

Ruth Born, Paul Brieler, Yvonne v. Mutzenbecher, Jörg-Michael Sohn:

## **„Kritische Anmerkungen aus therapeutischer Sicht zu den Beurteilungskriterien“**

### **Einleitung**

Die Beurteilungskriterien sollen als Quintessenz aus wissenschaftlichem Kenntnisstand und geronnener Erfahrung die gesicherte und verbindliche Basis gutachterlichen Handelns in der verkehrspsychologischen Fahreignungsbegutachtung darstellen. Sie sind daher, nach Freigabe durch den VdTÜV, als normatives Dokument durch die Akkreditierungsstelle Fahrerlaubniswesen bei der Bundesanstalt für Straßenwesen und damit als Grundlage für alle amtlich anerkannten Begutachtungsstellen für Fahreignung in Kraft gesetzt. Durch die Veröffentlichung werden die Beurteilungskriterien transparent. Damit sind die medizinisch-psychologischen Gutachten besser überprüfbar und ein fachlicher Diskurs wird überhaupt erst möglich. Somit besteht die Chance, im Rahmen der Weiterentwicklung dieser Kriterien eigene inhaltlich begründete Positionen einzubringen.

Unsere hier vorgestellte kritische Würdigung der Beurteilungskriterien ist eine vorläufige Bestandsaufnahme unserer Arbeitsgruppe, die sich aus Hamburger BNV-Mitgliedern zusammensetzt. Wir haben das Ziel, zu einem späteren Zeitpunkt eine umfassendere und einheitlichere kritische Stellungnahme zu den Beurteilungskriterien abzugeben.

### **Zum Menschenbild**

Die Beurteilungskriterien berufen sich auf keine der gängigen Persönlichkeitstheorien wie sie dem Behaviourismus, der Psychoanalyse oder der humanistischen Psychologie zu Grunde liegen. Auch formulieren die Autoren kein Menschenbild – dennoch werden - mehr zwischen den Zeilen - zwei unterschiedliche Menschenbilder deutlich. Ein vermutlich älteres und von den Vätern der Beurteilungskriterien herrührendes Menschenbild und ein neueres, das sich auf jüngere Abschnitte der Beurteilungskriterien bezieht (wie A 1.5 N oder A 3.3 K (von 1995), in dem auch Motive und Einstellungen als das Verhalten beeinflussende Aspekte benannt werden).

Wir haben uns mehr dem älteren Menschenbild zugewandt, da es mehr Einfluss auf die Formulierung der Beurteilungskriterien genommen hat und immer noch nimmt. Dieses Menschenbild weist eine hohe Affinität zur älteren Verhaltenstherapie auf und damit zum Black-Box-Modell von Anfang des letzten Jahrhunderts, bei dem innere Vorgänge so gut wie keine Rolle spielen. (z. B. Hypothese 2 spricht von „Lerngeschichte“, A 1.4N (5) von „Verhaltensstrategien“, A 2.6 K von „Verstärkern“, A 3.2 K von „Verhaltensorganisation“.)

Der Dreh- und Angelpunkt dieses Menschenbildes ist der vernunftbegabte, rationale Mensch der Aufklärung, der sich rational verhält und bei dem auf Grund seiner gut ausgebildeten Selbstkontrolle Gefühle/Affekte kaum eine und das Unbewusste gar keine Rolle spielen.

Etwas konkreter und **auf die Kriterien zur Alkoholfragestellung bezogen** heißt das, dass von erlerntem Verhalten gesprochen wird. Und gelerntes Verhalten kann sich ändern, sofern es der Selbstkontrolle unterliegt. Dabei ist „Selbstkontrolle“ der immer wieder verwendete zentrale Begriff.

Dieses Menschenbild lässt an das Theweleitsche Männerbild (Buch „Männerphantasien“) des soldatischen Mannes oder an preußische Tugenden denken und wirft die Frage auf, inwieweit hier nicht auch das ältere Menschenbild, dessen Ursprung in der Wehrmachtpsychologie verortet werden kann unterschwellig Eingang in die Beurteilungskriterien fand.

Das Problem ist nun für ein solch rationales Bild vom Menschen, dass (Stoff-) Abhängigkeit bzw. abhängiges Verhalten nicht/nicht mehr der Selbstkontrolle unterliegt (A 1.4 N (4)) und somit nicht geändert werden kann. Denn das ist das Schlimmste, was einem rationalen Menschen passieren kann: der Verlust der Selbstkontrolle. Hierdurch findet eine Zweiteilung auf vertikaler Ebene statt zwischen dem „guten“ Menschen, der Selbstkontrolle ausübt und dem „bösen“ Menschen, der über keine Selbstkontrolle verfügt.

Entsprechend bedroht (Stoff-) Abhängigkeit bzw. abhängiges Verhalten das rationale Menschenbild der Autoren und eine unbewusste Angst bzw. ein Erschrecken der Autoren vor der (Stoff-) Abhängigkeit bzw. abhängigem Verhalten wird deutlich. Denn der Süchtige ist nicht mehr in der Lage, rational zu handeln, bzw. Selbstkontrolle auszuüben. Der Süchtige ist hilflos ausgeliefert. Was und Wem? Etwas, das nicht mehr der rationalen Kontrolle unterliegt, also etwas Irrationalem, Verrücktem, Chaotischem – Allem, was unbedingt abgewehrt werden muss. Damit findet eine weitere Zweiteilung statt, diesmal auf horizontaler Ebene: Der „bessere“ kopfbetonte, rationale Mensch – also der normale Bürger und Gutachter - und der „niedere“, affekt- und triebgesteuerte Abhängige, der Straftäter.

