

A counselling model for drunk drivers

Key words

Drunk drivers, intervention programme, motivational interviewing

Abstract

Aim: The presentation and evaluation of a counselling concept for drunk drivers, which is based in the principles of »motivational interviewing« and »theme-focused interaction«. **Method:** A written survey of all participants in the counselling sessions. **Results:** 40% of the participants became abstinent. Those who had resumed drinking drank a reduced quantity of alcohol. 84,3% had passed the test for regaining their driving privileges. **Conclusion:** GHM is an efficient and successful brief motivational therapy for drivers with drinking problems.

► Michael Hemberger¹

Ein Beratungsmodell für alkoholauffällige Verkehrsteilnehmer/innen

Schlüsselwörter

Alkoholauffällige Kraftfahrer, MPU-Beratung, Motivierende Gesprächsführung

Zusammenfassung:

Ziel: Vorstellung und Evaluation eines Beratungskonzeptes für Trunkenheitsfahrer, das auf den Prinzipien der »Motivierenden Gesprächsführung« und der »Themenzentrierten Interaktion« basiert. **Methode:** Schriftliche Befragung aller Kursteilnehmer. **Ergebnis:** 40 % aller Teilnehmer lebten im Anschluss abstinent. Diejenigen, die wieder angefangen hatten Alkohol zu trinken, hatten die Menge reduziert. 84,3 % wurden bei der nächsten MPU positiv begutachtet. **Schlussfolgerung:** Das Beratungskonzept ist eine effektive und erfolgreiche motivationale Kurzzeit-Therapie für Fahrer mit Alkoholproblemen.

Einführung

Die Begutachtungsleitlinien Kraftfahrereignung (BAST, 2000) gehen davon aus, dass eine Blutalkoholkonzentration (BAK) über 1,5‰ die Annahme chronischen Alkoholkonsums mit einem besonderen Gewöhnungsmerkmal rechtfertigt. Wissenschaftliche Untersuchungen kommen zu dem Schluss, dass die Rückfallgefährdung bei dieser Zielgruppe nicht nur in bezug auf die korrekte Trennung von Trinken und Fahren, sondern vor allem in bezug auf weiteren exzessiven Alkoholkonsum als besonders hoch zu prognostizieren ist, weil ein Prozess der Verfestigung von alkoholorientierten Verhaltensgewohnheiten in der Regel zu einer Einstellungs- und Persönlichkeitsveränderung geführt hat (Lewrenz et al., 2002, Stephan, 1995, 1996). Für eine positive Fahreignungsprognose ist eine ausreichende Änderung des Alkoholtrinkverhaltens, bei der weitaus größten Anzahl der zu Begutachteten stabile Abstinenz (in der Regel 1 Jahr, mindestens jedoch 6 Monate), erforderlich (BAST, 2000).

¹ Beratungsbüro Hemberger
Beratung und Schulung im Verkehr

Alkoholauffällige Kraftfahrer, die sich einer Medizinisch-Psychologischen Eignungsuntersuchung (MPU) unterziehen müssen, sind sich allerdings in der Regel ihrer Alkoholgefährdung oder einer bereits vorhandenen Suchtproblematik kaum bewusst. Sie kommen mit einem »Führerscheinproblem« in die Beratung. Ein großer Teil von ihnen bringt ein negatives Gutachten mit, in dem häufig auch verkehrspsychologische Therapiemaßnahmen empfohlen werden. Durch den Entzug der Fahrerlaubnis fühlen die meisten sich ungerecht behandelt, vom Straßenverkehr ausgegrenzt und in bezug auf das Thema Alkohol stigmatisiert. In der MPU erlebt sich der Trunkenheitsfahrer in einer »beichteähnlichen« Situation, in der sein »schuldhaftes« Verhalten nochmals (nach einigen vorherigen peinlichen Situationen bei der Polizei, den Behörden, dem Gericht, aber vor allem in seiner Familie) Gegenstand psychologischer Betrachtung und amtlicher Entscheidung ist. Die allgemein bekannt schlechten Begutachtungsprognosen oder ein negatives Gutachten veranlassen ihn, Beratung anzunehmen, um den »Idiotentest« zu bestehen. Die in der Regel nur sehr geringe Problemeinsicht führt dazu, dass die Zielgruppe als schwierig und kaum therapiemotiviert angesehen wird (vgl. auch Stetter, 2000).

