



**PRO-NON**

VERKEHRSPSYCHOLOGISCHE BERATUNG  
UND THERAPIE E.V.

**JAHRESBERICHT**

**2016**

## INHALTSVERZEICHNIS

### Vorwort

Dipl.-Psych. Andreas Lehmann ..... 4

### Statistische Zahlen unserer Klientendaten und ihre Interpretationen und Bewertungen

Dipl.-Psych. Sabine Konirsch ..... 6

### Zieloffene Suchtbehandlung: Abstinenz und Reduktion als Änderungsoptionen

Prof. Dr. Joachim Körkel ..... 12

### Falldarstellung aus einer PRO•NON-Praxis

Dipl.-Psych. Birgit Abraham ..... 16

### Die neuen V-Hypothesen in den Beurteilungskriterien und deren Anwendung in der gutachterlichen Praxis

Dipl.-Psych. Oliver Schmidt, Begutachtungsstellenleiter AVUS GmbH

Dipl.-Psych. Anita Müller, Fachliche Leiterin, AVUS GmbH ..... 18

Anekdoten ..... 27

Anschriften aller PRO•NON Praxen ..... 28

# Vorwort



Dip.-Psych. Andreas Lehmann  
1. Vorsitzender

Ein Jahr der Konsolidierung liegt hinter uns. Nach dem personellen und inhaltlichen Umbruch des letzten Jahres mit all den Aufregungen, Unsicherheiten, und Hoffnungen können wir nunmehr gelassener zurückblicken und mit etwas Stolz sagen: „Wir haben es geschafft“. Trotz (vielleicht auch eher wegen) der Verkleinerung ist es gelungen, Bewährtes nahtlos fortzuführen, Hinderliches abzubauen und Neues zu etablieren. Im Focus unserer Vereinstätigkeiten stehen wieder wirtschaftlicher Erhalt der etablierten Praxen, Unterstützung bei der therapeutischen Arbeit und Förderung des Bekanntheitsgrades. Lernen mussten wir dabei auch auf unsere eigene Work-Life-Balance zu achten. Es ist ja immer ein Unterschied, seinen Klienten dieses nahelegen oder selbst darauf zu achten. Geholfen hat bei allem der spürbare innere Zusammenhalt, bei aller vorhandenen Diskussionsbereitschaft.

Ein wichtiges Anliegen für die nähere Zukunft ist die personelle Ergänzung und Vergrößerung. So betreiben wir Akquise in eigener Sache. Wir suchen Psychologinnen und Psychologen mit Master oder Diplom-Studienabschluss, die eine selbstständige psychotherapeutische Tätigkeit aufnehmen, ihr Arbeitsspektrum erweitern oder sich einem etablierten Verbund anschließen möchten. Hier besteht eine gute Chance außerhalb der Approbationspflicht und Kassenzulassung beruflich Fuß zu fassen.

Wie seit 1994 jedes Jahr haben wir das externe Audit zur Fortführung der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001 - 2008 problemlos absolviert. Damit erfüllen wir schon lange den Nachweis der Qualität unserer therapeutischen Arbeit. Zurzeit wird ja auf der politischen Ebene und bei der BAST überlegt, inwieweit auch in diesem Bereich eine Qualitätssicherung eingeführt werden kann. Es verwundert schon, dass selbst in der dritten Auflage der Beurteilungskriterien (siehe auch den Artikel in diesem Jahresbericht von DP O. Schmidt und DP A. Müller), in der ganz genau definierte Qualitätskriterien für fast alles definiert sind, der Bereich der therapeutischen Aufarbeitung und Vorbereitung davon aber seltsam unberührt bleibt. Jeder der sich berufen fühlt, kann und darf (noch?) diese Tätigkeit ausüben und entsprechende Bescheinigungen ausstellen.

Wie seit 1994 jedes Jahr haben wir das externe Audit zur Fortführung der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001 - 2008 problemlos absolviert. Damit erfüllen wir schon lange den Nachweis der Qualität unserer therapeutischen Arbeit. Zurzeit wird ja auf der politischen Ebene und bei der BAST überlegt, inwieweit auch in diesem Bereich eine Qualitätssicherung eingeführt werden kann. Es verwundert schon, dass selbst in der dritten Auflage der Beurteilungskriterien (siehe auch den Artikel in diesem Jahresbericht von DP O. Schmidt und DP A. Müller), in der ganz genau definierte Qualitätskriterien für fast alles definiert sind, der Bereich der therapeutischen Aufarbeitung und Vorbereitung davon aber seltsam unberührt bleibt. Jeder der sich berufen fühlt, kann und darf (noch?) diese Tätigkeit ausüben und entsprechende Bescheinigungen ausstellen.

Zu den bewährten Aktivitäten gehören auch unsere „PRO-GRESSE“ genannten Fach-Tagungen. Wir planen am 18. November 2016 den PRO-GRESS XVII mit dem Arbeitsthema: „Einfluss einer Cannabis-Legalisierung auf die Verkehrssicherheit“. Er soll in Wiesbaden stattfinden. Angefragt sind Referenten, die über den Zusammenhang von Laborwerten und Fahrverhalten, Erfahrungen in den Niederlanden mit liberaleren Regelungen sowie Argumente, die für eine Legalisierung sprechen, fundiert referieren können. Genauere Angaben und persönliche Einladungen folgen und können dann auch auf unserer Homepage ([www.pro-non.de](http://www.pro-non.de)) eingesehen werden.

## Für alle folgenden Artikel möchte ich ihr Interesse wecken:

„Die neuen V-Hypothesen in den Beurteilungskriterien und deren Anwendung in der gutachterlichen Praxis“. Wir haben Dipl.-Psych. Oliver Schmidt und Dipl.-Psych. Anita Müller von der AVUS AG gewinnen können, einen kritischen Bericht ihrer Erfahrungen mit den neuen Begutachtungskriterien in der praktischen Arbeit zu verfassen. Nochmals vielen Dank dafür. Ich hoffe er trägt zur weiteren Diskussion und Verbesserung der Kriterien bei.

Einen anderen Beitrag zur Diskussion beinhaltet der Artikel von Prof. Dr. Joachim Körkel (Ev. Hochschule Nürnberg), in dem er bei der Konsumententscheidung von Alkoholtätern die Selbstkontrolle und autonome Entscheidung in den Focus rückt. Das Konzept des Kontrollierten Trinkens, das von der Quest Akademie in Heidelberg unter Mitwirkung von Prof. Dr. Körkel entwickelt und fortlaufend wissenschaftlich evaluiert wird, propagiert eine Einsatzmöglichkeit weit über den Bereich der „Alkoholgefährdung“ hinaus, in dem gemeinhin Abstinenz als einzige Option gilt.

Wie jedes Jahr veröffentlichen wir wieder unsere Evaluationsergebnisse. Hier wird also unter anderem die Wirksamkeit unserer therapeutischen Interventionen für jeden transparent und nachvollziehbar gemacht. Dies ist auch ein Resultat der Zertifizierung. Einen Einblick in die therapeutische Arbeitspraxis gibt wie letztes Jahr Kollegin Abraham. Humor, Lachen und ernsthafte therapeutische Arbeit schließen sich keineswegs aus, wie uns Kollegin Pruß zeigt.

Scheuen Sie nicht Anmerkungen, Lob, Tadel, Kritik und Wünsche, sowohl in Bezug auf die Inhalte dieses Heftes als auch insgesamt über unsere Arbeit zu artikulieren.

Ich wünsche eine gute Zeit,

Andreas Lehmann



# Statistische Zahlen unserer Klientendaten und ihre Interpretationen und Bewertungen



Wie auch in den vergangenen Jahren, möchten wir einen kurzen Überblick über unsere Klientendaten darlegen. In die statistische Auswertung fließt der Datensatz über alle unsere Klienten aus allen Praxen ein. Im Vergleich zum Vorjahr (N=119) haben letztes Jahr rund 13% weniger Klienten (N=104) in eine PRO·NON Praxis gefunden. Dieser Trend zeigt sich in fast allen PRO·NON Praxen und liegt nicht nur an einem Standort begründet.

Interessant ist schon jetzt anzumerken, dass sich trotzdem ähnliche Verteilungen in relevanten Ergebnissen aufzeigen und sich positive „Trends“ der letzten Jahre fortzuschreiben scheinen.

Dipl.-Psych. Sabine Konirsch  
Tätig in den PRO·NON-Praxen Wiesbaden und Bingen

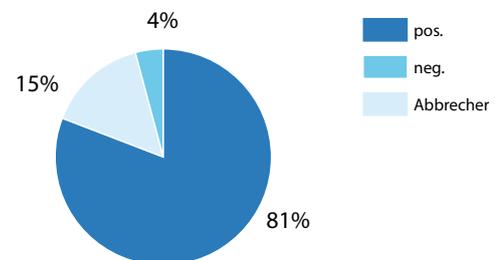
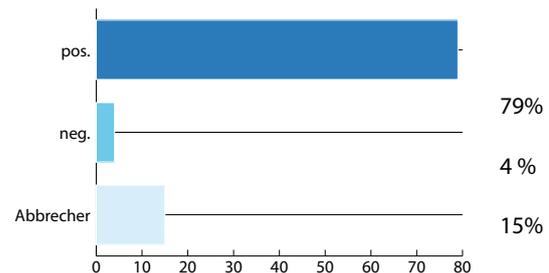
## Die Zahlen sprechen auch dieses Jahr für PRO·NON e.v.