Diese quasi „dämonisierende“ Sicht auf (Stoff-)Abhängige zeigt sich insbesondere bei den Kriterien zur Abhängigkeit. Die Autoren können der vermuteten Irrationalität des Abhängigen fast nur äußerliche, doch konkrete, das innere Chaos eindämmende Verhaltensstrategien an die Hand geben, wenn sie bei Abstinenz für eine positive Prognose fordern:

- Veränderte und alkoholfreie Umweltbezüge (A 1.6 N) dazu gehören neue oder wieder aufgenommene Freizeitaktivitäten (4-6) und Sozialkontakte (7),
- Bekanntmachung und Akzeptanz der eigenen Erkrankung/Alkoholabhängigkeit in der privaten und beruflichen Umwelt (8), und
- dass die Abstinenz über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr währt (13).

Unklar bleibt, was sich verändern muss, damit jemand Abstinenz leben kann. Denn obwohl bei Abhängigkeit Selbstkontrolle nicht möglich ist, kann dennoch der Zustand der Abstinenz erreicht werden. Wie das gehen kann, bleibt offen.

Das zeigt beispielhaft die pragmatische Haltung der Autoren: Denn da das nicht Gegenstand der Begutachtung ist, muss sich ein Gutachter auch nicht damit befassen.

Da bei Abhängigkeit bzw. abhängigem Verhalten keine Selbstkontrolle (A 1.4 N (4)) mehr möglich ist, wird auch kein kontrolliertes Trinkverhalten nach einmal festgestellter Abhängigkeit als Möglichkeit berücksichtigt. Im wissenschaftlichen Diskurs ist jedoch nicht geklärt, ob kontrolliertes Trinkverhalten nach diagnostizierter und behandelter Abhängigkeit nicht möglich ist. Von daher könnte in den Beurteilungskriterien auch eine andere Haltung eingenommen werden.

Deutlich unpräziser, ja geradezu laienhaft und nebulös, sind die Formulierungen der Autoren in Bezug auf innere Faktoren und deren Veränderung, die bei Abhängigkeit eine Rolle spielen:

- Es gibt irgendwie geartete und nicht näher erläuterte „persönliche Ursachen, die zur Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit“ (A 1.6 N (13)) führen und die therapeutisch (A 1.6 N (13), A 1.4 N (6)) oder suchtttherapeutisch (A 1.4.N – was immer das bedeuten mag) aufgearbeitet werden können.
- An anderen Stellen wird auch bei Alkoholabhängigkeit von einem „ausreichenden Maß an Selbstvertrauen, Selbstsicherheit und Durchsetzungsvermögen“ (A 1.6 N (1)) gesprochen, das ausreicht, um auch „in psychisch belastenden Situationen auf Alkoholkonsum verzichten zu können“ (A 1.5 N (12)) bzw. (A 1.6 N (1)).
- Überhaupt überwiegt bei der Alkoholfragestellung eine medizinische und sozialpädagogische Argumentation der Autoren.

Hier Erkenntnisse aus jüngerer Forschung einzubringen und sich auf mehr psychologisches Terrain zu begeben - was möglich wäre, z. B. unter Einbeziehung einzelner Kriterien z. B. der Strukturachse nach OPD 3 – würden wir befürworten.

## **Punktetäter**

Auch **bei den Kriterien zur Verkehrsfragestellung (V)** überwiegt das Bild eines rational bestimmten Menschen. Doch wird die Beurteilung hier noch deutlicher ergänzt durch einen moralisch-sittlichen Aspekt.

Auch wenn – wie oben zitiert – Affekte, Motivation und Selbstkontrolle in dem Text erwähnt werden, so muss der zu Untersuchende diese nachvollziehen können und darlegen und – Zitat – „das Fehlerhafte und Unkorrekte des eigenen Verhaltens einsehen und als erheblich bzw. gefährlich bewerten.“

Ganz deutlich wird die moralische Bewertungsweise in Kriterium V 5.2 K Punkt 7: Der Klient erläutert nachvollziehbar eine „Verkehrsmoral,“ die ihn davon abhält, sich ein ihm zustehendes Recht zu verschaffen.

Diese Formulierungen zeigen eine klare Abwertung des Punktetäters, der als ‚Triebtäter‘ unsittlich handelt. Er übt – analog dem Abhängigen – keine Selbstkontrolle mehr aus und wird hierdurch quasi zum Menschen 2. Klasse, der bereuen muss.

Die Kriterien zur Verkehrsfragestellung schließen kaum psychische Prozesse mit ein, die unabhängig von moralischen Wertmaßstäben existieren. Eine Problembewältigung erscheint nur dann möglich, wenn der Klient sich auf seine/eine Moral berufen kann. Psychische Aspekte, Veränderungen aufgrund von Selbsteinsichten anstelle von Moraleinsichten finden hier dadurch kaum Berücksichtigung.

So heißt es in Hypothese 6: „Der Klient ist zur Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen motiviert und in der Lage und/oder zeigt keine grundsätzlich antisoziale Haltung.“

Diese Hypothese erscheint zu allgemein und oberflächlich; viele verkehrsauffällige Kraftfahrer haben eine durchaus soziale Einstellung, aber bezogen auf das eigene berufliche und private Umfeld (einem sog. „inner circle“), innerhalb dessen sie sich verantwortungsvoll verhalten, während sie sich z. B. im Straßenverkehr, dem sog. „outer circle“ oft rücksichtslos, verantwortungslos oder antisozial zeigen, indem sie dort sehr stark ihre eigenen Prioritäten setzen.

Besonders deutlich wird das Fehlen psychischer Faktoren, die das Verkehrsverhalten beeinflussen, in dem Kriterium V 5.5 N: Zitat:

„Die inneren und äußeren Bedingungen, die das bisherige problematische Verhalten des Klienten aufrechterhalten haben, lassen sich grundsätzlich verändern. Der Klient nimmt insbesondere keinen durchgängigen „Opferstandpunkt“ ein und sieht die Notwendigkeit zur Änderung nicht nur außerhalb der eigenen Person.“

Der sog. Opferstandpunkt ist sicher wie vieles in den Äußerungen verkehrsauffälliger Kraftfahrer auf der phänomenologischen Ebene häufig festzustellen, aber in unserer verkehrstherapeutischen Arbeit ja gerade ein Indiz für unterschiedliche psychische Hintergründe, an denen wir mit dem Klienten arbeiten können. Oft verbirgt sich dahinter mangelndes Selbstvertrauen, wenig Selbstwertgefühl etc.