Beschreibung des Interventionskonzeptes

Das vom Verfasser entwickelte ambulante Beratungskonzept (GHM) für alkoholauffällige Kraftfahrer nutzt die führerscheinorientierte Motivation der Betroffenen quasi als »Trojanisches Pferd«, um zu einer Neuorientierung in bezug auf das Trinkverhalten und der Einstellung zum Alkohol zu führen. Grundsätzlich ist Abstinenz die Zielsetzung, da dies für die Betroffenen angesichts des durch hohe BAK deutlich gewordenen Kontrollverlustes der einfachste Weg ist.

Das Interventionskonzept untergliedert sich in drei Phasen (Abb. 1):

Phase 1: *Orientieren und erkennen, die Situation bilanzieren*
7–9 Sitzungen Einzelberatung (7–14tägig).

Das an den Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 1999) orientierte Einzelgespräch bildet den Kern einer intensiven Motivationsarbeit. Mittels offener Fragestellungen zum Trinkverhalten – ohne Vorhaltungen und Beweisführungen! – wird eine vertrauensvolle Atmosphäre angestrebt, in der keine Konfrontation gesucht wird, Diskrepanzen jedoch aufgezeigt werden. In dieser Phase treten vielfach Abwehr und Blockaden auf. Ein weiteres Grundprinzip ist es, die Klienten auf ihre neue Wahrnehmung der jetzt alkoholfreien Lebensweise anzusprechen und so die Selbstwirksamkeit von Abstinenz zu fördern.

Phase 2: *Mit anderen sprechen, sich austauschen*
5 Gruppenabende mit je 120 Min. in 5 Wochen.

In der Dialogphase beginnt der Klient, über sein Problem mit anderen Betroffenen zu sprechen. Indem er sich anderen mitteilt, erlebt er die Aufhebung seiner Isolation. Er kann seine mit der Lage anderer vergleichen und seine Einschätzung zum früheren Trinken und seine heutige Einstellung zur Abstinenz überprüfen. Er begreift, dass er nicht alleine ist und dass Gleichbetroffene für ihn als Feedbackpartner wichtig sind. Der Gruppenprozess orientiert sich an den Prinzipien der Themenzentrierten Interaktion (Cohn, 1997). An 5 Abenden sind 5 Themen vorgegeben, die die Gruppe (oft in Teilgruppen) selbst erarbeitet, reflektiert und Ergebnisse darstellt.

Phase 3: *Die Abstinenz vertiefen und ggf. begleiten*
2–6 Sitzungen Einzelberatung (ggf. 1 x monatlich begleitend).

In der Vertiefungsphase kann der Klient noch einmal tiefergehend schwierigere Problemstrukturen, die hinter seinen früheren Trinkgewohn-

heiten standen und die ihm durch die Dialogphase bewusst wurden, bearbeiten. Einige Klienten suchen in dieser Phase den Kontakt zu den Selbsthilfegruppen und erleben sich selber mit der gleichen Thematik nochmals in einer anderen Gruppe, unabhängig vom Führerschein.

Empirische Ergebnisse zur Effektivität des Interventionskonzeptes Beschreibung der Untersuchung

Angeschrieben wurden alle 167 Kursteilnehmer, die zwischen dem 01.01.98 und dem 31.12.01 beraten wurden. Der Versand der Fragebögen erfolgte am 25.03.2002, Einsendeschluss für die Rückantworten war der 30.04.2002. 153 Klienten wurden postalisch erreicht. Von diesen haben 93 geantwortet. Dies ergibt eine Ausschöpfungsquote von 55,7 %. Im Mittel lag das Beratungsende der Befragten ca. 23 Monate zurück.

Das Auswertungsdesign war konservativ, d. h., eine fehlende Rückantwort wurde als rückfällig bzw. wieder trinkend gewertet. Die postalisch nicht erreichten Klienten (n = 14) wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt. Bei etwa 25 % der Teilnehmer/innen wurde eine Suchtproblematik (ICD-10, F10.2) festgestellt. Bei allen anderen ist von schädlichem Gebrauch (ICD-10, F 10.1) auszugehen.

