

6. Ergebnisse

Zunächst wird die Stichprobe anhand soziodemografischer Daten (DEMO) und verkehrsrelevanter Vorgeschichtsdaten (VOD) beschrieben. Anschließend werden die Ergebnisse des externen Kriteriums *MPU-Bestehensquote* sowie die Ergebnisse der psychologischen Skalen dargestellt. Diese Daten sind wichtig, um den Geltungsbereich der nachgewiesenen Wirksamkeit der Rehabilitationsmodule BASIS-A, 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 der Gesamtzahl ergeben. Daher wird der tatsächliche Stichprobenumfang (N) bei jeder Variablen mit N angegeben.

6.1.1. Stichprobenumfang und Teilnahme an Programmmodulen

Im Erhebungszeitraum nahmen 245 Klienten an der Studie teil. Von 220 Teilnehmern wurden Angaben über die Art des Programmmoduls mitgeteilt. Für 25 Klienten konnten hierzu keine Informationen erhoben werden. Die fehlenden Angaben entstanden dadurch, dass 25 Teilnehmer die Einwilligung zur Datenauswertung und Datenspeicherung verweigerten. In Tabelle 6.1-1 zeigt sich, wie sich die Probanden auf die Programmmodule verteilten.

Tab. 6.1-1: Verteilung der Klienten auf die Programmmodule.

	Anzahl (N)	Prozent (%)
BASIS-A	48	21,8
CONTROL	57	25,9
REAL	115	52,3
Summen	220	100

Ein Teil der Klienten verließ bereits nach BASIS-A die Rehabilitation. Von diesen Teilnehmern beendeten 2 Klienten *mit* Befürwortung des Verkehrstherapeuten die Rehabilitation und meldeten sich zur MPU an. Insgesamt 46 Probanden entschieden sich *entgegen* dem Rat des Verkehrstherapeuten zu einer Beendigung der

Rehabilitation nach dem Programmmodul BASIS-A. Die Gründe hierfür sind der nachfolgenden Tabelle (Tab. 6.1-2) zu entnehmen:

Tab. 6.1-2: Abbruchanalyse für das Programm BASIS-A.

	BASIS-A	
	Anzahl (N)	Prozent (%)
Fehlende finanzielle Mittel	4	8,3
Umzug in ein anderes Land	2	4,2
Neuerteilung der FE* mit Hilfe von Rechtsanwalt	2	4,2
Alkoholkonsum am Sitzungstag	1	2,1
Grund unbekannt	39	81,2
Summen	48	100

* FE = Fahrerlaubnis

Jedem Probanden wurden Einwilligungserklärungen vorgelegt, die es ermöglichten, verschiedene Kriterien für die Messung der Wirksamkeit der Rehabilitation zu erheben. Als Instrument zur Messung der Wirksamkeit wurden psychodiagnostische Standardverfahren eingesetzt. Insgesamt gaben 219 Probanden (89,4%) ihr Einverständnis, psychodiagnostische Daten zu erheben und zu verarbeiten. Abbildung 6.1-1 gibt Auskunft darüber, bei wie vielen Klienten die soziodemografischen Daten, die Vorgeschichtsdaten und die Psychodiagnostik auswertbar waren.

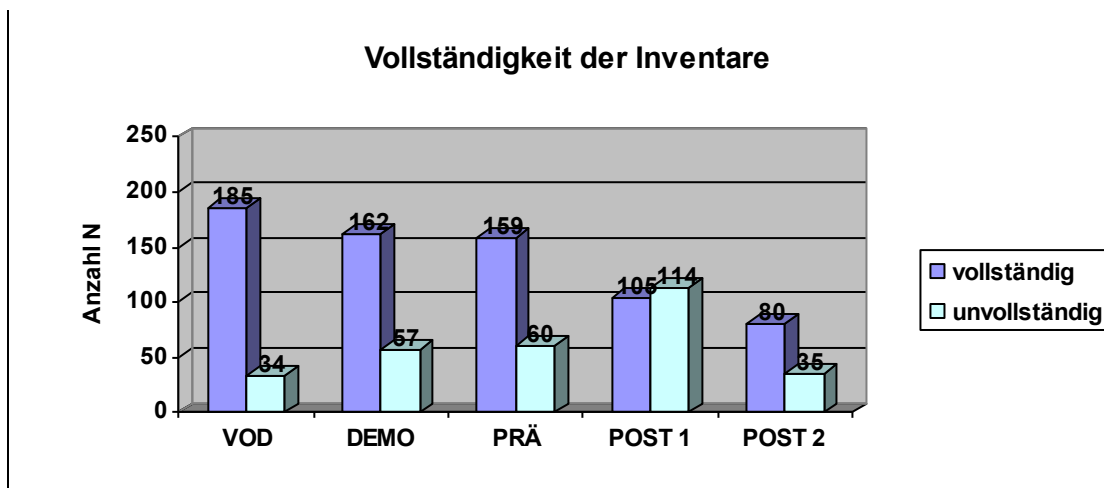


Abb. 6.1-1: Vollständigkeit der Messinstrumente, N = 219.

Die Klienten verteilen sich entsprechend Abbildung 6.1-2 auf die Bundesländer. Die höchste Probandenteilnahme (44,5%) konnte in Nordrhein-Westfalen (NRW) verzeichnet werden. Die geringste Teilnehmerzahl lag mit 1,6% in Hessen.

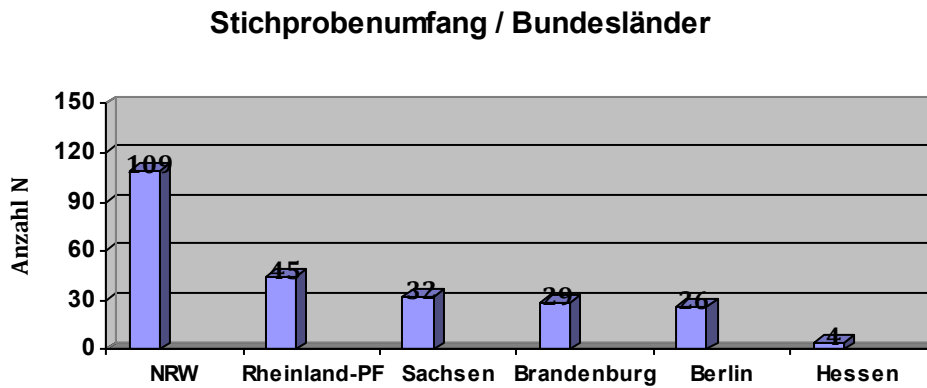


Abb.6.1-2: Stichprobenumfang getrennt nach Bundesländern, N = 245

6.1.2. Geschlechtsverteilung, Nationalität und Durchschnittsalter

Die Geschlechtsverteilung zeigt, dass bedeutend mehr Männer als Frauen die Rehabilitationsangebote in Anspruch genommen haben. Von insgesamt 220 Klienten, die dazu Angaben machten, waren 90,5% Männer und 9,5% Frauen. Die entsprechende Verteilung der Klienten innerhalb der Rehabilitationsmodule ist der Tabelle 6.1-3 zu entnehmen.

Tab.6.1-3: Geschlechtsverteilung der Klienten getrennt nach Rehabilitationsmodul und gesamt.

	BASIS-A		CONTROL		REAL		Alle Module	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Männer	43	89,6	51	89,5	105	91,3	199	90,5
Frauen	5	10,4	6	10,5	10	8,7	21	9,5
Summen	48	100	57	100	115	100	220	100

187 Probanden machten Angaben über ihre Nationalität. Von diesen waren 176 deutsche Staatsbürger (94,1%), 11 gehörten anderen Nationen an. Deutsch als Muttersprache gaben 169 Klienten (90,4%) an, 18 Probanden berichteten von anderen Muttersprachen.

Das durchschnittliche Alter (s. Tab. 6.1-4) für die Stichprobe beträgt 38,2 Jahre (SD = 12,21). Der jüngste Teilnehmer der Rehabilitation ist 17 Jahre, der älteste 72 Jahre alt. Der Median liegt bei 38 Jahren. Frauen sind durchschnittlich älter als Männer, wenn sie mit der Rehabilitation beginnen; nur im Programmmodul BASIS-A sind Frauen durchschnittlich jünger als Männer.

Tab.6.1-4: Durchschnittsalter der Klienten getrennt nach Rehabilitationsmodul und gesamt, N=187.

	BASIS-A		CONTROL		REAL		Alle Module	
	Ø	SD	Ø	SD	Ø	SD	Ø	SD
Durchschnittsalter (Ø)	35,9	10,8	34	12,9	41,8	11,7	38,2	12,21
Männer	36,3	10,9	33,4	13,5	41	11,7	36,9	12,03
Frauen	32,2	10,5	38	7,4	47,5	10,0	39,2	9,3

6.1.3. Schulabschluss

159 Probanden machten Angaben zu ihrem Schulabschluss (s. Tab. 6.1-5). Die Mehrheit davon erreichte einen Realschulabschluss (40,3%) gefolgt von einem Hauptschulabschluss (33,3%). Abitur, andere Schulformen oder ohne Abschluss wurden weit seltener genannt.

Innerhalb der Programmmodule fällt allerdings auf, dass im Modul REAL Klienten mit Hauptschulabschluss (42,9%) am stärksten vertreten sind. Aber auch die meisten Abiturienten (15,7%) finden sich im Modul REAL wieder.

Tab.6.1-5: Schulabschluss der Klienten getrennt nach Rehabilitationsmodul und gesamt.

	BASIS-A		CONTROL		REAL		Alle Module	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hauptschulabschluss	9	19,6	12	30,7	30	42,9	53	33,3
Realschulabschluss	24	52,2	19	48,7	21	30,0	64	40,3
Abitur	6	13,0	4	10,3	11	15,7	23	14,5
Ohne Schulabschluss	1	2,2	--	--	4	5,7	5	3,1
Anders	6	13,0	4	10,3	4	5,7	14	8,8
Summen	46	100	39	100	70	100	159	100

6.1.4. Berufstätigkeit

162 Probanden gaben über ihre Berufstätigkeit Auskunft. Davon gingen 129 Personen (79,6%) zum Zeitpunkt der Datenerhebung einer regelmäßigen Beschäftigung nach. Von diesen Berufstätigen gaben 23 Personen (17,8%) Selbstständigkeit an, 5 Probanden (3,9%) waren Beamte, 73 Teilnehmer (56,6%) waren als Angestellte beschäftigt, die restlichen 28 Probanden (21,7%) waren Arbeiter, Auszubildende oder verdienten ihren Unterhalt als angelernte Hilfskräfte. Der relativ hohe Anteil Arbeitsloser (22,9%), im Programmmodul BASIS-A, lässt vermuten, dass fehlende finanzielle Mittel häufiger der Grund für einen Abbruch der Rehabilitation sein könnte, als in Tabelle 6.1-2 angegeben. Weitere Ergebnisse sind in der Tab. 6.1-6 zusammengefasst.

Tab.6.1-6: Berufstätigkeit der Klienten getrennt nach Rehabilitationsmodul und gesamt.

	BASIS-A		CONTROL		REAL		Alle Module	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Berufstätig	33	68,7	35	76,1	61	86,0	126	77,8
Berufsausbildung	1	2,1	2	4,3	--	--	3	1,8
Schüler / Studenten	2	4,2	4	8,7	2	2,8	8	4,9
Arbeitslose	11	22,9	3	6,5	2	2,8	16	10,0
Hausfrau / Hausmann	--	--	--	--	2	2,8	2	1,2
Anders	1	2,1	2	4,3	4	5,6	7	4,3
Summen	48	100	46	100	71	100	162	100

6.1.5. Familienstand und Kinder im Haushalt

Gefragt nach dem Familienstand, gaben die meisten Klienten (44,3%) an, alleine zu leben. 42,4% der Klienten teilten sich den Haushalt mit einem Ehe- oder Lebenspartner und 13,3% der Teilnehmer wohnten noch bei den Eltern. Die Verteilung dieser Angaben auf die Programmmodule wird in Tab. 6.1-7 berichtet.

Tab.6.1-7: Familienstand der Klienten getrennt nach Rehabilitationsmodul und gesamt.

	BASIS-A		CONTROL		REAL		Alle Module	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mit Ehe- / Lebenspartner lebend	18	40,0	16	40,0	33	45,2	67	42,4
Bei den Eltern lebend	3	6,7	11	27,5	7	9,6	21	13,3
Allein lebend	24	53,3	13	32,5	33	45,2	70	44,3
Summen	45	100	40	100	73	100	158	100

In den meisten Fällen lebten keine Kinder im Haushalt der Befragten (53,2%). 42,3% der Teilnehmer der Rehabilitation wohnten mit 1-2 Kindern im Haushalt. Weitere Angaben sind Tabelle 6.1-8 zu entnehmen.

Tab.6.1-8: Klienten mit Kinder im Haushalt lebend getrennt nach Rehabilitationsmodul und gesamt.

	BASIS-A		CONTROL		REAL		Alle Module	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ohne Kind	21	46,7	24	58,5	39	54,2	84	53,2
Mit einem Kind	18	40,0	8	19,5	15	20,8	41	25,9
Mit zwei Kindern	6	13,3	7	17,1	13	18,0	26	16,4
Mit drei Kindern	--	--	2	4,9	3	4,2	5	3,2
Mit vier Kindern	--	--	--	--	2	2,8	2	1,3
Summen	45	100	41	100	72	100	158	100

6.2. Stichprobenbeschreibung (Vorgeschichte)

Nachfolgend wird die Stichprobe anhand verkehrsrelevanter Vorgeschichtsdaten beschrieben, wie z.B. vorausgegangene medizinisch-psychologische Untersuchungen (MPU), Blutalkoholkonzentration (BAK), Tageszeit der Trunkenheitsfahrt, Anzahl der Fahrverbote, Anzahl des Entzugs der Fahrerlaubnis, Fahrpraxis, andere Delikte außerhalb des Straßenverkehrs oder angegebener Alkoholverzicht.

6.2.1. Beginn der Rehabilitation, vorausgegangene MPUn und Interventionen

Von insgesamt 245 Probanden der Studie, machten 181 Klienten Angaben darüber, welches verkehrsrechtlich relevante Ereignis der Inanspruchnahme des Rehabilitationsprogramms COREA-B vorausgegangen war. Die meisten Teilnehmer (49,7%) meldeten sich für die Rehabilitation an, nachdem sie an einem Beratungsgespräch in einer Begutachtungsstelle für Fahreignung (BfF) teilgenommen hatten. Der zweithäufigste Grund, der von 32,6% der Klienten genannt wurde, war die erfolglose Teilnahme an einer oder mehreren MPUn. Weitere Gründe werden in der Tabelle 6.2-1 mitgeteilt.