Die diesem Kriterium untergeordneten Punkte und Kontraindikatoren beschäftigen sich nur beispielhaft mit symptomatischen Äußerungen von Klienten und bleiben auf der äußeren, phänomenologischen Ebene; auch hier finden sich Vermischungen von Begriffen unterschiedlicher Herkunft, von falsch benutzten Fachbegriffen bis hin zu moralisierenden Allgemeinplätzen. Hier nur ein paar wenige Beispiele: „In der Vorgeschichte des Klienten fehlen Hinweise auf besonders hartnäckige Änderungsresistenz bzw. auf unzureichende Erfahrungsbildung durch Verdrängung und Verleugnung.“ – „Der Klient lässt keine grundsätzlichen Schwierigkeiten erkennen“ – „Der Klient steckt in

einer Lebenskrise“ – „Der Klient lässt eine irrationale Überzeugung erkennen“ – „Der Klient, der sich früher als in Belastungssituationen anfällig erwiesen hat“ – etc. Psychische Prozesse, die auch gelernte Gefühle, Affekte, Impulse als verhaltensbestimmend mit einbeziehen, finden sich nirgends oder nur beispielhaft („z. B. Affekte. ...“). Entscheidend für die Autoren sind immer nur die äußeren Bedingungen, die aber – wie in jeder Fachliteratur nachzulesen- nur die inneren Prozesse widerspiegeln. Und sie funktionieren meist auf dem Boden innerer Wertmaßstäbe, wie gelernten Introjekten und Verinnerlichung von den Vorbildern und eben nicht auf dem Boden der von den Autoren propagierten moralischen Wertmaßstäbe. Und so zeigt sich in den Kriterien eben nur die äußere Ebene – im psychotherapeutischen Sinne die Symptomebene, deren Ursachen den Autoren im Verborgenen bleiben.

Man könnte so weit gehen, zu behaupten, dass die Autoren der Beurteilungskriterien rehabilitative Maßnahmen, die über eine „Moralschulung“ hinausgehen, nicht für effektiv halten, da sie in dem, was der Klient lernen soll, keinerlei Berücksichtigung finden. Da die derzeitige Praxis in der Vernetzung von Begutachtung und Rehabilitation aber längst eine andere ist, könnte man meinen, dass diese Beurteilungskriterien in sich bezüglich der Realität und des zugrunde liegenden Menschenbildes antiquiert und altmodisch sind.

### **Begrifflichkeiten**

Der zweite Aspekt dem wir uns zuwandten, ist die Frage, wie die Autoren der Beurteilungskriterien mit Begrifflichkeiten umgehen.

Die Autoren verwenden Begrifflichkeiten aus der psychoanalytischen Theorie laienhaft und nicht gemäß der fachlichen Theorie. Ob dies auch bei Begriffen aus der Verhaltenstherapie der Fall ist, bleibt zu prüfen.

Z.B. wird in **A 1.5 N (9)** von „aktiven, lösungsorientierten Bewältigungsmechanismen (...), die an die Stelle von früheren Verdrängungs- und Abwehrmechanismen getreten sind“ gesprochen.

Psychoanalytisch(PA)/Fachlich gelesen ist diese Aussage unsinnig, denn Verdrängung gehört zu den Abwehrmechanismen und es gibt nur eine Verdrängung. Zudem sind Abwehrmechanismen immer auch Lebensbewältigungsmechanismen und damit per se aktiv und lösungsorientiert.

Gemeint ist wohl umgangssprachlich/allgemein verständlich ausgedrückt, dass der zu Untersuchende gegenüber seinen Handlungen eine verantwortungsbewusstere, situations-adäquatere, aktivere Haltung einnimmt als früher.

Fachlich (PA) formuliert: Der zu Untersuchende zeigt eine deutlich verbesserte Selbstwahrnehmung- und Abgrenzungsfähigkeit und damit einen bewussteren und konstruktiveren Umgang mit sich, seinen Wünschen und Bedürfnissen sowie denen anderer.

### **Verkehrsauffälligkeiten**

Ein weiteres Beispiel für das Durcheinander der Begrifflichkeiten ist die Formulierung des Kriteriums **V 5.2 K**:

„Der Klient hat die Notwendigkeit regelkonformen, partnerbezogenen Verhaltens im Straßenverkehr eingesehen. Er kann die „inneren Bedingungen“ (z. B. Affektivität, Motivation, Wertmaßstäbe oder Selbstkontrolle), die für das frühere, nonkonforme Verhalten verantwortlich waren, nachvollziehen und darlegen.“

Auch bei der Formulierung dieses Kriteriums kann man erahnen, was die Autoren sich dabei gedacht haben, die Formulierungen bleiben aber unklar bis missverständlich. Die sog. „inneren Bedingungen“ erinnern uns wieder an die „Black box – Theorie“ des frühen Behaviourismus, der Begriff „Affektivität“ scheint nur anzudeuten, dass Gefühle eben auch eine Rolle im Verhalten spielen und irgendwie auch Motivation, Wertmaßstäbe und Selbstkontrolle. Es bleibt unklar, in wie weit nun

gerade Selbstkontrolle (es sei denn, die Autoren meinen eine mangelnde Selbstkontrolle) eine „innere Bedingung“ für nonkonformes Verhalten sein soll.