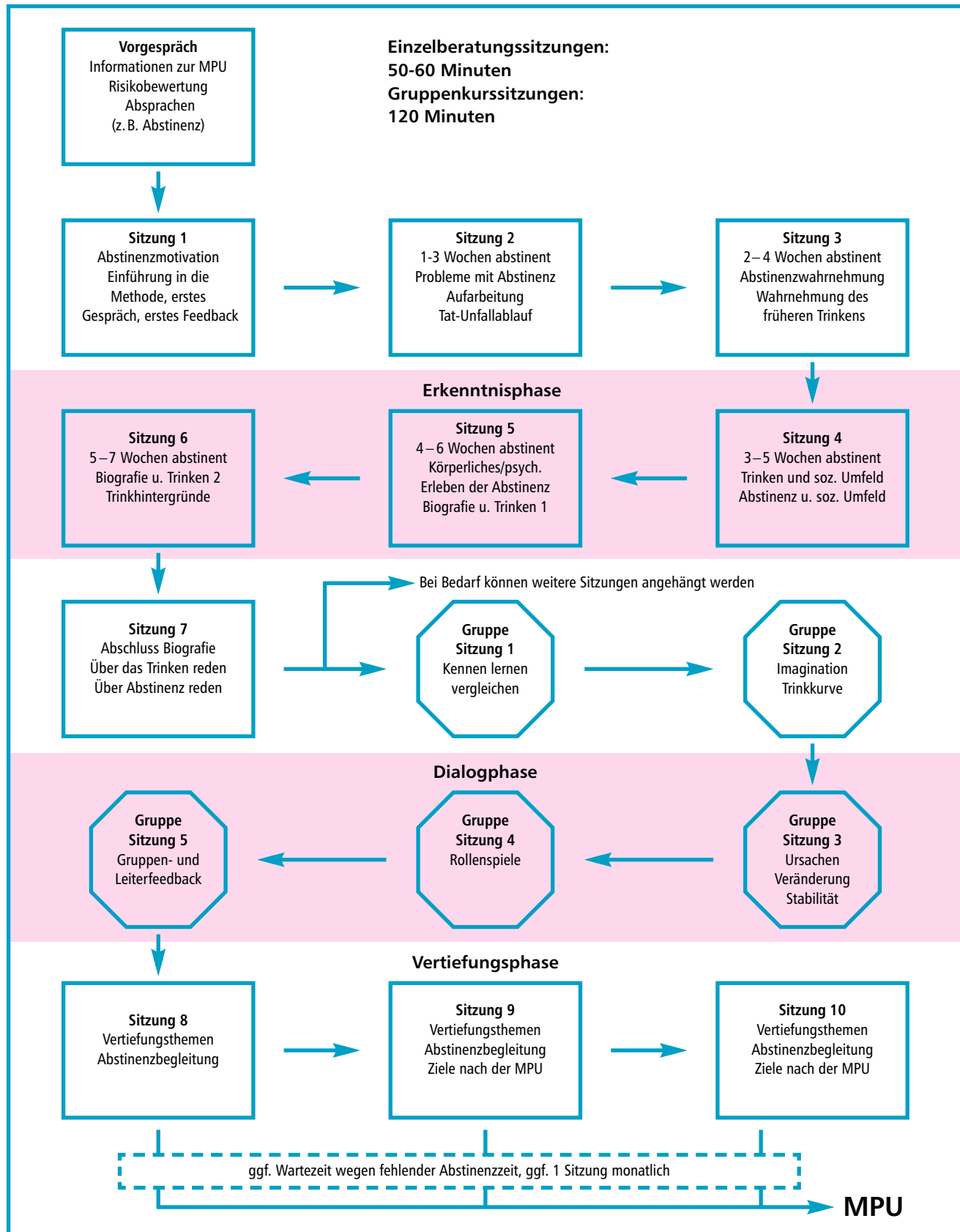
Ergebnisse Verteilung der Blutalkoholkonzentration bei der relevanten Trunkenheitsfahrt

47 von 93 Antwortern hatten eine Promillezahl ab 2,0‰ und größer (Abb. 2). Überraschend hoch dabei ist der Anteil derjenigen mit 2,2‰ und mehr ‰ (n=27). Sie machen insgesamt 29 % von den 93 Antwortern aus. Probanden mit einer BAK zwischen 2,0–2,19‰ sind insgesamt am stärksten vertreten (n=20).

Beratungsdauer in Relation zur BAK

Die Beratungsdauer ist im Zusammenhang mit der BAK unterschiedlich. Klienten mit einer BAK bis 2,19‰

Abbildung 1: Verlauf eines Beratungsprozesses



haben im Durchschnitt die Beratung unterhalb von 5 Monaten abgeschlossen. Betroffene mit einer BAK zwischen 2,2 und 2,5‰ brauchten 6,5 Monate, Betroffene mit einer BAK höher als 2,5‰ weisen einen Beratungszeitraum von 8 Monaten und mehr auf.

Die Anzahl der Einzelberatungssitzungen unterscheidet sich dagegen nur geringfügig. Dies erklärt sich damit, dass diese Probanden aufgrund des größeren Problemdrucks besser zum Besuch von Selbsthilfegruppen zu motivieren waren.

MPU-Ergebnisse

Alle MPU-Ergebnisse waren durch Rückmeldungen bzw. telefonische Rückfrage bereits vor der Umfrage bekannt, so dass hier eine Auswertung aller erreichten Kursteilnehmer erfolgen konnte. Von den 153 erreichten Kursteilnehmern haben 84,3% (n=129) die 1. MPU positiv abschließen können. 15,7% (n=24) benötigten eine 2. MPU.

Vergleicht man die MPU-Ergebnisse mit den von Ehret (1996) ermittelten Begutachtungsquoten für verschiedene Hilfeangebote vor der MPU (Tab. 1), so zeigt sich für die Teilnehmer des hier dargestellten Beratungskonzeptes (GHM) eine hohe MPU-Positivquote. Sie wird nur noch von stationären Rehabilitationsmaßnahmen (91,3%) übertroffen.

Trinkverhalten/Abstinenz

Zum Stichtag der Befragung waren 61 Befragte (39,9%) abstinent, 32 (20,9%) gaben an, wieder zu trinken und 60 haben nicht geantwortet. Bewertet man nur die Rückantworten (n=93), sind 65,6% (n=61) abstinent und 34,4% (n=32) nicht abstinent. Die Dauer der Abstinenz variierte hierbei von 9 bis 48 Monaten mit einem Mittel von knapp 2 Jahren (22,4 Monate).

Vergleicht man die Abstinenzquoten nach Altersgruppen, so ist bei den alkoholauffälligen Kraftfahrern bis 40 Jahre der Anteil der Abstinenten mit 27,1% deutlich geringer als in der Ge-

samtgruppe (39,9%; Abbildung 3). In den älteren Gruppen nähert sich die Abstinenzquote der 50% Marke.

Diskussion

Es gibt nur wenige Wirksamkeitsstudien, die sich mit dem Trink- und Abstinenzverhalten von alkoholauffälligen Kraftfahrern nach einer abgeschlossenen Therapie / Verkehrstherapie und einer danach erfolgten Medizinisch-Psychologischen Eignungsuntersuchung auseinandersetzen. Die 5-Jahreskatamnese von Scheucher et al. (2002) mit einer Abstinenzquote von 35,5% kann nur bedingt zum Vergleich herangezogen werden, da in dieser Studie nur die eingegangenen Fragebogen Berücksichtigung fanden. Wenn man bei Scheucher et al. (2002) alle Nichtantworten als rückfällig bewerten würde, wäre eine nur etwa 20%ige Abstinenzquote – im Vergleich zu fast 40% in dieser Studie – zu verzeichnen. Auch aus den Suchtberatungsstellen liegen keine Ergebnisse über die Abstinenzhaltung von Teilnehmern der Informationskurse für alkoholauffällige Kraftfahrer vor. Evaluationsstudien zu Rehabilitationskursen mit Rechtsfolge beschränken sich auf die Darstellung der Legalbewährung (z. B. Maukisch et al., 2000). Aussagen zur Abstinenzhaltung nach der MPU waren dort nicht vorgesehen.

Die Ergebnisse zum Abstinenzverlauf der Teilgruppe im Alter bis zu 40 Jahren sind allerdings eher ermutigend: Fast 73% dieser Altersgruppe haben innerhalb von 2 Jahren die Abstinenz wieder aufgegeben, es handelt sich also eher um eine Trinkpause. Inwieweit sie zu einem sozialadäquaten Alkoholkonsum kommen konnten und diesen auch zeitlich unbefristet praktizieren, ist wissenschaftlich umstritten und war mittels der hier auszugswise dargestellten Datenerhebung und den in dieser Studie angewendeten empirischen Kriterien nicht überprüfbar. Die Tatsache, dass von den 32 Rückantworten der wieder Trinkenden nur 2 angaben, Alkohol wieder so zu konsumieren wie vor dem Entzug der Fahrerlaubnis, zeigt, dass

Abbildung 2: Verteilung der BAK (Blutalkoholkonzentration)