Tab.6.2-1: Beginn der Rehabilitation getrennt nach Rehabilitationsmodul und gesamt.

	BASIS-A		CONTROL		REAL		Alle Module	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nach BfF-Beratung	20	50,0	29	63,0	41	43,1	90	49,7
Nach BfF-Beratung und 1. negativer MPU	2	5,0	--	--	2	2,1	4	2,2
Nach 1. negativer MPU	8	20,0	9	19,6	31	32,5	48	26,5
Nach 2. negativer MPU	--	--	--	--	5	5,3	5	2,8
Nach 3 / >3 negativer MPUn	1	2,5	--	--	1	1,1	2	1,1
Infoabend oder Beratungsgespräch (Impuls GmbH)	2	5,0	4	8,7	4	4,2	10	5,6
Führerscheinstelle	2	5,0	1	2,2	3	3,2	6	3,3
Internet	2	5,0	--	--	--	--	2	1,1
Rechtsanwalt	3	7,5	--	--	3	3,2	6	3,3
Empfehlung (Freunde etc.)	--	--	2	4,3	4	4,2	6	3,3
Presse (Tageszeitung etc.)	--	--	1	2,2	1	1,1	2	1,1
Summen	40	100	46	100	95	100	181	100

Weiterhin wurden die vorausgegangenen MPU und MPU-Vorbereitungen sowie vorausgegangene verkehrspsychologische Gruppeninterventionen (z.B. § 70 FeV-Kurse zur Wiederherstellung der Kraftfahreignung) ermittelt. Es zeigte sich hierbei, dass die meisten Teilnehmer (65,9%), vor der Anlass gebenden MPU für die Rehabilitation COREA-B, an keiner MPU teilgenommen hatten (s. Tab. 6.2-2).

Tab.6.2-2: Vorausgegangene MPU getrennt nach Rehabilitationsmodul und gesamt.

	BASIS-A		CONTROL		REAL		Alle Module	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Keine MPU (außer der Anlass gebenden MPU)	26	65,0	37	80,4	55	59,1	118	65,9
Eine frühere MPU	10	25,0	6	13,1	29	31,2	45	25,2
Zwei frühere MPU	2	5,0	3	6,5	5	5,4	10	5,6
Drei frühere MPU	1	2,5	--	--	3	3,2	4	2,2
Vier frühere MPU	1	2,5	--	--	1	1,1	2	1,1
Summen	40	100	46	100	93	100	179	100

Ebenso nahm der weitaus größte Teil der Probanden (90%) an keiner vorherigen MPU-Vorbereitung (z.B. Einzel- Verkehrs- oder Psychotherapie, Gruppen-Rehabilitation oder Aufbaueminaren) teil (s. Tab. 6.2-3).

Tab.6.2-3: Vorausgegangene MPU-Vorbereitungen getrennt nach Rehabilitationsmodul und gesamt.

	BASIS-A		CONTROL		REAL		Alle Module	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Keine frühere Vorbereitung	32	80,0	41	97,6	80	90,9	153	90,0
Teilnahme im Einzelsetting	4	10,0	--	--	3	3,4	7	4,1
Teilnahme im Gruppensetting	2	5,0	1	2,4	3	3,4	6	3,5
Teilnahme im Einzel- und Gruppensetting	2	5,0	--	--	2	2,3	4	2,4
Summen	40	100	42	100	88	100	170	100

Dieses gilt auch für in Anspruch genommene vorausgegangene verkehrspsychologische Gruppeninterventionen im Rahmen von § 70 FeV Kursen zur Wiederherstellung der Kraftfahreignung. Hier gaben 89,7% der Klienten an, an keiner solchen Intervention teilgenommen zu haben (s Tab. 6.2-4).

Tab.6.2-4: Vorausgegangene Teilnahme an § 70 FeV Kursen zur Wiederherstellung der Kraftfahreignung getrennt nach Rehabilitationsmodul und gesamt.

	BASIS-A		CONTROL		REAL		Alle Module	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Keine Teilnahme an früheren § 70 FeV Kursen	29	87,9	39	92,9	72	88,9	140	89,7
Teilnahme an früheren § 70 FeV Kursen	4	12,1	3	7,1	9	11,1	16	10,3
Summen	33	100	42	100	81	100	156	100

6.2.2. Anlass gebende Trunkenheitsfahrt: BAK, Tageszeit, Restalkohol

Aufgrund von fehlenden Daten liegen nur für 177 Klienten Angaben über Trunkenheitsfahrten und die Höhe der Blutalkoholkonzentration (BAK) vor. Wie bereits oben berichtet, konnten nicht von jedem Teilnehmer alle relevanten Daten für die Evaluation erhoben werden. Die Gründe dafür liegen zum größten Teil darin, dass keine Einwilligungserklärung für die Datenerhebung und Auswertung der Daten erteilt wurde. Entweder wollten die Teilnehmer ihre Daten nicht preisgeben oder aber sie zeigten kein Vertrauen in den Datenschutz. Ein weit geringerer Teil der Klienten reagierte reaktant auf die Evaluation und boykottierte die Datenerhebung, indem falsche oder fehlende Angaben mitgeteilt wurden.

Die durchschnittliche BAK betrug bei 177 Teilnehmern 1,76‰ (Min. = 0,26‰, Max. = 3,80‰). Die Standardabweichung lag bei SD = 0,52 und der Median bei 1,80‰. Bei den Teilnehmern des Rehabilitationsmoduls BASIS-A lag die durchschnittliche BAK bei 1,51‰ (Min. = 0,26‰, Max. = 2,29‰). Die Standardabweichung betrug in dieser Gruppe SD = 0,56 und der Median 1,70‰. Im Modul CONTROL zeigte sich eine durchschnittliche BAK von 1,71‰ (Min. = 0,50‰, Max. = 2,40‰). Die Standardabweichung betrug hier SD = 0,45, der Median 1,71‰. Und im Modul BASIS-A wurde die höchste durchschnittliche BAK mit 1,94‰ gemessen (Min. = 0,34‰, Max. = 3,80‰). Die Standardabweichung betrug in dieser Gruppe SD = 0,47, der Median 1,99‰.

Eine detaillierte Darstellung der BAK-Werte nach Promillehöhe wird in Tabelle 6.2-5 mitgeteilt.

Tab.6.2-5: Blutalkoholkonzentration der Klienten getrennt nach Rehabilitationsmodul und gesamt.

BAK in ‰	BASIS-A		CONTROL		REAL		Alle Module	
	N	%	N	%	N	%	N	%
< 1,0	9	23,1	5	11,1	3	3,2	17	9,6
1,0 – 1,6	6	15,4	7	15,6	12	12,9	25	14,1
1,6 – 2,0	18	46,1	28	62,2	38	40,7	84	47,5
2,0 – 2,4	6	15,4	5	11,1	30	32,4	41	23,2
2,4 – 2,8	--	--	--	--	8	8,6	8	4,5
2,8 – 3,8	--	--	--	--	2	2,2	2	1,1
Summen	39	100	45	100	93	100	177	100

Neben den BAK-Werten wurde auch die Tageszeit der Trunkenheitsfahrt erhoben. Insgesamt fanden die meisten Trunkenheitsfahrten (39,3%) zwischen 18:00 und 24:00 Uhr statt. Auf Modulebene fanden die häufigsten Trunkenheitsfahrten (55,6%), in der Gruppe CONTROL, zwischen 00:00 und 06:00 Uhr morgens statt. Alle Daten sind in der Tabelle 6.2-6, nach Zeitintervallen, zusammengefasst.

Tab.6.2-6: Tageszeit der Trunkenheitsfahrt getrennt nach Rehabilitationsmodul und gesamt.

Tageszeit in h:	BASIS-A		CONTROL		REAL		Alle Module	
	N	%	N	%	N	%	N	%
00:00 – 06:00	20	51,3	25	55,6	24	25,5	69	38,8
06:00 – 12:00	4	10,3	4	8,9	11	11,7	19	10,7
12:00 – 18:00	3	7,7	1	2,2	16	17,0	20	11,2
18:00 – 24:00	12	30,7	15	33,3	43	45,8	70	39,3
Summen	39	100	45	100	94	100	178	100

Insgesamt 13,1% der Klienten gaben an, aufgrund von Restalkohol (s. Tab. 6.2-7) aufgefallen zu sein. Die meisten Trunkenheitsfahrten mit Restalkohol kamen bei den Teilnehmern des Rehabilitationsmoduls REAL vor. Alle näheren Angaben zu Trunkenheitsfahrten mit Restalkohol sind in der folgenden Tabelle 6.2-7 dargestellt.

Tab.6.2-7: Trunkenheitsfahrt mit Restalkohol getrennt nach Rehabilitationsmodul und gesamt.

	BASIS-A		CONTROL		REAL		Alle Module	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Trunkenheitsfahrt ohne Restalkohol	36	90,0	43	95,6	74	81,3	153	86,9
Trunkenheitsfahrt mit Restalkohol	4	10,0	2	4,4	17	18,7	23	13,1
Summen	40	100	45	100	91	100	176	100

6.2.2.1. Trunkenheitsfahrt mit Unfallfolge, Straftaten und OWiG

Ein nicht geringer Teil der Probanden des Rehabilitationsprogramms COREA-B zeichnete sich dadurch aus, dass die Trunkenheitsfahrt in Zusammenhang mit einem Verkehrsunfall entdeckt wurde. Hierzu konnten von 178 Teilnehmern Informationen erfasst werden. Von diesen Personen waren 35,4% in einen Unfall verwickelt. Die Verteilung dieser Gruppe auf die drei Rehabilitationsmodule stellt sich wie folgt dar (s. Tab. 6.2-8):

Tab.6.2-8: Trunkenheitsfahrt mit Unfallfolge getrennt nach Rehabilitationsmodul und gesamt.

	BASIS-A		CONTROL		REAL		Alle Module	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Trunkenheitsfahrt ohne Unfallfolge	24	60,0	29	64,4	62	66,7	115	64,6
Trunkenheitsfahrt mit Unfallfolge	16	40,0	16	35,6	31	33,3	63	35,4
Summen	40	100	45	100	93	100	178	100

Neben den Trunkenheitsfahrten mit Unfallfolge konnte bei weiteren 5 Klienten eine Straftat (Unfallflucht) festgestellt werden. Es muss angenommen werden, dass diese Unfallfluchten mit einer Trunkenheitsfahrt in Verbindung standen, da sich diese Teilnehmer der Rehabilitation nach einem Verkehrsunfall unerlaubt vom Unfallort

entfernt haben. Weitere Ordnungswidrigkeiten (OWiG), die von den Probanden mitgeteilt wurden, oder aus dem MPU-Gutachten zu ersehen waren, sind in Tabelle 6.2-9 nachzulesen.

Tab.6.2-9: Weitere Verkehrsauffälligkeiten / Ordnungswidrigkeiten (OWiG) der Klienten getrennt nach Rehabilitationsmodul und gesamt.

	BASIS-A		CONTROL		REAL		Alle Module	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Keine OWiG	33	82,5	42	97,7	84	91,3	159	91,0
Berauschende Mittel (OWiG § 24a)	2	5,0	--	--	4	4,3	6	3,4
Geschwindigkeit	1	2,5	--	--	1	1,1	2	1,1
Parken	1	2,5	--	--	1	1,1	2	1,1
OWiG unbekannt	3	7,5	1	2,3	2	2,2	6	3,4
Summen	40	100	43	100	92	100	175	100

6.2.3. Delikte außerhalb des Straßenverkehrs

Neben den Straftaten und Ordnungswidrigkeiten der Klienten, die in Zusammenhang mit einer Trunkenheitsfahrt standen, wurde auch nach Delikten gefragt, die außerhalb des Straßenverkehrs begangen wurden. Hierzu konnten Daten von 182 Probanden einbezogen werden. Das häufigste Delikt war Körperverletzung. Alle Ergebnisse werden in Tabelle 6.2-10 mitgeteilt.

Tab.6.2-10: Delikte außerhalb des Straßenverkehrs der Klienten getrennt nach Rehabilitationsmodul und gesamt.

	BASIS-A		CONTROL		REAL		Alle Module	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Keine Delikte außerhalb des Straßenverkehrs	38	95,0	42	93,3	89	95,7	169	94,4
Körperverletzung	1	2,5	2	4,4	3	3,2	6	3,5
Sachbeschädigung	--	--	--	--	1	1,1	1	0,7
Einbruch	--	--	1	2,2	--	--	1	0,7
Delikt unbekannt	1	2,5	--	--	--	--	1	0,7
Summen	40	100	45	100	93	100	178	100

6.2.4. Fahrpraxis

Wir wenden uns hier der Fahrpraxis der Klienten zu, die wir unter folgenden Aspekten betrachten möchten: Führerschein auf Probe, Zeitraum des erstmaligen Führerscheinenerwerbs und Fahrleistung pro Jahr.

Zunächst wurde ermittelt, wie viele Klienten zum Zeitpunkt der Datenerhebung einen Führerschein auf Probe besaßen. Von 168 befragten Teilnehmern traf dies lediglich auf 15 Personen (8,9%) zu.

Auf der Ebene der einzelnen Rehabilitationsmodule bedeutet dies, dass in der Gruppe BASIS-A 7 Klienten (17,9%), in der Gruppe CONTROL 5 Klienten (10,0%) und in der Gruppe REAL 3 Klienten (3,2%) einen Führerschein auf Probe besaßen.

Insgesamt gaben 173 Probanden Auskunft darüber, wie viel Zeit seit dem erstmaligen Erwerb der Fahrerlaubnis zu Beginn des Rehabilitationsprogramms COREA-B verstrichen war (s. Tab. 6.2-11).

Tab.6.2-11: Zeitraum des erstmaligen Führerscheinenerwerbs bis zur Programmteilnahme getrennt nach Rehabilitationsmodul und gesamt.

	BASIS-A		CONTROL		REAL		Alle Module	
	N	%	N	%	N	%	N	%
< 2Jahre	--	--	2	4,7	--	--	2	1,2
2 – 5 Jahre	3	7,7	9	20,9	6	6,9	18	10,7
5 – 10 Jahre	14	35,9	9	20,9	8	9,2	31	18,3
10 – 15 Jahre	6	15,4	7	16,3	15	17,2	28	16,6
15 – 20 Jahre	5	12,8	8	18,5	8	9,2	21	12,4
20 – 25 Jahre	4	10,3	2	4,7	18	20,7	24	14,2
> 25 Jahre	7	17,9	6	14,0	32	36,8	45	26,6
Summen	39	100	43	100	87	100	169	100

Die Fahrleistung (s. Tab. 6.2-12) pro Jahr konnte bei 166 Klienten ermittelt werden. Im Durchschnitt betrug diese 8.807 km pro Jahr. Das Minimum lag bei 1000 km, das Maximum bei 200.000 km. Die Ergebnisse liegen deutlich unter der durchschnittlichen Fahrleistung eines „Normalfahrers“ (13.300 Km / pro Jahr). Aus Tabelle 6.2-12 ist erkennbar, dass die meisten Probanden (52,5%) jedoch eine Fahrleistung zwischen 5.000 und 20.000 Km / pro Jahr erreichten.