### 1. MPU-Erfolgsquote

Wie bereits im Vorjahr bestanden auch im letzten Jahr rund 95% der Klienten, die begutachtet wurden, ihre Medizinisch-Psychologische-Untersuchung (MPU). Somit verfehlten lediglich 5% der Klienten ein positives Gutachten. Die Abbrecherquote liegt im vergangenen Jahr allerdings bei ca. 15% und ist damit gegen den Trend der letzten Jahre erstmals wieder angestiegen.

Die Zahlen machen trotzdem sehr deutlich, dass für Klienten, die sich mit PRO·NON auf ihre MPU vorbereitet haben, eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit besteht, gleich im ersten Anlauf positiv begutachtet zu werden und schnell wieder mobil unterwegs zu sein.

Im Vergleich dazu, fallen ca. 45% durch eine Begutachtung, die sich nicht darauf mit Schulungen oder individuellen verkehrspsychologischen Therapiemaßnahmen vorbereitet haben.

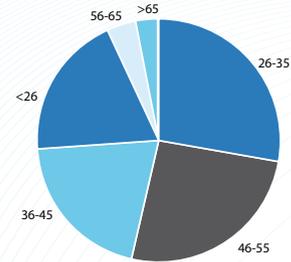
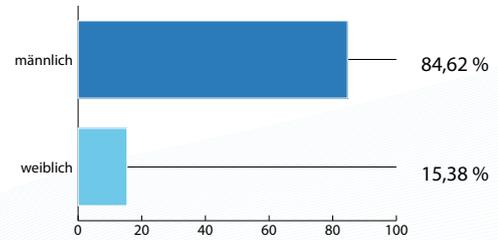


## 2. Geschlecht und Alter

Der Anteil von Männern und Frauen, die bei PRO-NON Unterstützung gesucht haben, hat sich im Vergleich zu den Vorjahren verändert.

Faktisch waren die Frauen im Vergleich zu den Männern, wie die Jahre zuvor, seltener auffällig im Straßenverkehr unterwegs. Allerdings stieg der Anteil der Frauen, von 6% im Jahr zuvor, auf 15% an.

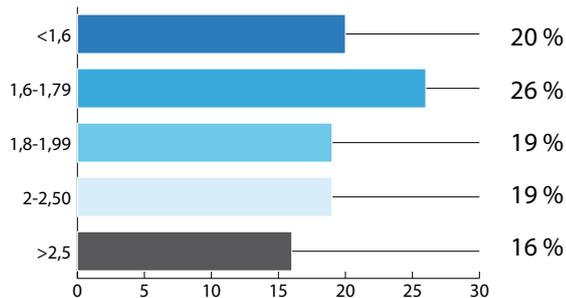
Das Alter aller Klienten bewegt sich über eine Streubreite von 18 bis 73 Jahren mit einem Altersdurchschnitt von 38 Jahren. Teilt man die Altersbereiche in Gruppen ein, erkennt man, dass die Altersgruppe von 26 – 35 Jahre am häufigsten vertreten ist, gefolgt von den unter 25-jährigen Klienten. Insgesamt sind die Klienten im Beobachtungszeitraum, wie in den Vorjahren auch, im Durchschnitt jünger geworden.



### 3. Deliktarten

Im zurückliegenden Beobachtungszeitraum zeigt sich wieder eine Rückkehr zu den Zahlen bzw. Verteilungshäufigkeiten wie in den vergangenen Jahren. Das Jahr zuvor kann somit als Ausreißer bewertet werden, denn damals haben auffällig viele Drogentäter bei PRO·NON Unterstützung bei der Aufarbeitung der Hintergründe gesucht. Die derzeitigen Zahlen sagen aus, dass die Kraftfahrer mit Alkoholauffälligkeiten die größte Gruppe (65%) bei PRO·NON ausmachen. Die „Punktetäter“ kamen weniger häufig (19%) als im Vorjahr vor und der Anteil der Konsumenten von illegalen Drogen belief sich auf nur noch 16% aller Klienten.

#### Promillehöhe



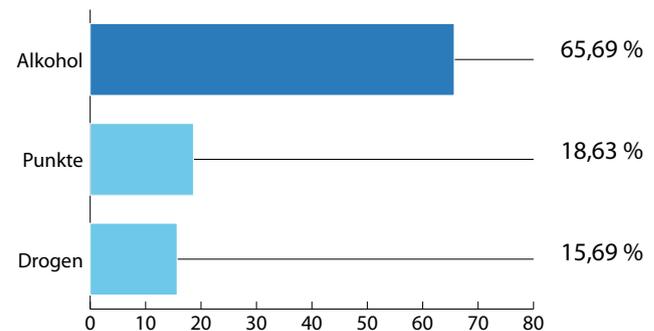
Der Anteil jener Kraftfahrer, die bereits mehr als einmal wegen Alkohols aktenkundig geworden sind, lag im vergangenen Jahr bei 38% der PRO·NON-Klienten mit Alkoholauffälligkeiten im Straßenverkehr.

Die jeweils gemessenen Promillewerte lagen zwischen 0,59 Promille und 3,28 Promille BAK, wobei der statistische Mittelwert mit 1,94 Promille im aktuellen Beobachtungsjahr wieder etwas über den im langjährigen Mittel errechneten Bereich von rund 1,8 Promille BAK liegt.

Die Drogentäter zählten wie andernorts auch zu den eher jungen Menschen; das Durchschnittsalter beträgt 34 Jahre, wobei 69% der Klienten unter 35 Jahren, 11% zwischen 36 und 45 Jahren, aber auch 21% der Drogenklienten über 46 Jahre alt waren. Der Großteil ist auf Grund von Haschischkonsum im Zusammenhang mit dem Straßenverkehr auffällig geworden. Aber die anderen Drogentypen wie Amphetamine und deren Abkömmlinge sowie Extasy spielen eine immer bedeutendere Rolle, sie sind mit insgesamt 36% vertreten und somit nicht zu vernachlässigen.

Die Punktetäter sind wie auch die Jahre zuvor deutlich jünger als der Durchschnitt aller Verkehrsauffälligen in 2013 (33 Jahre gegenüber 38 Jahre).

#### Tätergruppe



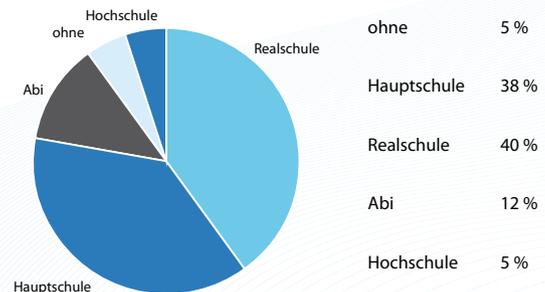
Der Anteil jener, die ausschließlich mit mehreren Straftaten aus den verschiedensten Bereichen auffällig geworden sind, kam letztes Jahr bei PRO·NON gar nicht mehr vor.

Betrachtet man die größte Gruppe (65%), die der Alkoholauffälligen genauer, lässt sich sagen, dass der Anteil Alkoholauffälliger Klienten im Vergleich zu den Vorjahren angestiegen ist (28%). Der typische „Trunkenheitstäter“, der in der PRO·NON Praxis Hilfe sucht, zählt aber mit Sicherheit sowohl von seiner Deliktgeschichte her gesehen, als auch von seiner „Trinkerkarriere“ her betrachtet, weiterhin mindestens zu dem Kreis der Alkoholkonsumenten, die massiven Alkoholmissbrauch betreiben.

## 4. Deliktvorgeschichte

Rund 68% unserer Klienten haben im letzten Jahr vor einer ersten Medizinisch-Psychologischen-Begutachtung Kontakt zu PRO•NON aufgenommen. Diese Zahl stellt eine erhebliche Steigerung der Quote im Vergleich zu den Vorjahren (54%) dar. Ein Erklärungsansatz dafür könnte sein, dass Führerscheinbehörden und Rechtsanwälte im Vorfeld explizit auf die Möglichkeit der Unterstützung durch einen Diplom-Psychologen (Fachpsychologen für Verkehrspsychologie) bei der Vorbereitung hinweisen und dabei mit den PRO•NON-Praxen in der Vergangenheit gute Erfahrungen gemacht haben.

## Schulabschluss



## 5. Weitere soziodemographische Variablen

Auch im vergangenen Jahr kommen die PRO•NON-Klientel aus allen Teilen der Bevölkerung. Unsere Zahlen zu Schulabschluss und Berufstätigkeit zeigen keine relevanten Abweichungen zu den Vorjahren oder zur Allgemeinbevölkerung.

### Schulabschluss

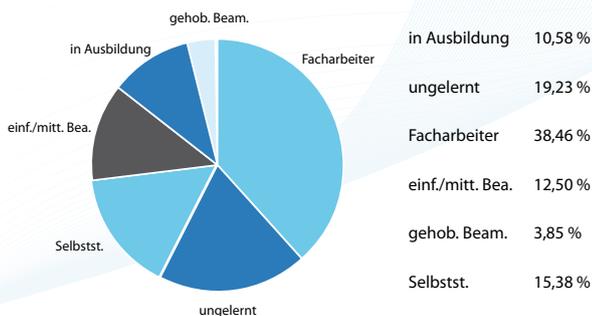
Die Mehrheit der Klienten verfügt über den Schulabschluss der Mittleren Reife (40%), gefolgt vom Hauptschulabschluss (38%). Etwa 12% haben die Hochschulreife erworben und 5% ein Studium absolviert. Lediglich 5% haben keinen Schulabschluss.