Ein weiteres Beispiel ist Punkt (3) des gleichen Kriteriums: „Autonomiestreben“: Hier besetzen die Autoren den Begriff eindeutig negativ; so, wie der Begriff hier verwendet wird, könnte er verstanden werden im Sinne eines übersteigerten Unabhängigkeits-/Freiheitsgefühles, wie wir es häufiger bei Verkehrsdelinquenten erleben. In der gesamten psychotherapeutischen Fachliteratur werden aber Autonomiebestrebungen verstanden als ein gesundes Bestreben nach Unabhängigkeit, Lösung aus den frühen Bindungen zu den primären Objekten, dem Umsetzen eigener Vorstellungen etc.

## **Innere Logik der Beurteilungskriterien**

### **0. Vorwort, Ziel der Kritik**

Die nunmehr veröffentlichten Beurteilungskriterien und deren Geltung als normatives Dokument für die Begutachtungsstellen für Fahreignung bilden einen zentralen Maßstab auch für den Erfolg verkehrstherapeutischer Arbeit. Fraglich ist aber, ob dieser Maßstab auch tauglich ist. Dazu soll der grundlegende argumentative Aufbau der Kriterien kritisch untersucht werden.

Aus unserer Sicht ergeben sich dabei eine Reihe von Kritikpunkte auf verschiedenen Ebenen:

### **1. Rahmenbedingungen**

#### 1.1 Vorwort

Das Buch beginnt schon im ersten Satz des Vorwortes mit einer Unwahrheit : Es stimmt nicht, dass die dargestellten Beurteilungskriterien von der Deutschen Gesellschaft für Verkehrspsychologie und der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin entwickelt wurden - tatsächlich fungieren beide lediglich aus taktisch-politischen Gründen als Herausgeber eines im wesentlichen vom "Arbeitskreis Beurteilungskriterien" des VdTÜV entwickelten Kataloges. Die Formulierung mag formal von dem damaligen Verkehrsminister Dr. Stolpe stammen - dass sie stillschweigend gebilligt wurde, zeigt deutlich den Charakter des Werkes: Es geht im wesentlichen um das politisch motivierte Festzurren von Positionen, weniger um eine sauber formulierte, wissenschaftlich fundierte, logisch abgeleitete und empirisch abgesicherte Darstellung eines Beurteilungssystems.

#### 1.2 Historischer Rahmen

Bei der Darstellung der historischen Entwicklung erfolgt insgesamt eine nachvollziehbare Darstellung

#### 1.3 Begrifflichkeiten

Zu den einigen Begrifflichkeiten ist im ersten Teil unseres Vortrages schon unsere Kritik geäußert worden.

#### 1.4 Literaturfundierung

Auffallend ist, dass in der Einleitung genannte zentrale Arbeiten im zugeordneten Literaturverzeichnis entweder nicht auftauchen (Hampel, B. und Brüggem, H.-J., 1987) oder mit dem lapidaren Hinweis versehen sind: "Unveröffentlicht" (Jacobshagen, Nickel und Winkler, 1987). Im Übrigen ist bemerkenswert, dass im Literaturverzeichnis praktisch keine empirischen Arbeiten nach 1990 auftauchen. Dies ist umso verwunderlicher, als gerade in den letzten Jahren massive Verschiebungen in der Zusammensetzung des Klientels der MPU stattgefunden haben (Stichworte: mehr Drogenfälle, mehr Ausländer, mehr Frauen) ohne dass untersucht wurde, ob die (angeblich) validierten Untersuchungsverfahren auch bei diesem veränderten Klientel funktionieren.

#### 1.5 Verfahren zur Weiterentwicklung

An der Darstellung der "Jüngere Entwicklungen und Anpassungsschritte" wird exemplarisch deutlich, dass die Kriterien von politischen Kompromissen, aber nicht klaren, logisch und empirisch begründeten Strategien geprägt sind: Folgt man dem Verweis auf Stephan, so wird deutlich: Der Einschub zur Abstinenzforderung nach Diskussionen mit Stephan ist weder sprachlich, noch strukturell

noch logisch in die übrigen Text integriert, was beim Lesen der Seite 33, 34 und 35 unmittelbar nachvollzogen werden kann.

## 2. Struktur und Logik

Auf der formalen Ebene sind sogenannte „Hypothesen“ logisch uneinheitlich, zum Teil sogar als Fragen formuliert, Mehrfachbedingungen sind nicht-entscheidbar verknüpft, Indikatoren werden widersprüchlich verwendet.

### 2.1 Grundansatz

Nimmt man das auf Seite 23 dargestellte Schema eines diagnostischen Entscheidungsprozesses als Grundlage, gerät man in eine zunehmende Konfusion, wenn man versucht, die dargestellte MPU-Logik damit in Einklang zu bringen. Gehen wir von der (immer noch häufigsten) Fragestellung "Ist zu erwarten, dass der Untersuchte auch zukünftig unter Alkoholeinfluss ein Kraftfahrzeug führen wird?" aus, dann ist damit die diagnostische, präziser: die prognostische Aufgabe klar formuliert: Diese Frage soll möglichst präzise und richtig beantwortet werden, ähnlich wie ein Baugutachter die Frage beantworten muss: "Ist zu befürchten, dass das Dach dieser Halle in den nächsten Jahren einstürzen wird?" oder der Arzt die Frage beantworten muss: "Werden sich die Blutzuckerwerte verschlechtern?". In allen Fällen gilt:

Es müssen Prämissen formuliert werden, die der abgegebenen Prognose zugrunde liegen: Es wird eine Schneelast und eine Windlast zugrunde gelegt, die bei diesem konkreten Objekt mit definierbarer Wahrscheinlichkeit nicht überschritten wird, die Ernährung verändert sich nicht, es werden keine weiteren Medikamente genommen etc.