Tab.6.2-12: Fahrleistung pro Jahr (in Tsd. Km) getrennt nach Rehabilitationsmodul und gesamt.

	BASIS-A		CONTROL		REAL		Alle Module	
	N	%	N	%	N	%	N	%
< 5 Tsd. Km	1	2,6	1	2,4	1	1,2	3	1,8
5 – 20 Tsd. Km	16	42,1	28	65,0	43	50,6	87	52,5
21 – 50 Tsd. Km	17	44,7	10	23,2	33	38,8	60	36,1
51 – 100 Tsd. Km	2	5,3	3	7,0	5	5,9	10	6,0
> 100 Tsd. Km	2	5,3	1	2,4	3	3,5	6	3,6
Summen	38	100	43	100	85	100	166	100

6.2.5. Bisherige verkehrsrelevante Sanktionen

Nachdem die aktuellen und früheren Auffälligkeiten der Klienten dargestellt wurden, soll nun ein Überblick gegeben werden, mit wie vielen Fahrerlaubnisentzügen die Teilnehmer bereits belegt wurden. Von insgesamt 245 Teilnehmern der Studie konnten hierzu von 180 Probanden Daten erhoben werden. Lediglich 10 Teilnehmern (5,6%) wurde bisher noch nie die Fahrerlaubnis entzogen (s. Tab. 6.2-13).

Tab.6.2-13: Häufigkeit des Entzugs der Fahrerlaubnis (FE) der Klienten getrennt nach Rehabilitationsmodul und gesamt.

	BASIS-A		CONTROL		REAL		Alle Module	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Kein Entzug der FE	3	7,5	5	10,9	2	2,1	10	5,6
Ein Entzug der FE	27	67,5	34	73,9	59	62,8	120	66,7
Zwei Entzüge der FE	6	15,0	7	15,2	28	29,7	41	22,8
Drei Entzüge der FE	4	10,0	--	--	4	4,3	8	4,4
Vier Entzüge der FE	--	--	--	--	1	1,1	1	0,5
Summen	40	100	46	100	94	100	180	100

6.2.6. Angegebener Alkoholverzicht

Die Klienten wurden zu Beginn der Rehabilitation COREA-B befragt, ob und wie lange sie bereits auf Alkohol verzichten würden. Als Hauptinformationsquelle dienten jedoch die MPU-Gutachten. In Tabelle 6.2-14 sind die Ergebnisse dargestellt. Insgesamt waren 36,7% der Probanden abstinent. Das Minimum lag bei einem Monat Alkoholverzicht, das Maximum betrug 88 Monate ohne Alkoholkonsum eines Klienten.

Tab.6.2-14: Angegebener Alkoholverzicht getrennt nach Rehabilitationsmodul und gesamt.

	BASIS-A		CONTROL		REAL		Alle Module	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Kein Alkoholverzicht	14	35,9	39	81,2	13	14,0	66	36,7
Alkoholverzicht bis 3 Mon.	11	28,2	5	10,4	36	38,6	52	28,9
Alkoholverzicht bis 6 Mon.	6	15,4	2	4,2	16	17,2	24	13,3
Alkoholverzicht bis 9 Mon.	2	5,1	2	4,2	6	6,5	10	5,6
Alkoholverzicht bis 12 Mon.	2	5,1	--	--	9	9,6	11	6,1
Alkoholverzicht bis 24 Mon.	1	2,6	--	--	8	8,6	9	5,0
Alkoholverzicht bis 48 Mon.	2	5,1	--	--	2	2,2	4	2,2
Alkoholverzicht bis 60 Mon.	--	--	--	--	2	2,2	2	1,1
Alkoholverzicht > 60 Mon.	1	2,6	--	--	1	1,1	2	1,1
Summen	39	100	48	100	93	100	180	100

6.3. MPU-Bestehensquote

Insgesamt nahmen 245 Klienten an der Evaluation teil. 25 Teilnehmer verweigerten ihr Einverständnis, ihre Daten zu erheben. Von den übrigen 220 Teilnehmern konnten für 115 Probanden Informationen über die Teilnahme an einer medizinisch-psychologischen Untersuchung (MPU) eingeholt werden. Betrachten wir nur diese Gruppe, kann festgestellt werden, dass ein Großteil dieser Klienten nach Beendigung des Rehabilitationsprogramms COREA-B ein positives MPU-Gutachten erzielten und damit eine Neuerteilung der Fahrerlaubnis erlangen konnten. Aus den vorliegenden Angaben konnte somit eine MPU-Bestehensquote von 92,2% ermittelt werden. Wie sich die Ergebnisse auf der Ebene der Rehabilitationsmodule darstellen, wird in Tabelle 6.3-1 mitgeteilt.

Über mehr als 50% der Klienten konnten keine Auskünfte bzgl. des MPU-Ergebnisses erfragt werden. Entsprechend wissenschaftlicher Kriterien müssten solche so genannten *Missing Data* als negatives MPU-Ergebnis konstatiert werden und als solches in die MPU-Bestehensquote einbezogen werden. Dementsprechend würde sich die MPU-Bestehensquote deutlich auf 43,3% reduzieren. Dies würde nach Meinung der Autoren aber zu einer inakzeptablen Überschätzung der Durchfallquote führen. Der „wahre“ Wert liegt wahrscheinlich in diesem sehr breit gefassten Vertrauensintervall.

Tab.6.3-1: MPU-Ergebnisse nach Selbstauskunft der Klienten getrennt nach Rehabilitationsmodul und gesamt.

	BASIS-A		CONTROL		REAL		Alle Module	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Positives MPU-Ergebnis	4	80,0	37	92,5	65	92,9	106	92,2
Negatives MPU-Ergebnis	1	20,0	3	7,5	5	7,1	9	7,8
Summen	5	100	40	100	70	100	115	100

6.4. Ergebnisse der psychologischen Skalen

6.4.1. Skalenanalysen / Reliabilitäten der eingesetzten Messinstrumente

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.

Die internen Konsistenzen (Cronbachs alpha) der verwendeten Skalen sind in Tabelle 6.4-1 dargestellt. Sie können im Großen und Ganzen als gut bis ausreichend angesehen werden.

Tab.6.4-1: Interne Konsistenzen (Cronbachs alpha) der eingesetzten Skalen zum ersten und zweiten Messzeitpunkt (Prä- und Postmessung).

Skalen	Item-Zahl	Prämessung		Post 1		Post 2	
		N	alpha	N	alpha	N	alpha
SESA Selbstakzeptierung	9	105	,83	96	,82	64	,88
IPC 1 Internalität / Kontrolle	5	105	,66	97	,65	56	,64
IPC 2 Externalität / Machtlosigkeit	5	106	,60	95	,61	54	,55
IPC 3 Externalität / Fatalismus	5	106	,69	98	,53	64	,65
SVF 1 Pos. Stressverarbeitung: Abwehr	12	105	,80	94	,80	63	,82
SVF 2 Pos. Stressverarbeitung: Ablenkung	10	104	,86	98	,90	,64	,86
SVF 3 Pos. Stressverarbeitung: Kontrolle	11	105	,82	97	,77	64	,82
SVF 4 Vermeidungstendenz	6	106	,84	98	,87	64	,90
SVF 5 Negative Stressverarbeitung	12	104	,89	98	,87	64	,89
HAKEMP 1 Handlungsorientierung nach Misserfolg	9	101	,69	96	,72	64	,76

Fortsetzung Tabelle 6.4-1

HAKEMP 2 Handlungsorientierung bei Handlungsplanung	8	104	,75	97	,78	64	,83
TAS 1 Schwierigkeiten bei Identifikation von Gefühlen	4	106	,81	98	,80	64	,86
TAS 2 Schwierigkeiten bei Beschreibung von Gefühlen	4	106	,81	98	,79	64	,84
SWE Selbstwirksamkeits- erwartungen	10	101	,78	97	,87	64	,87
FERUS 1 Coping	9	106	,68	97	,76	63	,77
FERUS 2 Selbstbeobachtung	7	106	,87	98	,87	64	,87
FERUS 3 Veränderungsmotivation	12	105	,90	96	,89	64	,91
FERUS 4 Selbstwirksamkeit	7	106	,82	97	,86	63	,86

Bei der Skala *Selbstakzeptierung* (SESA) musste zu dem Messzeitpunkten das Item 26 („Ich habe das Gefühl, auf einer Stufe mit anderen zu stehen; das trägt dazu bei, gute Beziehungen mit ihnen aufzunehmen.“) eliminiert werden, da die Trennschärfen bei Null lagen. Dieser Befund zeigte sich bereits bei anderen Stichproben.

Die internen Konsistenzen der Skalen zur Erfassung der *Kontrollüberzeugungen* können als gerade noch ausreichend eingestuft werden. Diese Skalen weisen bereits in ihrer Langform häufig in Untersuchungen recht geringe Reliabilitäten auf. Eine Reduzierung der Skalen verstärkt diesen Effekt, da die Items eine breite Spannweite an Lebensbereichen abdecken. Die Trennschärfen der Items weisen darauf hin, dass die Items nur mäßig miteinander korreliert sind. Die Korrelationen sind jedoch noch so hoch, dass davon ausgegangen werden kann, dass hier eine Eindimensionalität der Datenstruktur bei den drei Facetten von Kontrollüberzeugungen vorliegt. Alle übrigen internen Konsistenzen können als befriedigend bis gut bezeichnet werden. Dies gilt für die Prämessung und die beiden Postmessungen gleichermaßen.

Die Retestreliabilitäten (Korrelationen der Skalen zwischen den Messzeitpunkten) liegen entsprechend der Erwartungen im mittleren Bereich und sind fast alle signifikant ($p < ,001$). Die stärksten Zusammenhänge zeigen sich zwischen der Prämessung und der Post1-Messung sowie Post1-Messung und Post2-Messung. Die Korrelationen zwischen der Prämessung und der Post2-Messung fallen den Erwartungen

entsprechend etwas niedriger aus, da hier der größte zeitliche Abstand gegeben ist. Die eingesetzten Skalen sind also einerseits stabil, auf der anderen Seite sind sie genügend sensibel, um Veränderungen bei den Klienten bzw. Trainingseffekte zu erfassen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die eingesetzten Messinstrumente bzgl. ihrer Skalenwerte eine gute Ausgangsposition bilden, die Wirksamkeit der verkehrspsychologischen Rehabilitation COREA-B zu erfassen.

6.4.2. Wirksamkeit der Programme hinsichtlich der psychologischen Variablen (Psychodiagnostik)

Wie wir bereits oben ausgeführt haben, dient die vorliegende Evaluation der Überprüfung der Wirksamkeit und Erfolg der verkehrspsychologischen Rehabilitation COREA-B. Dieses lässt sich unserer Meinung nach auf mehrere Arten nachweisen. Ein Kriterium für den Erfolg stellt sicherlich das MPU-Ergebnis dar. Teilnehmer, die die Programminhalte verinnerlicht und in ihrem Lebensalltag umgesetzt haben, sollten auch ein positives MPU-Ergebnis erzielen (s. Punkte 6.3.).

Darüber hinaus gibt es „indirekte“ psychologische Indikatoren, die die Wirksamkeit der Rehabilitationen belegen können. Nach dem aktuellen Stand der Forschung (Schülken, Leisch, Sachse & Veltgens, 2006) können dies die von uns verwendeten Messinstrumente am besten. Im Folgenden betrachten wir zunächst Veränderungen im zeitlichen Verlauf. 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.

6.4.2.1. Wirksamkeit der verkehrspsychologischen Rehabilitation COREA-B – Varianzanalytische Auswertungen

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

In einem ersten Schritt wurde hierfür eine einfaktorielle multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung gerechnet. Betrachten wir zunächst den Vergleich der Prämessung mit der Post1-Messung. Bei diesen Auswertungen sind sowohl Probanden enthalten, die das Programm CONTROL absolvierten als auch Probanden, die später auch noch am Programm REAL teilnahmen.

Auf multivariater Ebene zeigen sich zahlreiche Unterschiede im zeitlichen Verlauf, $mF_{18;78} = 3,38$, $p < ,001$. Auf univariater Ebene zeigen sich die in Tabelle 6.4-2 dargestellten Befunde.

Tab. 6.4-2: Univariate Ergebnisse bei der Variable „Zeit“.