### Berufstätigkeit

Seit vielen Jahren liegt der Anteil derer, die voll berufstätig sind, in der Größenordnung von rund 80%, in diesem Beobachtungszeitraum bei 85%. Der Anteil der Klienten ohne Arbeit liegt bei 3% und 10% sind Rentner. Hausfrauen/männer machen lediglich 2% unseres Klientels aus.

Bei den Berufsgruppen dominiert seit vielen Jahren der Facharbeiter mit einem über die Jahre steigenden Anteil von inzwischen 38%. Als zweitgrößte Berufsgruppe folgen erstmals die ungelerten Arbeiter/Angestellten mit 19%. Selbständige sind mit einem Anteil von 15% vertreten etwa gleich häufig wie im Vorjahr vertreten. Der Anteil der Beamten/Angestellten des gehobenen Dienstes ist fast um die Hälfte zurückgegangen und beträgt 13%. In einer Berufsausbildung befanden sich etwa 11% der Klienten und nur 4% waren Angestellte/Beamte des gehobenen Bereichs.

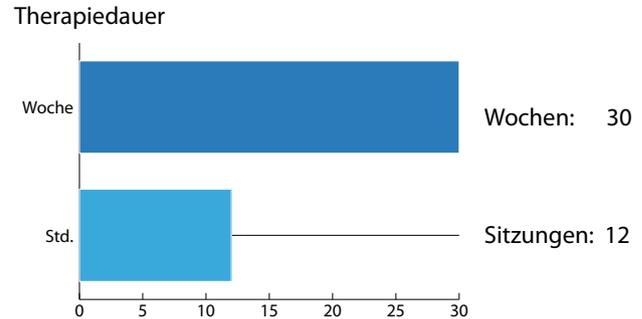
### Beruf



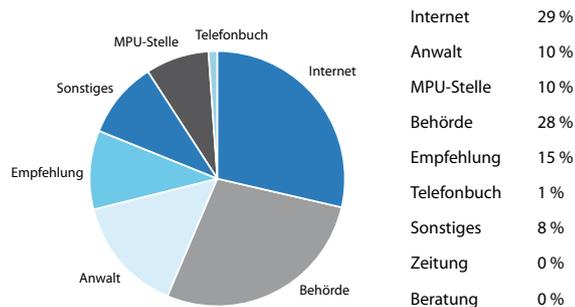
## Therapiedauer

Im Durchschnitt absolvierten die PRO•NON-Klienten 12 Sitzungen innerhalb von 30 Wochen. Die Bandbreite der Therapiestunden liegt zwischen 1 und 23 Stunden und ist damit sehr groß. Die Zahlen sprechen sehr deutlich für die Arbeitsweise der PRO•NON-Praxen; nämlich eine hohe individuelle und klientenbezogene Arbeit durchzuführen. Die Dauer der Behandlung ist im Vergleich zum Vorjahr angestiegen und rangiert zwischen 1 und 111 Wochen.

Dabei ist zu beachten, das mehrere Faktoren Einfluß auf die Therapiedauer haben können. Neben der selbstkritischen Auseinandersetzung mit dem vergangenen Konsumverhalten in den wöchentlich stattfindenden Sitzungen, müssen einige Klienten eine Abstinenz zwischen 6 bis 12 Monaten nachweisen. Dabei ist dann der Abstand der Therapiesitzungen auch größer (alle 2-4 Wochen), da die PRO•NON-Therapeuten ihre Klienten kontinuierlich bis zur MPU begleiten, ohne die Sitzungsanzahl dabei zu erhöhen.



## 6. Rekrutierung der Klienten



Zum Abschluss der Ergebniszusammenfassung für diesen Berichtszeitraum ein kurzes Schlaglicht auf die Frage, woher PRO•NON seine Klienten rekrutiert:

Der Anteil derer, die über das Internet den Weg zu uns finden, stieg gegenüber dem Vorjahr (32%) nicht weiter an. Allerdings stellt es mit 29% die größte Gruppe dar. Hierin sieht man, dass das Internet wie andernorts auch eine immer wichtigere Informationsquelle unserer Klienten darstellt. Aus diesem Grund ist PRO•NON u.a. auch seit letztem Jahr bei FACEBOOK vertreten. Nur minimal geringer (28%) als das Internet und dabei am zweithäufigsten, sind die Fahrerlaubnisbehörden als Kontaktgeber zu nennen. Der sehr hohe Umfang, in dem unsere Klienten über ihre Freunde/Bekannte (15%) zu uns kamen, spricht dafür, dass die PRO•NON-Klienten mit unserer Arbeit zufrieden waren und uns deshalb gerne weiterempfohlen haben.

Im Gegensatz dazu, hat sich der Anteil unserer Klienten, die über Anwälte den Weg zu uns gefunden haben, weiterhin stark reduziert. Kamen vor 2 Jahren noch rund ¼ der Klienten auf Rat ihres Rechtsanwalts zu uns, waren es zu letzt nur 10%. Ebenso kommen rund 10% der Klienten auf Empfehlung einer Begutachtungsstelle zu uns, diese Zahl hat sich zum Vorjahr nicht verändert. Inzwischen empfehlen einige Gutachter, bei vorallem negativer MPU, wieder eine Aufarbeitung bei einem Verkehrspsychologen bzw. Diplom-Psychologen.

Wir werden auch in Zukunft weiter darauf hinarbeiten, unsere Klienten in die Lage zu versetzen, nicht nur den Führerschein wieder zu erlangen, sondern ihn auch zu behalten. Im besten Fall helfen dabei auch Veränderungen, die neben der verkehrspsychologischen Therapie besprochen, aufgearbeitet und eingeleitet wurden und zu einem besseren Lebensgefühl mit der wieder gewonnenen Mobilität führen.



# Zieloffene Suchtbehandlung: Abstinenz und Reduktion als Änderungsoptionen

Joachim Körkel<sup>1</sup>



Prof. Dr. Joachim Körkel,  
Evangelische Hochschule Nürnberg

## Was spricht für Zieloffenheit in der Alkoholismusbehandlung?

Menschen mit problematischem Alkoholkonsum bzw. Alkoholabhängigkeit werden in weiten Teilen des Behandlungssystems und vielfach auch in der Verkehrspsychologie/ -medizin auf lebenslange Abstinenz festgelegt (Körkel 2010). Das „Vorsetzen“ des Abstinenzziels und Übergehen des Klientenziels, kontrolliertes Trinken anzustreben, ist aber auch in der Behandlung alkoholauffälliger Kraftfahrer nicht zielführend, denn:

- Menschen lassen sich auf eine verkehrspsychologische/-medizinische Maßnahme zur Veränderung ihres Alkoholkonsums innerlich i.d.R. erst ein, wenn das Ziel der Maßnahme ihrem eigenen Ziel (z.B. Abstinenz oder Kontrollierter Konsum) entspricht (und machen ansonsten „gute Miene zum bösen Spiel“).
- Menschen verfolgen – ob man will oder nicht - insgeheim ihre selbst gesetzten Ziele, und zwar auch gegen das Behandlungsziel, wenn dieses ihrem eigenen widerspricht („Dann verzichte ich eben auf Alkohol [oder trinke heimlich], bis ich den Führerschein wieder habe“).
- Menschen bringen die meiste Kraft und Persistenz für eine Veränderung ihres Alkoholkonsums auf, wenn ihr Änderungsziel selbst gewählt statt auferlegt ist.
- Menschen erreichen am ehesten das Ziel, das sie sich selbst gesetzt haben.
- Menschen ändern ihre Zielpräferenz leichter bei selbstgesetztem Änderungsziel, d.h. wenn sich ihr frei gewähltes Ziel als nicht oder nur mit negativen Begleiterscheinungen (z.B. hohem Aufwand) erreichbar erweist.

<sup>1</sup> Anschrift: Prof. Dr. Joachim Körkel, Evangelische Hochschule Nürnberg, Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung, Bärenschanzstr. 4, 90429 Nürnberg, joachim.koerkel@evhn.de

Als die Abstinenz ergänzende Behandlungsoption sollte deshalb auch bei alkoholauffälligen Kraftfahrern auf die seit Jahrzehnten entwickelten Ansätze zum Kontrollierten Trinken zurückgegriffen werden, zumal sich diese empirisch als mindestens genauso wirksam wie Abstinenzbehandlungen erwiesen haben (vgl. Körkel 2015).

## Was bedeutet „Kontrolliertes Trinken“?

Von „Selbstkontrolliertem Trinken“ oder kurz „Kontrolliertem Trinken“ ist zu sprechen, wenn jemand sein Trinkverhalten eigenständig an einem zuvor festgelegten Plan ausrichtet (a.a.O.). In einem solchen Plan werden jeweils für eine Woche im Voraus drei Zielgrößen festgelegt:

- maximale Alkoholmenge an Trinktagen
- maximaler Gesamtkonsum in der ganzen Woche
- Anzahl alkoholfreier Tage.

Neben der Alkoholmenge werden im Wochenplan weitere, individuell zugeschnittene Festlegungen zu den Rahmenbedingungen des Alkoholkonsums getroffen, wie etwa zu Konsum-Ausschlusssituationen („Punktnüchternheit“, s.u.).