Genau diese Rahmenbedingungen, diese Prämissen, unter denen eine Prognose abgegeben wird, werden aber in den "Beurteilungskriterien" an keiner Stelle benannt, nicht einmal thematisiert, es wirkt so, als ob die Gutachter implizit davon ausgehen, dass sie eine absolute, statt eine relative Prognose abgeben, als ob sie nicht wissenschaftliche präzise Sätze der Art von sich geben wie "Wenn verhindert wird, dass die Schneelast über einen Wert von 250 kg/ m<sup>2</sup> steigt und die jährliche Wartungsarbeiten regelmäßig durchgeführt werden, ist das Risiko eines Einsturzes in den nächsten Jahren unter 1%" oder "Bei konsequenter Einhaltung der Ernährungsprinzipien, Stabilität des Körpergewichtes und der unveränderten Einnahme der oralen Antidiabetika werden die durchschnittlichen Nüchtern-BZ-Werte innerhalb der nächsten 6 Monate um voraussichtlich maximal 5 mg/dl steigen." Statt dessen wird die Illusion erweckt, als könnte im Bereich der Psychologie quasi theologische Sätze von unbedingtem Wahrheitswert formuliert werden. "Es ist zu erwarten, dass der Untersuchte auch zukünftig unter Alkoholeinfluss ein Kraftfahrzeug führen wird." - ohne jegliche Einschränkung auf Bedingungen, Zeiträume, Voraussetzungen

Zu einer wissenschaftlich sauberen Prognose gehört unabdingbar der Zeitraum, auf den sich die Prognose bezieht. Der Satz "Der Mond wird auf die Erde stürzen" ist je nach gewählten Zeitraum entweder eine mit hoher Wahrscheinlichkeit richtige oder falsche Prognose. Auch zu dieser Problematik finden sich in der Beurteilungskriterien keinerlei Überlegungen.

Neben den eigentlich selbstverständlichen Anforderungen an die Präzision einer Prognose sollte eine Prognose aber auch richtig sein. Im idealen Falle würden alle Kraftfahrer, die ein positives Gutachten bekommen, nie wieder im Leben verkehrsauffällig werden und alle negativ begutachteten würden im Anschluss an die MPU sofort betrunken ohne Führerschein erwischt. In diesem Fall wären die Gutachter offensichtlich perfekt. Natürlich gibt es solche perfekten Prognosen nicht, aber im medizinischen oder auch Testbereich ist es selbstverständlich, zumindest den Versuch zu machen, diese Fehler erster und zweiter Art (oder Sensitivität und Spezifität) zumindest grob numerisch zu bewerten, um die Güte einer prognostischen Entscheidung zu bewerten. Auch von diesem eigentlich selbstverständlichen wissenschaftlichen Ansatz findet sich in den Beurteilungskriterien nicht einmal ein Ansatz – man vergleiche im Gegensatz dazu die klare Einleitung in dem Standardwerk „Labor und Diagnostik“.

### 2.2 Falsche Verwendung von Begriffen

Statt dessen wird ein monströser und widersprüchlicher Apparat von Begrifflichkeiten entwickelt, der weder mit etablierten wissenschaftlichen Standards, noch mit dem normalen Sprachgefühl in Deckung zu bringen ist. Gemeint ist unter dem Punkt 2.2. „Hypothesen als Grundlage der Untersuchung“ offenbar folgendes: Es liegt eine anlassbezogene Fragestellung der Verwaltungsbehörde vor, zu deren Beantwortung eine Hypothese über die Gründe für die vorliegenden Auffälligkeiten formuliert wird. Ob diese Hypothese richtig ist, wird anhand konkreter, vorgegebener und operationalisierter Kriterien überprüft. Dann wird geschaut, ob das damit als richtig einstuftes Erklärungsmodell eine Vorhersage darüber gestattet, was in Zukunft geschehen wird und dies wird entweder als Prognose formuliert oder daraus abgeleitet, was Voraussetzung ist, dass diese Prognose nicht eintritt. Am konkreten Beispiel: Bei 3 Promille in der dritten Trunkenheitsfahrt ist die Hypothese berechtigt: "Der Untersuchte ist nasser Alkoholiker". Diese Hypothese gilt als bestätigt, wenn der Untersuchte mit einer Fahne in der Untersuchung erscheint, massiv erhöhte GGT hat und offen einräumt, immer noch täglich eine Flasche Wodka zu trinken. Es ist nachvollziehbar, dass damit eine klare Ursache der Trunkenheitsfahrt gefunden ist und diese Ursache "Alkoholabhängigkeit mit massiven aktuellem Konsum" in der Tat eine recht sichere Prognose gestattet, dass ohne entscheidende Änderungen weitere Trunkenheitsfahrten hoch wahrscheinlich sind. Soweit das vereinfachte Modell und die (nachvollziehbare) Theorie der Beurteilungskriterien.

Das Problem liegt nun darin, dass dieses Denkschema ständig ausgeweitet, verbogen, verletzt, umformuliert, umgedreht und umformuliert wird, bis man beim Lesen nicht mehr weiß, was gemeint ist.

Unter der Überschrift "Hypothesen als Grundlage der Untersuchung" sind ab Seite 31 "die wichtigsten Anforderungen bzw. Hypothesen im Sinne einer Entlastungsdiagnostik formuliert worden." Eine Anforderung ist aber eben keine Hypothese, einer Anforderung kann eine Hypothese zugrunde liegen oder man kann eine Hypothese über die nötige Anforderung haben oder eine Hypothese kann zu einer Anforderung an ein bestimmtes diagnostisches Instrumentarium führen, aber es sind keine auf gleicher logische Ebene liegende Begriffe, die man mal eben mit dem Wörtchen "beziehungsweise" verquirlen kann: Die Ursache der Trunkenheitsfahrt liegt in einer Fehlinformation bzw. einer Mutterfixierung ...

Diese Sprachungenauigkeit ist aber kein Versehen, sondern der hilflose Versuch, Unvereinbares unter eine gemeinsame Überschrift zu zwingen: Es werden dann ab Seite 32 elf Anforderungen/Hypothesen formuliert, zwischen denen und innerhalb derer (in Unterpunkten) munter die logischen Ebenen gewechselt werden. So heißt es unter Punkt 1 "Kompensation von Sehstörungen" (als Bereich einer Fragestellung in guter Übereinstimmung mit dem von den Autoren selbst formulierten Grundmodell einer hypothesengeleiteten Entlastungsdiagnostik): "Das verminderte Sehvermögen kann durch eine normgerechte psycho-physische ... Leistungsfähigkeit ... soweit kompensiert werden, dass die Anforderungen an eine sichere Verkehrsteilnahme erfüllt sind." Klares Schema: Um was geht es - wir gehen zugunsten des Untersuchten von einer ihn entlastenden Hypothese aus - diese wird operationalisiert, mit geeigneten Instrumenten gemessen und dann wird gesagt „reicht“ oder nicht. Nach diesem Schema werden zwei weitere eher medizinisch definierte Problembereiche dargestellt. Dann aber ein wilder Wechsel unter Punkt 6: "Verkehrszuwendungen unter Alkoholeinfluss". Hier lautet die (Hypothese?? Anforderung??): "Liegt eine Alkoholabhängigkeit vor, ist sie ausreichend behandelt, bzw. aufgearbeitet?". Was will uns der Autor damit sagen? Wenn es eine Hypothese ist, warum wird sie als Fragestellung formuliert? Eine Hypothese ist die (vorläufige, als richtig vermutete) Antwort auf eine Frage, nicht die Frage selbst. Es kann gemeint sein: "Falls eine Alkoholabhängigkeit vorliegt, dann ist sie ausreichend behandelt bzw. aufgearbeitet." Dann haben wir aber eine andere logische Ebene, nämlich das, was in den Beurteilungskriterien eigentlich als Kriterium oder Indikator bezeichnet wird, nämlich die nächsten diagnostischen Schritte, nachdem sich eine Hypothese über die Ursachen einer Auffälligkeit als (vorläufig) richtig erwiesen hat.

Dann folgt ein nächster Unterpunkt in der gleichen grammatisch rätselhaften Form "Ist aus der ‚Lerngeschichte‘ des Klienten die Notwendigkeit des Verzichts auf den Konsum alkoholhaltiger Getränke abzuleiten, wird Alkoholverzicht auch konsequent und stabil eingehalten?" Auch hier scheint eher die Form einer bedingten Unterhypothese gemeint zu sein: Wenn Alkoholverzicht (un-

terhalb der Abhängigkeit?) erforderlich ist, dann wird er eingehalten. Unklar bleibt aber, ob diese Hypothesen alle überprüft werden müssen oder nur die ersten oder was sonst.

Danach wird es (immer noch im schön logisch strukturierten Block "Hypothesen als Grundlage der Untersuchung") ganz undurchschaubar, dann nun wird Prof. Stephan ins Spiel gebracht, mit einem "erläuternden Statement". Ohne inhaltlich auf seine Positionen einzugehen, ist die formale Frage: Ist das, was er schreibt, nun eine Hypothese oder eine Anforderung oder eine Erläuterung? Und gilt dies nur für den Unterpunkt mit der Lerngeschichte oder für den gesamten Alkoholbereich - logisch zugeordnet ist er lediglich diesem Unterpunkt, erhebt aber den Anspruch: "Ab 1,6 Promille ist in der überwiegenden Zahl der Fälle konsequenter Alkoholverzicht auch außerhalb von Fahrbereitschaft erforderlich." - mithin für alle Ersttäter bei einer MPU.

Dann kommt als nächster Punkt (offenbar in absteigendem Schweregrad) wieder eine klassische Entlastungshypothese: "Der Klient ist auf Grund eines angemessenen Problembewusstseins und bei reduzierten Alkoholtrinkmengen ... in der Lage, dauerhaft kontrolliert Alkohol zu trinken."

Es folgt eine etwas rätselhaft formulierte und schwer in das Schema einzuordnende Hypothese: "Beim Klienten besteht keine unkontrollierte Kopplung bestimmter Trinkanlässe mit dem Führen eines Kraftfahrzeuges (mehr)." Reicht eine kontrollierte Kopplung („nur wenn ich HSV angucken fahre, saufe ich“) zur Wiederherstellung der Eignung aus? Soll das eingeklammerte "mehr" andeuten, dass dies nur überprüft werden muss, wenn darin früher die Ursache der Auffälligkeiten lag? Und muss jemand, bei dem die Ursache eine "unkontrollierte Kopplung" war, nur die Kopplung beseitigen, ohne wie im oberen Punkt seine Trinkmengen zu reduzieren? Und ist dies nun eine Anforderung oder eine Hypothese?

Dann folgen zwei Entlastungshypothesen zu den Beeinträchtigungen, von denen auch wieder unklar ist, ob sie bei allen Alkoholauffälligen oder nur Teilgruppen überprüft werden sollen.

Und zum Schluss noch mal ein Sprung auf eine andere logische Ebene mit dem Satz "Die festgestellten Defizite des Klienten sind durch einen Kurs für verkehrs- bzw. alkoholauffällige Kraftfahrer genügend beeinflussbar." Gilt das auch für Alkoholabhängige bzw. bei notwendigem Alkoholverzicht? Sind auch Kurse für Punktetäter gemeint ("Kurs für verkehrs- bzw. alkoholauffällige Kraftfahrer"). Gilt dies auch für Defizite im medizinischen bzw. geistigen Bereiche, die unmittelbar davor angesprochen werden?

Es wird deutlich, dass die anfangs versprochene, klare, logische Struktur zunehmend aufgeweicht, durchbrochen, relativiert wird, es macht den Eindruck als würden einfach unsystematisch verschiedene Möglichkeiten, was man genauer untersuchen muss, unter einer formalen Überschrift zusammengewürfelt.

