben.

Die Befunde zeigen ferner, dass die Selbstauskünfte der Probanden sehr ehrlich erfolgten, da beide Maße stark miteinander korrespondieren. Offen bleibt jedoch die Frage, warum die KBA-Quote höher ausfällt als die der Selbstauskünfte. Zum einen können hier Stichprobeneffekte eine Rolle spielen. Auf der anderen Seite ist aber auch denkbar, dass für die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis nicht in allen Fällen eine positive MPU-Begutachtung zwingend notwendig war.

7.2 Legalbewährung

Während das primäre Ziel der Rehabilitanden darin bestand, die Fahrerlaubnis wiederzuerlangen, sollten als übergeordnete Ziele der verkehrspsychologischen Rehabilitation gleichermaßen die Förderung der allgemeinen Verkehrssicherheit wie auch das individuelle Bedürfnis nach Mobilität integrativ verknüpft werden. Das zweite externe Kriterium, die Legalbewährung nach 24 und 36 Monaten sollte Hinweise auf die Nachhaltigkeit der Programme liefern. Eintragungen innerhalb dieser Zeiträume hinsichtlich einer erneuten Alkoholauffälligkeiten im Straßenverkehr im VZR des Kraftfahrt-Bundesamtes sollten neben der Wirksamkeit den Erfolg unterstreichen. Für jeden Klienten wurden zu zwei Zeitpunkten Auskünfte eingeholt. Die erste VZR-Abfrage fand 24 Monate nach Wiedererteilung der Fahrerlaubnis statt. Die zweite VZR-Abfrage wurde 36 Monate nach Wiedererteilung der Fahrerlaubnis durchgeführt.

Verzugszeiten (Zeitspanne zwischen Tat und Eingang im VZR) wurden vom KBA berücksichtigt. Verzugszeit bedeutet, dass z.B. 34 Monate nach Wiedererteilung der Fahrerlaubnis eine erneute Ordnungswidrigkeit oder Straftat stattfinden – deren Rechtswirksamkeit aber erst nach 37 Monaten amtlich und danach erst dem KBA mitgeteilt werden könnte. Damit diese Klienten statistisch nicht fälschlicherweise als unauffällig behandelt werden, wurde der Beobachtungszeitraum vom KBA per se verlängert.

Hinsichtlich der Legalbewährung konnten bei 488 Klienten Auskünfte vom KBA erteilt werden. Lediglich 19 Teilnehmer wurden innerhalb des Untersuchungszeitraumes erneut auffällig. Dieses entspricht einer Quote von 3.9% und belegt deutlich den Erfolg der Rehabilitationsprogramme.

Eine Aufschlüsselung nach Reha-Programmen zeigt, dass 5 Probanden der Gruppe CONTROL und 14 Klienten der Gruppe REAL auffällig wurden. Die Rückfallquote der Gruppe REAL liegt demnach mit 5.4 % höher als in der Gruppe CONTROL, die einen Wert von 2.3 % erreicht.

Im zeitlichen Verlauf zeigte sich, dass im Zeitraum 25 bis 36 Monate nach Wiedererteilung der Fahrerlaubnis mehr Probanden auffällig wurden als im Zeitraum ein bis 24 Monate. Dieser Befund verdeutlicht, dass es unbedingt notwendig ist, die Legalbewährung über einen längeren Zeitraum zu verfolgen, wenn das Untersuchungsziel eine detaillierte Untersuchung des Rückfallverhaltens ist (vgl. Birnbaum, Biehl & Seehars, 2005).

Im Beobachtungszeitraum wurden neben einer erneuten Alkoholauffälligkeit auch weitere Auffälligkeiten im Straßenverkehr erfasst. Ein Teilnehmer zeigte in der Legalbewährung eine Drogenauffälligkeit. Wird dieser Sachverhalt im Sinne eines Verschiebungsphänomens betrachtet, so erhöht sich die Rückfallquote unmerklich auf 4.10. Punkteauffälligkeiten wiesen 94 (19.3) Teilnehmer auf. Diese Auffälligkeiten können jedoch nicht als Rückfälle betrachtet werden.

Gemäß dem „Leitfaden der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt)“ sollte eine Rückfallquote nicht über 18.8 % liegen (Schmidt & Pfafferoth, 2002). Dieser Referenzwert geht auf die Ergebnisse von Winkler et al. (1988) zurück. Angesichts dieser Vorgabe erzielen die Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL ein beachtliches Ergebnis und können zu Recht als erfolgreich bezeichnet werden. Zudem zeigt sich auch hier erneut, dass CONTROL und REAL im derzeitigen Trend liegen, wenn Befunde aus aktuelleren Untersuchungen herangezogen werden. Zuletzt dokumentierten Birnbaum et al. (2005) für das Modell IRAK-S eine Rückfallquote von 4.7 %. Die Rückfallquoten anderer Programme für alkoholauffällige Kraftfahrer, z. B. IVT-Hö (1994), VPP (1997) und PRO-NON (1999) lagen zwischen 3.6 % und 6.4 % nach 36 Monaten Beobachtungszeit.

Sicherlich spiegeln die Werte einer so erhobenen Legalbewährung nicht die realen Bewährungsquoten wider, die einzig durch eine flächendeckende und erschöpfende Dunkelfeldforschung zu eruieren wäre. Hierzu wurden z.T. retrospektive Befragungen

nach Beendigung von Kursprogrammen durchgeführt. Allerdings ist auch diese Methode mit einigen Fallstricken gekoppelt. Es kann hier nicht ausgeschlossen werden, dass Selektionsmechanismen bei einer anonymisierten Befragung greifen bzw. die Angabe aufgrund befürchteter Repressalien sozial erwünscht erfolgten.

7.3 Psychodiagnostische Kennwerte

Eine positive MPU-Begutachtung und die Legalbewährung sind externe Kriterien, die die Wirksamkeit und den Erfolg von CONTROL und REAL untermauern. Allerdings geben diese Maße keinerlei Auskunft darüber, *warum* die Reha-Programme wirken. Ist es der abschreckende bzw. bestrafende Charakter der Entziehung der Fahrerlaubnis, die „Güte der MPU“ oder faktisch die Wirksamkeit der Programme? Aus diesen Gründen wurden im vorliegenden Forschungsdesign unterschiedliche Erfolgsmaße eingesetzt, um die interne Validität und Konstruktvalidität im Sinne einer konvergenten Validität zu erhöhen. Psychodiagnostische Verfahren stützen somit die externen Kriterien MPU-Bestehensquote und Legalbewährung. Sie gewähren darüber hinaus einen Einblick in die Wirkmechanismen der Programme.

Bislang wurden Einstellungsmaße nur selten eingesetzt (vgl. z. B. Winkler et al., 1988). Diese Einstellungsmaße waren jedoch häufig hinsichtlich ihrer Validität kritisch. Die in der vorliegenden Evaluationsstudie eingesetzten Messinstrumente sind innerhalb der psychotherapeutischen Wirksamkeitsforschung etabliert und hinreichend validiert. Die ausgewählten Fragebögen wurden aufgrund ihrer inhaltlichen Passung und empirischen Bewährung ausgewählt. Die ermittelten Daten bezogen sich unmittelbar auf das wissenschaftlich begründete Behandlungskonzept. Sie maßen intrapsychische Veränderungen auf Seiten der Klienten im zeitlichen Verlauf. Alkoholspezifische Instrumente wurden wegen der Gefahr sozial erwünschter Antworttendenzen nicht eingesetzt. Gemessen wurden kognitive Veränderungen in Bezug auf Einstellung, Verhalten und Verantwortung im Umgang mit Alkohol.

Skalenanalysen konnten zeigen, dass der Einsatz der Messinstrumente für die Untersuchungspopulation angemessen war und die Skalen reliabel maßen. Darüber hinaus zeigte sich ferner, dass die Retestreliabilitäten im mittleren Bereich lagen. Die eingesetzten Skalen sind somit einerseits stabil, auf der anderen Seite sind sie genügend sensibel, um Veränderungen bei den Klienten bzw. Rehabilitationseffekte erfassen zu können.

Varianzanalytische Auswertungen und Effektstärkeberechnungen belegen die Wirksamkeit der Rehabilitationsprogramme eindeutig. Zehn der zwölf eingesetzten (Sub-)Skalen zeigten signifikante Veränderungen in der erwarteten Richtung.

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

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

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

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

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

Auch unterschiedliche Effekte zwischen den beiden Behandlungsgruppen CONTROL und REAL wurden statistisch betrachtet. Hierbei zeigt sich insgesamt, dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass eine der beiden Gruppen günstigere Eingangsvor-

aussetzungen für das jeweilige Rehabilitationsprogramm aufweist. Zwar wird der Gruppenunterschied auf multivariater Ebene signifikant, allerdings zeigen die Mittelwerte ein durchaus heterogenes Bild. So wies die Gruppe REAL zu beiden Messzeitpunkten in der Tendenz höhere internale Kontrollüberzeugungen und mehr positive Stressverarbeitungsstrategien auf. Im Gegensatz hierzu weist die Behandlungsgruppe CONTROL jedoch zu beiden Messzeitpunkten eine stärkere Selbstakzeptanz, weniger Fatalismus und Externalität/Machtlosigkeit sowie geringere Stressvermeidungstendenzen und weniger negative Stressverarbeitungsstrategien auf. Keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zeigten sich bei den beiden Skalen zur Erfassung der Handlungsorientierung sowie den Skalen „Identifikation und Beschreibung von Gefühlen“. Auch der Interaktionsterm zwischen Gruppenzugehörigkeit und zeitlichen Veränderungen wurde auf multivariater Ebene signifikant. Hieraus ergibt sich die entscheidende Frage, ob eine der Behandlungsgruppen stärker von dem jeweiligen Programm profitiert als die andere.

Auf univariater Ebene zeigen sich jedoch nur bei den Variablen „Externalität/Fatalismus“ und „negative Stressverarbeitung“ signifikante Ergebnisse. Während die Gruppe REAL zum ersten Messzeitpunkt auf der Skala „Externalität/Fatalismus“ noch höhere Werte aufweist, ist dieses zum zweiten Messzeitpunkt umgekehrt bzw. die beiden Gruppen gleichen sich sehr stark an. Es deutet sich an, dass die Gruppe REAL stärker von ihrer Rehabilitation zu profitieren scheint, zumindest was den „erlebten Fatalismus“ angeht. Gleiches gilt für die negativen Stressverarbeitungsstrategien auch hier scheint diese Gruppe stärker von den Interventionen zu profitieren. Angemerkt werden muss jedoch auch, dass diese Gruppe zum ersten Messzeitpunkt jedoch auch die ungünstigeren Voraussetzungen aufwies. Somit haben sich die Gruppen CONTROL und REAL zum zweiten Messzeitpunkt hinsichtlich ihrer Mittelwerte angenähert. Da der Interaktionsterm nur bei zwei der zwölf Skalen auf univariater Ebene signifikant wurde und eher eine Annäherung der beiden Gruppen stattgefunden hat, kann abschließend gesagt werden, dass ausdrücklich nicht davon gesprochen werden kann, dass eine der beiden Gruppen stärker vom jeweiligen Programm profitiert hat.

Handelt es sich bei den therapeutischen Interventionen um Effekte linearer oder kurvilinearere Natur. Auch dieser Frage wurde im Rahmen des Evaluationsdesigns anhand ausgewählter Messinstrumente nachgegangen. Insgesamt zeigt sich, dass Klienten der Behandlungsprogramme im zeitlichen Verlauf linear von diesen profitieren. Einzig bei der Skala „Externalität/Machtlosigkeit“ deutet sich ein anderer Trend an. So nahmen

die Gefühle mangelnder Handlungskontrolle in den ersten Reha-Einheiten zunächst zu, um dann den Hypothesen entsprechend stark abzufallen.

7.4 Reduzierung der psychodiagnostischen Messinstrumente

Wie bereits dargestellt, sind die eingesetzten Messinstrumente sehr gut in der Lage, die Wirksamkeit und den Erfolg der Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL zu belegen. Im Rahmen der Datengewinnung sind immer wieder Wünsche von Seiten der Verkehrstherapeuten an die Evaluatoren herangetragen worden, den mit der Evaluation verbundenen zeitlichen Aufwand zu verringern. Dieses wurde vom Projektteam insofern berücksichtigt, als Kurzskalen (s. Anhang H) zur Erfassung der psychodiagnostischen Parameter entwickelt wurden. Die Itemselektion richtete sich dabei nach den geläufigen statistischen Kriterien und berücksichtigte die Komponenten „Itemschwierigkeit“, „Trennschärfe“, „interne Konsistenz“, „Schiefe“ und „Exzess“. Darüber hinaus wurde stets auch eine inhaltliche Passung bei der Itemreduktion berücksichtigt. Somit konnte die Anzahl der Items von 247 auf nahezu die Hälfte (125 Items) reduziert werden. Neben diesen Analysen wurden für die Kurzskalen ebenfalls Veränderungsmessungen in Form doppelt-multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung analog der Auswertungen der Langskalen (s. Anhang G) durchgeführt. Die multivariaten Befunde bestätigen im Großen und Ganzen die bisherigen Befunde und weist die Eignung der Kurzskalen nach. Dieses gilt ebenso für die ermittelten Effektstärken.

7.5 Rating zum Umgang mit Verantwortung (RUV)

Als weiteres Validierungskriterium haben wir ebenso die *Compliance* der Klienten eingeschätzt und durch die Verkehrstherapeuten erfasst. Das „Rating im Umgang mit Verantwortung“ wurde hierfür im Prä-Post-Design eingesetzt. Die Skala erfasst, wie Klienten mit ihrem Alkoholproblem umgehen, ob sie ihr Alkoholproblem leugnen oder Einsicht in Veränderungen (Veränderungsmotivation) zeigen. Auch diese Maß ist in einem erheblichen Ausmaß in der Lage Therapieerfolg nachzuweisen. Klienten weisen im zeitlichen Verlauf wesentlich günstigere Motivationen auf.

In einem nächsten Schritt erfolgte die Validierung mittels der psychodiagnostischen Messinstrumente. Es ging also um die Frage, inwieweit die beiden Wirksamkeitsmaße miteinander korrespondieren.

Tatsächlich zeigten sich varianzanalytisch keine signifikanten Unterschiede. Beide Kriteriumsmaße („Änderungsbereitschaft“ und „psychodiagnostische Messverfahren“)

belegen eindeutige positive Veränderungen auf Seiten der Klienten, sie sind jedoch statistisch voneinander unabhängig. Ein Grund hierfür kann sicherlich darin gesehen werden, dass diese beiden Maße durch verschiedene „Parteien“ erfolgten. Während die psychodiagnostischen Messinstrumente psychische Veränderungen bei den Klienten erfassen, erfolgte die Einschätzung hinsichtlich der Reha-Motivation in der Fremdeinschätzung durch die Verkehrstherapeuten. Diese psychischen Prozesse müssen nicht zwangsläufig den Verkehrstherapeuten zugänglich sein. Unter Umständen sind die beiden Maße aber auch auf unterschiedlichen kognitiven Niveaus verortet.

7.6 Validierung

Analog der Validierung des „Ratings zum Umgang mit Verantwortung“ wäre es sicherlich aus wissenschaftlicher Perspektive sehr interessant gewesen, „Psychodiagnostik“ und „MPU-Bestehensquote“ bzw. „Legalbewährung“ miteinander in Beziehung zu setzen. Im Sinne einer konvergenten Validität sollten die Maße voneinander abhängen. Es war davon auszugehen, dass Klienten, die günstigere psychodiagnostische Werte aufweisen auch seltener innerhalb der definierten Zeiträume Auffälligkeiten im VZR aufweisen und häufiger eine positive MPU-Begutachtung erfahren. Leider konnten wir diese Analysen nicht durchführen, da multivariate Analysen, aufgrund der sehr ungleichen Zellenbesetzungen nicht möglich waren. Bei einer Gegenüberstellung derjenigen, die die MPU bestanden haben mit denen, die diese nicht bestanden haben, hinsichtlich der psychodiagnostischen Parameter beträgt das Verhältnis 222:18. Multivariate Analysen sind hier ausgeschlossen. Aufgrund der noch wesentlich geringeren Zahl derjenigen Probanden, die nach 36 Monaten erneut durch Alkohol im Straßenverkehr auffällig wurden, sind auch für diese Kriteriumsvariable keine weiteren Validierungen möglich.

In der verkehrspsychologischen Diskussion zur Wirksamkeit von Rehabilitationsprogrammen und Nachschulungskursen taucht immer wieder die Frage auf, ob die berichteten Daten (vornehmlich die Legalbewährung) nur deshalb so günstig erscheinen, weil Reha-(bzw. Kurs-)abbrecher hier in der Regel aus den Analysen bereits im Vorfeld ausgeschlossen wurden. Müssen derartige Abbrecher nicht bereits per se als rückfällig bzw. nicht erfolgreich betrachtet werden? Auch dieser Frage wurde im Rahmen der vorliegenden Studie nachgegangen. Es konnte zum einen gezeigt werden, dass die Abbrecherquote im Vergleich zu anderen Studien geringer ausfiel. Zum anderen wurde auch eine Analyse der Gründe für den Abbruch vorgenommen. Bei 25 der ermittelten 77 Abbrecher konnte eine Analyse der Gründe nicht erfolgen, da hierzu keine Daten

vorlagen. Die Abbrüche erfolgten aber grundsätzlich in der ZM-Phase oder in den ersten Stunden der Rehabilitation, so dass bei diesen Fällen nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Abbrüche durch ein mangelhaftes Reha-Programm oder *Setting* bedingt waren. Vielmehr lässt sich vermuten, dass die Klienten durch Gespräche mit den Verkehrstherapeuten feststellten, dass die Rehabilitationsprogramme für sie nicht das geeignete Mittel darstellten. Unter Umständen mussten die Klienten für sich erkennen, dass die Alkoholproblematik so gravierend ist, dass hier grundsätzlich andere Formen der Hilfeleistung notwendig erschienen. Ein erheblicher Teil der Abbrecher musste die Rehabilitationsprogramme aufgrund mangelnder finanzieller Möglichkeiten frühzeitig verlassen. Auch dieser Umstand lässt sich nicht im Sinne einer grundsätzlich fehlenden *Compliance* interpretieren. Diese Abbrecher können demnach ebenfalls nicht als „Nichtbesteher“ verstanden werden. Dieses gilt auch für die übrigen Gründe bei den *Dropouts* (Inhaftierung, Tod, Unfälle). 4 Klienten bestanden darüber hinaus vorzeitig die „MPU“ und ein Klient verzichtete freiwillig auf die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis.