Faktor	<i>MW_{Prä}</i>	<i>MW_{Post1}</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
SESA Selbstakzeptierung	2,34	2,27	1,61	1;96	,21
IPC 1 Internalität / Kontrolle	4,31	4,28	,15	1;96	,70
IPC 2 Externalität / Machtlosigkeit	2,59	2,64	,34	1;96	,56
IPC 3 Externalität / Fatalismus	2,80	2,68	1,89	1;96	,17
SVF 1 Pos. Stressverarbeitung: Abwehr	2,90	3,14	20,26	1;96	< ,001
SVF 2 Pos. Stressverarbeitung: Ablenkung	3,02	3,15	3,87	1;96	,05
SVF 3 Pos. Stressverarbeitung: Kontrolle	3,92	4,02	3,84	1;96	,05
SVF 4 Vermeidungstendenz	3,31	3,04	9,82	1;96	< ,05
SVF 5 Negative Stressverarbeitung	2,44	2,28	5,83	1;96	< ,05
HAKEMP 1 Handlungsorientierung nach Misserfolg	1,46	1,59	20,54	1;96	< ,001
HAKEMP 2 Handlungsorientierung bei Handlungsplanung	1,70	1,75	3,60	1;96	,06
TAS 1 Schwierigkeiten bei Identifikation von Gefühlen	2,00	1,95	,41	1;96	,52
TAS 2 Schwierigkeiten bei Beschreibung von Gefühlen	2,57	2,43	3,10	1;96	,08
SWE Selbstwirksamkeitserwartungen	2,96	3,16	17,46	1;96	< ,001
FERUS 1 Coping	2,72	2,94	19,42	1;96	< ,001
FERUS 2 Selbstbeobachtung	3,05	3,19	6,86	1;96	< ,05
FERUS 3 Veränderungsmotivation	2,56	2,53	,21	1;96	,65
FERUS 4 Selbstwirksamkeit	2,94	3,20	20,90	1;96	< ,001

Signifikante Befunde in der erwarteten Richtung zeigen sich bei den Skalen SVF 1 – Pos. Stressverarbeitung: Abwehr, SVF 4 – Vermeidungstendenz, SVF 5 – negative Stressverarbeitung, HAKEMP 1 – Handlungsorientierung nach Misserfolg, SWE – Selbstwirksamkeitserwartungen, FERUS 1 – Coping, FERUS 2 – Selbstbeobachtung

und FERUS 4 – Selbstwirksamkeit. Veränderungen in der erwarteten Richtung, die aber nicht signifikant werden, zeigen sich bei den Skalen IPC 3 - Externalität / Fatalismus, SVF 2 - Positive Stressverarbeitung: Ablenkung, SVF 3 - Positive Stressverarbeitung: Kontrolle, HAKEMP 2 - Handlungsorientierung bei Handlungsplanung, TAS 1 - Schwierigkeiten bei Identifikation von Gefühlen und TAS 2 - Schwierigkeiten bei Beschreibung von Gefühlen. Somit zeigen insgesamt 14 der 18 Skalen Veränderungen in der erwarteten Richtung. Lediglich die Skalen SESA – Selbstakzeptierung, IPC 1 - Internalität / Kontrolle, IPC 2 - Externalität / Machtlosigkeit und FERUS 3 – Veränderungsmotivation zeigen gegenläufige Befunde. Die Mittelwertsunterschiede sind jedoch statistisch nicht bedeutsam. Unterschiede zwischen den Gruppen CONTROL und REAL zeigen sich nicht ($mF_{18;78} = ,87$, $p = ,62$). Dies spricht dafür, dass in diesem Zeitraum beide Gruppen gleich gut von dem Programm profitieren konnten.

Betrachten wir im Folgenden die Ergebnisse differenzierter. Zum einen die Veränderungen der Gruppe CONTROL in der Prä-Post1-Messung, zum anderen Veränderungen der Gruppe REAL in der Prä-Post1-Post2-Messung. Da bei diesen Betrachtungen insgesamt recht kleine Stichproben betrachtet werden, bieten sich als Analyseverfahren abhängige t -Tests an.

Tab.6.4-3: t -Tests zum Vergleich der Mittelwertsunterschiede zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt (MZP) der Gruppe CONTROL (Prä-Post1-Messung).

Variable	MW (Prä-Post1- Messung)	t-Wert	df	p
SESA Selbstakzeptierung	2,43 2,19	2,83	39	< ,01
IPC 1 Internalität / Kontrolle	4,36 4,35	,11	39	,92
IPC 2 Externalität / Machtlosigkeit	2,75 2,69	,43	39	,67
IPC 3 Externalität / Fatalismus	3,08 2,68	2,88	39	< ,01
SVF 1 Pos. Stressverarbeitung: Abwehr	3,07 3,28	2,53	39	< ,05
SVF 2 Pos. Stressverarbeitung: Ablenkung	3,14 3,10	,36	39	,72
SVF 3 Pos. Stressverarbeitung: Kontrolle	3,84 3,98	1,76	39	,09
SVF 4 Vermeidungstendenz	3,33 2,92	3,54	39	< ,01
SVF 5 Negative Stressverarbeitung	2,58 2,26	2,80	39	< ,01

Fortsetzung Tabelle 6.4-3

HAKEMP 1 Handlungsorientierung nach Misserfolg	1,50 1,58	2,22	39	< ,05
HAKEMP 2 Handlungsorientierung bei Handlungsplanung	1,70 1,77	-1,75	39	,09
TAS 1 Schwierigkeiten bei Identifikation von Gefühlen	2,17 1,97	1,35	39	,19
TAS 2 Schwierigkeiten bei Beschreibung von Gefühlen	2,78 2,56	1,57	39	,12
SWE Selbstwirksamkeitserwartungen	2,97 3,22	3,58	39	< ,01
FERUS 1 Coping	2,69 2,90	2,98	39	< ,01
FERUS 2 Selbstbeobachtung	2,98 3,14	1,75	39	,09
FERUS 3 Veränderungsmotivation	2,44 2,44	,000	39	1,00
FERUS 4 Selbstwirksamkeit	2,97 3,25	2,96	39	< ,01

Erneut zeigen sich bei 14 der 18 eingesetzten Skalen Veränderungen in der erwarteten Richtung. Acht dieser Mittelwertsunterschiede werden signifikant. Während die Skala IPC 3 - Externalität / Fatalismus bei der Betrachtung aller Datensätze das Signifikanzniveau noch verfehlte, liefert sie nun ein signifikantes Ergebnis. Die Skala FERUS 2 – Selbstbeobachtung weist bei dieser separaten Betrachtung nunmehr keinen bedeutsamen Mittelwertsunterschied auf. Wies die Skala IPC 2 - Externalität / Machtlosigkeit bei der gemeinsamen Analyse noch einen gegenläufigen Befund auf, entspricht dieser nun den Erwartungen. Bei der Skala SVF 2 - Positive Stressverarbeitung: Ablenkung zeigt sich ein gegenläufiger Effekt. Die Skala SESA – Selbstakzeptierung zeigt nun einen signifikanten Befund der den Erwartungen wie oben entgegen läuft.

Insgesamt bestätigen diese Befunde jedoch diejenigen aus der multivariaten Varianzanalyse. Betrachten wir als nächstes nun die Veränderungen im zeitlichen Verlauf bei der Gruppe REAL (s. Tab. 6.4-4).

Tab.6.4-4: *t*-Tests zum Vergleich der Mittelwertsunterschiede zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt (MZP) der Gruppe REAL (Prä-Post1-Messung).

Variable	MW (Prä-Post1- Messung)	t-Wert	df	p
SESA Selbstakzeptierung	2,27 2,32	,58	57	,57
IPC 1 Internalität / Kontrolle	4,30 4,25	,42	57	,68
IPC 2 Externalität / Machtlosigkeit	2,47 2,60	1,14	57	,26
IPC 3 Externalität / Fatalismus	2,59 2,68	,81	57	,42
SVF 1 Pos. Stressverarbeitung: Abwehr	2,79 3,05	3,76	57	< ,001
SVF 2 Pos. Stressverarbeitung: Ablenkung	2,93 3,17	3,06	57	< ,01
SVF 3 Pos. Stressverarbeitung: Kontrolle	3,96 4,04	1,15	57	,25
SVF 4 Vermeidungstendenz	3,27 3,11	1,35	57	,18
SVF 5 Negative Stressverarbeitung	2,32 2,28	,58	57	,56
HAKEMP 1 Handlungsorientierung nach Misserfolg	1,44 1,59	3,99	56	< ,001
HAKEMP 2 Handlungsorientierung bei Handlungsplanung	1,70 1,73	,93	57	,36
TAS 1 Schwierigkeiten bei Identifikation von Gefühlen	1,88 1,93	,61	57	,55
TAS 2 Schwierigkeiten bei Beschreibung von Gefühlen	2,42 2,34	,83	57	,41
SWE Selbstwirksamkeitserwartungen	2,95 3,11	2,52	57	< ,05
FERUS 1 Coping	2,74 2,97	3,30	57	< ,01
FERUS 2 Selbstbeobachtung	3,11 3,24	1,89	57	,06
FERUS 3 Veränderungsmotivation	2,61 2,56	,57	57	,57
FERUS 4 Selbstwirksamkeit	2,93 3,17	3,47	57	< ,01

Auch bei der Gruppe REAL weisen die Mittelwertsveränderungen zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt hauptsächlich in die erwartete Richtung. Dies ist bei 13 der 18 Skalen der Fall. Bei sechs Skalen werden die Unterschiede signifikant. Gegenläufige Befunde zeigen sich bei den drei Skalen des IPC sowie TAS 1 - Schwierigkeiten bei Identifikation von Gefühlen und FERUS 3 – Veränderungsmotivation. Diese Unterschiede werden jedoch nicht signifikant. Insgesamt sind die

Befunde den Analysen der Gruppe CONTROL recht ähnlich, wengleich weniger Befunde signifikant werden. Betrachten wir nun als nächstes die Veränderungen bei dieser Gruppe zwischen der Post1- und Post2-Messung (s. Tab. 6.4-5).

Tab.6.4-5: *t*-Tests zum Vergleich der Mittelwertsunterschiede zwischen dem zweiten und dritten Messzeitpunkt (MZP) der Gruppe REAL (Post1-Post2-Messung).

Variable	MW (Post1-Post2- Messung)	t-Wert	df	p
SESA Selbstakzeptierung	2,30 2,14	2,41	55	< ,05
IPC 1 Internalität / Kontrolle	4,24 4,29	,70	55	,48
IPC 2 Externalität / Machtlosigkeit	2,57 2,53	,53	55	,60
IPC 3 Externalität / Fatalismus	2,65 2,57	1,1	55	,28
SVF 1 Pos. Stressverarbeitung: Abwehr	3,06 3,08	,25	55	,80
SVF 2 Pos. Stressverarbeitung: Ablenkung	3,17 3,24	1,5	55	,14
SVF 3 Pos. Stressverarbeitung: Kontrolle	4,03 4,03	,03	55	,98
SVF 4 Vermeidungstendenz	3,13 3,13	,05	55	,96
SVF 5 Negative Stressverarbeitung	2,27 2,18	1,6	55	,11
HAKEMP 1 Handlungsorientierung nach Misserfolg	1,60 1,58	,48	54	,63
HAKEMP 2 Handlungsorientierung bei Handlungsplanung	1,74 1,79	1,76	55	,08
TAS 1 Schwierigkeiten bei Identifikation von Gefühlen	1,91 1,82	1,30	55	,20
TAS 2 Schwierigkeiten bei Beschreibung von Gefühlen	2,32 2,17	1,80	55	,08
SWE Selbstwirksamkeitserwartungen	3,12 3,25	2,17	55	< ,05
FERUS 1 Coping	2,98 3,15	3,09	55	< ,01
FERUS 2 Selbstbeobachtung	3,25 3,39	2,58	55	< ,05
FERUS 3 Veränderungsmotivation	2,56 2,69	-1,42	55	,16
FERUS 4 Selbstwirksamkeit	3,19 3,37	3,21	55	< ,01

Auch von der zweiten zur dritten und letzten Messung zeigen sich zahlreiche positive Veränderungen. Bei 14 der 18 Skalen zeigen sich diese Verbesserungen. Vier dieser

Mittelwertsunterschiede werden signifikant. Zwei Skalen weisen eine Verschlechterung auf: Hat die Selbstakzeptanz vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt zugenommen, so fällt sie vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt wieder (signifikant) ab. Diesen Verlauf weist ebenfalls die Skala HAKEMP 1 - Handlungsorientierung nach Misserfolg auf, jedoch ist dieser Befund nicht signifikant. Betrachten wir für die Gruppe REAL nun auch noch den Prä-Post2-Vergleich (s. Tab. 6.4-6).

Tab.6.4-6: *t*-Tests zum Vergleich der Mittelwertsunterschiede zwischen dem ersten und dritten Messzeitpunkt (MZP) der Gruppe REAL(Prä-Post2-Messung).

Variable	MW (Prä-Post2 Messung)	t-Wert	df	p
SESA Selbstakzeptierung	2,31 2,18	1,93	63	,06
IPC 1 Internalität / Kontrolle	4,29 4,29	,05	55	,96
IPC 2 Externalität / Machtlosigkeit	2,47 2,54	,65	63	,52
IPC 3 Externalität / Fatalismus	2,61 2,63	,19	63	,85
SVF 1 Pos. Stressverarbeitung: Abwehr	2,84 3,04	2,64	63	< ,05
SVF 2 Pos. Stressverarbeitung: Ablenkung	2,97 3,19	2,68	63	< ,05
SVF 3 Pos. Stressverarbeitung: Kontrolle	3,95 4,05	1,53	63	,13
SVF 4 Vermeidungstendenz	3,31 3,13	1,53	63	,13
SVF 5 Negative Stressverarbeitung	2,37 2,22	2,11	63	< ,05
HAKEMP 1 Handlungsorientierung nach Misserfolg	1,45 1,58	3,80	62	< ,001
HAKEMP 2 Handlungsorientierung bei Handlungsplanung	1,70 1,78	2,17	63	< ,05
TAS 1 Schwierigkeiten bei Identifikation von Gefühlen	1,88 1,83	,57	63	,57
TAS 2 Schwierigkeiten bei Beschreibung von Gefühlen	2,46 2,25	2,09	63	< ,05
SWE Selbstwirksamkeitserwartungen	2,94 3,25	4,30	63	< ,001
FERUS 1 Coping	2,73 3,12	5,67	63	< ,001
FERUS 2 Selbstbeobachtung	3,12 3,39	3,42	63	< ,01
FERUS 3 Veränderungsmotivation	2,59 2,65	,71	63	,48
FERUS 4 Selbstwirksamkeit	2,95 3,35	6,36	63	< ,001

Im Prä-Post2-Vergleich zeigen sich analog der Gruppe CONTROL bei 14 der 18 Skalen Veränderungen, die den Erwartungen entsprechen. 10 dieser Veränderungen werden signifikant. Lediglich bei drei Skalen zeigen sich auf Mittelwertsebene Unterschiede, die nicht den Erwartungen entsprechen: SESA –Selbstakzeptierung, IPC 2 - Externalität / Machtlosigkeit sowie IPC 3 - Externalität / Fatalismus. Die Skala IPC 1 - Internalität / Kontrolle bleibt in der Betrachtung unverändert. Sie nimmt von der ersten zur zweiten Messung zunächst ab, dann von der zweiten zur dritten Messung zu.

6.4.2.2. Effektstärken

Zahlreiche wissenschaftliche Debatten beschäftigen sich mit der Frage, 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 Struktur bedingt nicht beseitigen: Es besteht leider kein Konsens darüber, was Effektivität von Therapie und Trainings bedeutet. Mit einem Konsens ist auch in absehbarer Zeit 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_{post} - M_{prae}) / S_{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} • sqrt(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

sqrt = Quadratwurzel

r = Korrelation von T zwischen den beiden Messzeitpunkten

Eine Effektstärke von 1, also die (positive) Veränderung des Probandenmittelwerts nach im Vergleich zu vor dem Programm um eine Standardabweichung, bedeutet, dass etwa 85% der Teilnehmer nach dem Programm hinsichtlich der Kriteriumsvariable „bessere“ Werte aufweisen als bei dem „Durchschnittsprobanden“ 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 für die eingesetzten Skalen in Tabelle 6.4-7. Die Berechnungen erfolgten zum einen nach der Standardformel, zum anderen

auch nach der korrigierten Formel, die die Retestreliabilitäten der Skalen berücksichtigt.