Einige der angeschnittenen Kritikpunkte werden auf der Ebene der Kriterien und Indikatoren zum Teil beantwortet, aber auch dort wiederholt sich das Schema, dass eine klare Grundstruktur immer wieder durchbrochen, relativiert, mit Widersprüche und unpräzisen Formulierungen aufgeweicht wird. Dies nachzuweisen, bleibt aber einer gründlicheren Auseinandersetzung vorbehalten – wir möchten mit unseren kritischen Anmerkungen erst einmal Mut machen, sich den Kriterien respektlos zu nähern und genau hinzuschauen, wie schön des Kaisers neue (?) Kleider wirklich sind.

## **Empfehlungen zu und Bewertung von Veränderungsprozessen**

Die Beurteilungskriterien befassen sich dezidiert mit der Bewertung von Veränderungsprozessen und berücksichtigen insofern die im § 11 FeV eingeräumte Möglichkeit, festgestellte Defizite im Rahmen eines Kurses zur Wiederherstellung der Kraftfahreignung gem. § 70 FeV aufzuarbeiten, und anschließend eine Neuerteilung der Fahrerlaubnis zu empfehlen, ohne erneut aus gutachterlicher Sicht den Erfolg der rehabilitativen Bemühungen überprüfen zu müssen. Diese Möglichkeit für den Betroffenen als eine ihn gering belastende Maßnahme, zeitnah und effektiv die Fahrerlaubnis wieder zu erwerben, wird weiterhin zur Zeit kritisch diskutiert (Utzelmann 2003; Krohn 2006; Schubert, Mattern 2006; Brieler 2006).

Die Beurteilungskriterien geben Kriterien und Indikatoren vor, die es dem Gutachter erlauben, zu prüfen, ob ein Kurs geeignet ist, noch bestehende Zweifel auszuräumen. Diese sind, zusammengefasst (vgl. Schubert, Mattern 2005, 42 f):

- die Befundlage ist durch aktives Mitwirken des Klienten veränderbar,
- eine Einstellungs- und Verhaltensänderung wird angestrebt und ist erreichbar,
- eine Einstellungs- und Verhaltensänderung ist in Ansätzen bereits zustande gekommen, muss aber vervollständigt werden,
- eine Einstellungs- und Verhaltensänderung, die aus extrinsischer Motivation eingeleitet wurde, muss künftig durch intrinsische Motivation getragen und gefestigt werden, oder
- eine Einstellungs- und Verhaltensänderung wurde bereits vollzogen, muss aber noch systematisiert und stabilisiert werden.

Eine Empfehlung kann auch dann ausgesprochen werden, wenn eine Kursteilnahme begründet nicht in Betracht kommt. Im Umkehrschluss zu den genannten Indikationen für eine Kursteilnahme kann vermutet werden, dass Gutachter in der Lage sein müssen, die einer Kursteilnahme entgegenstehenden Defizite eindeutig zu benennen und für den Kunden individuell begründet Maßnahmen zu empfehlen, die eine fachlich qualifizierte Orientierung ermöglichen.

In den Begutachtungskriterien (Schubert, Mattern 2005) wird dagegen nur sehr allgemein darauf hingewiesen, dass Gutachter folgende Empfehlungen aussprechen können (43) bzw. sollen (46), wenn die „Befundlage durch aktives Mitwirken des Klienten veränderbar“ (42) ist:

„- Gespräch (z. B. Beratungsstellen)

- rehabilitative verkehrspsychologische Einzel- oder Gruppenmaßnahmen
- psychotherapeutische Einzel- oder Gruppeninterventionen (nach dem PsyThG)
- Selbsthilfegruppen
- ärztliche Betreuung.“

Diese Empfehlungen sollen „i. S. einer orientierenden Hilfestellung“ aufzeigen, „wie der Untersuchte seine jeweiligen Fahreignungsdefizite beheben kann“; eine mündliche Mitteilung ist möglich (ebda., 46).

Diese Empfehlungen sind unspezifisch, unkonkret und fachlich nicht begründet.

Vergleichbar der Kurse zur Wiederherstellung der Kraftfahrer sind bundesweit therapeutische Angebote von verkehrspsychologisch ausgebildeten und erfahrenen Institutionen bzw. Praxen verfügbar, welche für den negativ Begutachteten ein transparentes Angebot zur Bearbeitung der Eignungsbedenken bereithalten. Diese Angebote genügen zum einen fachlichen Standards, insofern

- die Angebote entweder publiziert sind oder sich auf entsprechende Therapiemanuale stützen
- die Angebote evaluiert worden sind, also den Nachweis der Wirksamkeit haben erbringen können
- die Anbieter sich in Berufsverbänden oder entsprechenden Arbeitskreisen zusammenschlossen haben, die aufgrund von Selbstverpflichtungen einen gewissen Mindeststandard garantieren.

Die fehlende Spezifität in der Zuweisung erlaubt es gerade den Begutachtungsinstitutionen, die sehr eng mit rehabilitativ tätigen Organisationen verbunden sind, die von diesen angebotenen Maßnahmen zu empfehlen, ohne sich weiter um Qualitäts- und Zuweisungskriterien kümmern zu müssen, welche für andere Bereiche ihres Handelns, hier die Zuweisung von Kursen § 70 FeV, eine grundlegende Voraussetzung für die Empfehlungen darstellen. Schubert, Mattern (2005, 14) stellen vor dem Hintergrund der Einführung der heutigen § 70 – Kurse dar, dass, „um dieser Aufgabe gerecht zu werden“ ein „Arbeitskreis ‚Beurteilungskriterien‘, der zunächst die Indikation für die Kursteil-

nahme und ein System von Kursausschlusskriterien entwickelte“, eingerichtet worden war. Entsprechendes wäre bzgl. der Zuweisungskriterien für verkehrstherapeutische Maßnahmen zu fordern.

Unverständlich bleibt in diesem Zusammenhang, dass negativ Begutachteten eine § 70 – Kurszuweisung verweigert wird, allerdings die Teilnahme an sog. Kursen zur Förderung der Fahreignung, die z. T. nur über 12 bis 16 Stunden an einem Wochenende geschult werden, nahe gelegt wird. Aus Sicht der Betroffenen handelt es sich dabei häufig um ein cross-selling, d. h. um ‚reine Geldschneiderei‘. Inhaltlich haben wir sehr kritische Bewertungen über die Qualität der angebotenen Kurse mitgeteilt bekommen, wohl auch weil die eingesetzten Leiter solcher Kurse nur eine kurze Einführung erhalten haben ohne weitergehenden verkehrspsychologischen und gruppentherapeutischen/-dynamischen Hintergrund. Eine AVANTI-Kursleiterin z. B. bezeichnete die rechtlichen Informationen als den wichtigsten Punkt in der Förderung der Kraftfahreignung; daher müsse sie diesbezüglich immer auf dem neuesten Stand sein.

Wenn die Empfehlungen nur mündlich ausgesprochen wurden, ist für den Betroffenen zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr belegbar, dass er einer Empfehlung des Gutachters gefolgt ist. Die Empfehlung ist zudem für Dritte nicht nachprüfbar, besonders wenn befreundete Unternehmungen genannt worden sind. Zudem sind Missverständnisse, resultierend aus der Anspannung während der medizinisch-psychologischen Untersuchung, nicht auszuschließen.

Aus Sicht der Qualitätssicherung sollten auch nur Empfehlungen von Institutionen oder Praxen ausgesprochen werden, die ihre Qualitätsfähigkeit durch ein von einer autorisierten Stelle unabhängig zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem nachgewiesen haben.

Bei psychotherapeutischen Einzel- oder Gruppeninterventionen nach dem PsyThG wäre zu fordern, dass die Gutachter eine entsprechende Indikation gem. ICD 10 stellen, um damit zu einer verbindlichen und nachvollziehbaren therapeutischen Empfehlung zu gelangen. Zum einen kann die therapeutische Intervention zielführender und damit zeitökonomischer gestaltet werden. Zum anderen kann sich der psychologische Psychotherapeut in seinem Bericht konkret auf die gutachterlichen Ausführungen beziehen bzw. (beispielsweise vor dem Hintergrund neuer Informationen aufgrund einer offeneren Haltung des Klienten im Therapieverlauf) Abweichungen begründen.

Bei Selbsthilfegruppen muss grundsätzlich beachtet werden, dass es sich i. d. R. um eine therapieergänzende Empfehlung handeln sollte. Selbsthilfegruppen sind Einrichtungen zur Nachsorge nach einer Entwöhnungsbehandlung von Suchtmitteln. Teilnehmer an Selbsthilfegruppen nutzen diese zur Stabilisierung der Abstinenzentscheidung, zur Unterstützung gerade in schwierigen psychosozialen Lebensumständen, vor dem Hintergrund ähnlicher Lebenserfahrungen, z. B. mit einem gruppentherapeutischen Setting im Rahmen der stationären oder ambulanten Behandlung. Die Nutzung von Selbsthilfegruppen als preiswerter Möglichkeit zum Erhalt einer Bescheinigung ohne Veränderungsmotivation dient nicht den Interessen der Betroffenen und führt bei engagierten Selbsthilfegruppenmitgliedern zu einer kritisch-ablehnenden Haltung der Zielgruppe suchtmittelauffälliger Kraftfahrer. Betroffene werden entsprechende Schwierigkeiten haben, sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen, und stellen häufig ihre Bemühungen um eine konstruktive Aufarbeitung des Umgangs mit Suchtmitteln ein.

#### Literatur

Bouska W, Laeverenz J (2004) Fahrerlaubnisrecht. Straßenverkehrsgesetz, Fahrerlaubnis-Verordnung, Strafgesetzbuch, Strafprozessordnung, Internationale Regelungen - Kommentar. 3. Aufl., Verlag C.H. Beck, München

Brieler P (2006) Beurteilung von Kursen zur Wiederherstellung der Kraftfahreignung aus verkehrspsychologischer Sicht. Zeitschrift für Schadensrecht, H. 3, 61-64

Krohn B (2006) Courses for the re-establishment of fitness to drive with legal consequences. Vortrag, Fit to Drive 1<sup>st</sup> International Traffic Expert Congress, Berlin, 3rd-5th May 2006

Lewrenz H, Brieler P, Püschel K (Hrsg) (2006) Krankheit und Kraftverkehr. Fahreignungsgutachten aus medizinischer, juristischer und psychologischer Sicht. Verlag Dr. Kovac, Hamburg

Lewrenz H (als Bearbeiter) (2000) Begutachtungs-Leitlinien zur Kraffthahereignung des Gemeinsamen Beirats für Verkehrsmedizin beim Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen und beim Bundesministerium für Gesundheit, 6., erw. Auflage, Bergisch-Gladbach, Februar 2000. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Reihe „Mensch und Sicherheit“, Heft M 115. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven

Schubert W, Mattern R (2005) Beurteilungskriterien – Urteilsbildung in der medizinisch-psychologischen Fahreignungsdiagnostik. Kirschbaum Verlag, Bonn

Schubert W, Mattern R (2006) Kriterien der Bewertung zukünftiger Modelle zur Begutachtung der körperlichen und geistigen Eignung von Kraftfahrzeugführern. Vortrag, Fit to Drive 1<sup>st</sup> International Traffic Expert Congress, Berlin, 3rd-5th May 2006

Schubert W, Schneider W, Eisenmenger W, Stephan E (2005) Begutachtungsleitlinien zur Kraffthahereignung - Kommentar 2. Aufl. Kirschbaum Verlag, Bonn

Utzelmann HD (2003) Kurse nach § 70 FeV – Argumente für Beibehaltung der aktuellen Regelung auf Basis der bisherigen Erfahrung. ZVS (49), 180-183