8. Literaturverzeichnis

- Annis, H.M.** (1986). A relapse prevention model for treatment of alcohol. In: W.R. Miller & N. Heather, (Eds.), *Treating addictive behaviours. Processes of change*. New York. Plenum Press.
- Antons, K. & Schulz, W.** (1976). Normales Trinken und Suchtentwicklung. Theorie und empirische Ergebnisse interdisziplinärer Forschung zum sozialintegrierten Alkoholismus und süchtigen Alkoholismus. Göttingen: Hogrefe.
- Antons, K. & Schulz, W.** (1990). Normales Trinken und Suchtentwicklung, 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Arend, H.** (1994). *Alkoholismus – Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe*. Weinheim: Beltz.
- Abfalg R. & Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe** (1996). *Die Kunst der Indikation. Entscheidungsprozesse in der Rehabilitation Suchtkranker*. Geesthacht: Stationäre Suchtkrankenhilfe.
- Bacon, D.** (1946). *Sociology and the problems of alcohol. Foundation for a sociological study of drinking behaviour*. New Haven.
- Bales, R.F.** (1946). *Cultural differences in the rates of alcoholism*. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 6.
- Bandura, A.** (1977). *Social Learning theory*. New Jersey: Englewood Cliffs.
- Bandura, A.** (1982). *Self-efficacy mechanisms in human agency*. American Psychologist, 37, 122-147.
- Bandura, A., et al.** (1980). *Tests of generality of self-efficacy theory*. Cognitive Therapy and Research, 4, 39-66.
- Barthelmess, W., Kunkel, E., Utzelmann, H.D. & Nolte, J.** (1993). *Handbuch der Exploration*. Unveröffentlichte Vervielfältigung des VdTÜV, S.25.
- BASt (Bundesanstalt für Straßenwesen)** (2000). *Begutachtungs-Leitlinien Kraftfahrereignung. Bergisch Gladbach: Wirtschaftsverlag NW*.
- BASt (Bundesanstalt für Straßenwesen)** (2001): *Begutachtung der Fahreignung – Anzahl und Ergebnisse der Untersuchungen im Jahr 2001*. Pressemitteilung: Bergisch-Gladbach.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.W. & Liese, B.S.** (1997). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Beltz.
- Beiglböck, W. & Feselmayer, S.** (1987). *Suchtspezifische Attributionsstile des Alkoholkranken und deren therapeutische Relevanz*. Wiener-Zeitschrift-für-Suchtforschung, 10(3-4), S. 85-91.
- Benjamin, L.** (1992). An interpersonal approach to the diagnosis of borderline personality disorders. In J.F. Clarkin, E. Marziali & H. Munroe-Blum (Eds.), *Borderline personality disorder: Clinical and empirical perspectives*, 161-198. New York: Guilford.
- Benjamin, L.** (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of DSM personality disorders*. New York: Guilford.
- Benjamin, L.** (1994). *SABA: A bridge between personality theory and clinical psychology*. Psychological Inquiry, 5, 336-343.

- Benjamin, L.** (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*, 2nd edition. New York: Guilford.
- Bentlage, O., Gürten, J. & Veltgens, U.** (1998). *Fachkonzeption Rehabilitation alkoholauffälliger Kraftfahrer CONTROL und REAL*. Köln: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Berg, I.K. & Miller, S.D.** (1992). *Working with the problem drinker*. New York: W.W. Norton.
- Birnbaum, D., Biehl, B. & Seehars, I.** (2005). *Die Wirksamkeit des Nachschulungsmodells IRAK-S für erstmals alkoholauffällige Kraftfahrer*. Zeitschrift für Verkehrssicherheit, 202-207.
- Bode, H.J.** (1987). *Rechtsgrundsätze für die Beurteilung der Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen*. Zeitschrift für Verkehrssicherheit, Nr.2. Köln: TÜV-Verlag.
- Bode, H.J. & Winkler, W.** (2000). *Fahrerlaubnis*. Bonn: Deutscher Anwalt Verlag.
- Borkenstein, R.F. et al.** (1974). *The role of the drinking driver in traffic accidents. (The Grand Rapids Study)*. Zeitschrift Blutalkohol, Vol. 11, Nr. 1.
- Bühren, H. van** (2002). *Anwalts Handbuch. Verkehrsrecht*. Köln: Verlag Dr. Otto Schmidt.
- Burian, W.** (1984). *Die Psychotherapie des Alkoholismus*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Buschbell, H. & Utzelmann, H.D.** (2002). *Die Fahrerlaubnis in der anwaltlichen Beratung*. Bonn: Deutscher Anwalt Verlag.
- Bouska, W.** (2000). *Fahrerlaubnisrecht – mit Erläuterungen*. München: Beck.
- Brenner-Hartmann, J. et al.** (2001). *Beurteilungskriterien. Urteilsbildung in der medizinisch-psychologischen Fahreignungsdiagnostik*. Unveröffentlichte Vervielfältigung des VdTÜV. Berlin und Essen: VdTÜV.
- Cappell, H. & Herman, C.P.** (1972). *Alcohol and tension reduction: A review*. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 33.
- Carver, C., Antoni, M. & Scheier, M.** (1985). *Self-consciousness and self-assessment*. Journal of Personality and Social Psychology, 48, 117-124.
- Carver, C. & Scheier, M.** (1981). *Attention and self-regulation: A control theory approach to human behavior*. New York: Springer.
- Caspari, D. & Kyprianou, C.** (1997). *Regulärer Abschluss einer Alkoholentwöhnungsbehandlung oder Therapieabbruch – zur Bedeutung von Stressbewältigungsmechanismen und Persönlichkeitsvariablen*. Sucht, 43(6), S. 384-92.
- Caspar, F.** (1985). *Widerstand- ein fassbares Phänomen?* Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 4, 515-530.
- Caspar, F.** (1986). *Die Plananalyse als Konzept und Methode*. Verhaltensmodifikation (4), 235-256.
- Caspar, F.** (1987). *Problemanalyse in der Psychotherapie*. Tübingen: DGVT.
- Caspar, F.** (1998). *Beziehungen und Probleme verstehen*. Bern: Huber.
- Caspar, F. & Grawe, K.** (1980). *Der Widerspenstigen Zähmung? Eine interaktionelle Betrachtung des Widerstandsphänomens in der Verhaltenstherapie*. In: W. Schulz & M. Hautzinger (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie 1, Kongressbericht*, Berlin 1980, 195-206, Tübingen & Köln: DGVT & GwG.

- Caspar, F. & Grawe, K.** (1981). Widerstand in der Verhaltenstherapie. In: Petzold & Hilarion (Hrsg.), *Der Widerstand: Ein strittiges Konzept in der Psychotherapie*, 349-384. Paderborn: Junfermann.
- Caspar, F. & Grawe, K.** (1985). Widerstand in der Verhaltenstherapie. In: H. Petzold (Hrsg.), *Widerstand: Ein kritisches Konzept in der Psychotherapie*, 349-384. Paderborn: Junfermann.
- Cecero, J. J. & Holmstrom, R. W.** (1997). *Alexithymia and affect pathology among male alcoholics*. *Journal of clinical psychology*, 53(3), S. 201-8.
- Cermak, T.L.** (1986). *Diagnosing and treating co-dependence*. Minneapolis: Johnson Institute Books.
- Chaney, E.F.** (1989). Social skill training. In R.K. Hester & W.R. Miller (eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. New York: Pergamon Press.
- Cohen, J.** (1977). *Statistical power analysis for the behavioral science*. New York: Academic Press.
- Cohen, J.** (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Croissant, B., Hölzl, M. & Olbrich R.** (2002). *Alexithymie bei Alkoholkranken nach Entzug*. *Sucht*, 48(4), S. 265-270.
- De Charms, R.** (1968). *Personal causation*. New York: Academic Press.
- Dietze K., Spicker M.** (1979). *Alkohol - Kein Problem?* Frankfurt.
- Dragow, F., Palau, J. & Taibi, R.** (1974). *Levels of functioning and locus of control*. *Journal of Clinical Psychology*, 30.
- Dräger, Ch. & Pissulla, P.** (Hrsg.) (1997). *Alkohol im Straßenverkehr – Ein vermeidbares Übel? Drinking and Driving – An Avoidable Evil ?* Lübeck: Gustav Fischer.
- Duval, S. & Wicklund, R.** (1972). *A theory of objective self-awareness*. New York: Academic Press.
- Edwards, G., Gross, M.M., Keller, J., Moser, J. & Room, R.** (1977). *Alcohol related disabilities*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Ehret, J. & Hammer, D.** (1994). *Gewohnheiten sind am Anfang wie Spinnweben, am Ende wie Drahtseile*. *Zeitschrift für Verkehrssicherheit*, S. 169-174.
- Ellis, A.** (1982). *Die Rational Emotive Therapie – Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderungen*. München: Pfeiffer.
- Ellis, A. & MacLaren, C.** (1998). *Rational-Emotive Behavior Therapy: A Therapist's Guide*. Atascadero, Cal.: Impact Publishers.
- Epke, S.** (1995). *Extraktion von Alkoholikertypen nach divergierenden Interaktionsmustern in der Psychotherapie*. Ruhr-Universität Bochum: Diplomarbeit.
- Ernst, K. & Döttger, S.** (1988). Definition und Diagnose der Suchtkrankheiten. In: *Psychiatrie der Gegenwart*. Bd. 3, *Abhängigkeit und Sucht*. Berlin: Springer.
- Fengler, J.** (1993). *Sucht und Helfer/in – Abhängigkeiten*. In *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren DHS* (Hrsg.), *Sucht und Familie*. Freiberg: Lambertus.
- Feuerlein, W.** (1986). *Alkoholkranke, der ungeliebte Patient*. *Nervenheilkunde*, 5.

- Feuerlein, W.** (1989). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit*. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Feuerlein, W.** (1990). Langzeitverläufe des Alkoholismus. In D.R. Schwoon & M. Krausz (Hrsg.), *Suchtkranke – Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie*. Stuttgart: Enke.
- Feuerlein, W.** (1997). *Alkoholismus: Warnsignale, Vorbeugung, Therapie*. München: Beck.
- Feuerlein, W., Küfner, H. & Soyka, M.** (1998). *Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie* (5. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Fiedler, P.** (1994). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Floyd, F. J., & Widaman, K. F.** (1995). *Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments*. *Psychological Assessment*, 7, 286-299.
- Gehrmann, L.** (2002). *Neue Erkenntnisse über die medizinische und psychologische Begutachtung von Kraftfahrern*. – Zur Kommentierung der Begutachtungs-Leitlinien, Januar 2000, von Schubert / Schneider / Eisenmenger / Stephan. *Neue Zeitschrift für Verkehrsrecht*, Vol. 11, S. 488-499.
- Gollwitzer, P.** (1987b). The implementation of identity intentions: A motivational-volitional perspective on symbolic self-completion. In F. Halisch & J. Kuhl (Eds.), *Motivation, intention and volition*, 349-369. Berlin: Springer.
- Gossling, N.** (1998). *Persönlichkeitsstörungen aus therapeutischer Perspektive*. Diplomarbeit, Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie.
- Grawe, K.** (1982). *Implikationen und Anwendungsmöglichkeiten der Vertikalen Verhaltensanalyse für die Sichtweise und Behandlung psychischer Störungen*. Bern: Universität Bern. *Forschungsberichte aus dem Psychologischen Institut*.
- Grawe, K.** (1986). *Schema-Theorie und Heuristische Psychotherapie* (Forschungsbericht 2/86, 2. Auflage 1/87). Bern: Psychologisches Institut der Universität Bern.
- Grawe, K.** (1992). *Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre*. *Psychologische Rundschau*, 43, 189-196.
- Grawe, K.** (1995). *Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie*. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K., Grawe-Gerber, M., Heiningerm, B., Ambühl, H. & Caspar, F.** (1996). Schematheoretische Fallkonzeption und Therapieplanung – eine Anleitung für Therapeuten. In F. Caspar (Hrsg.), *Psychotherapeutische Problemanalyse*, 189-224. Tübingen: DGVT.
- Gürten, J. & Reinhardt, D.** (2004). K 70. Schulungskurs für alkoholauffällige Kraftfahrer zur Wiederherstellung der Kraftfahreignung (gem. §70 FeV i.V. mit §11 FeV). Köln: Impuls GmbH.
- Hall, S.M., Havassy, B.E. & Wasserman, D.A.** (1991). *Effects of commitment to abstinence, positive moods, stress, and coping on relapse to cocaine use*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59.
- Hampel, B.** (1988). Die Legalbewährungen von Medizinisch-Psychologischen Untersuchungen über die Fahreignung von Alkoholtätern. In: Romkopf, Fröhlich, Lindner (Hrsg.). *Forschung und Praxis im Dialog*. Bd. 1. Bonn.
- Hebenstreit, B.v. et al.** (1982). *Kurse für auffällige Fahrer*. Bericht der Projektgruppe „Kurse für auffällige Fahrer“. Köln.
- Helmers, K. F. & Mente, A.** (1999). *Alexithymia and health behaviors in healthy male volunteers*. *Journal of psychosomatic research*, 47(6), 635-45.

- Hentschel, P. & Born, R.** (1996). *Trunkenheit im Straßenverkehr: Mit Haftungs- und Versicherungsrecht.* Düsseldorf: Werner Verlag.
- Hessler, R. & Grossjohann, A.** (1953). *Untersuchungen von Kraftfahrern in dem Medizinisch-Psychologischen Institut für Verkehrssicherheit beim Technischen Überwachungs-Verein Stuttgart e.V.* Zeitschrift des TÜV München, 10.
- Hotelling, H.** (1933). *Analysis of complex statistical variables into principal components.* Journal of Educational Psychology, 24, 417-441, 498-520.
- Horton, D.** (1943). *The function of alcohol in primitive societies: A cross cultural study.* Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 4.
- ICD-10** (1994). *Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.10. Revision:* Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information. München: Urban und Schwarzenberg.
- Impuls GmbH** (1998a). *CONTROL. Rehabilitation Alkoholauffälliger Kraftfahrer.* Fachkonzeption. Köln: Eigenverlag.
- Impuls GmbH** (1998b). *REAL. Langzeitrehabilitation Alkoholauffälliger Kraftfahrer.* Fachkonzeption. Köln: Eigenverlag.
- Ising, M., Weyers, P., Janke, W., Erdmann, G.** (2001). *Die Gütekriterien des SVF78 von Janke und Erdmann, einer Kurzform des SVF 120.* Zeitschrift für Differentielle- und Diagnostische Psychologie, 22(4), 279-289.
- IVT-Hö** (1994). *Alkoholneurotiker am Steuer. Die Langzeitrehabilitation alkoholauffälliger Kraftfahrer nach dem Modell IVT-Hö. Bericht 1993 der individualpsychologischen Verkehrstherapie, Dr. Höcher (IVT-Hö) an die Bundesanstalt für Straßenwesen.*
- Jacobshagen, W.** (1996). *Alkoeva und kein Ende?* Blutalkohol, Nr. 5, 257-266.
- Jacobshagen, W. Nickel, W.-R. & Winkler, W.** (1987). *Evaluation von Medizinisch-Psychologischen Fahreignungsbeurteilungen. Retrospektive Analyse einer Datensammlung des TÜV Hannover e.V. Unveröffentlichter Bericht zum Forschungsprojekt des VdTÜV, Nr.178, Teil A.*
- Jacobshagen, W. & Utzelmann, H.D.** (1996). *Medizinisch-Psychologische Fahreignungsbeurteilungen bei alkoholauffälligen Fahrern und Fahrern mit hohem Punktestand. Empirische Ergebnisse zur Wirksamkeit und zu deren diagnostischen Elementen. Forschungsbericht des VdTÜV. Köln: Verlag TÜV Rheinland.*
- Jacobshagen, W. & Utzelmann, H.D.** (1997). *Prognosesicherheit der MPU.* Zeitschrift für Verkehrssicherheit, 1, 28-36.
- Jagow, J.** (1998). *Charakterliche Eignung und Punktsystem.* Zeitschrift Verkehrsdienst, 12, 265 – 273.
- Janke, J., Erdmann, G. & Boucsein, W.** (1978). *Der Stressverarbeitungsbogen (SVF).* Ärztliche Praxis, 30, 1208-1210.
- Janke, W., Erdmann, G. & Kallus, W.** (1985). *Stressverarbeitungsfragebogen (SVF).* Göttingen: Hogrefe.
- Jensch, M. & Lemm-Hackenberg, R.** (1981). *Alkohol und Lebensstil.* Braunschweig: Rot-Gelb-Grün Verlag.
- Jensch, M. & Wolnar, R.W.v.** (1992). *Angst und Alkohol. Faktor Mensch im Verkehr. Bd. 38.* Braunschweig: Rot-Gelb-Grün Verlag.

- Johnson, E.E., Nora, R.M., Tan, B. & Buston, N.** (1991). *Comparison of two locus of control scales in prediction relapse in an alcoholic population*. Perceptual and Motor Skills, 72.
- Kanfer, F.** (1980). Self Management Methods. In: F.H. Kanfer and A.P. Goldfried (Eds.). *Helping People Change*. New York.
- Kanfer, F. & Goldstein, A.** (1977). *Möglichkeiten der Verhaltensänderung*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Kaufmann, E. & Kaufmann, P.N.** (1983). *Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigen*. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Kazenwadel, J. & Vollrath, M.** (1995). *Das Dunkelfeld der Trunkenheitsfahrten*. In.: H.-P. Krüger (Hrsg.). *Das Unfallrisiko unter Alkohol*. Stuttgart.
- Kellermann, J.** (1986). *Alcoholism. A merry-go-round named denial*. Amerikanische Erstausgabe 1968. Deutsche Ausgabe: Al-Anon Familiengruppen Interessengemeinschaft e.V. (Hrsg.), *Alkoholismus, ein Karussell des Leugnens*. Köln.
- Klein, H.** (1993). *Kontrollverlust – verborgenes Symptom der Sucht. Erklärungsversuch bei Alkoholismus und anderen Suchtformen*. Wuppertal: Blaukreuz – Verlag.
- Klopf, J.** (2002). *Arbeitsmaterialien zur Übung: „Verkehrspsychologie – Diagnostik und Rehabilitation alkoholauffälliger Kraftfahrer“*. Universität Salzburg.
- Kraftfahrt-Bundesamt (KBA)**. *Statistische Mitteilungen. Reihe 6: Fahrerlaubnisse*.
- Krampen, G.** (1981). *IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. & Nispel, L.** (1978). *Zur subjektiven Handlungsfreiheit von Alkoholikern*. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 7.
- Kraus, L. & Bauernfeind, R.** (1998). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997*. Sucht, 44 (1), 5-82.
- Kroj, G.** (Hrsg.) (1995). *Psychologisches Gutachten: Kraftfahreignung*. Bonn: Deutscher Psychologenverlag GmbH.
- Krüger, H.-P. et al.** (Hrsg.) (1995a). *Das Unfallrisiko unter Alkohol. Analyse, Konsequenzen, Maßnahmen*. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Krüger, H.-P. et al.** (Hrsg.). (1995b). *Das Unfallrisiko unter Alkohol. Das Unfallrisiko unter Alkohol mit besonderer Berücksichtigung risikoerhöhender Faktoren*. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Kubitzki, J.** (1997). *Charakteristische Merkmale der Kraftfahrtauglichkeit von Methadonpatienten*. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Vol. M 76. Bergisch Gladbach.
- Kuhl, J.** (1983). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Heidelberg: Springer.
- Kuhl, J.** (1987a). *Action control: The maintenance of motivational states*. In F. Halisch & J. Kuhl (Eds.), *Motivation, intention, and volition*, 279-291. Berlin: Springer.
- Kuhl, J.** (1987b). *Motivation und Handlungskontrolle: Ohne guten Willen geht es nicht*. In H. Heckhausen, P. Gollwitzer & F. Weinert (Hrsg.), *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften*, 101-120. Berlin: Springer.
- Kuhl, J.** (1990). *Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv (HAKEMP)*. Universität Osnabrück.
- Kuhl, J.** (1994). *Handlungs- und Lageorientierung*. In W. Sarges (Hrsg.), *Managementdiagnostik* (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe.