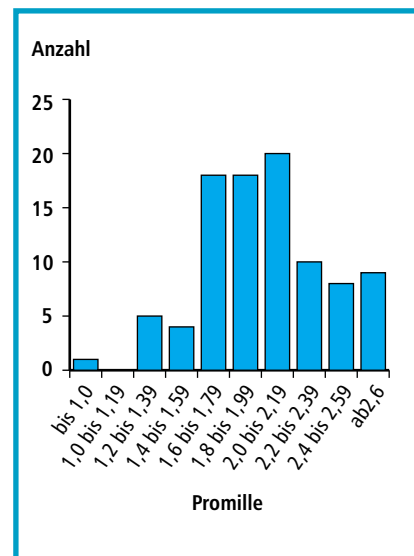
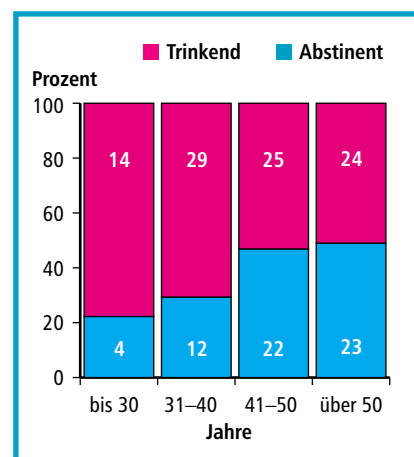


Tabelle 1: Gutachtenquoten nach Ehret (1996)

	Gutachten positiv
Keine Intervention	23,0%
Nur Besuch von Selbsthilfegruppen	45,2%
Suchtberatung	59,0%
Niederbayr. Beratungskonzept (Modell Freyung)	69,6%
Reha	91,3%
GHM	84,3%

Abbildung 3: Verteilung von Alkoholkonsum und Abstinenz nach Altersgruppen



sich das Trinkverhalten zumindest in ihrer subjektiven Wahrnehmung deutlich verbessert hat.

Literaturverzeichnis

- BAST (2000). Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung. *Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen*, M115, 40–43.
- Cohn, Ruth C. (1997). *Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ehret, J. (1996). Das Niederbayrische Beratungskonzept. In B. Schlag (Hrsg.), *Fortschritte der Verkehrspsychologie* (S. 461 – 470). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag GmbH.
- Lewrenz, H., Heinemann, A. & Püschel, K. (2002). *Abhängigkeit, schädlicher Gebrauch, Trennungsproblematik, Blutalkohol*, 39, 290–294.
- Maukisch, H., Kannheiser, W. & Radwan, E. (2000). *Die Legalbewährung von alkoholauffälligen Kraftfahrern*, *Blutalkohol*, 37, 411–432.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1999). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Scheucher, B., Eggerdinger, C. & Aschersleben, G. (2002). Fünf Jahre danach – Welche überdauernden Veränderungen werden durch Verkehrstherapie für alkoholauffällige Kraftfahrer erreicht?, *Blutalkohol*, 39, 154–173.
- Stephan, E. (1996). Der Wunsch nach sozialer Anpassung als Determinante des Rückfalls bei alkoholauffälligen Kraftfahrern. In B. Schlag (Hrsg.), *Fortschritte der Verkehrspsychologie* (S. 503–511). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag GmbH.
- Stephan, E. (1995). Eignung, 1,6 Promille-Grenze und Abstinenzforderung, *DAR* 64, 41–49.
- Stetter, F. (2000). *Suchttherapie an der Schwelle der Jahrtausendwende*. Geesthacht: Neuland Verlag.

Danksagung

Dank an Prof. Dr. med. Friedhelm Stetter, der mich zu dieser Arbeit ermutigte, wichtige, grundlegende Hinweise gab und meinen Weg in die Veröffentlichung dieser Arbeit begleitete.

Michael Hemberger

1947 in Frankfurt am Main geboren.
 1974 bis 1977 Studium Sozialpädagogik, FH Darmstadt
 1978 bis 1993 Tätigkeit als Sozialpädagoge
 Seit 1995 selbständig in der Beratung von alkoholauffälligen Kraftfahrern.

Korrespondenzanschrift:

Michael Hemberger
 Beratungsbüro Hemberger
 Beratung und Schulung im Verkehr
 Bahnhofsplatz 6
 73525 Schwäbisch Gmünd
 Tel.+49 - 71 71 - 92 86 69
 hemberger-beratung@gmx.de
 www.mpu-beratung-ostalbkreis.de