## Wie lässt sich Kontrolliertes Trinken erlernen?

Zum Erlernen eines selbstkontrollierten Trinkverhaltens eignen sich verhaltenstherapeutisch angelegte „Behavioral Self-Control Trainings“ (BSCT) in Form von Selbstlernmanualen (z.B. „10-Schritte-Programm“, Körkel 2014c) sowie Einzel- und Gruppenprogramme (z.B. „EKT“ und „AKT“ mit jeweils 10 Einheiten; vgl. ausführlicher Körkel 2010). BSCT liegen inzwischen auch für Tabak- und Drogenkonsumenten sowie Glücksspielsüchtige vor (vgl. Körkel 2014b). In diesen Programmen wird vermittelt, seinen Konsum Schritt für Schritt zu senken – wobei jederzeit die Option zu einer abstinenten Lebensweise besteht. Die zentralen Programminhalte sind (hier am Beispiel Alkoholkonsum):

- Führen eines Trinktagebuchs, um einen Überblick über das Trinkverhalten, dessen Umstände und seine Funktionalität zu gewinnen
- wochenweises Aufstellen realistischer Trinkobergrenzen (maximale tägliche und maximale wöchentliche Alkoholmenge sowie Anzahl alkoholfreier Tage pro Woche), inklusive Festlegung von Konsum-Ausschlusssituationen (z.B. beim Führen eines Kraftfahrzeugs)
- Erkennen von Risikosituationen (Trinkgewohnheiten, belastende emotionale Zustände, angenehme Situationen, soziale Verführungs- und Konfliktsituationen)

- Auswahl individuell passgenauer Reduktionstrategien (z.B. „vor jedem alkoholischen ein großes nichtalkoholisches Getränk trinken“, „Alkohol erst ab 18 Uhr“, „nicht mehr als eine Getränkeinheit pro Stunde“ etc.)
- Umgang mit „Ausrutschern“
- Aktivierung alkoholfreier Formen der Freizeitgestaltung
- Erwerb von Kompetenzen zur alkoholfreien Bewältigung von Belastungen (wie Einsamkeit, depressive Stimmungslagen oder Ängste).

## Was bedeutet „Zieloffene Suchtbehandlung“?

„Zieloffene Suchtbehandlung“ bedeutet, mit Menschen (Klienten, Patienten, Betreuten usw.) an einer Veränderung ihres problematischen Alkoholkonsums zu arbeiten, und zwar auf das Ziel hin, das sie sich selbst setzen (vgl. Körkel 2014). Das Paradigma der Zieloffenen Suchtbehandlung verbindet somit die Zieloptionen der Abstinenz und des Kontrollierten Trinkens. Die Umsetzung dieses Ansatzes erfordert auf Behandlerseite viererlei:

- ein Offensein für die Konsumvorstellungen des Klienten
- State-of-the-art-Kenntnisse auch über Behandlungswege, -angebote und –ergebnisse der Ansätze zum Kontrollierten Trinken
- die kommunikative Kompetenz, das Konsumziel des Patienten in einem partnerschaftlichen, „entlockenden“ und an dessen Sichtweise interessierten Gesprächsstil zu erkunden und zwischen den Zielen der Abstinenz und des Kontrollierten Trinkens abzuwägen (Methode der Wahl: Motivational Interviewing; Miller & Rollnick, 2013).
- Vorhalten von Interventionsmöglichkeiten auch für das Ziel des Kontrollierten Trinkens.

Die Vorteile Zieloffener Suchtbehandlung sind vielfältig (vgl. Körkel 2014a, 2014b). Eine zieloffene Vorgehensweise bringt – im Gegensatz zur Abstinenzzielvorgabe – u.a. den erheblichen therapeutischen Vorteil mit sich, dass sich der Gesprächspartner ernst genommen fühlt und zu ehrlichen Aussagen sowie aktiver Mitarbeit ermuntert wird, statt im Widerstand gegen Veränderung zu verharren. Zudem sind Menschen auf diese Weise viel eher bereit zur Abstinenz zu wechseln, falls sich Kontrolliertes Trinken als unerreichbar oder letztlich unerwünscht erweisen sollte. In der Tat ist bei 10-30% der Behandelten Kontrolliertes Trinken die Brücke zur Abstinenz (vgl. Körkel 2015).

## Fazit

Wenn in verkehrstherapeutischen Maßnahmen konsequent nach dem Prinzip der Zieloffenheit gearbeitet wird, bei nicht-abstinentzbereiten Klienten erprobte Behandlungen zum Kontrollierten Trinken zum Einsatz kommen sowie der Aneignungs- und Bewährungsprozess des Kontrollierten Trinkens über mindestens 1 Jahr begleitet wird, sind bei alkoholauffälligen Kraftfahrern gute Voraussetzungen für den Aufbau eines grundlegend veränderten Umgangs mit Alkohol, der keine neuerlichen Alkoholfahrten erwarten lässt, geschaffen.

Eine intensive Unterstützung beim Erlernen des Kontrollierten Trinkens bietet darüber hinaus eine gute Basis für ein alkoholfreies Leben, falls sich Kontrolliertes Trinken dauerhaft als nicht realisierbar oder nicht mehr erwünscht erweisen sollte. Wie an anderer Stelle dargelegt (Körkel 2010), stehen für die Begutachtung hinreichend viele und präzise Prüfkriterien zur Verfügung, um zu entscheiden, ob sich ein Klient tatsächlich einen disziplinierten, geplanten und limitierten Alkoholkonsum im Alltag angeeignet und diesen über einen längeren Bewährungszeitraum stabilisiert hat, so dass von einer positiven Verhaltensprognose auszugehen ist.



# Falldarstellung aus einer PRO-NON-Praxis

## Diplom-Psychologin Birgit Abraham



Dipl.-Psych. Birgit Abraham  
PRO-NON-Praxis Alzey

### PRO-NON-Praxis Alzey

Der 58-jährige Herr K. kommt in die Praxis, weil er vor etwa einem Jahr mit einem Wert von 24 ng/ml THC im Straßenverkehr auffällig geworden ist. Er ist in dritter Ehe verheiratet, hat zwei erwachsene Kinder und arbeitet seit vielen Jahren in leitender Position bei einem großen Unternehmen. Er berichtet, dass er seit fast 40 Jahren trockener Alkoholiker sei. Vor 6 Jahren sei er wegen unerlaubtem Besitz von Betäubungsmitteln verurteilt worden, da er Marihuana zu Hause angebaut habe und es zu einer Hausdurchsuchung kam.

In einer **biographischen Anamnese** wird zunächst geschaut, welche Faktoren der Lerngeschichte eine Rolle bei der Entwicklung des Suchtverhaltens gespielt haben. Er sei in problematischen familiären Verhältnissen abwechselnd bei den Großeltern und Eltern, die beide alkohol- und die Mutter zusätzlich medikamentenabhängig waren, aufgewachsen. Körperliche Gewalt sei an der Tagesordnung gewesen. Im Alter von 15 habe auch er mit

dem Alkoholkonsum begonnen und schnell die Mengen gesteigert. Mit 17 musste er infolge von Organschädigungen mehrere Monate ins Krankenhaus und habe danach eine Suchttherapie, weit weg von zu Haus, gemacht. In diesem Ort habe er auch seine erste Frau kennengelernt, geheiratet und ein bürgerliches Leben begonnen. Seine zweite Frau habe er dann mehr als 20 Jahre später bei der Arbeit kennengelernt. Sie sei ebenfalls trockene Alkoholikerin gewesen. Im Laufe der Ehe sei es bei dieser zu Rückfällen gekommen sowie zu Marihuanakonsum. Auch er habe damals angefangen, verstärkt Marihuana zu rauchen, nachdem er dies in den Jahren zuvor nur sehr selten zu besonderen Anlässen (Party, Konzertbesuch) getan habe. Er habe dann auch Cannabis zu Hause angebaut, da er keinen Kontakt zur Drogenszene wollte. Als es zur Trennung kam, habe die Frau ihn bei der Polizei angeschwärzt und es sei zu einer Hausdurchsuchung gekommen. Daraufhin habe er den Konsum eingestellt. Mit seiner dritten Frau sei er sehr glücklich gewesen, bis er die Diagnose einer schweren Krankheit bekommen habe. Da er unter starken Schmerzen litt, habe er wieder verstärkt Cannabis konsumiert, um diese zu lindern. In dieser Zeit sei es dann zum Fahren unter Drogeneinfluss gekommen. Inzwischen sei die Krankheit aber so gut wie geheilt, er habe mit seiner Frau eine Paartherapie gemacht und konsumiere seit etwa 9 Monaten nichts mehr. Als Hausaufgabe soll der Klient versuchen, seinen **Alkohol- und Cannabiskonsum in Form einer Graphik** darzustellen und er erkennt, dass der Konsum analog zu seinem persönlichen Befinden stattgefunden hat. Weiterhin soll er **typische Konsumsituationen** erinnern und schildern.

Folgende **Konsummotive** werden gemeinsam erarbeitet: In der Jugend diente der Alkohol dem Klienten dazu, in der Peer-group dazuzugehören und Anerkennung zu erlangen. Im Rauschzustand schien alles einfach zu sein, er musste über nichts

mehr nachdenken. Die Sucht war für ihn aus heutiger Sicht eine Suche nach Heimat, einem Platz, wohin er gehörte. In der Phase der zweiten Ehe war das Hauptmotiv des Konsums, die erlebte Hilflosigkeit gegenüber dem Verhalten der Partnerin zu verdrängen. Das Wegblenden der damals eskalierenden Situation half ihm dabei, keine Entscheidung treffen zu müssen. Nach der Krankheitsdiagnose vor zwei Jahren sollte der THC-Konsum zum einen der Schmerzlinderung dienen, aber auch um die eigenen Todesängste und Gedanken, wie es wohl weitergehe, die zunächst zu starken Emotionsausbrüchen gegenüber der Ehefrau geführt hatten, zu dämpfen.