- Kuhl, J.** (1999). Motivation und Persönlichkeit. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J.** (2001). Motivation und Persönlichkeit. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. & Beckmann, J.** (1994). Alienation: Ignoring one's preferences. In: J. Kuhl & J. Beckmann (Hrsg.). Volition and Personality: Action versus state orientation, 375-390. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. & Kazén, M.** (1997). Persönlichkeits-Stil- und Störungs- Inventar (PSSI). Göttingen: Hogrefe.
- Kuhlmann, A.** (1976). 25 Jahre Medizinisch-Psychologische Untersuchungsstellen. Rückblick und neue Aspekte. In: TÜV Rheinland (Hrsg.). Entwicklungen und Konzepte für die Fahrerlaubnisprüfungen. Köln: Verlag TÜV Rheinland.
- Kunkel, E.** (1975). *Kriminalität und Fahreignung*. Zeitschrift „Mensch – Fahrzeug – Umwelt“, 3. Köln: Verlag TÜV Rheinland.
- Kunkel, E.** (1977a). Biographische Daten und Rückfallprognose bei Trunkenheitstätern im Straßenverkehr. Köln: Verlag TÜV Rheinland.
- Kunkel, E.** (1977b). *Bedeutung der Dunkelziffer für das Eignungskriterium bei alkoholauffälligen Fahrern*. Zeitschrift Blutalkohol, 14, 81 – 93.
- Kunkel, E.** (1989). *Die Exploration als zentrale Methode in der Fahreignungsbegutachtung alkoholauffälliger Kraftfahrer*. Neue Zeitschrift für Verkehrsrecht, 376 –380.
- Kunkel, E., Barthelmess, W., Utzelmann, H.D. & Nolte, J.** (1993). Handbuch der Exploration. In: VdTÜV (Hrsg.). TÜVIS - Prüfgrundlagen MPU. Unveröffentlichte Vervielfältigung.
- Kupfer, J., Brosig, B. & Brähler, E.** (2001). Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAS-26). Göttingen: Hogrefe.
- Laub, G. & Brenner-Hartmann J.** (2001). *Die Begutachtungsstelle für Fahreignung (BfF) – Aufgaben und Arbeitsweise*. Neue Zeitschrift für Verkehrsrecht, 16-26.
- Lenz, H.** (1993). Bundesanstalt für Straßenwesen. Langzeitrehabilitation alkoholauffälliger Kraftfahrer / IVT-Hö. Stellungnahme zum Erfahrungsbericht.
- Lewrenz, H., Heinemann, A., & Püschel, K.** (2002). *Abhängigkeit, schädlicher Gebrauch, Trennungsproblematik – Grundsätze für die Begutachtung der Trunkenheitsdelinquenten im Straßenverkehr*. Zeitschrift Blutalkohol, 39, 289-307.
- Lierzer, M.** (1988). Alkoholismus bei Frauen: Eine Untersuchung über die Veränderung des Selbstbildes, der Persönlichkeitsmerkmale und der Kontrollüberzeugungen im Verlauf einer sechswöchigen stationären Therapie. Naturwissenschaftliche Fakultät Graz: Dissertation.
- Lindenmeyer, J.** (1998). Lieber schlau als blau. Entstehung und Behandlung von Alkohol – und Medikamentenabhängigkeit. Weinheim: Beltz.
- Lindenmeyer, J.** (1999). Alkoholabhängigkeit. Fortschritte in der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Litman, G.K.** (1986). Alcoholism survival. The prevention of relapse. In W.R. Miller & N. Heather (Eds.), Treating addictive behaviours. Processes of change. New York: Plenum Press.
- Loas, G., Fremaux, D., Otmani, O., Lecercle, C. & Delahousse, J.** (1997). *Is alexithymia a negative factor for maintaining abstinence? A follow-up study*. Comprehensive psychiatry, 38(5), 296-9.

- Loas, G., Otmani, O., Lecercle, C. & Jouvent, R.** (2000). *Relationships between the emotional and cognitive components of alexithymia and dependency in alcoholics*. *Psychiatry research*, 96(1), 63-74.
- Marlatt, G.A.** (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In G.A. Marlatt & J.R. Gordon (eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R.** (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviour*. New York: Guilford Press.
- Modell LEER** (2001). *Kurs für alkoholauffällige Kraftfahrer. Handbuch für Kursleiter*, 7. Auflage. Hannover: TÜV Verlag.
- Monti, P.M., Rohsenow, D.J., Abrams, D.B. & Binkoff, J.A.** (1988). Social learning approaches to alcohol relapse: Selected illustrations and implications. *National institute on Drug Abuse, Research Monograph Series*, 84. Washington, D.C.: US Government Printing Office.
- Monti, P.M., Abrams, D.B., Binkoff, J.A., Zwick, W.R., Liepman, M.R., Nirenberg, T.D. & Rohsenow, D.J.** (1990). *Communication skills training, communication skills training with family and cognitive behavioural mood management training for alcoholics*. *Journal of Studies on Alcohol*, 51.
- Müller, A.** (1976). *Der Trunkenheitstäter im Straßenverkehr der Bundesrepublik Deutschland*. Frankfurt: Lang.
- Müller, A.** (1992). *Alkoholeinfluß bei tödlichen Verkehrsunfällen: Stimmen die Zahlen?* *Zeitschrift Blutalkohol*, 242-250.
- Müller, K.** (2002). *Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Exploration im Rahmen verkehrspsychologischer Begutachtungen*. *Zeitschrift für Verkehrssicherheit*, 3, 138-139.
- Müller-Wickop, J., Löhr-Schwaab, S. & Jansen, J.** (1995). *Überlegungen zum Einsatz von CDT in den amtlichen Medizinisch - Psychologischen Untersuchungsstellen (MPU)*. *Zeitschrift Blutalkohol*, 2, 65-73.
- Müller-Wickop, J., Jansen, J., Fehling, A. & Sandner-Lambert, S.** (1997). *Der diagnostische Wert der Gamma-Glutamyl-Transpeptidase (GGT) in Rahmen der MPU*. *Zeitschrift Blutalkohol*, 3, 214-224.
- Nickel, W.-R.** (1995). *Regranting of Driving Licences. Bericht des International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety*. Unveröff. Vervielf. des TÜV Süddeutschland.
- Nicolay, L.** (2000). *Personen mit Persönlichkeitsstörungen in der psychotherapeutischen und verkehrstherapeutischen Langzeitrehabilitation*. *IP-FORUM-spezial*. Fassung vom 01.09.2000 --- URL: <http://www.lgipa.lu/person.htm>
- Nowack, N.** (1992). *Alkoholismus und Borderline-Störung: Grundlagen – Zusammenhänge – Forschungsergebnisse*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Oppl, M.** (1992). *Das Beziehungs- und Interaktionsverhalten Abhängiger aus der Sicht der Familien- und Systemtherapie (Beitrag des 1. Eifeler Suchtsymposiums 1990)*. In M. Klein, C. Quinten & W. Roeb (Hrsg.), *Abhängigkeit Sucht Beziehung*. Bonn: Nagel.
- Palfei, T. P., McNally A. M. & Roy M.** (2002). *Volition and alcohol-risk reduction: the role of action orientation in the reduction of alcohol-related harm among college student drinkers*. *Addictive behaviors*, 27(2), 309-17.
- Pauls, H.** (1988). *Alkoholikerstolz und Partnerschaft*. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 13. Jhrg. 3, 163 ff.

- Perrine, M.W. & Nieswandt, J.** (1977). Methoden und Modelle der Behandlung alkoholauffälliger Kraftfahrer. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen. Schlussbericht für das Teilprojekt 75 17.2. Köln.
- Petri, J.** (1996). Alkoholismustherapie. Gruppentherapeutische Motivierungsstrategien. Weinheim: Beltz.
- Preusser, W. & Weigelt, K.-W.** (1989). *Ganzheitliche Begutachtung oder Doppelbegutachtung im Rahmen der Kraftfahreignungsuntersuchung an den amtlich anerkannten Medizinisch-Psychologischen Untersuchungsstellen*. Zeitschrift Deutsches Autorecht, 3.
- PRO-NON** (1999). Verkehrspsychologische Beratung und Therapie e.V. Jahresbericht 1998. München.
- Raithel, J.** (1999). Unfallursache: Jugendliches Risikoverhalten. Verkehrsgefährdung Jugendlicher, psychosoziale Belastungen und Prävention. München: Juventa.
- Reinecker, H.** (1996). Therapieforchung. S. 31-47 In: J. Margraf (Hrsg). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Heidelberg: Springer
- Rennert, M.** (1990). Co-Abhängigkeit: Was Sucht für die Familie bedeutet. Freiburg: Lambertus.
- Rennert, M.** (1993). Rollenverteilung in belasteten Familien und die Entdeckung von Co-Abhängigkeit in Familien von Suchtkranken. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren DHS (Hrsg.), Sucht und Familie. Freiburg: Lambertus.
- Rist, F., Watzl, H. & Cohen, R.** (1989). Versuche zur Erfassung von Rückfallbedingungen bei Alkoholkranken. In H. Watzl & R. Cohen (Hrsg.), Rückfall und Rückfallprophylaxe. Berlin: Springer.
- Rosenthal, R.** (1982). *A simple, general purpose display of magnitude of experimental effect*. Journal of Educational Psychology, 74, 166-169.
- Rosenthal, R.** (1990). *How are we doing in soft psychology?* American Psychologist, 45, 775-777.
- Rösler, M.** (1997). Die medizinisch-psychologische Untersuchung von Kraftfahrern. Überlegungen zur Untersuchung der Fahreignung aus medizinischer Sicht. In: Deutsche Akademie für Verkehrswissenschaften (Hrsg.): 35. Deutscher Verkehrsgerichtstag 1997, 291-302. Hamburg.
- Roxin, C., Arzt, G., Tiedemann, K.** (1994). Einführung in das Strafrecht und Strafprozessrecht. Stuttgart: Verlag UTB.
- Sachse, R.** (1991). Selbstaufmerksamkeit und Stressbewältigung. Habilitationsvortrag, Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie.
- Sachse, R.** (1992). Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R.** (1996). Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R.** (1997a). Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R.** (1997b). Persönlichkeitsstörungen. Interaktionsstörungen im Therapieprozeß. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R.** (1997c). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie bei Klienten mit psychosomatischen Störungen. Therapiekonzept und Ergebnisse*. Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 28, 90-107.

- Sachse, R.** (1998a). Goal-oriented client-centered psychotherapie of psychosomatic disorders. In L. Greenberg, G. Lietaer & J. Watson (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy*, 295-327. New York: Guilford.
- Sachse, R.** (1998b). Wissenschaftliches Gutachten zur Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren. Köln: GwG.
- Sachse, R.** (1999). *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R.** (2001). *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R.** (2002). *Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R.** (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. & Rohde, D.** (1998). *Studie zur Evaluation der Impuls-Rehabilitations-Programme*. Bochum: Ruhr-Universität.
- Sachse, R., Schlebusch, P. & Leisch, M.** (2002). *Psychologische Psychotherapie des Alkoholismus*. Aachen: Shaker Verlag.
- Sachse, R. & Stengel, J.M.** (1998). *Verkehrspsychologische Therapie. Therapiekonzeption für im Straßenverkehr auffällig gewordene Kraftfahrer*. Bochum: Ruhr-Universität.
- Sachse, R. & Takens, R.J.** (2003). *Klärungsprozesse in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M.** (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schade, F.-D.** (1992). *Rückfallrisiko bei Geschwindigkeitsdelikten – trotz Ahndung unverändert?* Zeitschrift für Verkehrssicherheit, 3, 114-120.
- Scharmman, M.** (1996). *Was stört an der Persönlichkeitsstörung? Klientenverhalten und therapeutische Interventionen*. Diplomarbeit, Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie.
- Schelp, T., Gravemeier, R. & Maluck, D.** (1997). *Rational-Emotive Therapie als Gruppentraining gegen Streß*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schlebusch, P.** (2006). *Auffällige Persönlichkeitsstile bei Alkoholikern*. Mündliche Mitteilung auf Anfrage, vom 19.09.2006 an die Verfasser.
- Schlottke, P.F.** (2000). *Expertise zu den von der Impuls GmbH (Köln) vorgelegten verkehrspsychologisch orientierten Rehabilitationsprogrammen CONTROL, REAL sowie FREEWAY*. Stuttgart: Universität.
- Schmidt, L.G.** (1997). *Diagnostische Aufgaben bei Alkoholmißbrauch und –abhängigkeit*. In H. Watzl & B. Rockstroh (Hrsg.), *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen*, 11-24. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, S. & Pfafferott, I.** (2002). *Leitfaden zur Anerkennung von Kursen gemäß § 70 FeV*. Zeitschrift für Verkehrssicherheit, 134-135.
- Schubert, W. et al.** (2002). *Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung – Kommentar. Anforderungen an die psychische Leistungsfähigkeit*. Bonn: Kirschbaum-Verlag.
- Schubert, W. et al.** (2005). *Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung – Kommentar*. Bonn: Kirschbaumverlag.

- Schubert, W. & Mattern, R.** (2005). Urteilsbildung in der medizinisch-psychologischen Fahreignungsdiagnostik – Beurteilungskriterien. Bonn: Kirschbaumverlag.
- Schubert, W., Schneider, W., Eisenmenger, W. und Stephan, E.** (Hrsg.) (2002). Begutachtungs-Leitlinien – Kommentar. Bonn: Kirschbaum-Verlag.
- Seitz, H.K., Lieber, Ch.S. & Simanowski, U.A.** (Hrsg.) (1995). Handbuch Alkohol. Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden. Leipzig: Johann Ambrosius Barth.
- Seligman, M.E.P.** (1979). Erlernte Hilflosigkeit. München: Urban & Schwarzenberg.
- Simon, R. & Lehnitzk-Keiler, C.** (1995). Jahresstatistik 1994 der stationären Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland (Bd.1). Hamm: Sedos.
- Singer, M.V. & Teyssen, S.** (Hrsg.) (1999): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Berlin: Springer-Verlag.
- Slusarek, M.** (1993). Stressbewältigung bei rückfälligen und nicht-rückfälligen Alkoholabhängigen. In: de Jong-Meyer, R. & Heyden, T. (Hrsg.), Rückfälle bei Alkoholabhängigen. Empirische Untersuchungen zu situativen und internen Bedingungen des Rückfallprozesses (63-81). München: Röttger.
- Smith, M.L., Glass, G.V., Miller, T.I.** (1980). *Meta-analysis of psychotherapy*. American Psychologist, 41, 165-180.
- Sobell, L.C. & Sobell, M.B.** (1992). Timeline follow-back. A technique for assessing self-reported alcohol consumption. In R. Litten & J. Allen (Eds.), Measuring alcohol consumption, 41-72. Humana Press.
- Sorembe, V. & Westhoff, K.** (1985). Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung (SESA). Göttingen: Hogrefe.
- Soyka, M.** (1997). Alkoholismus: Eine Krankheit und ihre Therapie. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.
- Spiegel, R.** (1989). Eröffnungsansprache des Präsidenten des Deutschen Verkehrsgerichtstages. In: Deutsche Akademie für Verkehrswissenschaft (Hrsg.): 27. Verkehrsgerichtstag 1989. Hamburg.
- Statistisches Bundesamt** (2002). Verkehr – Verkehrsunfälle 2001, Fachserie 8, Reihe 7. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Stengel, J.M.** (1995). Dysfunktionale Interaktionsmuster in der Therapeut-Klient-Beziehung bei Alkoholabhängigen. Ruhr-Universität Bochum: Diplomarbeit.
- Stengel, J. M.** (2003). Verändertes Interaktionsverhalten Alkoholabhängiger als Indikator für erfolgreiche Rehabilitation. Ruhr-Universität Bochum: Dissertation.
- Stephan, E.** (1984). *Die Rückfallwahrscheinlichkeit bei alkoholauffälligen Kraftfahrern in der Bundesrepublik Deutschland*. Zeitschrift für Verkehrssicherheit, 1, 28-33.
- Stephan, E.** (1987). Kontrolliertes Trinken bei Alkoholertütern. In: TÜV Kolloquium - Kurse für auffällige Fahrer, Verlag TÜV Rheinland, Köln, S. 37 ff., 1987.
- Stephan, E.** (1993). *Alkoholerkrankung und Alkoholabhängigkeit: „Unbestimmte naturwissenschaftliche Begriffe“. Zur Nachprüfbarkeit und Nachvollziehbarkeit des Gutachtens Krankheit und Kraftverkehr*. Neue Zeitschrift für Verkehrsrecht, 6 Jhr., 129 ff.
- Stephan, E.** (1997). *Objektivität der BAK und AAK und Anscheinsobjektivität biochemischer Marker unter Berücksichtigung des Grenzwertschwungels bei IFFLAND – Kann IFFLAND die Blutprobenanalysen retten?* Zeitschrift für Verkehrssicherheit, 2.

- Stephan, E.** (2002). Alkohol. Missbrauch. In: W. Schubert et al. (Hrsg.). Begutachtungs-Leitlinien Kraftfahrereignung – Kommentar. Bonn: Kirschbaum-Verlag.
- Stiensmeier-Pelster, J., Meyza, P. & Lenzen H.-G.** (1989). *Alkoholismus und Handlungskontrolle: Der Einfluss eines Lauftrainings auf den Therapieverlauf bei handlungs- und lageorientierten Alkoholabhängigen*. Suchtgefahren, 35(6), 356-367.
- Subby, R.** (1987). Lost in the shuffle. The co-dependent reality. Pompano Beach: Health Communications.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S.** (2001). Using multivariate statistics (4th ed.). New York: HarperCollins.
- Undeutsch, U.** (1990). Zur Verwertbarkeit und Glaubhaftigkeit von Probandenäußerungen. In: W.-R. Nickel, H.-D. Utzelmann & K.-G. Weigelt. Bewährtes sichern – Neues entwickeln. Köln: Verlag TÜV Rheinland.
- Utzelmann, H.D.** (1990a). Prädiktoren für Rückfälle bei Rehabilitationskursen für Fahrer mit hohem Punktestand. In: W.-R. Nickel (Hrsg.). Fahrverhalten und Verkehrsumwelt. Köln.
- Utzelmann, H.D.** (1990b). Empirische Ergebnisse zum Punktsystem. In: Deutsche Akademie für Verkehrswissenschaft (Hrsg.): 28. Deutscher Verkehrsgerichtstag 1990, 65 -73. Hamburg.
- Utzelmann, H.D., Brenner-Hartmann, J. & Schneider W.** (2002). Verstöße gegen verkehrsrechtliche Vorschriften. In: Schubert et al. Begutachtungsleitlinien Kraftfahrereignung. Kommentar. Bonn: Kirschbaum-Verlag.
- Utzelmann, H.D. & Haas, R.** (1985). *Evaluation der Kurse für mehrfach auffällige Kraftfahrer*. Zeitschrift Unfall- und Sicherheitsforschung Straßenverkehr der Bundesanstalt für Straßenwesen, M 53. Bergisch Gladbach.
- Veltgens, U.** (2002). *Wege zur Wiedererlangung der Fahrerlaubnis aus verkehrspsychologischer Sicht*. Zeitschrift für Schadensrecht, 23(10), 462-466.
- Vogler, R.E. & Revenstorf, D.** (Hrsg.) (1978). Alkoholmißbrauch. Sozialpsychologische und Lerntheoretische Ansätze. Bd. 13. München: Urban & Schwarzenberg.
- Vollrath, M. & Kazenwadel, J.** (1997). *Das Dunkelfeld der Trunkenheitsfahrten*. Zeitschrift Blutalkohol, 344 -359.
- VPP** (1997). Verkehrspsychologische Praxis. Meyer-Gramcko, F. & Sohn, J.-M. Jahresbericht 1996.
- Watzl, H. & Rockstroh, B.** (Hrsg.) (1997). Abhängigkeit und Mißbrauch von Alkohol und Drogen. Göttingen: Hogrefe.
- Weber, K.** (2000). Führerscheinentzug. Alkohol, Punkte, Drogen. – Ein Ratgeber zur verkehrspsychologischen Untersuchung. Frankfurt: Fachhochschul-Verlag.
- Wegscheider, S.** (1981). Another chance – hope and health for the alcoholic family. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Wegscheider-Cruse, S.** (1984). Choicemaking. Pompano Beach: Health Communications.
- Weichert, I.** (1997). Die Medizinisch-Psychologische Untersuchung. Lüdenscheid: IBI-Verlag.
- Weinand, M.** (1994). *Neuere Entwicklungen und Erkenntnisse in der Fahreignungsbegutachtung*. Zeitschrift Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, M 31. Bergisch Gladbach.