Tab.6.4-7: Effektstärken der eingesetzten Skalen für die Gruppen CONTROL und REAL.

ES	$ES = (M_{post1} - M_{prae}) / S_{prae}$	$ES = (M_{post2} - M_{prae}) / S_{prae}$	$ES = (M_{post1} - M_{prae}) / (S_{prae} \cdot \text{sqr}(1 - r))$	$ES = (M_{post2} - M_{prae}) / (S_{prae} \cdot \text{sqr}(1 - r))$
Gruppe	CONTROL	REAL	CONTROL	REAL
SESA Selbstakzeptierung	-0,33	-0,20	-0,58	-0,32
IPC 1 Internalität / Kontrolle	-0,01	0	-0,02	0
IPC 2 Externalität / Machtlosigkeit	-0,08	0,08	-0,10	0,10
IPC 3 Externalität / Fatalismus	-0,44	0,02	-0,58	0,03
SVF 1 Pos. Stressverarbeitung: Abwehr	0,35	0,33	0,58	0,47
SVF 2 Pos. Stressverarbeitung: Ablenkung	-0,05	0,32	-0,09	0,44
SVF 3 Pos. Stressverarbeitung: Kontrolle	0,30	0,15	0,42	0,22
SVF 4 Vermeidungstendenz	-0,46	-0,20	-0,81	-0,30
SVF 5 Negative Stressverarbeitung	-0,36	-0,21	-0,58	-0,34
HAKEMP 1 Handlungsorientierung nach Misserfolg	0,27	0,54	0,45	0,77
HAKEMP 2 Handlungsorientierung bei Handlungsplanung	0,27	0,30	0,34	0,41
TAS 1 Schwierigkeiten bei Identifikation von Gefühlen	-0,24	-0,06	-0,28	-0,09
TAS 2 Schwierigkeiten bei Beschreibung von Gefühlen	-0,22	-0,22	-0,35	-0,37
SWE Selbstwirksamkeitserwartungen	0,64	0,74	0,89	0,78
FERUS 1 Coping	0,42	0,86	0,67	1,00
FERUS 2 Selbstbeobachtung	0,26	0,40	0,41	0,56
FERUS 3 Veränderungsmotivation	0	0,07	0	0,12
FERUS 4 Selbstwirksamkeit	0,48	0,70	0,65	0,98

Betrachten wir zunächst die Effektstärken der Gruppe CONTROL. Wie aus Tabelle 6.4-7 zu ersehen ist, zeigt eine konservative Schätzung der Effektstärken, dass sich bei den Skalen SESA – Selbstakzeptierung, IPC 3 - Externalität / Fatalismus, SVF 1 – Pos. Stressverarbeitung: Abwehr, SVF 3 – Pos. Stressverarbeitung: Kontrolle, SVF 4 – Vermeidungstendenz, SVF 5 – Negative Stressverarbeitung, SWE – Selbstwirksamkeitserwartungen, FERUS 1 – Coping und FERUS 4 – Selbstwirksamkeit Veränderungen gezeigt haben. Lediglich bei der Skala SESA – Selbstakzeptierung weist das Vorzeichen nicht in die erwartete Richtung. Alle übrigen Skalen zeigen nur geringe Veränderungen. Da alle eingesetzten Skalen eine mittlere bis hohe Retestreliabilität aufweisen, sind die korrigierten Effektstärken dementsprechend insgesamt höher und belegen nun noch deutlicher die Wirksamkeit des Rehabilitationsprogrammes für die Gruppe CONTROL. Besonders hohe Effektstärken zeigen sich bei den Skalen SVF 4 – Vermeidungstendenz und SWE Selbstwirksamkeitserwartungen.

Auch bei der Gruppe CONTROL belegen die Effektstärken der Skalen deutlich die Wirksamkeit des Programmes. Die konservative Schätzung der Effektstärken zeigt, dass sich bei den Skalen SVF 1 – Pos. Stressverarbeitung: Abwehr, SVF 2 – Pos. Stressverarbeitung: Ablenkung, HAKEMP 1 – Handlungsorientierung nach Misserfolg, HAKEMP 2 – Handlungsorientierung bei Handlungsplanung, SWE – Selbstwirksamkeitserwartungen, FERUS 1 – Coping, FERUS 2 – Selbstbeobachtung und FERUS 4 – Selbstwirksamkeit bedeutsame Veränderungen ergeben haben. Die Vorzeichen weisen allesamt in die prognostizierte Richtung. Besonders hohe Effektstärken zeigen sich bei der Handlungsorientierung nach Misserfolg (HAKEMP 1), den SWE – Selbstwirksamkeitserwartungen, FERUS 1 – Coping und FERUS 4 – Selbstwirksamkeit. Entsprechend höhere Effektstärken zeigen sich bei den korrigierten Effektstärken.

6.4.3. Inventar Verkehrspsychologische Rehabilitation, Alkohol (IVR-A)

Im Rahmen der Evaluationsstudie COREA-A wurde ein störungsspezifisches Messinstrument konstruiert. Hierfür wurden halbstandardisierte Fragebögen an Experten (Verkehrstherapeuten) verteilt und auf Grundlage der Antworten Items konstruiert, die in einem nächsten Schritt von Experten hinsichtlich Plausibilität, Verständlichkeit, sozialer Erwünschtheit und Eindeutigkeit überprüft. Letztendlich resultierten aus diesen Analysen 17 Items zur Erfassung der Einstellungen zum Alkohol im Straßenverkehr. Weitere statistische Analysen ergaben, dass 10 dieser Items den statistischen Voraussetzungen genügten. Diese wurden auch in diesem

Forschungsvorhaben in der Prä-Post-Messung eingesetzt. Nachfolgend werden zunächst die skalanalytischen Befunde dargestellt, da dieses Messinstrument erst selten und mit dieser Itemzahl in der vorliegenden Stichprobe zum ersten Mal eingesetzt wurde. Danach folgen die varianzanalytischen Auswertungen zum Nachweis der Wirksamkeit der Programme bzw. Module.

6.4.3.1. Skalanalytische Befunde – Inventar Verkehrspsychologische Rehabilitation, Alkohol (IVR-A)

Die ersten beiden Items des IVR-A dienen zur Erfassung der aktuellen Trinkgewohnheiten bzw. dem Umgang mit Alkohol. Da diese beiden Fragen ein anderes Antwortmuster enthalten werden sie nicht in die skalanalytischen Auswertungen einbezogen. Die Befunde der Skalenanalysen der übrigen 8 Items sind in Tabelle 6.4-8 dargestellt.

Tab.6.4-8: Hauptkomponentenanalysen und interne Konsistenzen des IVR-A.

Skala	Itemzahl	Fakt. ($\lambda_j > 1$)	% S ²	vorg. Fakt.	% S ²	vorg. Fakt.	% S ²	r _{tt}	r _{itc}
Prä	8	4	65,99	2	38,93	1	21,62	,44	,10 - ,22
Post1	8	3	56,62	2	41,41	1	22,49	,26	,7 - ,27
Post2	8	4	70,32	2	43,48	1	23,88	,34	,1 - ,33

Anmerkungen: Fakt. ($\lambda_j > 1$) = Anzahl der Faktoren nach dem Kaiser-Guttman-Kriterium (Eigenwerte > 1); % S² = durch die Faktoren erklärte Varianz; vorg. Fakt. = Anzahl der vorgegebenen Faktoren; r_{tt} = interne Konsistenz (Cronbachs α); r_{itc} = Trennschärfen

Analog der Befunde der ersten Studie erweisen sich die Items als sehr heterogen. Ein Aggregation der Daten auf Skalenebene scheint nicht angezeigt. Daher werden im Folgenden die Befunde auf Itemebene dargestellt.

6.4.3.2. Varianzanalytische Auswertungen – Inventar Verkehrspsychologische Rehabilitation, ALKOHOL (IVR-A)

Betrachten wir zunächst die Mittelwertsbefunde auf Itemebene für die Gruppe CONTROL (s. Tab. 6.4-9).

Tab.6.4-9: *t*-Tests zum Vergleich der Mittelwertsunterschiede zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt (MZP der Gruppe CONTROL: Prä-Post1-Messung).

Variable	MW (Prä-Post1)	t-Wert	df	p
Wenn ich Alkohol trinke, dann trinke ich nicht mehr, als ich mir vorgenommen habe.	5,65 5,78	-,64	53	,53
Ich bin mir über die Wirkung des Alkohols auf meine Wahrnehmung und meinen Körper voll bewusst.	6,13 6,48	-2,53	57	< ,05
Es gibt Situationen, in denen ich nun auf Alkohol verzichte.	6,50 6,70	-2,60	56	< ,05
Ich trinke nicht mehr (so viel), damit ich keine weiteren Probleme mit meinem Führerschein bekomme bzw. bekommen werde.	5,83 5,68	1,80	55	,08
Freizeitaktivitäten, bei denen ich schon im Vorhinein weiß, dass viel Alkohol getrunken wird (z.B. Partys, Feste etc.) meide ich.	3,48 3,15	,42	57	,67
Alkohol gehört zu manchen Anlässen einfach dazu.	3,05 2,75	2,71	57	< ,01
Ich denke, dass es schwierig sein wird, mit meinen neuen Trinkgewohnheiten umzugehen.	2,35 2,05	-,81	57	,42
Ich beschäftige mich in der letzten Zeit mit Problemen oder Problembereichen, an die ich mich vorher nicht herangetraut habe.	4,48 5,23	-1,05	57	,30
Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk zu sich?	2,73 2,35	4,94	57	< ,001
Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag? (Ein alkoholisches Getränk ist z.B. ein kleines Glas Bier, ein kleines Glas Wein oder Sekt, ein einfacher Schnaps, ein Likör.)	4,64 2,18	14,87	53	< ,001

Bei acht der zehn Items zeigen sich Veränderungen in der erwarteten Richtung. Einzig die Items „Ich trinke nicht mehr (so viel), damit ich keine weiteren Probleme mit meinem Führerschein bekomme bzw. bekommen werde.“ und „Freizeitaktivitäten, bei denen ich schon im Vorhinein weiß, dass viel Alkohol getrunken wird (z.B. Partys, Feste etc.) meide ich.“, weisen Befunde entgegen der Erwartungen auf, die jedoch nicht signifikant werden. Fünf der zehn Items weisen signifikante Veränderungen in der

erwarteten Richtung. Bertachten wir als nächstes die Befunde der Gruppe REAL im Prä-Post2-Vergleich (s. Tabelle 6.4-10).

Tab.6.4-10: *t*-Tests zum Vergleich der Mittelwertsunterschiede zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt (MZP der Gruppe REAL Prä-Post2-Messung).

Variable	MW (Prä-Post2)	t-Wert	df	p
Wenn ich Alkohol trinke, dann trinke ich nicht mehr, als ich mir vorgenommen habe.	4,17 4,95	-,64	59	< ,05
Ich bin mir über die Wirkung des Alkohols auf meine Wahrnehmung und meinen Körper voll bewusst.	6,03 6,67	-2,53	63	< ,01
Es gibt Situationen, in denen ich nun auf Alkohol verzichte.	6,62 6,90	-2,60	60	< ,05
Ich trinke nicht mehr (so viel), damit ich keine weiteren Probleme mit meinem Führerschein bekomme bzw. bekommen werde.	6,07 6,01	1,80	60	,858
Freizeitaktivitäten, bei denen ich schon im Vorhinein weiß, dass viel Alkohol getrunken wird (z.B. Partys, Feste etc.) meide ich.	3,61 3,44	,42	63	,538
Alkohol gehört zu manchen Anlässen einfach dazu.	2,66 1,55	2,71	63	< ,001
Ich denke, dass es schwierig sein wird, mit meinen neuen Trinkgewohnheiten umzugehen.	2,00 2,17	-,81	63	,402
Ich beschäftige mich in der letzten Zeit mit Problemen oder Problembereichen, an die ich mich vorher nicht herangetraut habe.	4,73 5,38	-1,05	63	< ,05
Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk zu sich?	2,05 1,08	4,94	63	< ,001
Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag? (Ein alkoholisches Getränk ist z.B. ein kleines Glas Bier, ein kleines Glas Wein oder Sekt, ein einfacher Schnaps, ein Likör.)	3,90 3,13	14,87	58	< ,001

Es zeigen sich ähnliche Befunde, die sich bereits bei der Gruppe CONTROL ergaben. Hier weisen allerdings sieben der zehn Items signifikante Befunde in der erwarteten Richtung auf.

7. Zusammenfassung und Diskussion

Die verkehrspsychologische Rehabilitation COREA-B für alkoholauffällige Kraftfahrerinnen und -kraftfahrer wurde über einen Zeitraum von vier Jahren evaluiert. Zum einen wurde der Erfolg der Programme anhand eines externen Erfolgskriteriums, der MPU-Bestehensquote, gemessen. Zusätzlich wurde die verkehrspsychologische Rehabilitation – analog COREA-A (Sachse et al., 2008) –, hinsichtlich ihrer Wirksamkeit anhand (etablierter) psychodiagnostischer Kennwerte überprüft und ein für die vorliegende Zielgruppe entwickelter „störungsspezifischer“ Fragebogen, das Inventar Verkehrspsychologische Rehabilitation, ALKOHOL (IVR-A) eingesetzt, welches die Einstellungsänderung und den Wissenszuwachs der Rehabilitanden erfasst.

Für die Evaluation der verkehrspsychologischen Rehabilitation wurden zu drei Messzeitpunkten unterschiedliche Erhebungsinstrumente eingesetzt. Erfasst wurden die Vorgeschichtsdaten der Teilnehmer und ihr soziodemografischer Hintergrund in der Prä-Messung. Die Wirksamkeitsmessung der Programme wurde über interne Kriterien (Psychodiagnostik, Einstellungsänderungen und Wissenszuwachs) in einer Prä-Post1-Post2-Messung durchgeführt. Zwei Postmessungen waren insofern notwendig, da folgende Parameter im Vergleich zu COREA-A verändert wurden:

- Entfall des Parallelangebots von CONTROL und REAL, stattdessen Zusammenfassung der Teilnehmer in einer gemeinsamen offenen Gruppe.
- Entsprechend sind die Gruppensitzungen für beide Zielgruppen gleich lang, sie dauern 195 Minuten.
- Es handelt sich bei COREA-B um drei Programmmodule, die alle durch die Teilnahme an Gruppensitzungen gekennzeichnet sind: Programmmodul BASIS-A, CONTROL und REAL.
- Das Programmmodul BASIS-A stellt dabei unter anderem eine durch Gruppenprozesse erweiterte Entscheidungsdiagnostik dar.
- Gleichzeitig beinhaltet BASIS-A vermehrt rehabilitative Anteile.
- Am Ende des Programmmoduls BASIS-A ist die fachlich begründete Entscheidung zu treffen, ob die Teilnahme an CONTROL und REAL indiziert ist.
- Ein fachlich indizierter Wechsel eines Teilnehmers von CONTROL und REAL wird erleichtert.