In einer erhellenden **Diskussion über seine Haltung gegenüber THC**, stellt sich heraus, dass Herr K. vor allem die positiven Eigenschaften des Cannabiskonsums gesehen hat. Er wusste zwar, dass er mit Alkohol nicht umgehen konnte, war aber der Meinung, dass ein Joint ab und zu nichts schade. Insgesamt schätzte er Cannabis als weit weniger gefährlich ein als Alkohol und der Konsum gab ihm darüber hinaus das Gefühl, nicht so spießig wie viele andere zu sein, sondern intellektueller und alternativer.

Im Laufe der verkehrspsychologischen Therapie erkennt er, dass er sich etwas vorgemacht hat und dass sein Cannabiskonsum dem Alkoholkonsum ähnelte. Ab einem gewissen Punkt konnte er sich nicht mehr kontrollieren und steigerte die Mengen. Für seine Zukunft will er nun auch aus Überzeugung und nicht nur wegen der in der MPU verlangten Abstinenz auf jeglichen Konsum verzichten, da ihm bewusst wird, dass er auch diese Droge nicht im Griff hat und eine Suchtgefahr droht. Gefährliche Situationen, wie z.B. Rockkonzerte, will er zukünftig meiden bzw. Abstand von Personen halten, die offensichtlich kiffen.

Die **Hauptfunktion** seines Cannabiskonsums kann er schließlich darin zusammenfassen, dass er mit dessen Hilfe vermieden hat, sich mit schwierigen Themen auseinanderzusetzen und sich vor notwendigen, vielleicht aber lebensverändernden Entscheidungen gedrückt hat.

Der Umgang mit schwierigen Lebenssituationen wurde bereits auch mit dem Paartherapeuten besprochen, welcher ihm dabei half, parallele Lebensentwürfe zu entwickeln. Das, was vorher unmöglich schien, z.B. das Haus verkaufen und in eine kleinere Wohnung in der Stadt zu ziehen, kann Herr K. mittlerweile ohne weiteres akzeptieren. Als Prävention gegen auftretende Schmerzen macht er Entspannungs- und Rückenübungen und kann sich bei der Gartenarbeit entspannen. Vor allem ist er aber sensibilisiert, sich in zukünftigen schwierigen Situationen rechtzeitig Hilfe zu holen.

Die Schilderung seiner Erkenntnisse und Veränderungen konnte auch den Gutachter überzeugen.



# Die neuen V-Hypothesen in den Beurteilungskriterien und deren Anwendung in der gutachterlichen Praxis

Dipl.-Psych. Oliver Schmidt, Begutachtungsstellenleiter AVUS GmbH

Dipl.-Psych. Anita Müller, Fachliche Leiterin, AVUS GmbH



Dipl.-Psych. Oliver Schmidt,  
Begutachtungsstellenleiter  
AVUS GmbH

## Vorbemerkungen

Das im Jahre 2005 erschienene Werk Urteilsbildung in der Fahreignungsbegutachtung – Beurteilungskriterien stellt in Verbindung mit den Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung (BlzK, herausgegeben durch das Bundesamt für Straßenverwesen) eine unerlässliche Grundlage in der gutachterlichen Praxis dar.

Mit der 10ten Verordnung zur Änderung der Fahrerlaubnis-Verordnung wurde jetzt auch der rechtliche Status der Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung geregelt. Danach sind die Begutachtungsleitlinien verbindlich anzuwenden und bilden die Grundlage für die Beurteilung der Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen. Entsprechend der Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) darf die Untersuchung nur nach anerkannten wissenschaftlichen Grundlagen erfolgen. Den Begutachtungsleitlinien folgend sind fachwissenschaftliche

Grundlagen für Fahreignungsbegutachtungen, z. B. von Fachgesellschaften, die den Stand der Wissenschaft und Technik darstellen, als Empfehlungen einzubeziehen.

Die 3. Auflage der Beurteilungskriterien wurde im Herbst 2013 veröffentlicht und ist seit Mai 2014 in der Praxis anzuwenden. Entsprechend einem Schreiben des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur vom 05.08.2014 fassen die Beurteilungskriterien den aktuellen Stand der Wissenschaft im Bereich der Fahreignungsbegutachtung zusammen (Verkehrsblatt 2014, Seite 132). Die vollständige Einhaltung der Beurteilungskriterien stellt sicher, dass die Begutachtung entsprechend den Anforderungen der Fahrerlaubnis-Verordnung nach wissenschaftlichen Grundsätzen durchgeführt wird. Die Beurteilungskriterien sind somit verpflichtend als Grundlage in der Fahreignungsbegutachtung einzusetzen. Die große Mehrzahl der in der Fahreignungsbegutachtung tätigen Träger von Begutachtungsstellen für Fahreignung (bundesweit derzeit 14) wendet daher auch sämtliche Kapitel der Beurteilungskriterien als



Dipl.-Psych. Anita Müller,  
Fachliche Leiterin, AVUS GmbH

Grundlage bei der Fahreignungsbegutachtung an. Nur ein Träger bezieht sich in seinen Gutachten ausdrücklich lediglich auf Teile der Beurteilungskriterien.

## 1. Straf- und verkehrsrechtliche Auffälligkeiten in den Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung

Dem Kapitel „Verstöße gegen verkehrsrechtliche Bestimmungen“ der Begutachtungsleitlinien folgend können Verkehrszwischenfälle einerseits ein „Symptom“ einer weiterreichenden Störung der Person und ihrer gesellschaftlichen und sozialen Anpassungsleistung darstellen, andererseits jedoch auch isoliert als Folge einer fehlerhaften Wahrnehmung und Interpretation der Bedeutung von Verkehrsregeln und der Folgen ihrer Missachtung zustande gekommen sein.

In Bezug auf strafrechtliche Auffälligkeiten besteht dem Kapitel „Straftaten“ der Begutachtungsleitlinien folgend dann keine Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen, wenn die Auffälligkeiten im Zusammenhang mit dem Straßenverkehr oder im Zusammenhang mit der Kraftfahreignung stehen oder wenn sie auf ein hohes Aggressionspotential schließen lassen.

## 2. Die Entwicklung der V-Hypothesen in den Beurteilungskriterien

Die 2. Auflage der Beurteilungskriterien folgte in ihrer Systematik noch den Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung und trennte die Verhaltensauffälligen in zwei Gruppen, auf der einen Seite die Verkehrsauffälligen (Hypothese 5) und auf der anderen Seite die strafrechtlich Auffälligen (Hypothese 6).

### Die Hypothesen zu Verkehrs- und Strafauffälligkeiten in der 2. Auflage der Beurteilungskriterien

- **Hypothese 5:** Der Klient verfügt mittlerweile über eine ausreichende Selbstkontrolle bei der Einhaltung von Verkehrsregeln (im Sinne ausreichender und realistischer Beobachtung und/oder Bewertung eigenen Verhaltens).
- **Hypothese 6:** Der Klient ist zur Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen motiviert und in der Lage und/oder zeigt keine grundsätzlich antisoziale Einstellung.

Dabei wurde noch nicht berücksichtigt, dass dem auffälligen Verhalten oftmals gleiche bzw. ähnliche Erklärungsmodelle zugrundeliegen und häufig auch eine nicht voneinander getrennt beurteilbare „Vermischung“ der Auffälligkeiten auftritt, während die breite Streuung der zugrundeliegenden Ursachen von Verkehrsverstößen bereits im entsprechenden Kapitel der **Begutachtungsleitlinien** dokumentiert wurde. Auch in diesem Sinne stellen die V-Hypothesen in der aktuellen 3. Auflage der **Beurteilungskriterien** einen deutlichen Fortschritt gegenüber den bisherigen Auflagen dar, da nun straf- und verkehrsrechtliche Auffälligkeiten als unterschiedliche Ausprägungsgrade auffälligen Verhaltens betrachtet werden.

Die im Rahmen der 3. Auflage der Beurteilungskriterien neu entwickelten V-Hypothesen bedeuten einen großen inhaltlichen Schritt im Sinne einer Systematisierung und Strukturierung der Kriterien und einer Angleichung an die Systematik der Alkohol- und Drogenauffälligkeiten. Mit der 3. Auflage und der dortigen Hierarchisierung ist es erstmals auch bei den V-Hypothesen möglich, zu unterscheiden, ob die Verhaltensauffälligkeiten im Verkehr als Symptom einer weiterreichenden Störung zu sehen sind bzw. ob sich strafrechtliche Auffälligkeiten auf einen Lebenskontext beschränken. Aufgrund der neu entwickelten V-Hypothesen ist es dem Gutachter nun besser möglich, eine Einschätzung der Verhaltensproblematik und der zugrundeliegenden Störung des zu Begutachtenden vorzunehmen. Hierbei findet analog der Alkohol- und Drogenhypothesen eine Abstufung der Schwere der Problematik statt. Entsprechend der Schwere der Verhaltensproblematik stehen Kriterien und erläuternde Indikatoren zur Verfügung, die im Rahmen der Begutachtung geprüft werden.