- Wells-Parker, E. et al.** (1995): *Final results from a meta-analysis of remedial intervention with drink- / drive-offenders*. *Journal Addiction*, 90, 907-926.
- Westerholt, B.** (1993). Zum Trinkentscheidungsprozeß von in risikoreichen Situationen nicht rückfällig gewordenen Alkoholabhängigen. In R. de Jong-Meyer & T. Heyden (Hrsg.), *Rückfälle bei Alkoholabhängigen (IFT-Texte 26)*. München: Röttger.
- Wicklung, R.** (1975). Objective self-awareness. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, 8, 233-275. New York: Academic Press.
- Wieser, S.** (1972). Familienstruktur und Rollendynamik von Alkoholikern. In K.P. Kisker, J.E. Meyer, M. Müller & E. Strömgen (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. II/2. Berlin: Springer.
- Wilson-Schaef, A.** (1986). Co-Abhängigkeit –nicht erkannt und falsch behandelt. Wildberg.
- Winkler, W.** (1986). *Aktuelle Fragen der verkehrspsychologischen Fahreignungsbegutachtung*. *Zeitschrift für Verkehrssicherheit*, 4.
- Winkler, W.** (2002). Kompensation von Eignungsmängeln. In : W. Schubert, W. Schneider, W. Eisenmenger & E. Stephan (Hrsg.). *Begutachtungs-Leitlinien – Kommentar*. Bonn: Kirschbaum-Verlag. Bonn.
- Winkler, W., Jacobshagen, W. & Nickel, W.-R.** (1988). *Wirksamkeit von Kursen für wiederholt alkoholauffällige Kraftfahrer*. *Unfall- und Sicherheitsforschung Straßenverkehr*, 64.
- Winkler, W., Jacobshagen, W. & Nickel, W.-R.** (1991). Rückfälligkeit von Teilnehmern an Kursen für wiederholt alkoholauffällige Kraftfahrer nach fünf Jahren. Bericht zum Forschungsprojekt 7714/10 der Bundesanstalt für Straßenwesen. Bergisch Gladbach.
- Winkler, W., Nickel, W.-R., & Jacobshagen, W.** (1990). *Zur Langzeitbewährung von Kursen für wiederholt alkoholauffällige Kraftfahrer. Untersuchungen nach 60 Monaten Bewährungszeit*. *Zeitschrift Blutalkohol*, 27.
- Winkler, W.** (1992). *Maßnahmen zur Förderung und Wiederherstellung der Fahreignung aus verkehrspsychologischer Sicht*. *Neue Zeitschrift für Verkehrsrecht*, 5 Jhrg., 5, S. 428.
- Wittchen, H.U., Essau, C.A., v. Zerksen, D., Krieg, J.C. & Zaudig, M.** (1992). *Lifetime and sixmonth prevalence of mental disorders in the Munich follow-up study*. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241, 247-258.
- Wittkowski, J. & Seitz, W.** (2004). *Praxis der verkehrspsychologischen Eignungsbegutachtung. Eine Bestandsaufnahme unter besonderer Berücksichtigung alkoholauffälliger Kraftfahrer*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ziolkowski, M., Gruss, T. & Rybakowski, J. K.** (1995). Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence?

Anhang

A) Tabellenverzeichnis

Tabelle	Titel	Seite
Tab. 2.1-1	Programmablauf CONTROL	15
Tab. 2.2-1	Programmablauf REAL	16
Tab. 4.6-1	Moderatorvariablen	44
Tab. 5.2-1	Planungs- und Durchführungsphasen der Evaluation	45
Tab. 5.2-2	Überblick Messinstrumente & Messzeitpunkte der Programme CONTROL (C) & REAL (R)	46
Tab. 6.1-1	Geschlechtsverteilung der Klienten getrennt für die Programme CONTROL/REAL und gesamt, N=814	65
Tab. 6.1-2	Durchschnittsalter (\bar{x}) der Klienten getrennt für die Programme CONTROL/REAL und gesamt, N=732	65
Tab. 6.1-3	Schulabschluss der Klienten getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N=708	66
Tab. 6.1-4	Berufstätigkeit der Klienten getrennt für die Programme CONTROL/REAL und gesamt, N=697	67
Tab. 6.1-5	Familienstand der Klienten getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N=699	67
Tab. 6.1-6	Anzahl der Klienten mit „Kinder im Haushalt lebend“ getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N=673	68
Tab. 6.2-1	Beginn der Impuls Rehabilitationsprogramme getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N=740	69
Tab. 6.2-2	Anzahl vorausgegangener MPU getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N=744	69
Tab. 6.2-3	Anzahl vorausgegangener Rehabilitationsprogramme getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N=746	70
Tab. 6.2-4	Anzahl vorausgegangener Nachschulungskurse (NSK) getrennt nach den Programmen CONTROL und REAL und gesamt, N=746 ...	70
Tab. 6.2-5	Tageszeit der Trunkenheitsfahrt getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N=722	72
Tab. 6.2-6	Trunkenheitsfahrt mit Restalkohol getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N=736	72
Tab. 6.2-7	Trunkenheitsfahrt mit und ohne Unfallfolge getrennt nach den Pro- grammen CONTROL/REAL und gesamt, N=742	72
Tab. 6.2-8	Blutalkoholkonzentration der Klienten getrennt nach den Program- men CONTROL/REAL und gesamt, N=732	73

Tab. 6.2-9	Anzahl weiterer Verkehrsdelikte der Klienten getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N=741	74
Tab. 6.2-10	Zeitraum des erstmaligen Führerscheinerwerbs (FE) bis zur Programmteilnahme der Klienten getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N=614	75
Tab. 6.2-11	Fahrleistung pro Jahr (in Tsd. Km) der Klienten getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N=727	75
Tab. 6.2-12	Frühere Trunkenheitsfahrten der Klienten getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N=742	76
Tab. 6.2-13	Frühere Verkehrsdelikte der Klienten getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N=744	77
Tab. 6.2-14	Delikte außerhalb des Straßenverkehrs der Klienten getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N=740	77
Tab. 6.2-15	Anzahl bisheriger Fahrverbote der Klienten getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N=740	78
Tab. 6.2-16	Häufigkeit des Entzugs der Fahrerlaubnis der Klienten getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N=744	78
Tab. 6.2-17	Medizinische Auffälligkeiten der Klienten getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N=690	79
Tab. 6.2-18	Angegebene Abstinenz der Klienten getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N=743	80
Tab. 6.4-1	MPU-Ergebnisse nach Selbstauskunft für die Programme CONTROL und REAL und gesamt, N=551	82
Tab. 6.5-1	Anzahl der Klienten (N) und Rückfallquoten (%) für Alkohol- Punkte- oder Drogenauffälligkeit beider Programme im Beobachtungszeitraum von 36 Monaten, N=488	84
Tab. 6.5-2	Weitere Verkehrsauffälligkeiten (Punkte) der Gesamt-Legalbewährungs-Stichprobe (GLS), getrennt nach Ordnungswidrigkeiten (OWiG) und Straftaten (St), N=488	85
Tab. 6.5-3	Weitere Verkehrsauffälligkeiten (Punkte) getrennt nach Ordnungswidrigkeiten (OWiG), Straftaten (St), für die Programme CONTROL/REAL und gesamt, N=488	87
Tab. 6.5-4	Anzahl der Klienten (N) und Rückfallquoten (%) für Alkohol-, Punkte- oder Drogenauffälligkeit im Beobachtungszeitraum 1-24 Monate, getrennt nach den Programmen CONTROL und REAL, N=488	88
Tab. 6.5-5	Anzahl der Klienten (N) und Rückfallquoten (%) für Alkohol-, Punkte- oder Drogenauffälligkeit im Beobachtungszeitraum 25-36 Monate, getrennt nach den Programmen CONTROL und REAL, N=488	89
Tab. 6.6-1	Rotierende Faktormatrix für die Stressverarbeitungsskalen mit dem Extraktionskriterium „Eigenwerte ≥ 1 “, N=548	92

Tab. 6.6-2	Interne Konsistenzen (Cronbachs alpha) der eingesetzten Skalen zum ersten und letzten Messzeitpunkt (Prä- und Postmessung)	93
Tab. 6.6-3	t-Tests zum Vergleich der Mittelwertsunterschiede zwischen dem ersten und letzten Messzeitpunkt (MZP)	95
Tab. 6.6-4	Effektstärken der eingesetzten Skalen für CONTROL und REAL insgesamt	98
Tab. 6.6-5	Mittelwertsunterschiede zwischen den beiden Gruppen CONTROL und REAL zum ersten Messzeitpunkt	100
Tab. 6.6-6	Mittelwertsunterschiede hinsichtlich der Kontrollüberzeugungen zwischen den beiden Gruppen CONTROL und REAL	103
Tab. 6.6-7	Mittelwertsunterschiede hinsichtlich der Stressverarbeitungsstrategien zwischen den beiden Gruppen CONTROL und REAL	104
Tab. 6.6-8	Mittelwertsunterschiede hinsichtlich des PSSI zwischen den beiden Gruppen CONTROL und REAL	106
Tab. 6.6-9	Mittelwertsunterschiede hinsichtlich der Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen zwischen den beiden Gruppen CONTROL und REAL	108
Tab. 6.6-10	Multivariate Ergebnisse der doppelt-multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung	108
Tab. 6.6-11	Univariate Ergebnisse bei der Variable „Gruppe“	109
Tab. 6.6-12	Univariate Ergebnisse bei der Variable „Zeit“	110
Tab. 6.6-13	Effektstärken der eingesetzten Skalen getrennt nach Gruppen	111
Tab. 6.6-14	Multivariate Ergebnisse der doppelt-multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung	113
Tab. 6.6-15	Univariate Ergebnisse bei der Variable „Zeit“	113
Tab. 6.6-16	Univariate Ergebnisse bei der Variable „Zeit“	114
Tab. 6.6-17	Multivariate Ergebnisse der doppelt-multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Langskalen und Kurzskalen	123
Tab. 6.6-18	Effektstärken getrennt nach Kurz- und Langskalen	124
Tab. 6.7-1	Veränderung der Änderungsmotivation der Klienten zwischen den Messzeitpunkten prä und post	128
Tab. 6.7-2	Gegenüberstellung änderungsmotivierte und nicht änderungsmotivierte Klienten zum ersten Messzeitpunkt, getrennt nach CONTROL und REAL	129
Tab. 6.7-3	Gegenüberstellung änderungsmotivierte und nicht änderungsmotivierte Klienten zum letzten Messzeitpunkt, getrennt nach CONTROL und REAL	130

B) Abbildungsverzeichnis

Abbildung	Titel	Seite
Abb. 2.5-1	„Kundenzuweisung“ zu den Rehabilitationsprogrammen der Impuls GmbH im Jahre 2005 in Prozent (gerundet)	20
Abb. 5.2-1	Überblick Messinstrumente der Programme CONTROL und REAL	46
Abb. 6.1-1	Stichprobenumfang getrennt für die Programme CONTROL/REAL und gesamt	64
Abb. 6.2-1	Tageszeit der Trunkenheitsfahrt getrennt nach den Programmen CONTROL/REAL und gesamt, N=722	74
Abb. 6.5-1	Rückfallquoten (Alkoholauffälligkeit) der Gruppen CONTROL und REAL im Beobachtungszeitraum von 36 Monaten, N=488	86
Abb. 6.6-1	Mittelwerte der Skala „Selbstakzeptanz“ der REAL- und CONTROL- Gruppen zum ersten und letzten Messzeitpunkt	102
Abb. 6.6-2	Mittelwerte des erlebten Fatalismus für die Gruppen REAL und CONTROL zum ersten und letzten Messzeitpunkt	103
Abb. 6.6-3	Mittelwerte der Skala „Positive Stressverarbeitung (Abwehr und Ablenkung)“ der REAL- und CONTROL- Gruppe zum ersten und letzten Messzeitpunkt	105
Abb. 6.6-4	Mittelwerte der Skala „PSSI (selbstbestimmt – antisozial)“ der REAL- und CONTROL-Gruppen zum ersten und letzten Messzeitpunkt	107
Abb. 6.6-5	Mittelwerte der Skala „IPC (Externalität / Machtlosigkeit)“ zu drei Messzeitpunkten	115
Abb. 6.7-1	Umgang mit Verantwortung. Ergebnisse der Prä-Messung	126
Abb. 6.7-2	Umgang mit Verantwortung: Ergebnisse der Post-Messung	127

C) Abkürzungsverzeichnis

Kürzel

Abb	Abbildung
ABC	ABC-Theorie nach Ellis: A = aktivierendes Ereignis; B = Bewertung; C = Konsequenz
AV	abhängige Variable
BAF	Bund alkoholauffälliger Fahrer
BAK	Blutalkoholkonzentration
BASt	Bundesanstalt für Straßenwesen
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BfF	Begutachtungsstelle für Fahreignung
BTM	Betäubungsmittelgesetz
DEMO	soziodemografische Angaben
DUI	Driving Under the Influence
ES	Effektstärke
FeV	Fahrerlaubnisverordnung
GLS	Gesamt- Legalbewährungs- Stichprobe
HAKEMP	Inventar: Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv
ICD	Diagnosesystem: Internationale Klassifikation von Krankheiten
ICE	individuelle kausale Effekte
ICTTP	International Conference on Traffic and Transport Psychology Kongress
Inter	zweiter Messzeitpunkt: Inter-Messung
IPC	Inventar: IPC- Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen
i.S.v.	im Sinne von
Kap	Kapitel
KBA	Kraftfahrt-Bundesamt
km	Kilometer
MPT	Recidivism and medico-psychological test
MPU	medizinisch- psychologische Untersuchung
N	Anzahl der Klienten
NRW	Nordrhein-Westfalen
OWiG	Ordnungswidrigkeit
PD	Persönlichkeitsstörungen
PFA	Faktorenanalyse
Post	letzter Messzeitpunkt: Post-Messung
Prä	erster Messzeitpunkt: Prä-Messung
PSSI	Inventar: Persönlichkeits- Stil und Störungs- Inventar
RUV	Inventar: Rating zum Umgang mit Verantwortung

s.	siehe
SD	Standardabweichung
SESA	Inventar: Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung
St	Straftat
SVA	Straßenverkehrsamt
SVF	Inventar: Stressverarbeitungsfragebogen
Tab	Tabelle
TAS	Inventar: Toronto-Alexithymie-Skala-26
UV	unabhängige Variable.
vgl	vergleiche
VOD	Vorgeschichtsdaten
VZR	Verkehrszentralregister
ZM-Phase	Zielfindungs- und Motivationsphase

D) Rating zum Umgang mit Verantwortung (RUV)

Messzeit: Prä / Post

Skalierung: 1 = ja / 2 = nein

Instruktion: Wie geht der Klient mit dem Alkoholproblem (Missbrauch / Abhängigkeit) um?

- **Item 1: Leugnen**

Das Alkoholproblem wird geleugnet: Es gibt kein Problem mit Alkohol; entweder wird gar kein Alkohol getrunken oder der Konsum ist völlig „normal“.

- **Item 2: Sich gegen Kritik wehren**

Der Klient oder die Klientin verwehrt sich gegen die „Unterstellung“ ein Alkoholproblem zu haben oder wertet Personen (in ihrer Kompetenz oder ihrer Person) ab, die ihr ein Problem nachweisen oder vorwerfen könnten.

- **Item 3: Bagatellisieren**

Der Klient oder die Klientin gibt zwar an, größere Mengen Alkohol zu trinken, das sei aber „harmlos“, nur gelegentlich, das sei „völlig im Griff“, „kontrolliert“ u.ä.

- **Item 4: Ablehnen der Verantwortung**

Der Klient oder die Klientin gibt an, ein Problem mit Alkohol zu haben, übernimmt aber keine Verantwortung für die Entstehung und / oder Aufrechterhaltung des Problems (z.B. „es liegt an meiner Biographie“).

- **Item 5: Leugnung der negativen Folgen**

Der Klient oder die Klientin gibt an, ein Problem mit Alkohol zu haben, leugnet jedoch, dass der Alkoholkonsum irgendwelche negativen sozialen, beruflichen oder gesundheitlichen Folgen hat oder haben könnte.

- **Item 6: Keine Änderungsmotivation**

Der Klient oder die Klientin gibt an, ein Alkoholproblem zu haben und sieht auch negative Konsequenzen (Kosten), lässt aber keine Motivation erkennen, an einer Veränderung des Problems zu arbeiten.

- **Item 7: Ambivalenz**

Der Klient oder die Klientin gibt an, ein Alkoholproblem zu haben, erkennt auch die negativen Folgen an, ist aber bezüglich einer Veränderung ambivalent (sieht, dass er mit dem Trinken aufhören müsste, traut sich das aber nicht zu bzw. andere Arten von Ambivalenz).

- **Item 8: Änderungsmotivation**

Der Klient oder die Klientin gibt an, ein Alkoholproblem zu haben, erkennt die negativen Folgen und ist motiviert, an der Veränderung des Problems zu arbeiten.

E) Vorgeschichtsdaten (VOD)

- **Item 1: Welches Programm wird durchgeführt**
 - 1 = CONTROL
 - 2 = REAL

- **Item 2: Beginn des Impuls Rehabilitationsprogramms**
 - 1 = Nach erster negativer MPU
 - 2 = Nach zweiter negativer MPU
 - 3 = Nach 3 oder mehr negativen MPU
 - 4 = Nach BfF-Beratungsgespräch
 - 5 = anders

- **Item 3: Vorausgegangene medizinisch-psychologische Untersuchungen**

Anzahl: []

- **Item 4: Vorausgegangene Rehabilitationsprogramme**

Anzahl: []

- **Item 5: Vorausgegangene Nachschulungskurse**

Anzahl: []

- **Item 6: Anlass für das Impuls Rehabilitationsprogramm**
 - **Item 6.1.: Trunkenheitsfahrt**
 - 1 = ja
 - 2 = nein
 - **Item 6.1.1.: BAK**

Promille: []
 - **Item 6.1.2.: Tageszeit**

Uhrzeit: []
 - **Item 6.1.3.: Restalkohol**
 - 1 = ja
 - 2 = nein
 - **Item 6.1.4.: Mit Unfallfolge**
 - 1 = ja
 - 2 = nein
 - **Item 6.2.: Verkehrsdelikte**
 - 1 = ja
 - 2 = nein
 - **Item 6.2.1.: Art des Verkehrsdeliktes**
 - 1 = Fahren ohne Fahrerlaubnis
 - 2 = Unfallflucht

- 3 = Fahrlässige Tötung (Unfall)
- 4 = Fahrlässige Körperverletzung (Unfall)
- 5 = Nötigung
- 6 = Gefährdung des Straßenverkehrs
- 7 = Gefährlicher Eingriff in den Straßenverkehr
- 8 = Straftat nach dem Pflichtversicherungsgesetz
- 9 = anders
- 10 = kein Verkehrsdelikt

- **Item 7: Führerschein auf Probe**
 - 1 = ja
 - 2 = nein
- **Item 8: Fahrleistung pro Jahr**
 - Kilometer: []
- **Item 9: Fahrverbote**
 - Anzahl: []
- **Item 10: Entzug der Fahrerlaubnis**
 - Anzahl: []
- **Item 11: Frühere Trunkenheitsfahrten**
 - Anzahl: []
- **Item 12: Frühere Verkehrs-Delikte**
 - Anzahl: []
- **Item 13: Andere Delikte außerhalb des Straßenverkehrs**
 - Anzahl: []
 - **Item 13.1.: Art „Andere Delikte“**
 - 1 = aggressive Delikte
 - 2 = sozialwidrige Delikte
 - 3 = aggressive Straftaten
 - 4 = sozialwidrige Straftaten
 - 5 = BTM-Verstoß
 - 6 = keine
- **Item 14: Medizinische Auffälligkeiten**
 - 1 = Drogenvorgeschichte
 - 2 = Leberwerte-Auffälligkeit
 - 3 = Leberschädigung
 - 4 = Medikamentenmissbrauch
 - 5 = keine
- **Item 15: Angegebene Abstinenz**
 - Monate: []
- **Item 16: Jahr des ersten Führerscheinserwerbs**
 - Jahr: []

F) Soziodemografische Angaben (DEMO)

Instruktion: Beantworten Sie bitte folgende Fragen, indem Sie das Zutreffende ankreuzen:

- **Item 1: Geschlecht**
 - 1 = weiblich
 - 2 = männlich

- **Item 2: Alter**

Jahre: []

- **Item 3: Nationalität**
 - 1 = deutsch
 - 2 = anders

- **Item 4: Schulabschluss**
 - 1 = ohne Schulabschluss
 - 2 = Hauptschulabschluss
 - 3 = Real- (Mittel-) Schulabschluss
 - 4 = Handelsschule mit Abschlussprüfung
 - 5 = Abitur
 - 6 = Abitur mit abgeschlossenem Studium
 - 7 = anders

- **Item 5: Familienstand**
 - 1 = verheiratet
 - 2 = ledig
 - 3 = verwitwet
 - 4 = geschieden
 - 5 = getrennt

- **Item 6: Haushalt**
 - 1 = alleinlebend
 - 2 = zusammenleben mit Ehepartner (in)
 - 3 = zusammenleben mit Lebenspartner (in)

- **Item 7: Kinder im Haushalt lebend**

Anzahl: []

- **Item 8: Berufstätigkeit**
 - 1 = ja
 - 2 = ja, mithelfend im eigenen Betrieb
 - 3 = Hausfrau / Hausmann
 - 4 = Schüler (in)
 - 5 = Student (in)
 - 6 = in Berufsausbildung
 - 7 = Rentner (in), Ruhestand
 - 8 = arbeitslos
 - 9 = ohne Beruf

○ **Item 8.1.: Berufsgruppe**

- 1 = Inhaber / Geschäftsführer von größeren Unternehmen
- 2 = Freier Beruf
- 3 = Mittlere und kleinere selbständige Geschäftsleute
- 4 = Selbständiger Handwerker
- 5 = Leitender Angestellter
- 6 = Nichtleitender Angestellter
- 7 = Beamter des höheren oder gehobenen Dienstes
- 8 = Beamter des mittleren oder einfachen Dienstes
- 9 = Landwirt
- 10 = Facharbeiter mit abgelegter Prüfung
- 11 = Anders

G) Psychodiagnostische Messinstrumente: Langskalen der Prä- Inter- und Postmessung

G1) Langskalen der Prä- und Postmessung

G1.1.) SESA – Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung

Skalierung: 5-stufig

Instruktion: Sie sollen im Folgenden Auskunft darüber geben, wie Sie zu sich selbst eingestellt sind. Dabei kann es keine richtigen oder falschen Antworten im Sinne einer richtigen oder falschen Lösung geben, da die Beantwortung auf der persönlichen Ansicht beruht.

Skala: Selbstakzeptierung (29 Items)

- **Item 1:** Ich stelle meinen Wert als Person nicht in Frage, auch dann nicht, wenn ich glaube, dass andere es tun.
- **Item 2:** Wenn jemand etwas Nettes über mich sagt, so fällt es mir schwer zu glauben, dass er es wirklich so meint. Ich denke, dass er sich lustig über mich macht oder es nicht ernst meint.
- **Item 3:** Kritisiert mich jemand oder sagt irgendeiner etwas über mich, so kann ich das überhaupt nicht vertragen.
- **Item 4:** Ich sage nicht viel zu zwischenmenschlichen Problemen, weil ich Angst habe, dass man mich kritisiert oder auslacht, wenn ich etwas Falsches sage.
- **Item 5:** Mir ist klar, dass ich nicht besonders erfolgreich bin, aber ich glaube nicht, dass ich meine Kräfte besser nutzen könnte.
- **Item 6:** Ich kann mit einer Arbeit, die ich getan habe, nicht zufrieden sein: Stellt sie sich als gut heraus, so habe ich das Gefühl, dass sie mich nicht voll gefordert hat und ich deshalb keinen besonderen Grund zur Zufriedenheit habe.
- **Item 7:** Ich hätte gern das sichere Gefühl, dass ich nicht sehr viel anders bin als andere.
- **Item 8:** Ich habe Angst, dass Menschen, die ich mag, herausfinden könnten, wie ich wirklich bin, und von mir enttäuscht sein könnten.
- **Item 9:** Ich werde häufig von Minderwertigkeitsgefühlen geplagt.
- **Item 10:** Wegen anderer Leute habe ich bisher nicht soviel leisten können, wie mir eigentlich möglich gewesen wäre.
- **Item 11:** Ich bin ziemlich scheu und befangen, wenn ich mit anderen zusammen bin.
- **Item 12:** Um über die Runden zu kommen und beliebt zu sein, neige ich dazu, mich in erster Linie so zu verhalten, wie andere es von mir erwarten.
- **Item 13:** Die Art, mit der ich an die Dinge herangehe, ist wohl von einer starken inneren Kraft getragen; ich stehe in der Hinsicht auf festem Boden, und das macht mich ziemlich selbstsicher.

- **Item 14:** Ich fühle mich befangen im Umgang mit Leuten, die eine höhere berufliche Position haben als ich.
- **Item 15:** Ich glaube, ich bin ziemlich schwierig.
- **Item 16:** Ich kann Schuldgefühle über mein Empfinden bestimmten Leuten gegenüber nicht vermeiden.
- **Item 17:** Ich habe keine Angst davor, neue Leute kennen zu lernen, weil ich das Gefühl habe, etwas wert zu sein, und es keinen Grund gibt, weshalb sie mich nicht mögen sollten.
- **Item 18:** Gewissermaßen glaube ich nur halb an mich selbst.
- **Item 19:** Ich bin sehr empfindlich; sagen andere Leute etwas, neige ich dazu anzunehmen, dass sie mich in irgendeiner Weise kritisieren oder beleidigen; wenn ich später darüber nachdenke, fällt mir ein, dass sie es vielleicht gar nicht so gemeint haben.
- **Item 20:** Ich glaube, dass ich bestimmte Fähigkeiten habe, und andere sagen das auch, aber ich bin nicht sicher, ob das stimmt.
- **Item 21:** Ich kann mich eines Gefühls der Über- oder Unterlegenheit gegenüber den meisten Leuten, die ich kenne, nicht erwehren.
- **Item 22:** Ich fühle mich nicht normal, aber ich würde mich gern so fühlen.
- **Item 23:** In einer Gruppe sage ich gewöhnlich nicht viel, weil ich Angst habe, etwas Falsches zu sagen.
- **Item 24:** Ich neige dazu, meinen Problemen auszuweichen.
- **Item 25:** Selbst wenn Leute eine gute Meinung von mir haben, fühle ich mich irgendwie schuldig, weil ich weiß, dass sie sich in mir täuschen; wenn ich mich so geben würde, wie ich wirklich bin, würden sie keine gute Meinung von mir haben.
- **Item 26:** Ich habe das Gefühl, auf einer Stufe mit anderen zu stehen; das trägt dazu bei, gute Beziehungen mit ihnen aufzunehmen.
- **Item 27:** Ich habe das Gefühl, dass die Leute dazu neigen, sich mir gegenüber anders zu verhalten, als sie es normalerweise anderen gegenüber tun würden.
- **Item 28:** Ich richte mich zu sehr nach den Vorstellungen anderer Leute.
- **Item 29:** Wenn ich nicht immer soviel Pech gehabt hätte, hätte ich mehr erreicht.

G1.2.) IPC – Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen

Skalierung: 6-stufig

Instruktion: Auf den folgenden Seiten werden Sie gebeten, zu einigen Aussagen Stellung zu nehmen. Sie haben die Möglichkeit, jede Aussage stark, mittel oder schwach zuzustimmen oder sie schwach, mittel oder stark abzulehnen. Kreuzen Sie bitte jeweils das Kästchen an, das Ihrer persönlichen Meinung am besten entspricht.

Skala 1: Internalität (8 Items)

- **Item 1:** Es hängt hauptsächlich von mir und von meinen Fähigkeiten ab, ob ich in einer Gruppe eine Führungsposition inne habe oder nicht.
- **Item 2:** Ob ich mit dem Auto einen Unfall habe oder nicht, hängt vor allem von meinem fahrerischen Können ab.
- **Item 3:** Wenn ich Pläne schmiede, bin ich sicher, dass das Geplante auch Wirklichkeit wird.
- **Item 4:** Die Zahl meiner Freunde hängt vor allem von mir und meinem Verhalten ab.
- **Item 5:** Ich kann ziemlich viel von dem, was in meinem Leben passiert, selbst bestimmen.
- **Item 6:** Gewöhnlich kann ich meine eigenen Interessen selbst vertreten.
- **Item 7:** Wenn ich bekomme, was ich will, so ist das meistens das Ergebnis harter Arbeit.
- **Item 8:** Mein Leben wird von meinem Verhalten bestimmt.

Skala 2: Externalität (Machtlosigkeit, 8 Items)

- **Item 1:** Ich habe das Gefühl, dass das meiste, was in meinem Leben passiert, von anderen Leuten abhängt.
- **Item 2:** Obwohl ich dazu fähig bin, bekomme ich nur selten Führungsaufgaben übertragen.
- **Item 3:** Mein Leben wird hauptsächlich von mächtigeren Leuten kontrolliert.
- **Item 4:** Menschen wie ich haben nur geringe Möglichkeiten, ihre Interessen gegen andere durchzusetzen.
- **Item 5:** Um das zu bekommen, was ich gerne hätte, muss ich zu anderen freundlich sein.
- **Item 6:** Ich würde bestimmt nicht viele Freunde finden, wenn mich wichtige Leute nicht sympathisch finden würden.
- **Item 7:** Ob ich einen Autounfall habe oder nicht, hängt vor allem von den anderen Autofahrern ab.
- **Item 8:** Damit meine Pläne eine Chance haben, richte ich mich beim Planen auch nach den Wünschen wichtiger Leute.

Skala 3: Externalität (Fatalismus, 8 Items)

- **Item 1:** Zufällige Geschehnisse bestimmen zum großen Teil mein Leben.
- **Item 2:** Ich habe oft einfach keine Möglichkeit, mich vor Pech zu schützen.
- **Item 3:** Wenn ich bekomme, was ich will, so geschieht das meistens durch Glück.
- **Item 4:** Ich habe schon oft festgestellt, dass das, was passieren soll, auch eintritt.
- **Item 5:** Ob ich einen Autounfall habe oder nicht, ist vor allem Glückssache.
- **Item 6:** Es ist für mich nicht gut, weit im Voraus zu planen, da häufig das Schicksal dazwischenkommt.
- **Item 7:** Ob ich Gruppenleiter werde oder nicht, hängt vor allem davon ab, dass ich zur rechten Zeit an der richtigen Stelle bin.
- **Item 8:** Es ist eine Frage des Schicksals, ob ich wenige oder viele Freunde habe.

G1.3.) SVF – Stressverarbeitungsfragebogen

Skalierung: 5-stufig

Instruktion: Im Folgenden finden Sie eine Reihe von möglichen Reaktionen, die man zeigen kann, wenn man durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden ist. Bitte lesen Sie diese nacheinander durch und entscheiden Sie jeweils, ob die angegebenen Reaktionen Ihrer Art zu reagieren entsprechen. Dabei stehen Ihnen fünf Antwortmöglichkeiten zur Verfügung: „gar nicht“; „kaum“; „möglicherweise“; „wahrscheinlich“; „sehr wahrscheinlich“.

Einleitung: Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin:

Skala 1: Bagatellisierung (6 Items)

- **Item 1:** ...sage ich mir, alles ist halb so schlimm.
- **Item 2:** ...sage ich mir, das wird sich mit der Zeit schon wieder einrenken.
- **Item 3:** ...sage ich mir, die Zeit hat schon manche Träne getrocknet.
- **Item 4:** ...sage ich mir, es geht schon alles wieder in Ordnung.
- **Item 5:** ...denke ich, morgen ist sicher alles vergessen.
- **Item 6:** ...versuche ich mir einzureden, dass es nicht so wichtig ist.

Skala 2: Herunterspielen durch Vergleich mit anderen (6 Items)

- **Item 1:** ...werde ich schneller damit fertig als andere.
- **Item 2:** ...bin ich froh, dass ich nicht so empfindlich bin wie andere.
- **Item 3:** ...sage ich mir, andere würden das nicht so leicht verdauen.

- **Item 4:** ...habe ich mich viel besser unter Kontrolle als andere in derselben Situation.
- **Item 5:** ...finde ich meine Ruhe immer noch schneller wieder als andere.
- **Item 6:** ...nehme ich das leichter als andere in der gleichen Situation.

Skala 3: Schuldabwehr (6 Items)

- **Item 1:** ...sage ich mir, ich habe mir nichts vorzuwerfen.
- **Item 2:** ...sage ich mir, Gewissensbisse brauche ich mir nicht zu machen.
- **Item 3:** ...sage ich mir, ich kann nichts dafür.
- **Item 4:** ...denke ich, ich habe die Situation nicht zu verantworten.
- **Item 5:** ...denke ich, mich trifft keine Schuld.
- **Item 6:** ...denke ich, an mir liegt es nicht, dass es dazu gekommen ist.

Skala 4: Ablenkung von Situationen (6 Items)

- **Item 1:** ...versuche ich, meine Gedanken auf etwas anderes zu konzentrieren.
- **Item 2:** ...gehe ich irgendeiner anderen Beschäftigung nach.
- **Item 3:** ...tue ich etwas, was mich davon ablenkt.
- **Item 4:** ...stürze ich mich in die Arbeit.
- **Item 5:** ...versuche ich, meine Aufmerksamkeit davon abzuwenden.
- **Item 6:** ...lenke ich mich irgendwie ab.

Skala 5: Suche nach Selbstbestätigung (6 Items)

- **Item 1:** ...denke ich bewusst an Gelegenheiten, bei denen ich besonders erfolgreich war.
- **Item 2:** ...bemühe ich mich um anderweitige Erfolge.
- **Item 3:** ...wende ich mich Dingen zu, bei denen mir der Erfolg gewiss ist.
- **Item 4:** ...bringe ich meine guten Eigenschaften zur Geltung.
- **Item 5:** ...versuche ich, in anderen Bereichen Bestätigung zu finden.
- **Item 6:** ...verschaffe ich mir Anerkennung auf anderen Gebieten.

Skala 6: Situationskontrollversuch (6 Items)

- **Item 1:** ...überlege ich mein weiteres Verhalten ganz genau.
- **Item 2:** ...versuche ich, mir alle Einzelheiten der Situation klar zu machen.
- **Item 3:** ...ergreife ich Maßnahmen zur Beseitigung der Ursache.
- **Item 4:** ...mache ich einen Plan, wie ich die Schwierigkeiten aus dem Weg räumen kann.
- **Item 5:** ...wende ich mich aktiv der Veränderung der Situation zu.

- **Item 6:** ...versuche ich, die Gründe, die zur Situation geführt haben, genau zu klären.

Skala 7: Reaktionskontrollversuche (6 Items)

- **Item 1:** ...sage ich mir, lass Dich nicht gehen.
- **Item 2:** ...sage ich mir, du musst Dich zusammenreißen.
- **Item 3:** ...versuche ich, meine Erregung zu bekämpfen.
- **Item 4:** ...versuche ich, Haltung zu bewahren.
- **Item 5:** ...versuche ich, mein Verhalten unter Kontrolle zu halten.
- **Item 6:** ...sage ich mir, du darfst die Fassung nicht verlieren.

Skala 8: Positive Selbstinstruktion (6 Items)

- **Item 1:** ...sage ich mir, dass ich das durchstehen werde.
- **Item 2:** ...denke ich, „nur nicht unterkriegen lassen“.
- **Item 3:** ...sage ich mir, du darfst auf keinen Fall aufgeben.
- **Item 4:** ...sage ich mir, nur nicht entmutigen lassen.
- **Item 5:** ...mache ich mir klar, dass ich Möglichkeiten habe, die Situation zu bewältigen.
- **Item 6:** ...sage ich mir, du kannst damit fertig werden.

Skala 9: Vermeidungstendenz (6 Items)

- **Item 1:** ...vermeide ich von nun an solche Situationen.
- **Item 2:** ...entziehe ich mich in Zukunft schon bei den ersten Anzeichen solchen Situationen.
- **Item 3:** ...nehme ich mir vor, solchen Situationen in Zukunft aus dem Wege zu gehen.
- **Item 4:** ...denke ich, in Zukunft will ich nicht mehr in solche Situationen geraten.
- **Item 5:** ...passe ich auf, dass es in Zukunft gar nicht erst zu solchen Situationen kommt.
- **Item 6:** ...überlege ich, wie ich von nun an solchen Situationen ausweichen kann.

Skala 10: Flucht tendenz (6 Items)

- **Item 1:** ... neige ich dazu, die Flucht zu ergreifen.
- **Item 2:** ...denke ich, „möglichst von hier weg“.
- **Item 3:** ...überlege ich, wie ich am schnellsten aus der Situation herauskomme.
- **Item 4:** ...habe ich nur den Wunsch, dieser Situation so schnell wie möglich zu entkommen.
- **Item 5:** ...versuche ich, mich der Situation zu entziehen.
- **Item 6:** ...möchte ich am liebsten einfach weglaufen.