- Der zeitliche Gesamtumfang des Programms REAL wird beibehalten bzw. für CONTROL erweitert.
- Das Programm CONTROL, obligatorisch kombiniert mit dem vorausgegangenen Programmmodul BASIS-A, wird dem Klient eine insgesamt viermonatige Rehabilitationsphase ermöglichen. Beim Programm REAL werden die entsprechenden Eckdaten beibehalten.

Somit konnte die Wirksamkeit einmal nach der Beendigung des Programms CONTROL gemessen werden (Post1), zum anderen wurden diejenigen Probanden, die danach (zusätzlich) das Programm REAL absolvierten, nach erfolgreicher Beendigung noch einmal hinsichtlich der Wirksamkeit des Programms evaluiert (Post2). Ein solches Vorgehen bot die Möglichkeit differenzierte Effekte zu ermitteln.

Der Anlass für die Modifikation der Gesamtkonzeption COREA-A (ZM-Phase, CONTROL und REAL) ist die Antizipation eines veränderten Gesamtumfeldes wettbewerbender verkehrspsychologischer Dienstleistungen und Ausrichtungen. Um die Konkurrenzfähigkeit zu sichern, bei gleichzeitiger Optimierung des fachlichen Qualitätsstandards, modifizierte die Impuls GmbH, nach gemeinsamer Abstimmung mit den Impuls-Partnern, die bisherige Gesamtkonzeption verkehrspsychologischer Dienstleistungen. Unter fachlich-inhaltlichen Gesichtspunkten entsprechen die Konzeptveränderungen den Erfahrungsauswertungen aus einer 8 Jahre währenden verkehrspsychologischen Praxis (Teichmann & Veltgens, 2006). Um nachweisen zu können, dass diese Modifikationen mindestens die Erfolgskriterien von COREA-A erreichen, wurde die Studie COREA-B initiiert, deren Ergebnisse nun diskutiert werden.

Der Zeitraum der Datenerhebung (Psychodiagnostik) erstreckte sich über insgesamt vier Jahre, in denen Daten von 245 Klienten ausgewertet wurden. Soziodemografische Merkmale und Vorgeschichtsdaten weisen auf eine sehr heterogene Stichprobe hin. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Stichprobe ein „repräsentatives“ Abbild der Gesamtpopulation der Klienten der verkehrspsychologischen Rehabilitationen der Impuls GmbH darstellt.

Männer waren deutlich häufiger vertreten. Das Geschlechtsverhältnis belief sich in etwa bei 9:1 und spiegelt ein realistisches Bild der allgemeinen Verteilung wider. Das Kraftfahrt-Bundesamt (KBA) berichtet in seinem Bericht aus dem Jahre 2005, dass im Verkehrszentralregister (VZR) 994000 Männer registriert waren, die unter Alkoholeinfluss fuhren. Demgegenüber stehen 104000 Frauen. Dieses entspricht einem ungefähren Verhältnis von 10:1. Dementsprechend waren nach diesen Vergleichs-

zahlen Frauen leicht überrepräsentiert. Das Durchschnittsalter lag in der vorliegenden Stichprobe bei etwa 38 Jahren. Das Bildungsniveau der Teilnehmer ist recht heterogen. Es lässt sich insgesamt konstatieren, dass die Alkoholproblematiken, die in der Rehabilitation angegangen werden, grundsätzlich nicht mit dem Bildungsniveau konfundiert sind, da alle Bildungsstufen hinreichend vertreten sind. Als weitere soziodemografische Variable wurden Berufstätigkeit, Familienstand und im Haushalt lebende Kinder erfasst. Hier zeigt sich insgesamt, dass die Teilnehmer diesbezüglich keinen besonderen belastenden Faktoren ausgesetzt waren. Auch nach der Fahrpraxis wurden die Teilnehmer befragt. 8,9% der Probanden besaß einen Führerschein auf Probe. Die 98,8% der Probanden besaßen ihren Führerschein länger als zwei Jahre. Der Mittelwert für die Fahrleistung der Teilnehmer betrug 8.807 km/Jahr. Dieses Ergebnis liegt unter der durchschnittlichen Fahrleistung eines „Normalfahrers“ (13.300 Km / pro Jahr).

Etwa die Hälfte der Probanden (49,7%) entschloss sich nach einem BfF-Beratungsgespräch für die Rehabilitation, 26,5% nach einem BfF-Beratungsgespräch und einer zusätzlichen negativen MPU. Die Blutalkoholkonzentration (BAK) wies einen durchschnittlichen Wert von 1,76 ‰ auf. Aus dem MPU-Gutachten ließ sich ermitteln, dass 36,7% zum Begutachtungszeitpunkt abstinent waren.

219 Probanden gaben ihr Einverständnis, psychodiagnostische Daten zu erheben und zu verarbeiten. Zur Ermittlung der MPU-Bestehensquote gaben 220 Teilnehmer ihr Einverständnis. Von diesen konnten bei 115 Informationen über die Teilnahme an einer medizinisch-psychologischen Untersuchung (MPU) eingeholt werden. Über die Gründe für diese abweichenden Zahlen kann an dieser Stelle nur spekuliert werden. So ist es einerseits möglich, dass die Probanden trotz sorgfältiger Vorbereitung der Evaluationsstudie Zweifel an der Anonymität und Sicherung des Datenschutzes hatten. Es könnte sein, dass sie die Befürchtung hatten, ihr Antwortmuster hätte einen Einfluss auf das Bestehen der MPU. Weiterhin ist es denkbar, dass die Zahlen eine fehlende *Compliance* widerspiegeln.

7.1. MPU- Bestehensquote

Alle Klienten, die erfolgreich ein COREA-B Programm beendet hatten, mussten vor der behördlichen Neuerteilung der Fahrerlaubnis an einer erneuten medizinisch-psychologischen Untersuchung teilnehmen. Die MPU wird von der Fahrerlaubnisbehörde angeordnet und von einer Begutachtungsstelle für Fahreignung

durchgeführt. Diese Stellen unterliegen der regelmäßigen Kontrolle durch die Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) und sind zur Einhaltung umfangreicher Durchführungs- und Qualitätsvorgaben 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. Viele Probanden konnten nach der MPU leider nicht mehr (telefonisch) erreicht werden.

Der überwiegende Teil der erreichten Probanden berichtete nach Selbstauskunft von einem positiven MPU-Gutachten. Von 115 gaben 106 an, die MPU positiv absolviert zu haben. Dieses entspricht einer Quote von 92,2% und liegt nur geringfügig unter der Quote von COREA-A (94,4%). Die Abweichung ist statistisch nicht bedeutsam. Getrennt nach den Rehaprogrammen erzielten 92,5% der Klienten des Programms CONTROL (COREA-A = 93,6%) und 92,9 % der Klienten des Programms REAL (COREA-A = 94,9 %) ein positives MPU-Ergebnis. Unterschiede zwischen den Programmen waren statistisch nicht bedeutsam. Auch ein Vergleich zwischen COREA-A und COREA-B bringt keine statistischen Unterschiede zu Tage.

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 & Pfafferott, 2002). Vergleicht man die Erfolgsquoten der Programme CONTROL und REAL mit eben diesen, so zeigt sich auch hier die hohe Wirksamkeit der Rehabilitation COREA-B. 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.

Ein erheblicher Teil der Probanden ist statistisch als *Missing Data* anzusehen. Zum einen erklärten sich „nur“ 89,80% der Probanden bereit, Angaben zu ihrem MPU-Ergebnis zu machen bzw. bei 51,83% konnte schließlich diese Information hierzu eingeholt werden. Diese vergleichsweise hohe Quote lässt sich z.B. mit den gesetzlichen Rahmenbedingungen begründen – die es nicht gab, d.h. den Autoren fehlte jede rechtliche Handhabe, die Teilnehmer zur Durchführung der Evaluation zu verpflichten und somit gab es auch keine Möglichkeit, die Datenverluste zu kontrollieren, zu analysieren und damit auch nicht zu erklären. In jüngster Zeit gibt es kontroverse Debatten darüber, wie mit diesen Gruppen umzugehen ist. Unserer

Meinung nach kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass Probanden, die nicht ihr Einverständnis gaben oder nicht erreicht werden konnten, als negativ begutachtet anzusehen sind. Dieses Vorgehen würde dazu führen, dass die MPU-Quote deutlich unterschätzt werden würde. Der „wahre“ Wert liegt wahrscheinlich in einem sehr breit gefassten Vertrauensintervall. Aus diesem Grund haben die Autoren ausschließlich Ergebnisse präsentiert, bei denen Teilnehmer erreicht werden und Informationen über den Ausgang der MPU geben konnten. Die Autoren gehen entsprechend davon aus, dass es keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Gruppen derjenigen, die Auskunft bzw. keine Auskunft gaben, bestehen. Nach der Diskussion der MPU-Bestehensquote sollen nun die Ergebnisse der psychodiagnostischen Kennwerte zusammenfassend dargestellt und diskutiert werden.

7.2. Psychodiagnostische Kennwerte

Die Ermittlung der MPU-Bestehensquote ist ein wichtiges externes Erfolgskriterium, welches die Wirksamkeit der verkehrspsychologischen Rehabilitation untermauert. Allerdings gibt dieses Maß keinerlei Auskunft darüber, *warum* die Rehabilitation wirkt. Aus diesem Grund wurden im vorliegenden Forschungsdesign unterschiedliche Erfolgsmaße eingesetzt. Psychodiagnostische Verfahren stützen das externe Kriterium der MPU-Bestehensquote. Sie gewähren darüber hinaus einen Einblick in die Wirkmechanismen der Rehabilitation.

Außerhalb der von uns durchgeführten Evaluationen wurden Einstellungsmaße bislang 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. Sie wurden darüber hinaus bereits in der Studie zu COREA-A (Sachse et al., 2008) und K 70 (Sachse et al., 2009) eingesetzt und bezogen sich unmittelbar auf das wissenschaftlich begründete Behandlungskonzept. Sie maßen intrapsychische Veränderungen auf Seiten der Teilnehmer im zeitlichen Verlauf. Darüber hinaus wurden kognitive Veränderungen in Bezug auf Einstellung, Verhalten und Wissenszuwachs zu einem angemessenen Verhalten im Straßenverkehr gemessen. Die Skalen zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartungen sowie von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten wurden in der Studie zu COREA-A noch nicht eingesetzt und stellen eine sinnvolle Erweiterung des Evaluationskonzeptes dar.

In der Prä-Messung waren von 219 psychodiagnostischen Fragebögen 159 auswertbar, d.h. die Fragebögen waren vollständig ausgefüllt und das Antwortmuster ließ darauf schließen, dass die Skalen gewissenhaft ausgefüllt wurden. Nach Beendigung des Moduls CONTROL verringerte sich diese Zahl auf 105 Fragebögen. Nach Beendigung des Moduls REAL waren 80 von 115 Fragebögen auswertbar. Die Durchsicht der Fragebögen zeigte, dass einige Probanden eine mangelnde Ernsthaftigkeit bei der Ausfüllung der Fragebögen an den Tag legten oder befürchteten, dass ihre Antwortmuster doch einen Einfluss auf das MPU-Ergebnis haben könnten. Dieses spricht für eine schlechte *Compliance* bzw. mangelndes Vertrauen bei der Teilnahme an der Evaluation. Obwohl die Akzeptanz und Mitarbeit der Therapeuten für die Evaluation insgesamt als gut einzuschätzen ist, ist eine intensivere Schulung der Verkehrstherapeuten in punkto Evaluation anzuraten.

Zum Nachweis der Wirksamkeit der Module wurden insgesamt 18 psychodiagnostische Skalen eingesetzt. Die internen Konsistenzen der Skalen sind insgesamt als gut bis ausreichend einzuschätzen. Die Retest-Reliabilitäten lagen im mittleren Bereich und zeugten davon, dass die Messinstrumente einerseits stabil (reliabel) sind, andererseits aber noch genügend Raum zur Erfassung von Veränderungen im Prä-Post-Vergleich boten.

Varianzanalytische Befunde konnten die Wirksamkeit der Rehabilitationen CONTROL und REAL insgesamt belegen. Von 18 eingesetzten Skalen wiesen bei dem Programm CONTROL 14 Veränderungen in die erwartete Richtung. 8 dieser 14 erwarteten Mittelwertsveränderungen waren signifikant. Die vier gegenläufigen Befunde wurden allesamt nicht signifikant. Ebenfalls 14 Skalen zeigten bei dem Programm REAL Veränderungen in die erwartete Richtung. Hier zeigten sich insgesamt 10 signifikante Befunde. Drei Skalen zeigten gegenläufige Befunde, die jedoch nicht signifikant wurden. Eine Skala zeigte sich unverändert. Die statistischen Analysen ergaben ferner, dass die Probanden der Gruppe REAL von einer Fortführung des Programms nach Beendigung des Moduls REAL profitierten. Diese varianzanalytischen Befunde ließen sich auch durch Effektstärkenberechnungen bestätigen. Im Großen und Ganzen entsprechen die Befunde der Psychodiagnostik den Ergebnissen aus COREA-A.

Analog bisher durchgeführter Studien zeigen sich gegenläufige Befunde gerade bei den Skalen des IPC und dem SESA. Dies sind interessanterweise Skalen, deren Inhalt auf komplexere psychologische Prozesse abzielt und die in der Regel eine explizierende, d.h. tiefer gehende therapeutische Intervention verlangen. Die

Rehabilitationen zielen demnach stärker auf kognitive als auf emotionale bzw. affektive Veränderungen ab. Dies gilt für CONTROL und REAL gleichermaßen. Dennoch ist nicht auszuschließen, dass durch die Rehabilitationen ein Sensibilisierungsprozess in Gang gesetzt wurde, der auch hier längerfristig einen positiven Effekt auf die Teilnehmer ausüben wird. Betrachten wir im Folgenden noch einmal die Befunde auf Skalenebene.

Positive Veränderungen in der Selbstakzeptanz konnten auf Ebene der Mittelwertsunterschiede nicht beobachtet werden. Vielmehr zeigten sich gegenläufige Befunde. Somit hat das Selbstwerterleben im zeitlichen Verlauf abgenommen und die Teilnehmer schätzten ihre Problemlösekompetenzen nach Beendigung der Rehabilitationen niedriger ein.