### Die neuen V-Hypothesen in der 3. Auflage der Beurteilungskriterien

- **Hypothese V1:** Der Klient hat aufgrund einer generalisierten Störung der emotionalen und sozialen Entwicklung (z. B. Störung der Persönlichkeit) vermehrt oder erheblich gegen strafrechtliche und ggf. auch verkehrsrechtliche Bestimmungen verstoßen. Er zeigt nach einem nachvollziehbaren, in der Regel therapeutisch unterstützten Veränderungsprozess nun keine grundsätzlich antisoziale Einstellung (mehr), ist zur Einhaltung relevanter sozialer Normen und gesetzlicher Bestimmungen motiviert und konnte dies auch bereits erfolgreich über einen längeren Zeitraum umsetzen.
- **Hypothese V2:** Der Klient hat aufgrund problematischer und verfestigter Verhaltensmuster bei verminderter Anpassungsfähigkeit vermehrt oder erheblich gegen verkehrs- und/oder strafrechtliche Bestimmungen verstoßen. Er ist sich mittlerweile, zumeist mit fachlicher verkehrspsychologischer Unterstützung, dieser Zusammenhänge bewusst geworden und konnte angemessen alternative Bewältigungsstrategien entwickeln und stabilisieren, sodass er nun über eine ausreichende Selbstkontrolle bei der Einhaltung von Verkehrsregeln verfügt.
- **Hypothese V3:** Der Klient hat aufgrund von Fehleinstellungen gegenüber Regelbeachtung bei verminderter Anpassungsbereitschaft und aufgrund problematischer Fahrverhaltensgewohnheiten vermehrt oder erheblich gegen verkehrsrechtliche und ggf. auch strafrechtliche Bestimmungen verstoßen. Es ist mittlerweile jedoch eine weitreichende Einstellungs- und Verhaltensänderung eingetreten, sodass er über eine ausreichende Selbstkontrolle bei der Einhaltung von Verkehrsregeln verfügt.

Neben der Prüfung der Hypothesen V1, V2 und V3 ist außerdem zu prüfen, ob die in der Untersuchung erhobenen Befunde, insbesondere das gewonnene Gesamtbild, zur Beantwortung der behördlichen Fragestellung für eine Verkehrsverhaltensprognose grundsätzlich verwertbar sind (sogenannte Hypothese 0). Des Weiteren ist zu prüfen, ob die strafrechtlichen oder verkehrsrechtlichen Auffälligkeiten im Zusammenhang mit einer psychiatrischen, neurologischen oder körperlichen Störung stehen (Hypothese V4) und ob die Auffälligkeiten im Zusammenhang mit Einschränkungen der psycho-physischen Leistungsmöglichkeiten oder einer Intelligenzminderung stehen (Hypothese V5).

Zu den Hypothesen V1 und V2 finden sich in den Beurteilungskriterien differenzierende Vorbemerkungen. So wird in Bezug auf die Hypothese V1 ausgeführt, dass die besonderen Rahmenbedingungen einer medizinisch-psychologischen Begutachtung es aufgrund von situativen zweckorientierten Anpassungsleistungen oder Dissimulationstendenzen in der Regel nicht zulassen, dass eine differenzierte Diagnose der zugrundeliegenden Störung sicher erfolgen kann, zumal es nicht Aufgabe der Fahreignungsdiagnostik ist, Differentialdiagnosen zu stellen, für die eine spezielle psychiatrische oder psychotherapeutische Kompetenz erforderlich ist. Gleichzeitig wird festgestellt, dass es jedoch im Rahmen einer Fahreignungsdiagnostik durchaus möglich ist, zu erkennen, ob eine langjährig verfestigte, in unterschiedlichen Kontexten wirksame Störung vorliegt und ob ein ausreichendes Bewusstsein über den Ausprägungsgrad der Problematik entwickelt wurde.

Von einer generalisierten Störung der sozialen Anpassungsbereitschaft, der Impulssteuerung und/oder der emotionalen Ansprechbarkeit ist im Sinne der Hypothese V1 dann auszugehen, wenn Regelverstöße wiederholt bewusst, gezielt und/oder mit einer erhöhten Aggressionsbereitschaft begangen wurden. Eine verminderte Anpassungsfähigkeit ist entsprechend der Hypothese V2 dann anzunehmen, wenn problematische und verfestigte Verhaltensmuster vorliegen, die sich entweder wiederholt in einer gesteigerten Impulsivität bzw. ausgeprägten Reagibilität bei der Verkehrsteilnahme bzw. in der sozialen Interaktion äußern oder die sich als fehlende Fähigkeit zeigen, das eigene Verhalten gültigen Regeln unterzuordnen. Auch eine dysfunktionale emotionale Regulation aus sozialen, hedonistischen oder selbstwertbezogenen Motiven oder der Versuch, belastend empfundene Anspannungen kompensatorisch im Straßenverkehr oder durch sonstige Delinquenz auszugleichen, weist auf das Vorliegen einer verminderten Anpassungsfähigkeit hin.

## **2. Die bundesweite MPU-Statistik der Bast**

Betrachtet man die Statistik der bundesweit durchgeführten Medizinisch-Psychologischen Untersuchungen (herausgegeben von der Bundesanstalt für Straßenwesen, Bast) zeigen sich für die letzten Jahre zunächst einmal keine signifikanten Veränderungen im Bereich der Anordnungen von verkehrs- und/oder strafrechtlichen Begutachtungen. Während in den letzten Jahren zwar insgesamt gesehen ein stetiger Rückgang an durchgeführten Medizinisch-Psychologischen Untersuchungen zu verzeichnen ist, blieb der Anteil an Verkehrs- und/oder allgemein-strafrechtlichen Fragestellungen im Großen und Ganzen stabil (Anordnung von verkehrsrechtlichen Fragestellungen in den letzten vier Jahren konstant bei etwa 14 bis 16 Prozent, von sonstigen strafrechtlichen Fragestellungen etwas mehr als 3,5 Prozent).

Auch in der bundesweiten Ergebnisstatistik zeigen sich nur geringe Schwankungen. Der Anteil positiver Prognosen bei verkehrsrechtlichen Fragestellungen lag in den letzten 4 Jahren bei gut 60 Prozent und auch bei strafrechtlichen Fragestellungen in diesem Bereich, also um 60 Prozent. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Doppelfragestellungen nach verkehrs- und strafrechtlichen Auffälligkeiten. Hier erhielten in den letzten 4 Jahren 55 bis 57 Prozent der Begutachteten eine positive Prognose.

Dass es bei diesen Zahlen zu keinen größeren Veränderungen gekommen ist, ist vor dem Hintergrund bemerkenswert, dass für Verkehrs- und Strafragestellungen seit 2011 keine Kurse nach §70 FeV mehr angeordnet werden, da für diese Kurse keine ausreichende Wirksamkeit nachgewiesen werden konnte. Hier wäre zu erwarten gewesen, dass der Anteil negativer Prognosen bei Verkehrs-/Strafragestellungen zugenommen hätte und zwar um denjenigen Anteil, der zuvor auf Kursempfehlungen bei diesen beiden Fragestellungen gefallen ist, weil eine Nachschulungs- also Kursempfehlung als negative Prognose im Sinne des Begutachteten gilt. Bei näherer Betrachtung zeigt sich hier ein anderes Bild: Der Anteil derjenigen Begutachteten (mit Verkehrs- und/oder Strafragestellung), die im Jahre 2010 noch eine Nachschulungsempfehlung erhielt, verteilte sich nach Einstellung des Angebotes von §70-Kursen für verkehrsauffällige Kraftfahrer in etwa zur einen Hälfte auf positive Prognosen und nur zur anderen Hälfte auf negative Prognosen.

### **3. Die Gruppe der Verkehrs-/Straftäter: Verkehrstherapeutische Relevanz der neuen V-Hypothesen**

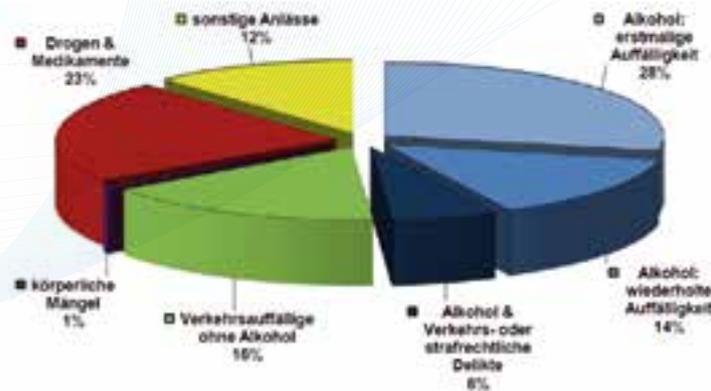
Das Besondere an dieser Gruppe der verkehrs- und strafrechtlich Auffälligen ist, dass sie einerseits zwar vergleichsweise klein ist, dass von ihr andererseits aber ein beträchtliches Gefährdungspotenzial ausgeht. So hat Schade (Zeitschrift für Verkehrssicherheit, 2005) in einer Untersuchung mit großer Stichprobe gezeigt, dass von Personen mit Punkten im damaligen Verkehrszentralregister in Flensburg ein erhebliches Verkehrsrisiko ausgeht, innerhalb von 12 Monaten mit Unfällen, grob gefährdendem Verhalten oder groben Verkehrsverstößen aufzufallen. Dabei ist für die Prognose die Anzahl der Verstöße entscheidend und weniger die Art der Verstöße oder die dafür vergebenen Punkte. Groß und Nedopil weisen im Jahre 2005 in einer Literaturanalyse auf die sehr hohe Rezidivrate bei Straßenverkehrsdelikten von über 50 Prozent (bezogen auf einen Zeitraum von 2 bis 6 Jahren) hin.