Skala 11: Resignation (6 Items)

- **Item 1:** ...möchte ich am liebsten nicht an die Zukunft denken.
- **Item 2:** ...neige ich dazu, schnell aufzugeben.
- **Item 3:** ...bin ich deprimiert.
- **Item 4:** ...erscheint mir alles so hoffnungslos.
- **Item 5:** ...neige ich dazu, alles sinnlos zu finden.
- **Item 6:** ...neige ich dazu, zu resignieren.

Skala 12: Selbstbemitleidung (6 Items)

- **Item 1:** ...tue ich mir selber ein bisschen leid.
- **Item 2:** ...beneide ich andere, denen so was nicht passiert.
- **Item 3:** ...fühle ich mich ein wenig vom Schicksal vernachlässigt.
- **Item 4:** ...kann ich gar nicht einsehen, warum ausgerechnet ich immer Pech haben muss.
- **Item 5:** ...denke ich, mir bleibt auch nichts erspart.
- **Item 6:** ...frage ich mich, warum das gerade mir passieren musste.

G1.4.) PSSI – Persönlichkeits- Stil- und Störungs- Inventar

Skalierung: 6-stufig

Instruktion: In diesem Fragebogen werden Sie eine Reihe von Aussagen vorfinden. Ihre Aufgabe besteht darin, für jede Aussage zu beurteilen, ob die jeweilige Aussage im Allgemeinen auf Sie „gar nicht“, „etwas“, „überwiegend“ oder „ausgesprochen“ zutrifft. Machen Sie dieses bitte durch Ankreuzen kenntlich.

Skala 1: selbstbestimmt – antisozial (10 Items)

- **Item 1:** Meine Bedürfnisse lebe ich aus, auch wenn andere zurückstecken müssen.
- **Item 2:** Wenn andere etwas haben möchten, was ich brauche, setze ich mich meist durch.
- **Item 3:** Wenn sich mir jemand gegenüber ablehnend verhält, kann ich ihn ohne weiteres fertig machen.
- **Item 4:** Ich mache, was mir Spaß macht, ohne Rücksicht auf andere.
- **Item 5:** Wenn Leute sich gegen mich wenden, kann ich sie fertig machen.
- **Item 6:** Ich greife lieber an, als mich angreifen zu lassen.
- **Item 7:** Wenn andere mir Schwierigkeiten machen, kann ich sehr ungemütlich werden.

- **Item 8:** Schwache Menschen fassen mein Durchsetzungsvermögen als Rücksichtslosigkeit auf.
- **Item 9:** Ich lasse mir von anderen nichts gefallen.
- **Item 10:** Wer mir schaden will, muss mit meiner Vergeltung rechnen.

Skala 2: selbstkritisch – selbstunsicher (10 Items)

- **Item 1:** Eine Position, in der ich allein für den Erfolg einer Aufgabe verantwortlich bin, würde mir Angst machen.
- **Item 2:** Viele Seiten von mir zeige ich nicht, weil ich befürchte, dass ich die Sympathie mancher Menschen verlieren würde.
- **Item 3:** Kritik tut mir schneller weh als anderen.
- **Item 4:** Was andere von mir denken, berührt mich wenig.
- **Item 5:** Wenn mir eine Schwäche bewusst wird, kann mich das eine ganze Zeit belasten.
- **Item 6:** Wenn ich mich beobachtet fühle, werde ich ängstlich.
- **Item 7:** Ich kann es gut verkraften, dass manche Menschen mich nicht mögen.
- **Item 8:** Ich kann in Gesellschaft durchaus selbstsicher auftreten.
- **Item 9:** Vor vielen Menschen zu sprechen, fällt mir schwer.
- **Item 10:** Ich habe oft Gewissensbisse.

Skala 3: ehrgeizig – narzisstisch (10 Items)

- **Item 1:** Ich habe als Kind oft das Gefühl gehabt, etwas Besonderes zu sein.
- **Item 2:** Wenn andere nicht auf meine Wünsche eingehen, kann ich böse werden.
- **Item 3:** Wenn ich im Beruf Ideen einbringe, erwarte ich, dass sie von anderen anstandslos akzeptiert werden.
- **Item 4:** Ich habe ein ausgeprägtes Gespür für das Besondere.
- **Item 5:** Der Gedanke, eine berühmte Persönlichkeit zu sein, reizt mich.
- **Item 6:** Ich kann es nicht haben, wenn andere mich nicht verstehen.
- **Item 7:** Oft wünsche ich mir, dass mehr Menschen das Besondere an mir sehen.
- **Item 8:** Ich träume nicht von großen Erfolgen.
- **Item 9:** Im Mittelpunkt zu stehen, hat für mich einen besonderen Reiz.
- **Item 10:** Ich habe viele Träume und Ideale.

Skala 4: kritisch – negativistisch (10 Items)

- **Item 1:** Ich fühle mich von anderen oft missverstanden.
- **Item 2:** Viele Menschen haben es nicht verdient, dass sie im Leben soviel Glück haben.
- **Item 3:** Ich bin in meinem Leben oft ungerecht behandelt worden.

- **Item 4:** Andere Menschen bezeichnen mich zuweilen als zynisch.
- **Item 5:** Dass ich Versprechen öfter nicht einhalte, müssen andere hinnehmen.
- **Item 6:** Bei Menschen, die zunächst sympathisch wirken, sehe ich sehr schnell auch die negativen Seiten.
- **Item 7:** Andere erkennen meine Leistungen oft nicht hinreichend an.
- **Item 8:** Ich bin in meinem Leben oft vom Pech verfolgt worden.
- **Item 9:** Es gibt viele Menschen, die ich nicht ausstehen kann.
- **Item 10:** Meine Fehler und dunkle Seiten beschäftigen mich oft.

Skala 5: spontan – borderline (10 Items)

- **Item 1:** Ich spüre oft eine innere Leere.
- **Item 2:** Wenn ich jemanden sehr mag, mache ich mir Sorgen, dass die Sympathie nicht lange hält.
- **Item 3:** Oft kann ich selbst bei kleinen Enttäuschungen meine Wut kaum noch kontrollieren.
- **Item 4:** Meine Selbstachtung kann abrupt zwischen sehr positiven und sehr negativen Empfindungen wechseln.
- **Item 5:** Meine Gefühle wechseln oft abrupt und impulsiv.
- **Item 6:** Manchmal habe ich das Gefühl, als könnte mein Leben völlig aus der Bahn geraten.
- **Item 7:** Ich habe oft ohne Grund ängstliche Gefühle.
- **Item 8:** Ich ärgere mich oft über Gefühle, die in mir aufkommen.
- **Item 9:** Ich habe schon einmal den Impuls verspürt, mich zu verletzen.
- **Item 10:** Wenn ich mich besonders nett verhalte, weiß ich manchmal nicht, ob das wirklich aus mir selbst kommt.

Skala 6: liebenswürdig – histrionisch (10 Items)

- **Item 1:** Ich kann Menschen für mich einnehmen, wenn ich es will.
- **Item 2:** Ich kann sehr charmant sein.
- **Item 3:** Ich habe ein lebhaftes Temperament.
- **Item 4:** Wenn ich unter Menschen bin, wirke ich meist sehr lebhaft.
- **Item 5:** Ich gehe sehr spontan auf andere Menschen zu.
- **Item 6:** Meine gute Laune überträgt sich oft auf andere.
- **Item 7:** Ich weiß sehr gut, wie ich beim anderen Geschlecht Interesse für mich wecken kann.
- **Item 8:** Ich gelte als attraktiv.

- **Item 9:** Ich habe auf das andere Geschlecht eine besondere Anziehungskraft.
- **Item 10:** Der Umgang mit anderen Menschen liegt mir mehr als die Bearbeitung nüchterner Sachaufgaben.

G1.5.) HAKEMP – Handlungskontrolle nach Erfolg und Misserfolg

Skalierung: 2-stufig

Instruktion: Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage immer diejenige der beiden Antwortmöglichkeiten (1 oder 2) an, die für Sie eher zutrifft.

Skala 1: Handlungsorientierung nach Misserfolgserfahrung / Lageorientierung

(Präokkupation) (12 Items)

- **Item 1:** Wenn ich etwas Wertvolles verloren habe und jede Suche vergeblich war, dann:
1 = kann ich mich schlecht auf etwas anderes konzentrieren
2 = denke ich nicht mehr lange darüber nach
- **Item 2:** Wenn ich vier Wochen lang an einer Sache gearbeitet habe und dann doch alles misslungen ist, dann:
1 = dauert es lange, bis ich mich damit abfinde.
2 = denke ich nicht mehr lange darüber nach.
- **Item 3:** Wenn ich bei einem Wettkampf öfter hintereinander verloren habe, dann:
1 = denke ich bald nicht mehr daran.
2 = geht mir das noch eine Weile durch den Kopf.
- **Item 4:** Wenn mir ein neues Gerät versehentlich auf den Boden gefallen ist und nicht mehr zu reparieren ist, dann:
1 = finde ich mich rasch mit der Sache ab.
2 = komme ich nicht so rasch darüber hinweg.
- **Item 5:** Wenn ich jemanden, mit dem ich etwa Wichtiges besprechen muss, wiederholt nicht zu Hause antreffe, dann:
1 = geht mir das oft d. den Kopf, auch wenn ich mich schon mit etwas anderem beschäftige.
2 = blende ich das aus, bis die nächste Gelegenheit kommt, ihn zu treffen.
- **Item 6:** Wenn ich nach einem Einkauf zu Hause merke, dass ich zu viel bezahlt habe, aber das Geld nicht mehr zurückbekomme:
1 = fällt es mir schwer, mich auf irgendetwas anderes zu konzentrieren.
2 = fällt es mir schwer, die Sache auszublenden.
- **Item 7:** Wenn meine Arbeit als völlig unzureichend bezeichnet wird, dann:
1 = lasse ich mich davon nicht lange beirren.
2 = bin ich zuerst wie gelähmt.
- **Item 8:** Wenn ich mich verfare (z.B. mit dem Auto, mit dem Bus usw.) und eine wichtige Verabredung verpasse:
1 = kann ich mich zuerst schlecht aufraffen, irgendetwas anderes anzupacken.
2 = lass ich die Sache auf sich beruhen und wende mich ohne Schwierigkeiten anderen Dingen zu.
- **Item 9:** Wenn mir etwas ganz Wichtiges immer wieder nicht gelingen will, dann:
1 = verliere ich allmählich den Mut.
2 = vergesse ich es zunächst einmal und beschäftige mich mit anderen Dingen.

- **Item 10:** Wenn mich etwas traurig macht:
1 = fällt es mir schwer, irgendetwas zu tun.
2 = fällt es mir leicht, mich durch andere Dinge abzulenken.
- **Item 11:** Wenn einmal sehr viele Dinge am selben Tage misslingen, dann:
1 = weiß ich manchmal nichts mit mir anzufangen.
2 = bleibe ich fast genau so tatkräftig, als wäre nichts passiert.
- **Item 12:** Wenn ich meinen ganzen Ehrgeiz darin gesetzt habe, eine bestimmte Aufgabe zu verrichten und es geht schief, dann:
1 = kann ich die Sache auf sich beruhen lassen und mich anderen Dingen zuwenden.
2 = fällt es mir schwer, überhaupt noch etwas zu tun.

Skala 2: Handlungsorientierung bei der Handlungsplanung / Lageorientierung

(Zögern) (12 Items)

- **Item 1:** Wenn ich weiß, dass etwas bald erledigt werden muss, dann:
1 = muss ich mir oft einen Ruck geben, um den Anfang zu kriegen.
2 = fällt es mir leicht, es schnell hinter mich zu bringen.
- **Item 2:** Wenn ich nichts Besonderes vorhabe und Langeweile habe, dann:
1 = kann ich mich manchmal nicht entscheiden, was ich tun soll.
2 = habe ich meist rasch eine neue Beschäftigung.
- **Item 3:** Wenn ich ein schwieriges Problem angehen will, dann:
1 = kommt mir die Sache vorher wie ein Berg vor.
2 = überlege ich, wie ich die Sache auf eine einigermaßen angenehme Weise hinter mich bringen kann.
- **Item 4:** Wenn ich ein schwieriges Problem lösen muss, dann:
1 = lege ich meist sofort los.
2 = gehen mir zuerst andere Dinge d. den Kopf, bevor ich mich richtig an d. Aufgabe mache.
- **Item 5:** Wenn ich vor der Frage stehe, was ich in einigen freien Stunden tun soll, dann:
1 = überlege ich manchmal eine Weile, bis ich mich entscheiden kann.
2 = entscheide ich mich meist ohne Schwierigkeiten für eine der möglichen Beschäftigungen.
- **Item 6:** Wenn ich eigentlich zu Hause arbeiten müsste, dann:
1 = fällt es mir oft schwer, mich an die Arbeit zu machen.
2 = fange ich meist ohne weiteres an.
- **Item 7:** Wenn ich sehr viele wichtige Dinge zu erledigen habe, dann:
1 = überlege ich oft, wo ich anfangen soll.
2 = fällt es mir leicht, einen Plan zu machen und ihn auszuführen.
- **Item 8:** Wenn ich zu zwei Dingen große Lust habe, die ich aber nicht beide machen kann, dann:
1 = beginne ich schnell mit einer Sache und denke gar nicht mehr an die andere.
2 = fällt es mir nicht so leicht, von einer der beiden Sachen ganz Abstand zu nehmen.
- **Item 9:** Wenn ich etwas Wichtiges aber Unangenehmes zu erledigen habe, dann:
1 = lege ich meist sofort los.
2 = kann es eine Weile dauern, bis ich mich dazu aufraffe.

- **Item 10:** Wenn ich vorhabe, eine umfassende Arbeit zu erledigen, dann:
1 = denke ich manchmal zu lange nach, womit ich anfangen soll.
2 = habe ich keine Probleme loszulegen.
- **Item 11:** Wenn ich vor einer langweiligen Aufgabe stehe, dann:
1 = habe ich meist keine Probleme, mich an die Arbeit zu machen.
2 = bin ich manchmal wie gelähmt.
- **Item 12:** Wenn ich unbedingt einer lästigen Pflicht nachgehen muss, dann:
1 = bringe ich die Sache ohne Schwierigkeiten hinter mich.
2 = fällt es mir schwer, damit anzufangen.

Skala 3: Handlungsorientierung bei der Tätigkeitsausführung (12 Items)

- **Item 1:** Wenn ich ein neues, interessantes Spiel gelernt habe, dann:
1 = habe ich bald auch wieder genug davon und tue etwas anderes.
2 = bleibe ich lange in das Spiel vertieft.
- **Item 2:** Wenn ich für etwas mir Wichtiges arbeite, dann:
1 = unterbreche ich gerne zwischendurch, um etwas anderes zu tun.
2 = gehe ich so in der Arbeit auf, dass ich lange Zeit dabei bleibe.
- **Item 3:** Wenn ich einen interessanten Film sehe, dann:
1 = bin ich meist so vertieft, dass ich gar nicht auf den Gedanken komme, zu unterbrechen.
2 = habe ich zwischendurch trotzdem manchmal Lust zu unterbrechen und etwas anderes zu machen.
- **Item 4:** Wenn ich mich lange Zeit mit einer interessanten Sache beschäftige (z.B. ein Buch, eine Bastelarbeit o.ä.), dann:
1 = denke ich manchmal darüber nach, ob diese Beschäftigung auch wirklich nützlich ist.
2 = gehe ich meist so in der Sache auf, dass ich gar nicht daran denke, wie sinnvoll sie ist.
- **Item 5:** Wenn ich einen interessanten Artikel in der Zeitung lese, dann:
1 = bin ich meist sehr in das Lesen vertieft und lese den Artikel zu Ende.
2 = wechsele ich trotzdem oft zu einem anderen Artikel, bevor ich ihn ganz gelesen habe.
- **Item 6:** Auf einer Urlaubsreise, die mir recht gut gefällt:
1 = habe ich doch nach einiger Zeit Lust, etwas anderes zu machen.
2 = kommt mir bis zum Schluss nicht der Gedanke, etwas anderes zu machen.
- **Item 7:** Wenn ich mit einem Nachbarn über ein interessantes Thema rede, dann:
1 = entwickelt sich leicht ein ausgedehntes Gespräch.
2 = habe ich bald wieder Lust, etwas anderes zu tun.
- **Item 8:** Wenn ich mit einer interessanten Arbeit beschäftigt bin, dann:
1 = suche ich mir zwischendurch gerne eine andere Arbeit.
2 = könnte ich unentwegt weitermachen.
- **Item 9:** Wenn ich mich auf einer Party mit jemanden über ein interessantes Thema unterhalte, dann:
1 = kann ich mich für lange Zeit in das Thema vertiefen.
2 = wechsele ich nach einiger Zeit gerne zu einem anderen Thema.
- **Item 10:** Wenn ich bei einem Spiel viel besser abgeschnitten habe als die übrigen Spieler, dann:
1 = habe ich Lust aufzuhören mit dem Spiel.
2 = möchte ich am liebsten gleich weiterspielen.

- **Item 11:** Wenn ich etwas Interessantes lese, dann:
1 = beschäftige ich mich zwischendurch zur Abwechslung auch mit anderen Dingen.
2 = bleibe ich oft sehr lange dabei.
- **Item 12:** Wenn ich versuche, etwas Neues zu lernen, das mich sehr interessiert, dann:
1 = vertiefe ich mich für lange Zeit in diese Sache.
2 = unterbreche ich gerne nach einiger Zeit, um mich anderen Dingen zuzuwenden.

G1.6.) TAS – Toronto-Alexithymie-Skala-26

Skalierung: 5-stufig.

Instruktion: Beantworten Sie bitte alle Fragen, indem Sie das zutreffende Kästchen durchkreuzen.

Skala 1: Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen (7 Items)

- **Item 1:** Häufig bin ich im Unklaren darüber, was ich wirklich empfinde.
- **Item 2:** Ich habe Körperempfindungen, die sogar Ärzte nicht erklären können.
- **Item 3:** Wenn ich wegen etwas außer Fassung gerate, weiß ich manchmal nicht, ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin.
- **Item 4:** Ich bin oft über meine körperlichen Empfindungen verwirrt.
- **Item 5:** Ich habe Gefühle, die ich nicht eindeutig einordnen kann.
- **Item 6:** Ich weiß nicht, was in mir vorgeht.
- **Item 7:** Ich merke häufig nicht, wenn ich wütend bin.

Skala 2: Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen (5 Items)

- **Item 1:** Ich wünschte, ich wäre nicht so schüchtern.
- **Item 2:** Ich habe Schwierigkeiten, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden.
- **Item 3:** Ich kann ohne weiteres meine Gefühle beschreiben.
- **Item 4:** Es fällt mir schwer zu beschreiben, welche Gefühle ich Menschen gegenüber habe.
- **Item 5:** Manche Leute haben mir gesagt, dass ich meine Gefühle deutlicher beschreiben soll.

Skala 3: Extern orientierter Denkstil (6 Items)

- **Item 1:** Ich lasse lieber andere genau wissen, wo ich mit meinen Ansichten stehe.
- **Item 2:** Es reicht mir nicht, dass etwas funktioniert; ich möchte auch wissen, wie und warum es funktioniert.
- **Item 3:** Ich ziehe es vor, Probleme zu analysieren, statt sie lediglich zu beschreiben.
- **Item 4:** Ich mache häufig von meiner Phantasie gebrauch.
- **Item 5:** Es ist sehr wichtig, mit seinen Gefühlen vertraut zu sein.

- **Item 6:** Man sollte versuchen, zu einem tieferen Verständnis von Dingen und Menschen zu gelangen.

G2) Langskalen der Intermessung

G2.1.) IPC – Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen

Skalierung: 6-stufig

Instruktion: Auf den folgenden Seiten werden Sie gebeten, zu einigen Aussagen Stellung zu nehmen. Sie haben die Möglichkeit, jede Aussage stark, mittel oder schwach zuzustimmen oder sie schwach, mittel oder stark abzulehnen. Kreuzen Sie bitte jeweils das Kästchen an, das Ihrer persönlichen Meinung am besten entspricht.

Skala 1: Internalität (8 Items)

- **Item 1:** Es hängt hauptsächlich von mir und von meinen Fähigkeiten ab, ob ich in einer Gruppe eine Führungsposition inne habe oder nicht.
- **Item 2:** Ob ich mit dem Auto einen Unfall habe oder nicht, hängt vor allem von meinem fahrerischen Können ab.
- **Item 3:** Wenn ich Pläne schmiede, bin ich sicher, dass das Geplante auch Wirklichkeit wird.
- **Item 4:** Die Zahl meiner Freunde hängt vor allem von mir und meinem Verhalten ab.
- **Item 5:** Ich kann ziemlich viel von dem, was in meinem Leben passiert, selbst bestimmen.
- **Item 6:** Gewöhnlich kann ich meine eigenen Interessen selbst vertreten.
- **Item 7:** Wenn ich bekomme, was ich will, so ist das meistens das Ergebnis harter Arbeit.
- **Item 8:** Mein Leben wird von meinem Verhalten bestimmt.

Skala 2: Externalität (Machtlosigkeit, 8 Items)

- **Item 1:** Ich habe das Gefühl, dass das meiste, was in meinem Leben passiert, von anderen Leuten abhängt.
- **Item 2:** Obwohl ich dazu fähig bin, bekomme ich nur selten Führungsaufgaben übertragen.
- **Item 3:** Mein Leben wird hauptsächlich von mächtigeren Leuten kontrolliert.
- **Item 4:** Menschen wie ich haben nur geringe Möglichkeiten, ihre Interessen gegen andere durchzusetzen.
- **Item 5:** Um das zu bekommen, was ich gerne hätte, muss ich zu anderen freundlich sein.

- **Item 6:** Ich würde bestimmt nicht viele Freunde finden, wenn mich wichtige Leute nicht sympathisch finden würden.
- **Item 7:** Ob ich einen Autounfall habe oder nicht, hängt vor allem von den anderen Autofahrern ab.
- **Item 8:** Damit meine Pläne eine Chance haben, richte ich mich beim Planen auch nach den Wünschen wichtiger Leute.

Skala 3: Externalität (Fatalismus, 8 Items)

- **Item 1:** Zufällige Geschehnisse bestimmen zum großen Teil mein Leben.
- **Item 2:** Ich habe oft einfach keine Möglichkeit, mich vor Pech zu schützen.
- **Item 3:** Wenn ich bekomme, was ich will, so geschieht das meistens durch Glück.
- **Item 4:** Ich habe schon oft festgestellt, dass das, was passieren soll, auch eintritt.
- **Item 5:** Ob ich einen Autounfall habe oder nicht, ist vor allem Glückssache.
- **Item 6:** Es ist für mich nicht gut, weit im Voraus zu planen, da häufig das Schicksal dazwischenkommt.
- **Item 7:** Ob ich Gruppenleiter werde oder nicht, hängt vor allem davon ab, dass ich zur rechten Zeit an der richtigen Stelle bin.
- **Item 8:** Es ist eine Frage des Schicksals, ob ich wenige oder viele Freunde habe.

G2.2.) HAKEMP – Handlungskontrolle nach Erfolg und Misserfolg

Skalierung: 2-stufig

Instruktion: Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage immer diejenige der beiden Antwortmöglichkeiten (1 oder 2) an, die für Sie eher zutrifft.

Skala 1: Handlungsorientierung nach Misserfolgserfahrung / Lageorientierung (Präokkupation) (12 Items)

- **Item 1:** Wenn ich etwas Wertvolles verloren habe und jede Suche vergeblich war, dann:
1 = kann ich mich schlecht auf etwas anderes konzentrieren
2 = denke ich nicht mehr lange darüber nach
- **Item 2:** Wenn ich vier Wochen lang an einer Sache gearbeitet habe und dann doch alles misslungen ist, dann:
1 = dauert es lange, bis ich mich damit abfinde.
2 = denke ich nicht mehr lange darüber nach.
- **Item 3:** Wenn ich bei einem Wettkampf öfter hintereinander verloren habe, dann:
1 = denke ich bald nicht mehr daran.
2 = geht mir das noch eine Weile durch den Kopf.
- **Item 4:** Wenn mir ein neues Gerät versehentlich auf den Boden gefallen ist und nicht mehr zu reparieren ist, dann:
1 = finde ich mich rasch mit der Sache ab.
2 = komme ich nicht so rasch darüber hinweg.

- **Item 5:** Wenn ich jemanden, mit dem ich etwa Wichtiges besprechen muss, wiederholt nicht zu Hause antreffe, dann:
1 = geht mir das oft d. den Kopf, auch wenn ich mich schon mit etwas anderem beschäftige.
2 = blende ich das aus, bis die nächste Gelegenheit kommt, ihn zu treffen.
- **Item 6:** Wenn ich nach einem Einkauf zu Hause merke, dass ich zu viel bezahlt habe, aber das Geld nicht mehr zurückbekomme:
1 = fällt es mir schwer, mich auf irgendetwas anderes zu konzentrieren.
2 = fällt es mir schwer, die Sache auszublenden.
- **Item 7:** Wenn meine Arbeit als völlig unzureichend bezeichnet wird, dann:
1 = lasse ich mich davon nicht lange beirren.
2 = bin ich zuerst wie gelähmt.
- **Item 8:** Wenn ich mich verfare (z.B. mit dem Auto, mit dem Bus usw.) und eine wichtige Verabredung verpasse:
1 = kann ich mich zuerst schlecht aufraffen, irgendetwas anderes anzupacken.
2 = lass ich die Sache auf sich beruhen und wende mich ohne Schwierigkeiten anderen Dingen zu.
- **Item 9:** Wenn mir etwas ganz Wichtiges immer wieder nicht gelingen will, dann:
1 = verliere ich allmählich den Mut.
2 = vergesse ich es zunächst einmal und beschäftige mich mit anderen Dingen.
- **Item 10:** Wenn mich etwas traurig macht:
1 = fällt es mir schwer, irgendetwas zu tun.
2 = fällt es mir leicht, mich durch andere Dinge abzulenken.
- **Item 11:** Wenn einmal sehr viele Dinge am selben Tage misslingen, dann:
1 = weiß ich manchmal nichts mit mir anzufangen.
2 = bleibe ich fast genau so tatkräftig, als wäre nichts passiert.
- **Item 12:** Wenn ich meinen ganzen Ehrgeiz darin gesetzt habe, eine bestimmte Aufgabe zu verrichten und es geht schief, dann:
1 = kann ich die Sache auf sich beruhen lassen und mich anderen Dingen zuwenden.
2 = fällt es mir schwer, überhaupt noch etwas zu tun.

Skala 2: Handlungsorientierung bei der Handlungsplanung / Lageorientierung

(Zögern) (12 Items)

- **Item 1:** Wenn ich weiß, dass etwas bald erledigt werden muss, dann:
1 = muss ich mir oft einen Ruck geben, um den Anfang zu kriegen.
2 = fällt es mir leicht, es schnell hinter mich zu bringen.
- **Item 2:** Wenn ich nichts Besonderes vorhabe und Langeweile habe, dann:
1 = kann ich mich manchmal nicht entscheiden, was ich tun soll.
2 = habe ich meist rasch eine neue Beschäftigung.
- **Item 3:** Wenn ich ein schwieriges Problem angehen will, dann:
1 = kommt mir die Sache vorher wie ein Berg vor.
2 = überlege ich, wie ich die Sache auf eine einigermaßen angenehme Weise hinter mich bringen kann.
- **Item 4:** Wenn ich ein schwieriges Problem lösen muss, dann:
1 = lege ich meist sofort los.
2 = gehen mir zuerst andere Dinge d. den Kopf, bevor ich mich richtig an d. Aufgabe mache.

- **Item 5:** Wenn ich vor der Frage stehe, was ich in einigen freien Stunden tun soll, dann:
1 = überlege ich manchmal eine Weile, bis ich mich entscheiden kann.
2 = entscheide ich mich meist ohne Schwierigkeiten für eine der möglichen Beschäftigungen.
- **Item 6:** Wenn ich eigentlich zu Hause arbeiten müsste, dann:
1 = fällt es mir oft schwer, mich an die Arbeit zu machen.
2 = fange ich meist ohne weiteres an.
- **Item 7:** Wenn ich sehr viele wichtige Dinge zu erledigen habe, dann:
1 = überlege ich oft, wo ich anfangen soll.
2 = fällt es mir leicht, einen Plan zu machen und ihn auszuführen.
- **Item 8:** Wenn ich zu zwei Dingen große Lust habe, die ich aber nicht beide machen kann, dann:
1 = beginne ich schnell mit einer Sache und denke gar nicht mehr an die andere.
2 = fällt es mir nicht so leicht, von einer der beiden Sachen ganz Abstand zu nehmen.
- **Item 9:** Wenn ich etwas Wichtiges aber Unangenehmes zu erledigen habe, dann:
1 = lege ich meist sofort los.
2 = kann es eine Weile dauern, bis ich mich dazu aufraffe.
- **Item 10:** Wenn ich vorhabe, eine umfassende Arbeit zu erledigen, dann:
1 = denke ich manchmal zu lange nach, womit ich anfangen soll.
2 = habe ich keine Probleme loszulegen.
- **Item 11:** Wenn ich vor einer langweiligen Aufgabe stehe, dann:
1 = habe ich meist keine Probleme, mich an die Arbeit zu machen.
2 = bin ich manchmal wie gelähmt.
- **Item 12:** Wenn ich unbedingt einer lästigen Pflicht nachgehen muss, dann:
1 = bringe ich die Sache ohne Schwierigkeiten hinter mich.
2 = fällt es mir schwer, damit anzufangen.

Skala 3: Handlungsorientierung bei der Tätigkeitsausführung (12 Items)

- **Item 1:** Wenn ich ein neues, interessantes Spiel gelernt habe, dann:
1 = habe ich bald auch wieder genug davon und tue etwas anderes.
2 = bleibe ich lange in das Spiel vertieft.
- **Item 2:** Wenn ich für etwas mir Wichtiges arbeite, dann:
1 = unterbreche ich gerne zwischendurch, um etwas anderes zu tun.
2 = gehe ich so in der Arbeit auf, dass ich lange Zeit dabei bleibe.
- **Item 3:** Wenn ich einen interessanten Film sehe, dann:
1 = bin ich meist so vertieft, dass ich gar nicht auf den Gedanken komme, zu unterbrechen.
2 = habe ich zwischendurch trotzdem manchmal Lust zu unterbrechen und etwas anderes zu machen.
- **Item 4:** Wenn ich mich lange Zeit mit einer interessanten Sache beschäftige (z.B. ein Buch, eine Bastelarbeit o.ä.), dann:
1 = denke ich manchmal darüber nach, ob diese Beschäftigung auch wirklich nützlich ist.
2 = gehe ich meist so in der Sache auf, dass ich gar nicht daran denke, wie sinnvoll sie ist.
- **Item 5:** Wenn ich einen interessanten Artikel in der Zeitung lese, dann:
1 = bin ich meist sehr in das Lesen vertieft und lese den Artikel zu Ende.
2 = wechsele ich trotzdem oft zu einem anderen Artikel, bevor ich ihn ganz gelesen habe.

- **Item 6:** Auf einer Urlaubsreise, die mir recht gut gefällt:
1 = habe ich doch nach einiger Zeit Lust, etwas anderes zu machen.
2 = kommt mir bis zum Schluss nicht der Gedanke, etwas anderes zu machen.
- **Item 7:** Wenn ich mit einem Nachbarn über ein interessantes Thema rede, dann:
1 = entwickelt sich leicht ein ausgedehntes Gespräch.
2 = habe ich bald wieder Lust, etwas anderes zu tun.
- **Item 8:** Wenn ich mit einer interessanten Arbeit beschäftigt bin, dann:
1 = suche ich mir zwischendurch gerne eine andere Arbeit.
2 = könnte ich unentwegt weitermachen.
- **Item 9:** Wenn ich mich auf einer Party mit jemanden über ein interessantes Thema unterhalte, dann:
1 = kann ich mich für lange Zeit in das Thema vertiefen.
2 = wechsele ich nach einiger Zeit gerne zu einem anderen Thema.
- **Item 10:** Wenn ich bei einem Spiel viel besser abgeschnitten habe als die übrigen Spieler, dann:
1 = habe ich Lust aufzuhören mit dem Spiel.
2 = möchte ich am liebsten gleich weiterspielen.
- **Item 11:** Wenn ich etwas Interessantes lese, dann:
1 = beschäftige ich mich zwischendurch zur Abwechslung auch mit anderen Dingen.
2 = bleibe ich oft sehr lange dabei.
- **Item 12:** Wenn ich versuche, etwas Neues zu lernen, das mich sehr interessiert, dann:
1 = vertiefe ich mich für lange Zeit in diese Sache.
2 = unterbreche ich gerne nach einiger Zeit, um mich anderen Dingen zuzuwenden.

G2.3.) TAS – Toronto-Alexithymie-Skala-26

Skalierung: 5-stufig.

Instruktion: Beantworten Sie bitte alle Fragen, indem Sie das zutreffende Kästchen durchkreuzen.

Skala 1: Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen (7 Items)

- **Item 1:** Häufig bin ich im Unklaren darüber, was ich wirklich empfinde.
- **Item 2:** Ich habe Körperempfindungen, die sogar Ärzte nicht erklären können.
- **Item 3:** Wenn ich wegen etwas außer Fassung gerate, weiß ich manchmal nicht, ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin.
- **Item 4:** Ich bin oft über meine körperlichen Empfindungen verwirrt.
- **Item 5:** Ich habe Gefühle, die ich nicht eindeutig einordnen kann.
- **Item 6:** Ich weiß nicht, was in mir vorgeht.
- **Item 7:** Ich merke häufig nicht, wenn ich wütend bin.

Skala 2: Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen (5 Items)

- **Item 1:** Ich wünschte, ich wäre nicht so schüchtern.
- **Item 2:** Ich habe Schwierigkeiten, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden.
- **Item 3:** Ich kann ohne weiteres meine Gefühle beschreiben.
- **Item 4:** Es fällt mir schwer zu beschreiben, welche Gefühle ich Menschen gegenüber habe.
- **Item 5:** Manche Leute haben mir gesagt, dass ich meine Gefühle deutlicher beschreiben soll.

Skala 3: Extern orientierter Denkstil (6 Items)

- **Item 1:** Ich lasse lieber andere genau wissen, wo ich mit meinen Ansichten stehe.
- **Item 2:** Es reicht mir nicht, dass etwas funktioniert; ich möchte auch wissen, wie und warum es funktioniert.
- **Item 3:** Ich ziehe es vor, Probleme zu analysieren, statt sie lediglich zu beschreiben.
- **Item 4:** Ich mache häufig von meiner Phantasie gebrauch.
- **Item 5:** Es ist sehr wichtig, mit seinen Gefühlen vertraut zu sein.
- **Item 6:** Man sollte versuchen, zu einem tieferen Verständnis von Dingen und Menschen zu gelangen.

H) Psychodiagnostische Messinstrumente (Kurzskalen)

H1) SESA – Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung

Skala: Selbstakzeptierung (10 Items)

- **Item 1:** Wenn jemand etwas Nettes über mich sagt, so fällt es mir schwer zu glauben, dass er es wirklich so meint. Ich denke, dass er sich lustig über mich macht oder es nicht ernst meint.
- **Item 2:** Ich kann mit einer Arbeit, die ich getan habe, nicht zufrieden sein: Stellt sie sich als gut heraus, so habe ich das Gefühl, dass sie mich nicht voll gefordert hat und ich deshalb keinen besonderen Grund zur Zufriedenheit habe.
- **Item 3:** Ich hätte gern das sichere Gefühl, dass ich nicht sehr viel anders bin als andere.
- **Item 4:** Ich glaube, ich bin ziemlich schwierig.
- **Item 5:** Ich kann Schuldgefühle über mein Empfinden bestimmten Leuten gegenüber nicht vermeiden.
- **Item 6:** Ich bin sehr empfindlich; sagen andere Leute etwas, neige ich dazu anzunehmen, dass sie mich in irgendeiner Weise kritisieren oder beleidigen; wenn ich später darüber nachdenke, fällt mir ein, dass sie es vielleicht gar nicht so gemeint haben.
- **Item 7:** Ich glaube, dass ich bestimmte Fähigkeiten habe, und andere sagen das auch, aber ich bin nicht sicher, ob das stimmt.
- **Item 8:** Ich kann mich eines Gefühls der Über- oder Unterlegenheit gegenüber den meisten Leuten, die ich kenne, nicht erwehren.
- **Item 9:** Ich habe das Gefühl, auf einer Stufe mit anderen zu stehen; das trägt dazu bei, gute Beziehungen mit ihnen aufzunehmen.
- **Item 10:** Ich habe das Gefühl, dass die Leute dazu neigen, sich mir gegenüber anders zu verhalten, als sie es normalerweise anderen gegenüber tun würden.

H2) IPC – Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen

Skala 1: Internalität (5 Items)

- **Item 1:** Ob ich mit dem Auto einen Unfall habe oder nicht, hängt vor allem von meinem fahrerischen Können ab.
- **Item 2:** Wenn ich Pläne schmiede, bin ich sicher, dass das Geplante auch Wirklichkeit wird.
- **Item 3:** Die Zahl meiner Freunde hängt vor allem von mir und meinem Verhalten ab.
- **Item 4:** Wenn ich bekomme, was ich will, so ist das meistens das Ergebnis harter Arbeit.
- **Item 5:** Mein Leben wird von meinem Verhalten bestimmt.

Skala 2: Externalität (Machtlosigkeit, 5 Items)

- **Item 1:** Obwohl ich dazu fähig bin, bekomme ich nur selten Führungsaufgaben übertragen.
- **Item 2:** Um das zu bekommen, was ich gerne hätte, muss ich zu anderen freundlich sein.
- **Item 3:** Ich würde bestimmt nicht viele Freunde finden, wenn mich wichtige Leute nicht sympathisch finden würden.
- **Item 4:** Ob ich einen Autounfall habe oder nicht, hängt vor allem von den anderen Autofahrern ab.
- **Item 5:** Damit meine Pläne eine Chance haben, richte ich mich beim Planen auch nach den Wünschen wichtiger Leute.

Skala 3: Externalität (Fatalismus, 5 Items)

- **Item 1:** Zufällige Geschehnisse bestimmen zum großen Teil mein Leben.
- **Item 2:** Ich habe oft einfach keine Möglichkeit, mich vor Pech zu schützen.
- **Item 3:** Ich habe schon oft festgestellt, dass das, was passieren soll, auch eintritt.
- **Item 4:** Es ist für mich nicht gut, weit im Voraus zu planen, da häufig das Schicksal dazwischenkommt.
- **Item 5:** Ob ich Gruppenleiter werde oder nicht, hängt vor allem davon ab, dass ich zur rechten Zeit an der richtigen Stelle bin.

H3) SVF – Stressverarbeitungsfragebogen

Einleitung: Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin:

Skala 1: Bagatellisierung (4 Items)

- **Item 1:** ...sage ich mir, alles ist halb so schlimm.
- **Item 2:** ...sage ich mir, das wird sich mit der Zeit schon wieder einrenken.
- **Item 3:** ...sage ich mir, die Zeit hat schon manche Träne getrocknet.
- **Item 4:** ...denke ich, morgen ist sicher alles vergessen.

Skala 2: Herunterspielen durch Vergleich mit anderen (6 Items)

- **Item 1:** ...werde ich schneller damit fertig als andere.
- **Item 2:** ...bin ich froh, dass ich nicht so empfindlich bin wie andere.
- **Item 3:** ...sage ich mir, andere würden das nicht so leicht verdauen.
- **Item 4:** ...habe ich mich viel besser unter Kontrolle als andere in derselben Situation.
- **Item 5:** ...finde ich meine Ruhe immer noch schneller wieder als andere.
- **Item 6:** ...nehme ich das leichter als andere in der gleichen Situation.

Skala 3: Schuldabwehr (2 Items)

- **Item 1:** ...sage ich mir, ich habe mir nichts vorzuwerfen.
- **Item 2:** ...sage ich mir, Gewissensbisse brauche ich mir nicht zu machen.

Skala 4: Ablenkung von Situationen (5 Items)

- **Item 1:** ...gehe ich irgendeiner anderen Beschäftigung nach.
- **Item 2:** ...tue ich etwas, was mich davon ablenkt.
- **Item 3:** ...stürze ich mich in die Arbeit.
- **Item 4:** ...versuche ich, meine Aufmerksamkeit davon abzuwenden.
- **Item 5:** ...lenke ich mich irgendwie ab.

Skala 5: Suche nach Selbstbestätigung (5 Items)

- **Item 1:** ...denke ich bewusst an Gelegenheiten, bei denen ich besonders erfolgreich war.
- **Item 2:** ...bemühe ich mich um anderweitige Erfolge.
- **Item 3:** ...wende ich mich Dingen zu, bei denen mir der Erfolg gewiss ist.
- **Item 4:** ...versuche ich, in anderen Bereichen Bestätigung zu finden.
- **Item 5:** ...verschaffe ich mir Anerkennung auf anderen Gebieten.

Skala 6: Situationskontrollversuch (4 Items)

- **Item 1:** ...überlege ich mein weiteres Verhalten ganz genau.
- **Item 2:** ...versuche ich, mir alle Einzelheiten der Situation klar zu machen.
- **Item 3:** ...ergreife ich Maßnahmen zur Beseitigung der Ursache.
- **Item 4:** ...wende ich mich aktiv der Veränderung der Situation zu.

Skala 7: Reaktionskontrollversuche (4 Items)

- **Item 1:** ...sage ich mir, lass Dich nicht gehen.
- **Item 2:** ...sage ich mir, du musst Dich zusammenreißen.
- **Item 3:** ...versuche ich, meine Erregung zu bekämpfen.
- **Item 4:** ...sage ich mir, du darfst die Fassung nicht verlieren.

Skala 8: Positive Selbstinstruktion (3 Items)

- **Item 1:** ...denke ich, „nur nicht unterkriegen lassen“.
- **Item 2:** ...sage ich mir, du darfst auf keinen Fall aufgeben.
- **Item 3:** ...mache ich mir klar, dass ich Möglichkeiten habe, die Situation zu bewältigen.

Skala 9: Vermeidungstendenz (6 Items)

- **Item 1:** ...vermeide ich von nun an solche Situationen.
- **Item 2:** ...entziehe ich mich in Zukunft schon bei den ersten Anzeichen solchen Situationen.
- **Item 3:** ...nehme ich mir vor, solchen Situationen in Zukunft aus dem Wege zu gehen.
- **Item 4:** ...denke ich, in Zukunft will ich nicht mehr in solche Situationen geraten.
- **Item 5:** ...passe ich auf, dass es in Zukunft gar nicht erst zu solchen Situationen kommt.
- **Item 6:** ...überlege ich, wie ich von nun an solchen Situationen ausweichen kann.

Skala 10: Fluchttendenz (4 Items)

- **Item 1:** ...denke ich, „möglichst von hier weg“.
- **Item 2:** ...überlege ich, wie ich am schnellsten aus der Situation herauskomme.
- **Item 3:** ...habe ich nur den Wunsch, dieser Situation so schnell wie möglich zu entkommen.
- **Item 4:** ...versuche ich, mich der Situation zu entziehen.

Skala 11: Resignation (2 Items)

- **Item 1:** ...möchte ich am liebsten nicht an die Zukunft denken.
- **Item 2:** ...bin ich deprimiert.

Skala 12: Selbstbemitleidung (6 Items)

- **Item 1:** ...tue ich mir selber ein bisschen leid.
- **Item 2:** ...beneide ich andere, denen so was nicht passiert.
- **Item 3:** ...fühle ich mich ein wenig vom Schicksal vernachlässigt.
- **Item 4:** ...kann ich gar nicht einsehen, warum ausgerechnet ich immer Pech haben muss.
- **Item 5:** ...denke ich, mir bleibt auch nichts erspart.
- **Item 6:** ...frage ich mich, warum das gerade mir passieren musste.

H4) PSSI – Persönlichkeits-Stil und Störungs-Inventar

Skala 1: selbstkritisch – selbstunsicher (6 Items)

- **Item 1:** Was andere von mir denken, berührt mich wenig.
- **Item 2:** Wenn mir eine Schwäche bewusst wird, kann mich das eine ganze Zeit belasten.
- **Item 3:** Ich kann es gut verkraften, dass manche Menschen mich nicht mögen.
- **Item 4:** Ich kann in Gesellschaft durchaus selbstsicher auftreten.
- **Item 5:** Vor vielen Menschen zu sprechen, fällt mir schwer.
- **Item 6:** Ich habe oft Gewissensbisse.

Skala 2: kritisch – negativistisch (5 Items)

- **Item 1:** Ich fühle mich von anderen oft missverstanden.
- **Item 2:** Beim Menschen, die zunächst sympathisch wirken, sehe ich sehr schnell auch die negativen Seiten.
- **Item 3:** Andere erkennen meine Leistungen oft nicht hinreichend an.
- **Item 4:** Ich bin in meinem Leben oft vom Pech verfolgt worden.
- **Item 5:** Meine Fehler und dunkle Seiten beschäftigen mich oft.

Skala 3: spontan – borderline (6 Items)

- **Item 1:** Ich spüre oft eine innere Leere.
- **Item 2:** Wenn ich jemanden sehr mag, mache ich mir Sorgen, dass die Sympathie nicht lange hält.
- **Item 3:** Meine Selbstachtung kann abrupt zwischen sehr positiven und sehr negativen Empfindungen wechseln.
- **Item 4:** Meine Gefühle wechseln oft abrupt und impulsiv.
- **Item 5:** Manchmal habe ich das Gefühl, als könnte mein Leben völlig aus der Bahn geraten.

- **Item 6:** Ich ärgere mich oft über Gefühle, die in mir aufkommen.

Skala 4: liebenswürdig – histrionisch (9 Items)

- **Item 1:** Ich kann Menschen für mich einnehmen, wenn ich es will.
- **Item 2:** Ich kann sehr charmant sein.
- **Item 3:** Ich habe ein lebhaftes Temperament.
- **Item 4:** Wenn ich unter Menschen bin, wirke ich meist sehr lebhaft.
- **Item 5:** Ich gehe sehr spontan auf andere Menschen zu.
- **Item 6:** Meine gute Laune überträgt sich oft auf andere.
- **Item 7:** Ich weiß sehr gut, wie ich beim anderen Geschlecht Interesse für mich wecken kann.
- **Item 8:** Ich gelte als attraktiv.
- **Item 9:** Der Umgang mit anderen Menschen liegt mir mehr als die Bearbeitung nüchterner Sachaufgaben.

H5) HAKEMP – Handlungskontrolle nach Erfolg und Misserfolg

Skala 1: Handlungsorientierung nach Misserfolgserfahrung / Lageorientierung

(Präokkupation) (9 Items)

- **Item 1:** Wenn ich etwas Wertvolles verloren habe und jede Suche vergeblich war, dann:
1 = kann ich mich schlecht auf etwas anderes konzentrieren
2 = denke ich nicht mehr lange darüber nach
- **Item 2:** Wenn ich vier Wochen lang an einer Sache gearbeitet habe und dann doch alles misslungen ist, dann:
1 = dauert es lange, bis ich mich damit abfinde.
2 = denke ich nicht mehr lange darüber nach.
- **Item 3:** Wenn ich bei einem Wettkampf öfter hintereinander verloren habe, dann:
1 = denke ich bald nicht mehr daran.
2 = geht mir das noch eine Weile durch den Kopf.
- **Item 4:** Wenn mir ein neues Gerät versehentlich auf den Boden gefallen ist und nicht mehr zu reparieren ist, dann:
1 = finde ich mich rasch mit der Sache ab.
2 = komme ich nicht so rasch darüber hinweg.
- **Item 5:** Wenn ich jemanden, mit dem ich etwa Wichtiges besprechen muss, wiederholt nicht zu Hause antreffe, dann:
1 = geht mir das oft d. den Kopf, auch wenn ich mich schon mit etwas anderem beschäftige.
2 = blende ich das aus, bis die nächste Gelegenheit kommt, ihn zu treffen.
- **Item 6:** Wenn meine Arbeit als völlig unzureichend bezeichnet wird, dann:
1 = lasse ich mich davon nicht lange beirren.
2 = bin ich zuerst wie gelähmt.

- **Item 7:** Wenn ich mich verfare (z.B. mit dem Auto, mit dem Bus usw.) und eine wichtige Verabredung verpasse:
1 = kann ich mich zuerst schlecht aufraffen, irgendetwas anderes anzupacken.
2 = lass ich die Sache auf sich beruhen u. wende m. ohne Schwierigkeiten a. Dingen zu.
- **Item 8:** Wenn mich etwas traurig macht:
1 = fällt es mir schwer, irgendetwas zu tun.
2 = fällt es mir leicht, mich durch andere Dinge abzulenken.
- **Item 9:** Wenn einmal sehr viele Dinge am selben Tage misslingen, dann:
1 = weiß ich manchmal nichts mit mir anzufangen.
2 = bleibe ich fast genau so tatkräftig, als wäre nichts passiert.

Skala 2: Handlungsorientierung bei der Handlungsplanung / Lageorientierung

(Zögern) (8 Items)

- **Item 1:** Wenn ich weiß, dass etwas bald erledigt werden muss, dann:
1 = muss ich mir oft einen Ruck geben, um den Anfang zu kriegen.
2 = fällt es mir leicht, es schnell hinter mich zu bringen.
- **Item 2:** Wenn ich ein schwieriges Problem lösen muss, dann:
1 = lege ich meist sofort los.
2 = gehen mir zuerst andere Dinge d. den Kopf, bevor ich mich richtig an d. Aufgabe mache.
- **Item 3:** Wenn ich eigentlich zu Hause arbeiten müsste, dann:
1 = fällt es mir oft schwer, mich an die Arbeit zu machen.
2 = fange ich meist ohne weiteres an.
- **Item 4:** Wenn ich sehr viele wichtige Dinge zu erledigen habe, dann:
1 = überlege ich oft, wo ich anfangen soll.
2 = fällt es mir leicht, einen Plan zu machen und ihn auszuführen.
- **Item 5:** Wenn ich zu zwei Dingen große Lust habe, die ich aber nicht beide machen kann, dann:
1 = beginne ich schnell mit einer Sache und denke gar nicht mehr an die andere.
2 = fällt es mir nicht so leicht, von einer der beiden Sachen ganz Abstand zu nehmen.
- **Item 6:** Wenn ich etwas Wichtiges aber Unangenehmes zu erledigen habe, dann:
1 = lege ich meist sofort los.
2 = kann es eine Weile dauern, bis ich mich dazu aufraffe.
- **Item 7:** Wenn ich vor einer langweiligen Aufgabe stehe, dann:
1 = habe ich meist keine Probleme, mich an die Arbeit zu machen.
2 = bin ich manchmal wie gelähmt.
- **Item 8:** Wenn ich unbedingt einer lästigen Pflicht nachgehen muss, dann:
1 = bringe ich die Sache ohne Schwierigkeiten hinter mich.
2 = fällt es mir schwer, damit anzufangen.

H6) TAS – Toronto-Alexithymie-Skala-26

Skala 1: Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen (4 Items)

- **Item 1:** Mir ist oft unklar, was ich gerade fühle.
- **Item 2:** Wenn ich aufgeregt bin, weiß ich nicht, ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin.
- **Item 3:** Ich bin oft verwirrt über meine körperlichen Empfindungen.
- **Item 4:** Ich habe Gefühle, die ich nicht richtig verstehen kann.

Skala 2: Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen (4 Items)

- **Item 1:** Ich wünschte, ich wäre nicht so schüchtern.
- **Item 2:** Es ist schwierig für mich, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden.
- **Item 3:** Ich finde es schwierig zu beschreiben, wie ich anderen gegenüber fühle.
- **Item 4:** Andere sage, ich soll meine Gefühle mehr zeigen.

I) Einwilligungserklärungen

I1) Einwilligungserklärung: Datenverarbeitung und -speicherung

Sehr geehrte Klientin, sehr geehrter Klient,

wir freuen uns, dass Sie sich bereit erklärt haben, einige Fragen zu beantworten.

Die Auswertung des Fragebogens erfolgt anonym, das heißt, das Ihnen vorliegende Deckblatt mit Ihrem Namen wird vom Fragebogen getrennt.

Ihr ausgefüllter Fragebogen erhält dann eine Codenummer. Die Verschlüsselung mit Hilfe der Codenummer wird durch den Projektleiter vorgenommen, der unabhängig von Ihrer Therapeutin / Ihrem Therapeuten den Fragebogen auswertet.

Das Ausfüllen des Fragebogens beinhaltet Ihre Einverständniserklärung, dass Ihre Angaben gespeichert und ausgewertet werden dürfen.

Nach der Beantwortung der Fragen, möchten wir Sie bitten, den Fragebogen in den mitgegebenen Umschlag zu stecken und zu versiegeln. Ihre Therapeutin / Ihr Therapeut nimmt den Umschlag entgegen und schickt ihn an den Projektleiter.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine hier gemachten Angaben sowie meine Angaben in weiteren Fragebögen, die mir während der Zeit meiner Kurse oder Einzelsitzungen vorgelegt werden, für wissenschaftliche Zwecke, gemäß Bundesdatenschutzgesetz, gespeichert und verarbeitet werden dürfen.

.....
ORT

.....
DATUM

.....
UNTERSCHRIFT

I3) Datenschutz: KBA- Bescheinigung Datenschutz (§5 BDSG)



Institut für Psychologische
Psychotherapie

Leitung: Prof. Dr. Rainer Sachse

Institut für Psychologische Psychotherapie, Prümerstraße 4, 44787 Bochum

Zielorientierte Gesprächspsychotherapie
Interaktionelle Verhaltenstherapie
Kognitive Verhaltenstherapie

Kraftfahrt-Bundesamt

Förderstr. 16

24944 Flensburg

In : impuls Evaluationsprojekt / Bescheinigung zum Datenschutz nach §5 BDSG

Sehr geehrte Frau Piffremont,

nachfolgend gebe ich eine Erklärung ab, die sich auf die Daten eines Evaluationsprojektes bezieht, das von der impuls GmbH (Köln, Komödienstr. 11) in Auftrag gegeben wurde und von mir und meinen MitarbeiterInnen durchgeführt wird.

Ich erkläre hiermit, dass die mit der Auswertung betrauten MitarbeiterInnen auf das Datengeheimnis nach §5 BDSG verpflichtet sind.

Bochum, den

Prof. Dr. Rainer Sachse

Prümerstraße 4, 44787 Bochum
Tel. 0234/640 57 75, Fax 0234/188 48
Dresdner Bank Herne, BLZ 360 800 080

I4) Datenschutz: KBA- Bescheinigung Datenschutz (Versand)



Institut für Psychologische
Psychotherapie

Leitung: Prof. Dr. Rainer Sachse

Institut für Psychologische Psychotherapie, Prümerstraße 4, 44787 Bochum

Zielorientierte Gesprächspsychotherapie
Interaktionelle Verhaltenstherapie
Kognitive Verhaltenstherapie

Kraftfahrt-Bundesamt

Förderstr. 16

24944 Flensburg

In : impuls Evaluationsprojekt / Bescheinigung zum Datenschutz

Sehr geehrte Frau Piffremont,

nachfolgend gebe ich eine Erklärung ab, die sich auf die Daten eines Evaluationsprojektes bezieht, das von der impuls GmbH (Köln, Komödienstr. 11) in Auftrag gegeben wurde und von mir und meinen MitarbeiterInnen durchgeführt wird.

Ich bescheinige hiermit, dass die personenbezogenen Daten, vor Versand der entsprechenden Auskunftsdaten durch das KBA, bei der Firma impuls GmbH als auch beim tales institut gelöscht werden.

Bochum, den

Prof. Dr. Rainer Sachse

Prümerstraße 4, 44787 Bochum
Tel. 0234/640 57 75, Fax 0234/188 48
Dresdner Bank Herne, BLZ 380 800 080
Konto Nr. 788 47 04

I5) Datenschutz: KBA- Bescheinigung Datenschutz (Vertragsdaten)



Institut für Psychologische
Psychotherapie

Leitung: Prof. Dr. Rainer Sachse

Institut für Psychologische Psychotherapie, Prümerstraße 4, 44787 Bochum

Zielorientierte Gesprächspsychotherapie
Interaktionelle Verhaltenstherapie
Kognitive Verhaltenstherapie

Kraftfahrt-Bundesamt

Förderstr. 16

24944 Flensburg

In : impuls Evaluationsprojekt / Bescheinigung zum Datenschutz

Sehr geehrte Frau Piffremont,

nachfolgend gebe ich eine Erklärung ab, die sich auf die Daten eines Evaluationsprojektes bezieht, das von der impuls GmbH (Köln, Komödienstr. 11) in Auftrag gegeben wurde und von mir und meinen MitarbeiterInnen durchgeführt wird.

Ich erkläre hiermit, dass die mit der Auswertung der Daten betrauten MitarbeiterInnen keinen Zugang zu den Vertragsdaten der Verträge zwischen den KlientInnen und der impuls GmbH besitzen.

Bochum, den

Prof. Dr. Rainer Sachse

Prümerstraße 4, 44787 Bochum
Tel. 0234/640 57 75, Fax 0234/188 48
Dresdner Bank Heme, BLZ 360 800 080