Zur Erfassung der Kontrollüberzeugungen wurden drei Skalen des IPC eingesetzt. Hier zeigten sich nur schwache oder sogar gegenläufige Befunde. So blieben die internalen Kontrollüberzeugungen in der Gruppe REAL unverändert und nahmen in der Gruppe CONTROL sogar leicht ab. Probanden der Gruppe REAL zeigten in der Tendenz mehr Externalität und Machtlosigkeit. Dies kann allerdings auch als eine Art Sensibilisierungsprozess verstanden werden, da Externalität und Machtlosigkeit zunächst verhältnismäßig stark zunahmten und im weiteren zeitlichen Verlauf eine leichte Abnahme zu verzeichnen war. Es könnte somit sein, dass bei einem *Follow-Up* diese Werte sich weiter in die erwünschte Richtung entwickeln. Bei der Gruppe CONTROL zeigte sich insgesamt eine leichte Abnahme von Externalität und Machtlosigkeit, die jedoch statistisch nicht bedeutsam waren. U.U. ist auch hier der Sensibilisierungsprozess noch nicht abgeschlossen.

Bei den Skalen zur Erfassung funktionaler und dysfunktionaler Stressverarbeitungsstrategien zeigte sich fast durchgehend ein positives Befundmuster. Die Probanden wiesen im Prä-Post-Vergleich deutlich bessere Stressverarbeitungsstrategien auf. Abwehr nahm in beiden Gruppen signifikant zu, negative Stressverarbeitungen signifikant ab. Bei der Gruppe REAL zeigte sich ferner eine signifikante Zunahme bei der Stressverarbeitungsstrategie Ablenkung. Diese zeigte bei der Gruppe CONTROL eine gegenläufige Entwicklung. Stresskontrolle nahm in beiden Gruppen zu, Vermeidungstendenzen ab.

Belege für die Wirksamkeit der Rehabilitationen zeigten sich ebenfalls bei den beiden Skalen des HAKEMP. Die Handlungsorientierung nach Misserfolg nahm in beiden

Gruppen signifikant zu. Dies galt in der Gruppe REAL auch für die Handlungsorientierung bei der Handlungsplanung. Auch bei der Gruppe CONTROL war hier eine Zunahme zu verzeichnen, die jedoch nicht signifikant wurde. Teilnehmer waren nach Beendigung der Rehabilitationen demnach stärker in der Lage, Entscheidungen zu treffen und Verantwortung zu übernehmen. Sie besaßen eine höhere Frustrationstoleranz und mehr volitionale Kompetenz.

Beim TAS zeigten sich konsistent Befunde, die in die erwartete Richtung wiesen. Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen und bei der Beschreibung der Gefühle nahmen ab. Allerdings zeigte sich lediglich bei der Gruppe REAL auch eine statistisch bedeutsame Veränderung (Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen).

Zwei Messinstrumente wurden in Vergleich zu COREA-A zum ersten Mal eingesetzt: Allgemeine Wirksamkeitserwartungen sowie Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeit. Diese beiden Messinstrumente haben sich als veränderungssensibel erwiesen und konnten die Wirksamkeit der Programme untermauern. In beiden Gruppen haben sich die Selbstwirksamkeitserwartungen bzw. die allgemeinen optimistischen Selbstüberzeugungen signifikant erhöht. Diese signifikanten Veränderungen konnten auch in beiden Gruppen durch den FERUS (Coping und Selbstwirksamkeit) bestätigt werden. Auch die beiden übrigen Skalen des FERUS (Selbstbeobachtung und Veränderungsmotivation) wiesen Veränderungen auf, die bei der Gruppe REAL deutlich in die erwartete Richtung wiesen. Bei der Gruppe CONTROL blieb nur die Skala Veränderungsmotivation unverändert.

Um ebenfalls Einstellungsänderungen und Wissenszuwachs bei den Rehabilitanden zu erfassen, wurde im Rahmen der Evaluationsstudie ein Messinstrument eingesetzt, welches einen direkten Bezug zur Alkoholproblematik und zur Teilnahme am Straßenverkehr aufweist: Die störungsspezifische Skala *Inventar Verkehrspsychologische Rehabilitation, Alkohol* (IVR-A). Im zeitlichen Verlauf weisen bei beiden Gruppen 8 der 10 Items Veränderungen auf funktionalere Einstellungen und adäquates Wissen in Bezug zur Alkoholproblematik und Teilnahme am Straßenverkehr hin. Bei der Gruppe CONTROL werden fünf Veränderungen signifikant, bei der Gruppe REAL sogar sieben. Einzig die beiden Items „Ich trinke nicht mehr (so viel), damit ich keine weiteren Probleme mit meinem Führerschein bekomme bzw. bekommen werde.“, und „Freizeitaktivitäten, bei denen ich schon im Vorhinein weiß, dass viel Alkohol getrunken wird (z.B. Partys, Feste etc.) meide ich.“, weisen Befunde entgegen den Erwartungen

auf, die jedoch nicht signifikant werden. Bei diesen beiden Items ist jedoch nicht ganz eindeutig, ob eine Abnahme oder eine Zunahme im Sinne einer positiven Veränderung zu deuten ist. Wir haben bei beiden Items eine Mittelwertsabnahme als gegenläufigen Befund eingeschätzt. Dies ist aber sicherlich eine sehr vorsichtige Einstufung.

7.3. Ausblick

Die verkehrspsychologische Rehabilitation COREA-B, der Impuls GmbH, für alkoholauffällige Kraftfahrer, kann insgesamt als wirksam angesehen werden. Dies gilt hinsichtlich der MPU-Bestehensquote und psychodiagnostischen Parameter gleichermaßen. Die Durchführung erfolgte über einen Zeitraum von vier Jahren. Wenngleich die Evaluation insgesamt als Erfolg angesehen werden kann, so gibt es doch einige wichtige Punkte für die zukünftige Forschung in diesem Bereich zu beachten.

Bei der Betrachtung der Befunde fällt u.a. der relativ hohe Anteil von *Missing Data* an der Gesamtstichprobe auf. Es wäre wünschenswert, wenn zukünftig ein Evaluationsinstrument geschaffen würde, das eine Reduktion solcher Datenverluste ermöglicht. Es liegt im Interesse aller an der Evaluation Beteiligter, dass die Auswertungen und die Interpretationen so eindeutig wie möglich sind. Auftraggeber von Evaluationsstudien, die die Wirksamkeit und den Erfolg eines Programms auf den Prüfstand stellen möchten, profitieren insbesondere von Evaluationsergebnissen, wenn die Erfassung von psychodiagnostischen Kennwerten und MPU-Bestehensquote der Rehabilitanden möglichst lückenlos durchgeführt wird.

Hierzu scheint es dringend erforderlich, günstige Voraussetzungen zu schaffen, die verkehrsrechtlich auffällige Kraftfahrer stärker zur Teilnahme an der Evaluation motivieren. Ansonsten ist zukünftig weiterhin damit zu rechnen, dass die Bereitschaft hauptsächlich von äußeren Bedingungsfaktoren abhängt wie Beliebtheit des Verkehrstherapeuten, der vorherrschenden Gruppenmeinung über (Kunden-) Befragungen / Evaluationen oder der momentanen Stimmungslage.

Wir sehen aber auch bei den Verkehrstherapeuten das fachliche Potential, dass verstärkt für Evaluationen genutzt werden sollte. Es ist unsere Meinung, dass vor der Durchführung einer Evaluation, im Rahmen eines Workshops, zunächst die Verkehrstherapeuten geschult und praktisch vorbereitet werden sollten. Gut informierte und im Umgang mit den Erhebungsinstrumenten trainierte Verkehrstherapeuten können wesentlich flexibler und motivierender auf kritische Teilnehmer reagieren und

ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Evaluation steigern. Eine Evaluation sollte als fester Bestandteil eines Programms vom Anbieter verankert und der zeitliche Aufwand für die Verkehrstherapeuten vergütet werden.

Die psychodiagnostischen Ergebnisse weisen auf keine Veränderungen oder sogar Verschlechterungen der affektiven Parameter durch die Rehabilitationen CONTROL und REAL hin. In der Schematheorie werden affektive von kognitiven Schemata unterschieden. In Anlehnung an Kelly (1986) ist die Persönlichkeit eines Menschen ein (Konstrukt- bzw.) Schemasystem. Dementsprechend werden die Prozesse eines Menschen durch seine Schemata kanalisiert, mit deren Hilfe er Ereignisse antizipiert. Schemata neigen zu Generalisierungen und gut funktionierende Schemata, insbesondere affektive Schemata, laufen automatisch ab, sobald sie getriggert werden. Dies gilt auch für Schemata, die Vermeidungsverhalten initiieren. Eine wesentliche Funktion affektiver Schemata besteht darin, dass Individuum vor Gefahren oder Bedrohungen zu schützen. Im weiteren Sinne sind damit auch „Gefahren“ gemeint, die zu aversiven internalen Zuständen (Depression, Anhedonie, schlechte Stimmung usw.) führen können. Die Konfrontation mit problemdeterminierenden Verhaltensweisen, die mit verkehrsrechtlichen Auffälligkeiten in Verbindung stehen und in den Programmen angesprochen werden, können eine solche Bedrohung darstellen, worauf der Teilnehmer mit offensiven Vermeidungsstrategien reagiert, auch wenn ihm dies nicht unmittelbar bewusst sein muss. Dadurch wird aber verhindert, dass relevante Schemata aktiviert werden. Schemata, die inaktiv sind, können nicht bearbeitet und damit auch nicht verändert werden. Da Schemata vermutlich nicht in linearer Beziehung zueinander stehen, sondern höchst wahrscheinlich holistisch interagieren, greifen hier antagonistische Schemata ineinander. Die therapeutische Aufgabe besteht darin, affektive Schemata zu aktivieren, die für das problemdeterminierende verkehrsrechtliche auffällige Verkehrsverhalten mitverantwortlich sind, auf der anderen Seite muss der Verkehrstherapeut darauf achten, dass die Bedrohungen nicht so groß werden, dass es zu Reaktanz bzw. Vermeidungsverhalten kommt.

Es lässt sich einerseits vermuten, dass diese affektiven Schemata, aufgrund des starken Bedrohungscharakters im Programm nicht aktiviert wurden. Folgen wir dieser Annahme, so ist zu fordern, dass Verkehrstherapeuten verstärkt ihren Fokus auf diesen Kernbereich menschlicher Psyche lenken und entsprechend ihre Kompetenzen verbessern und in die Programme einfließen lassen. In der Regel bedeutet dies, dass Verkehrstherapeuten eine gute Expertise im Bereich von Persönlichkeitsstörungen besitzen müssen, denn häufig sind es Beziehungsstörungen, die zu einer Aktivierung

von affektiven (Vermeidung-) Schemata oder so genannten „Spielstrukturen“ führen (Sachse, 2006). Dies könnte die Wirksamkeit der Programme weiter erhöhen. Andererseits ist es aber auch durchaus möglich, dass diese affektiven Schemata zwar aktiviert wurden, affektive Veränderungen, aufgrund der zeitlichen Begrenztheit der Programme, aber erst zu einem späteren Zeitpunkt auftreten. Eine kurvilineare Beziehung deutete sich bei der Gruppe REAL an. Eine Aktivierung müsste sich demnach noch nicht in den Messinstrumenten bemerkbar machen, die ja eher Veränderungen messen. Folgen wir dieser Annahme, so lässt sich einerseits eine Verlängerung der Programme fordern, andererseits spräche dieses aber auch für eine zeitliche Verschiebung der Post-Messung im Sinne einer ausführlichen Katamnese als dritter bzw. vierter Messzeitpunkt.

Teilnehmer mit Persönlichkeitsstörungen gelten als schwierig und „nervig“. Nicht selten stehen sie auch im Ruf, die Gruppe aufzumischen und schwer behandelbar zu sein. Es ist zu erwarten, dass Probanden mit Substanzmissbrauch auch komorbide Persönlichkeitsstörungen bzw. Interaktionsstörungen aufweisen (Sachse, Schlebusch & Leisch, 2002). Verkehrstherapeuten sollten deswegen wissen, wie man Verständnis und Zugang zu diesen Teilnehmern entwickeln kann, wie diese Teilnehmer denken und fühlen und warum sie so handeln. Ist dies nicht der Fall, tappen auch psychosoziale Profis häufig in Beziehungsfallen und –tests der Teilnehmer und fühlen sich dadurch nicht selten provoziert und beleidigt. Verkehrstherapeuten brauchen deswegen eine Expertise in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, damit sie sich nicht persönlich angegriffen fühlen, sondern das manipulative Verhalten des Rehabilitanden als Teil des Problems erkennen und therapeutisch darauf reagieren können.

Kundenbefragungen sind mittlerweile an der Tagesordnung und werden intensiv bei Fort- und Weiterbildungen eingesetzt. Wir sind der Meinung, dass Zufriedenheitswerte der Teilnehmer auch in Evaluationsstudien einen berechtigten Platz haben. Diese Werte geben sowohl Auskunft über die Akzeptanz der Teilnehmer gegenüber den Inhalten der Programme, als auch ein *Feedback* über die Anerkennung des Verkehrstherapeuten in punkto Kompetenz, Performance und Verständlichkeit in der Vermittlung der Inhalte der Module.

Damit einhergehend sind die Autoren dieser Studie der Auffassung, dass die Auswertungen der Befunde, die im Rahmen der Evaluation erhoben werden, nicht prinzipiell auf Mittelwerten beruhen sollten. Auswertungen (auch) auf Verkehrstherapeutenebene könnten viel effektiver für die Weiterentwicklung von

Programmen genutzt werden; auch in der Schulung von erfahrenen Verkehrstherapeuten und insbesondere Novizen.

Wenngleich wir in dieser Evaluation unterschiedliche Erfolgskriterien zur Wirksamkeit der Programme eingesetzt haben und den Erfolg belegen konnten, war es uns dennoch nicht möglich, diese unterschiedlichen Parameter miteinander in Beziehung zu setzen. Es wäre sicherlich sehr nützlich gewesen zu betrachten, ob sich bei denjenigen Probanden, bei denen sich auf Ebenen der psychodiagnostischen Skalen starke positive Veränderungen zeigten, diese auch in eine positive MPU-Begutachtung mündeten und umgekehrt. Diese diskriminanzanalytischen Betrachtungen waren jedoch nicht möglich. Die Stichprobe derjenigen Probanden mit einer negativen MPU – und das ist ein eher glücklicher Umstand – war so gering, dass die Aussagekraft der gefundenen Ergebnisse sicherlich nur sehr begrenzt gewesen wäre.