Bei strafrechtlichen Auffälligkeiten mit Hinweisen auf ein hohes Aggressionspotential ist von einem hohen Zusammenhang aggressiven Verhaltens und psychischen Störungen auszugehen. So ist entsprechend DSM-IV-TR bzw. DMS-V aggressives Verhalten ein wichtiges diagnostisches Kriterium für zugrundeliegende psychische Erkrankungen. Von einer erhöhten Aggressionsbereitschaft ist bei psychischen Erkrankungen mit Substanzmissbrauch wie Psychosen und anderen psychischen Erkrankungen auszugehen. Hier tritt bei bis zu 40% der Erkrankten aggressives bzw. gewalttätiges Verhalten auf (Steadman, 1998 aus Nedopil, 2013). Auffällig ist hier, dass eine Kategorie „andere psychische Erkrankungen“ aufgeführt ist, in der offensichtlich verschiedenste psychische Störungen zusammengefasst sind, die jede für sich genommen einen zu kleinen Anteil ausmachen würde, um statistisch relevant abgebildet werden zu können. Dies ist ein weiterer Hinweis auf die Heterogenität der zugrundeliegenden Störungen, mit denen der Gutachter in der Begutachtung konfrontiert wird. Nach Hypothese V4 ist

– wie oben bereits erwähnt – im Rahmen der verkehrsmedizinischen Untersuchung zu prüfen, ob die straf- oder verkehrsrechtlichen Auffälligkeiten im Zusammenhang mit einer psychiatrischen, neurologischen oder körperlichen Störung stehen. In der Weiterentwicklung der Beurteilungskriterien sollte diesem Aspekt zukünftig noch mehr Aufmerksamkeit zukommen.

Das Bild des „klassischen“ Punktetäters wird durch die Neuauflage der Beurteilungskriterien und die dortigen V-Hypothesen relativiert, weil hier deutlich wird, dass die sehr unterschiedlichen verkehrs- und strafrechtlichen Auffälligkeiten und ihre unterschiedlichen Kombinationen keinem einheitlichen (Erklärungs-)Muster folgen. Dieser Tatsache werden die neuen V-Hypothesen gerecht, indem sich mit ihrer Hilfe das sehr breite Spektrum zugrundeliegender Problematiken beschreiben lässt. Dies reicht von denjenigen Personen mit problematischen Fahrverhaltensgewohnheiten, die aufgrund dieser sowie aufgrund von Fehleinstellungen gegenüber Regelbeachtung und einer verminderten Anpassungsbereitschaft die Auffälligkeiten begangen haben (V3). Am anderen Ende dieses Spektrums stehen Personen, bei denen von einer generalisierten Störung der emotionalen und sozialen Entwicklung als Grundlage für die Auffälligkeiten auszugehen ist (V3), also von einer sehr schwerwiegenden Problematik, die oftmals den Bereich der Gesamtpersönlichkeit betrifft.

Das vor diesem Hintergrund viel zu kurz greifende Bild des „typischen“ Punktetäters, das im Übrigen oftmals auch auf Seite der Betroffenen anzutreffen ist („Ich habe ja nur zu viele Punkte“), kann somit nicht aufrechterhalten werden. Es ist vielmehr eine genaue verkehrspsychologische und ggf. verkehrsmedizinische Differenzialdiagnostik und individuelle Bedarfsanalyse im Vorfeld einer möglichen therapeutischen Maßnahme erforderlich, um entscheiden zu können, welches verkehrstherapeutische Vorgehen im Einzelfall angezeigt ist und ob ggf. auch eine langfristig angelegte Psychotherapie erforderlich ist. Ob und inwieweit standardisierte Gruppenangebote jeder dieser oft sehr individuellen Problematiken ausreichend gerecht werden können, ist angesichts der großen Individualität und Streubreite der zugrundeliegenden Ursachen von Verhaltensauffälligkeit



Die Verteilung der Untersuchungsanlässe im Jahr 2014  
(herausgegeben von der Bundesanstalt für Straßenwesen)

ten und der gleichzeitig geringen Zahl der Betroffenen fraglich. Jedenfalls besteht hier weiterer erheblicher Entwicklungs-, Forschungs- und Diskussionsbedarf.

#### 4. Erfahrungen mit der Anwendung der Hypothesen V1, V2 und V3

In der gutachterlichen Praxis bereitet die eindeutige Zuordnung des zu Begutachtenden zu einer der drei V-Hypothesen immer wieder Schwierigkeiten. Dies liegt zum einen daran, dass die Grenzen zwischen den drei V-Hypothesen teilweise fließend sind. So finden sich gleiche bzw. zumindest sehr ähnliche Formulierungen in den Kriterien unterschiedlicher Hypothesen, zwischen denen daher keine klare Abgrenzung möglich ist, (z. B. „geringe Frustrationstoleranz“ in Hypothese V2 und „unzureichende Frustrationstoleranz“ in Hypothese V1; „Beteiligung von Delikten unter Alkohol- oder Drogeneinfluss“ in V2 und wiederholte Auffälligkeiten „unter Einfluss von Alkohol oder Drogen“ in V1; vermehrte „impulsiv-aggressive“ Verhaltensweisen im Straßenverkehr in V2 und „impulsiv-aggressive Handlungen oder Gefühlsäußerungen“ in V1 ). Zum anderen zeigen sich in der Realität aber sicherlich auch „Mischbilder“, wenn etwa Kriterien aus unterschiedlichen Hypothesen erfüllt werden. Die Kategorisierung, die mit der Einteilung in die drei V-Hypothesen vorgenommen wird, kann also lediglich eine Annäherung an die tatsächlichen Gegebenheiten darstellen. Wünschenswert ist eine wissenschaftliche Auswertung der Anwendung dieser Hypothesen in der medizinisch-psychologischen Begutachtung, um auf dieser Grundlage die Beurteilungskriterien weiterzuentwickeln.

Bisher existiert keine trägerübergreifende statistische Auswertung über die diagnostische Zuordnung zu den drei Hypothesen bei straf- und verkehrsrechtlichen Auffälligkeiten. Die Erfahrung aus unserer Begutachtungspraxis zeigt, dass die Diagnose der Hypothese V1 in nur sehr wenigen Fällen gestellt wird. Eine große Gruppe der Begutachteten wird der Hypothese V2 zugeordnet, in der sich „Mischbilder“ von straf- und verkehrsrechtlichen Auffälligkeiten befinden, während der Hypothese V3 wiederum nur vergleichsweise wenige Begutachtungsfälle zugeordnet werden.

Ein weiterer Punkt, in dem eine Systematisierung und Weiterentwicklung erforderlich scheint, betrifft die Ausführungen zu den Interventionsmaßnahmen. So ist in der aktuellen Neuauflage der Beurteilungskriterien lediglich im Rahmen der Hypothese V2 davon die Rede, dass die Interventionsmaßnahme (zur Schaffung der persönlichen Voraussetzungen) „fachlich angemessen“ und „vollständig“ absolviert wurde. Im Rahmen der anderen beiden V-Hypothesen ist nichts dergleichen erwähnt, was die Qualität einer möglichen Intervention betrifft. Allerdings wird bezüglich der Einsichtsbildung in die Hintergründe und Zusammenhänge der eigenen Verhaltensproblematik und der früheren Vergehen auf eine „in der Regel“ stattgefundenen therapeutische (Hypothese V1) beziehungsweise verkehrspsychologische (Hypothese V3) Unterstützung verwiesen. Weshalb eine solche durchgeführte Maßnahme im Vorfeld der MPU im Rahmen der V2 nicht erscheint, ist nicht ersichtlich. Es bestehen hier also noch deutliche Ungleichgewichte, deren Hintergrund nicht nachvollzogen werden kann.

Unklar bleibt auch, nach welchen Kriterien die „fachliche Angemessenheit“ beurteilt werden soll. Bisher gibt es keine allgemein gültige Festlegung von Qualitätsstandards in der Verkehrstherapie, auf die sich eine solche Prüfung beziehen könnte. Fraglich ist zudem, ob überhaupt im Rahmen von medizinisch-psychologischen Begutachtungen Maßnahmen selbst hinsichtlich ihrer fachli-

chen Qualität bewertet werden sollten, da die individuelle Verhaltensänderung im Mittelpunkt der Begutachtung steht und weniger der Weg, über den diese Verhaltensänderung erreicht wurde. Aus gutachterlicher Sicht stellen die inhaltliche Auseinandersetzung, der Aufbau eines umfassenden Problembewusstseins und nachhaltige und stabile, auf einer inneren Motivation beruhende Veränderungen entscheidende Kriterien für eine positive Verkehrsprognose dar.

In der Regel spielt die Bewertung medizinischer Befunde bei Straf- und Verkehrsfragestellungen im Unterschied zu den Alkohol- und Drogenfragestellungen eine geringere Rolle, auch wenn – wie oben dargelegt – auch die Kriterien und Indikatoren der Hypothese V4 noch differenzierter entwickelt werden sollten. Das psychologische Untersuchungsgespräch ist bei Straf- und Verkehrsauffälligkeiten in der Regel die einzige Untersuchungsmethode, um entscheidungsrelevante Befunde zu erheben. Eine fachliche Diskussion über den Einsatz von psychologischen Testverfahren zur Erfassung von verkehrsspezifischen Persönlichkeits- und Einstellungsfaktoren könnte zu einer Erweiterung der Untersuchungsmethoden führen.

Im Übrigen ist hier eine weitere Ungleichgewichtung in den Beurteilungskriterien auffällig, die wenig nachvollziehbar ist. Das Kapitel über die Durchführung des psychologischen Untersuchungsgesprächs (Hypothese PUG) fristet im Vergleich zum Kapitel zu den chemisch-toxikologischen Untersuchungen (Hypothese CTU) auch in den Beurteilungskriterien selber eher ein Randdasein. Daher wäre es aus psychologischer Perspektive wünschenswert, wenn im 8. Kapitel („Untersuchungsmittel“) die Ausführungen zum psychologischen Untersuchungsgespräch als Untersuchungsmittel, die sich ganz am Ende des über 350 Seiten starken Werkes finden, gemäß seiner zentralen Bedeutung bei der Begutachtung stärker in den Fokus gerückt würde. Damit würde möglicherweise die Aufmerksamkeit mehr auf diesen Bereich gerichtet und die scheinbar zentrale Bedeutung der Abstinenznachweise relativiert werden.

Ein weiterer zentraler Aspekt betrifft die Einordnung der straf- und verkehrsrechtlichen Begutachtungen in die Struktur der jetzigen Gebührenordnung im Straßenverkehr (GebOst). Im Vergleich zu anderen Begutachtungsanlässen ist die Gebühr für die straf- und verkehrsrechtliche Begutachtung geringer. Dies wird dem hohen Aufwand und den hohen Anforderungen der



Begutachtung von Verkehrs- und Strafauffälligkeiten in keiner Weise gerecht. Der hohe Aufwand beginnt mit einer vielfach sehr aufwändigen und zeitintensiven Aktenanalyse mit beispielsweise der Sichtung und Wiedergabe wesentlicher Passagen aus Gerichtsurteilen, der Wiedergabe von genauen Tatverläufen oder bei „Punktetättern“ der Wiedergabe von vielen unterschiedlichen Anlasstatbeständen. Weiter fordern die umfangreiche und oft schwierige Hypothesenbildung zur Vorbereitung der Begutachtungsgespräche und nicht zuletzt die Begutachtung selbst mit ihren entsprechend hohen fachlichen Anforderungen an den Gutachter und dessen Gesprächstechnik einen enormen zeitlichen, fachlichen und damit auch immer höheren finanziellen Aufwand. Auch hier spiegelt sich möglicherweise die Ungleichgewichtung in der Bedeutung der verkehrspsychologischen Befunderhebung im Vergleich zu der verkehrsmedizinischen (laborchemischen) Befunderhebung wieder, was einer dringenden Korrektur bedarf. Die Gebühr für straf- und verkehrsrechtliche Begutachtungen muss vor diesem Hintergrund im Vergleich zu den anderen Begutachtungsanlässen strukturell angeglichen werden.

Im Vergleich zu anderen psychologischen Sachverständigentätigkeiten, beispielsweise im Bereich familienrechtlicher Begutachtungen, ist insgesamt die Höhe der Gebühr bei medizinisch-psychologischen Begutachtungen deutlich zu niedrig, was unter anderem zu erheblichen Problemen bei der Personal- und Nachwuchsfindung führt. Im Bereich der straf- und verkehrsrechtlichen Begutachtungen kommt diese eklatante Unterfinanzierung in verschärftem Maße zum Tragen.

## 5. Ausblick und Weiterentwicklung

Die nun in der 3. Auflage der Beurteilungskriterien durchgeführte und vorgelegte detaillierte Ausdifferenzierung der V-Hypothesen stellt eine wichtige und logische Fortführung der Gesamtsystematik der Beurteilungskriterien dar und ist in diesem Sinne sehr positiv zu werten. Es bedarf nun weiterer Forschungsarbeit.

Grundlage dieser weiteren Forschungsarbeit sollte die Auswertung der V-Hypothesen in der Begutachtungspraxis und in der Praxis der Verkehrstherapie sein. Insbesondere im Bereich der Straf- und Verkehrsauffälligkeiten sollte ein enger und ständiger Austausch zwischen Verkehrstherapeuten und verkehrspsychologischen Gutachtern gewährleistet werden. Besonders Fallbesprechungen aus der gutachterlichen und aus der verkehrstherapeutischen Perspektive sind hier ein fruchtbares Instrument. Eine trägerübergreifende, systematische Auswertung der bisherigen Erfahrungen bei der Anwendung der neuen V-Hypothesen ist wünschenswert, um beispielsweise wiederkehrende Anwendungsschwierigkeiten zu diskutieren und dementsprechende Verbesserungen auf den Weg zu bringen.

In den Beurteilungskriterien werden mögliche Formulierungen für Anordnungen auch für verkehrs- und/oder strafrechtliche Anlässe genannt. Insbesondere bei verkehrs- oder strafrechtlich veranlassten Begutachtungen zeigt sich bundesweit eine große Varianz der Anordnungspraxis und der Formulierungen der Fragestellung an den Gutachter. Da die Begutachtung wesentlich durch die Formulierungen der behördlichen Fragestellung bestimmt wird, ist aus gutachterlicher Sicht auch im Sinne einheitlicher Grundlagen und Standards in der Fahreignungsbegutachtung eine Vereinheitlichung der Fragestellungen und damit auch eine Fortsetzung der Initiativen wünschenswert, wie sie zum Beispiel bereits im Rahmen einer Arbeitsgruppe zur „MPU- Reform“ stattgefunden haben.





## Anekdoten

Eine Klientin mit einer Trunkenheitsfahrt im sehr hohen Promillebereich wurde über die Notwendigkeit informiert, zukünftig abstinenter zu leben. Als sehr eigenständige und durchaus auch eigenwillige Frau stand sie dieser Idee sehr ablehnend gegenüber. „Ich will mir das nicht vorschreiben lassen. Wieso wollen andere, dass ich nichts mehr trinke?“ Es benötigte einige Sitzungen, dieses Thema immer wieder zu erörtern, die Klientin blieb aber dabei: „Das lasse ich mir nicht vorschreiben!“. Eines Tages kam sie dann freudestrahlend in die Praxis. „Hallo Frau Pruß. Ich muss Ihnen was erzählen. Ich habe es geschafft. Ich habe mich jetzt entschieden.“ Ich habe mich am Wochenende dazu entschieden keinen Alkohol mehr zu trinken. Was bin ich froh über diese Entscheidung. Und dann habe ich mir erst mal darauf ein Glas Wein gegönnt und die Entscheidung gefeiert...

Eine Klientin hat das Ende des Abstinenznachweiszeitraumes auf der Kirmes mit Freunden und vielen „Bierchen“ gefeiert.

Ein junger Klient, der mit einer hohen Promillezahl auffällig geworden ist, beschreibt den Hergang der Trunkenheitsfahrt. „Ich hatte mir überlegt, mit dem Fahrrad zur Party zu fahren, damit ich nicht in Gefahr komme alkoholisiert Auto zu fahren. Bin also mit dem Rad zu Party gefahren. Und das Nächste was ich innere, als ich wieder zu mir kam, war die Polizei neben meinem Auto. Ich saß am Lenkrad und mein Fahrrad lag hinten im Kofferraum...

Frage an einen Klienten: „Warum sind sie denn damals in dieser Situation so viel schneller als erlaubt gefahren?“  
„Also ich war ja zuerst in der Waschanlage. Das Auto war noch nass und dann bin ich eben so schnell gefahren, damit das Auto trocknen kann.....“

## Anschriften aller PRO•NON Praxen

### **PRO•NON Praxis Alzey**

Ernst-Ludwig-Straße 22, 55232 Alzey

**Dipl.-Psych. Jens Abraham**

Tel. 06731-941347

**Dipl.-Psych. Birgit Abraham**

e-mail: pronon-abraham@web.de

### **PRO•NON Praxis Bingen**

Veronastr. 10, 55114 Bingen

**Dipl.-Psych. Jens Abraham**

Tel. 06731-941347

**Dipl.-Psych. Sabine Konirsch**

e-mail: pronon-abraham@web.de

### **PRO•NON Praxis Bremen**

An der Weide 33, 28195 Bremen

Tel. 0421-3649211

**Dipl.-Psych. Hinrich Albers**

e-mail: pronon-albers@gmx.de

### **PRO•NON Praxis Dortmund**

Märkische Straße 50, 44141 Dortmund

Tel. 0172-2777022

Unna Zentrum (Termine über 0172-2777022)

**Dipl.-Psych. Sylvia Pruß**

e-mail: pruss@pro-non.info

### **PRO•NON Praxis Düsseldorf**

Weststr. 36, c/o P. Pies, 40597 Düsseldorf

Tel.: 0179-124 33 90

**Dipl.-Psych. Andreas Lehmann**

e-mail: lehmann@pro-non.de

**PRO-NON Praxis Essen**  
(Geschäftsstelle)  
Dipl.-Psych. Andreas Lehmann

Provesthöhe 3, 45257 Essen  
Tel. 0201-8486948 u. 0179-124 33 90  
e-mail: lehmann@pro-non.de

**PRO-NON Praxis Solingen**  
Dipl.-Psych. Andreas Lehmann

Mankhauserstr. 1, c/o P. Pies, 42699 Solingen  
mobil: 0179-1243390  
e-mail: lehmann@pro-non.de

**PRO-NON Praxis Wiesbaden**  
Dipl.-Psych. Jens Abraham  
Dipl.-Psych. Sabine Konirsch

Adolfsallee 33, 65185 Wiesbaden  
Tel. 0611-375470  
Tel. 06731-941347  
e-mail: pronon-abraham@web.de

**PRO-NON Praxis Wuppertal**  
Dipl.-Psych. Andreas Lehmann

Hofaue 51, 42103 Wuppertal, c/o VTP R. Holz  
mobil: 0179-1243390  
e-mail: lehmann@pro-non.de

**PRO-NON Praxis-Zeven**  
Dipl.-Psych. Hinrich Albers

Ahof 4, 27404 Zeven (Wiersdorf)  
Tel. 04281-951293  
e-mail: pronon-albers@gmx.de

Besuchen Sie uns auch im Internet unter [www.pronon.de](http://www.pronon.de)





PRO-NON

VERKEHRSPSYCHOLOGISCHE BERATUNG  
UND THERAPIE E.V.