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.
- Arend, H.** (1994). *Alkoholismus – Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe*. Weinheim: Beltz.
- Antonovsky, A.** (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A.** (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antons, K. und Schulz, W.** (1990). *Normales Trinken und Suchtentwicklung*, 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Bandura, A.** (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A.** (1977). *Social Learning Theory*. Module Morristown, N.Y.: General Learning Press.
- Bandura, A.** (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barthelmeß, W., Brückner, M. und Ehret, J.** (1990). *Rehabilitation verkehrsauffälliger Fahrer*. TÜV Bayern e.V., unveröffentlichtes Manuskript. München.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.W. und Liese, B.S.** (1997). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Beltz.
- Beiglböck, W. und Feselmayer, S.** (1987). Suchtspezifische Attributionsstile des Alkoholkranken und deren therapeutische Relevanz. *Wiener-Zeitschrift-für-Suchtforschung*, 10(3-4), S. 85-91.
- Berg, I.K. und Miller, S.D.** (2006). *Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungsorientierter Ansatz*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Birnbaum, D., Biehl, B. und Seehars, I.** (2005). Die Wirksamkeit des Nachschulungsmodells IRAK-S für erstmals alkoholauffällige Kraftfahrer. *Zeitschrift für Verkehrssicherheit*, Heft 51/2005, Nr. 4, S. 202. Köln: TÜV Media GmbH.
- Brieler, P., Zentgraf, M., Krohn, B., Seidl, J. und Kalwitzki, K.-P.** (2009). Kurse zur Wiederherstellung der Kraftfahreignung gem. § 70 FeV. Evaluation des Kursprogramms für verkehrsauffällige Kraftfahrer ABS. *Zeitschrift für Verkehrssicherheit*, Heft 55/2009, Nr. 3, S. 139. Köln: TÜV Media GmbH.
- Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt)** (2000). *Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung*. Bergisch Gladbach.
- Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt)** (2001). *Begutachtung der Fahreignung – Anzahl und Ergebnisse der Untersuchungen im Jahr 2001*. Pressemitteilung: Bergisch Gladbach.
- Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt)** (2003). *Anforderungen an den Träger von Stellen, die Kurse zur Wiederherstellung der Kraftfahreignung durchführen*. Bergisch Gladbach.
- Caspar, F.** (1985). Widerstand- ein fassbares Phänomen? *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 4, 515-530.

- Caspar, F. und Grawe, K.** (1980). Der Widerstandigen Zählung? 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. und Grawe, K.** (1981). Widerstand in der Verhaltenstherapie. In: Petzold und Hilarion (Hrsg.), *Der Widerstand: Ein strittiges Konzept in der Psychotherapie*, 349-384. Paderborn: Junfermann.
- Caspar, F. und Grawe, K.** (1985). Widerstand in der Verhaltenstherapie. In: H. Petzold (Hrsg.), *Widerstand: Ein kritisches Konzept in der Psychotherapie*, 349-384. Paderborn: Junfermann.
- Caspari, D. und Kyprianou, C.** (1997). Regulärer Abschluss einer Alkoholentwöhnungsbehandlung oder Therapieabbruch – zur Bedeutung von Stressbewältigungsmechanismen und Persönlichkeitsvariablen. *Sucht*, 43(6), S. 384-92.
- Cecero, J.J. und Holmstrom, R.W.** (1997). Alexithymia and affect pathology among male alcoholics. *Journal of clinical psychology*, 53(3), S. 201-8.
- Chaney, E.F.** (1989). Social skill training. In R.K. Hester und 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. und Olbrich, R.** (2002). Alexithymie bei Alkoholkranken nach Entzug. *Sucht*, 48(4), S. 265-270.
- De Shazer, St.** (1992). *Wege der erfolgreichen Kurzzeittherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dragow, F., Palau, J. und Taibi, R.** (1974). Levels of functioning and locus of control. *Journal of Clinical Psychology*, 30.
- Ellis, A.** (1982). *Die Rational Emotive Therapie – Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderungen*. Pieper: München.
- Ellis, A.** (1991). Rationale und Irrationale Ideen in der Klinischen Psychologie. *Zeitschrift für Rational-Emotive Therapie und Kognitive Verhaltenstherapie*, 2 (2), S. 5-23.
- Ellis, A.** (1993). *Grundlagen der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie*. München: Pfeiffer.
- Eschenröder, C.T.** (1992). Von der problemorientierten zur lösungsorientierten Psychotherapie: Die Bedeutung von Ressourcen und Zielen für den therapeutischen Prozess. *Zeitschrift für Rational-Emotive Therapie und kognitive Verhaltenstherapie*, Jg. 3, Heft 1, S. 41-58.
- Festinger, L.** (1962). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford University Press.
- Grawe, K.** (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 43, 189-196.
- Grawe, K., Grawe-Gerber, M., Heiningerm, B., Ambühl, H. und Casper, F.** (1996). Schematheoretische Fallkonzeption und Therapieplanung – eine Anleitung für Therapeuten. In: F. Casper (Hrsg.), *Psychotherapeutische Problemanalyse*, 189-224. Tübingen: DGVT.

- Gürten, J., Neumeier, R. und Wiegand, W.** (1987). Punktfrei und sicher fahren. Verlag TÜV Rheinland GmbH, Köln.
- Gürten, J. und 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. und Wassermann, 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.
- Helmers, K.F. und Mente, A.** (1999). Alexithymia and health behaviors in healthy male volunteers. *Journal of psychosomatic research*, 47(6), 635-45.
- 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., und 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.
- Jacobi, C., Brand-Jacobi, J., Westenhöfer, J. und Weddige-Diedrichs, A.** (1986). Zur Erfassung von Selbstkontrolle. Entwicklung einer deutschsprachigen Form des Self-Control Schedule und der Desirability of Control Scale. *Diagnostica*, 32, 229-247.
- Janke, J., Erdmann, G. und Boucsein, W.** (1978). Der Stressverarbeitungsbogen (SVF). *Ärztliche Praxis*, 30, S. 1208-1210.
- Janke, J., Erdmann, G. und Kallus, W.** (1985). Stressverarbeitungsbogen (SVF). Göttingen: Hogrefe.
- Jerusalem, M.** (1990). Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben. Göttingen: Hogrefe.
- Jerusalem, M. und Schwarzer, R.** (1986). Selbstwirksamkeit. In R. Schwarzer (Hrsg.), Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit (Forschungsbericht 5. S. 15-28). Berlin: Freie Universität, Institut für Psychologie.
- Johnson, E.E., Nora, R.M., Tan, B. und Buston, N.** (1991). Comparison to two locus of control scales in prediction relapse in an alcohol population. *Perceptual and Motor Skills*, 72.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. und Schmelzer, D.** (2005). Selbstmanagement-Therapie. Berlin: Springer Verlag.
- 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.
- Kelly, G.A.** (1986). Die Psychologie der persönlichen Konstrukte. Paderborn: Junfermann-Verlag.
- Klopf, J.** (2002). Arbeitsmaterialien zur Übung: „Verkehrspsychologie – Diagnostik und Rehabilitation alkoholauffälliger Kraftfahrer“. Universität Salzburg.
- Krampen, G.** (1981). IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. und Nispel, L.** (1978). Zur subjektiven Handlungsfreiheit von Alkoholikern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 7.

- Kraus, L. und Bauernfeind, R.** (1998). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. *Sucht*, Sonderheft 1, S. 3-82.
- 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 und 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. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J.** (1999). *Motivation und Persönlichkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. und 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., Utzermann, H.D. und Nolte, J.** (1993). Handbuch der Exploration. In: VdTÜV (Hrsg.). *TÜVIS - Prüfgrundlagen MPU*. Unveröffentlichte Vervielfältigung.
- Kupfer, J., Brosig, B. und Brähler, E.** (2001). *Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAS-26)*. Göttingen: Hogrefe.
- 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. und 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. und 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 und J.R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A. und Gordon, J.R.** (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviour*. New York: Guilford Press.
- Monti, P.M., Rohsenow, D.J., Abrams, D.B. und 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. und 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.
- 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. und 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.
- Reinecker, H.** (1996). Therapieforschung. 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.
- Rist, F., Watzl, H. und 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.
- 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 und 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.** (2006). Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sachse, R., Leisch, M., Schülken, Th. und Urbaniak, B.** (2008). Evaluationsstudie zu den Rehabilitationsprogrammen der Impuls GmbH. Zur Wirksamkeit der verkehrspsychologischen Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL für alkoholauffällige Kraftfahrer. Dortmund: Tales Institut.
- Sachse, R., Leisch, M., Schülken, Th. und Urbaniak, B.** (2009). Evaluationsstudie zu dem Kursprogramm K 70 der TÜV Rheinland Impuls GmbH. Zu Wirksamkeit und Erfolg eines verkehrspsychologischen Kurses zur Wiederherstellung der Kraftfahreignung gemäß §70 FeV für alkoholauffällige Kraftfahrer. Dortmund: Tales Institut.
- Sachse, R. und Rohde, D.** (1998). Studie zur Evaluation der Impuls-Rehabilitations-Programme. Bochum: Ruhr-Universität.
- Sachse, R. und Schlebusch, P. (Hrsg.)** (2006). Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Sachse, R., Schlebusch, P. und Leisch, M.** (2002). Psychologische Psychotherapie des Alkoholismus. Aachen: Shaker Verlag.
- Sachse, R. und Stengel, J.M.** (1998). Verkehrspsychologische Therapie. Therapiekonzeption für im Straßenverkehr auffällig gewordene Kraftfahrer. Bochum: Ruhr-Universität.
- Sachse, R. und Takens, R.J.** (2003). Klärungsprozesse in der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Seligman, M.E.P.** (1979). Erlernte Hilflosigkeit. München: Urban & Schwarzenberg.
- Schelp, T., Maluck, D., Gravemeier, R. und Meusling, U.** (1990). Rational-Emotive Therapie als Gruppentraining gegen Streß. Huber: Bern.
- Schmidt, L.G.** (1997). Diagnostische Aufgaben bei Alkoholmißbrauch und –abhängigkeit. In: H. Watzl und B. Rockstroh (Hrsg.), *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen*, 11-24. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, S. und Pfafferott, I.** (2002). Leitfaden zur Anerkennung von Kursen gemäß § 70 FeV. *Z.f. Verkehrssicherheit*, 134-135.

- Schubert, W. und Mattern, R.** (2002). Begutachtungsleitlinien zur Krafftahreignung – Kommentar. Anforderungen an die psychische Leistungsfähigkeit. Bonn: Kirschbaum-Verlag.
- Schubert, W. und Mattern, R.** (2005). Begutachtungsleitlinien zur Krafftahreignung – Kommentar. Bonn: Kirschbaum-Verlag.
- Schubert, W. und 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.
- Schülken, Th., Leisch, M., Sachse, R. und Veltgens, U.** (2006). Zur Wirksamkeit der verkehrspsychologischen Rehabilitationsprogramme CONTROL und REAL für alkoholauffällige Krafftaher. *Z.f. Verkehrssicherheit*, 53, Nr. 4, S. 194.
- Schwarzer, R.** (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personalen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40 (2), 105-123.
- Schwarzer, R. und Jerusalem, M.** (1999). Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Schwartz, D.** (2006). Gefühle verstehen und positiv verändern. Ein Lebenshilfebuch zur Rational- Emotiven Verhaltenstherapie. München: CIP Medien.
- Slusarek, M.** (1993). Stressbewältigung bei rückfälligen und nicht-rückfälligen Alkoholabhängigen. In: R. de Jong-Meyer und T. Heyden (Hrsg.), Rückfälle bei Alkoholabhängigen. Empirische Untersuchungen zu situativen und internen Bedingungen des Rückfallprozesses (63-81). München: Röttger.
- Smith, M.L., Glass, G.V. und Miller, T.I.** (1980). Meta-analysis of psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 165-180.
- Sobell, L.C. und Sobell, M.B.** (1992). Timeline follow-back. A technique for assessing selfreported alcohol consumption. In: R. Litten & J. Allen (Eds.), Measuring alcohol consumption, 41-72. Humana Press.
- Sorembe, V. und Westhoff, K.** (1985). Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung (SESA). Göttingen: Hogrefe.
- Stengel, J.M.** (2003). Verändertes Interaktionsverhalten Alkoholabhängiger als Indikator für erfolgreiche Rehabilitation. Ruhr-Universität Bochum: Dissertation.
- Stiensmeier-Pelster, J., Meyza, P. und Lenzen, H.-G.** (1989). Alkoholismus und Handlungskontrolle: Der Einfluss eines Lauftrainings auf den Therapieverlauf bei handlungs- und lageorientierten Alkoholabhängigen. *Suchtgefahren*, 35(6), 356-167.
- TÜV Krafftahrt GmbH** (2003). Medizinisch-Psychologisches Institut. Urteilsbildung in der medizinisch-psychologischen Fahreignungsdiagnostik – Beurteilungskriterien, (unveröffentlicht).
- Veltgens, U.** (2002). Wege zur Wiedererlangung der Fahrerlaubnis aus verkehrspsychologischer Sicht. *Zeitschrift für Schadensrecht*, 23(10), 462-466.
- Veltgens, U. und Teichmann, V.** (2006). Ergänzungsmanual zu den veränderten Fachkonzeptionen „BASIS-A“, „CONTROL“ und „REAL“.

- Walen, S.R., Di Guiseppe, R. und Wessler, R.L.** (1982). RET- Training. Einführung in die Praxis der rational-erotiven Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- 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.
- Westerholt, B.** (1993). Zum Trinkentscheidungsprozeß von in risikoreichen Situationen nicht rückfällig gewordenen Alkoholabhängigen. In R. de Jong-Meyer und T. Heyden (Hrsg.), Rückfälle bei Alkoholabhängigen (IFT-Texte 26). München: Röttger.
- Wieser, S.** (1972). Familienstruktur und Rollendynamik von Alkoholikern. In K.P. Kisker, J.E. Meyer, M. Müller und 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.** (1995). Kurse für alkoholauffällige Kraftfahrer, Modell LEER, 6. Aufl. Unveröffentlichte Vervielfältigung.
- Winkler, W., Jacobshagen, W. und Nickel, W.-R.** (1988). Wirksamkeit von Kursen für wiederholt alkoholauffällige Kraftfahrer. *Unfall- und Sicherheitsforschung Straßenverkehr*, 64. Bergisch Gladbach: Bundesanstalt für Straßenwesen.
- Ziolkowski, M., Gruss, T. und Rybakowski, J.K.** (1995). Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence?