

Jörg-Michael Sohn, Bundesverband Niedergelassener Verkehrspsychologen

Standardisierte Evaluation nicht-standardisierter Maßnahmen **– Probleme und Lösungen**

Im Bereich der Evaluation von Maßnahmen zur Wiederherstellung der Kraftfahreignung existieren im Wesentlichen zwei Ansätze: einerseits standardisierte Gruppenmaßnahmen zu untersuchen, andererseits, einen einzelnen, therapeutisch definierten Ansatz von Einzelgesprächen auf seine Wirksamkeit hin zu untersuchen. Was bislang fehlt, ist ein systematischer, methodisch fundierter Versuch, Einzeltherapien unterschiedlicher methodischer Herkunft auf ihre pauschale und spezifische Wirksamkeit für die Verringerung individueller Rückfallwahrscheinlichkeiten hin zu untersuchen. Solche Untersuchungen erscheinen aber notwendig, um zu entscheiden, ob therapeutische Einzelgespräche grundsätzlich wirksam sind, um zu prüfen, ob ein bestimmter Ansatz, eine bestimmte Methode oder eine spezielle Zielsetzung erfolgreich sind und schließlich, um eine Vorstellung zu gewinnen, bei welcher Problematik welche Maßnahme indiziert ist.

Der Bundesverband Niedergelassener Verkehrspsychologen (BNV) hat für diese Zielsetzung im Zusammenarbeit mit dem Kraftfahrt-Bundesamt (KBA) ein Konzept erarbeitet, dass es ermöglichen soll, die Wirksamkeit einzeltherapeutischer Maßnahmen unterschiedlicher Art anhand des Kriteriums der Legalbewährung zu überprüfen und systematisch zu vergleichen. Aufgrund der Heterogenität des Klientels und der Maßnahmen sowie der Unterschiedlichkeit und z. T. der Konkurrenz der Maßnahmenträger tauchen bei einem solchen Ansatz eine Reihe von Problemen auf. Diese und die gefundenen Lösungsansätze sollen im Folgenden skizziert werden.

Die Grundlagen des gewählten Vorgehens wurden bereits 1998 in der Zeitschrift für Verkehrssicherheit veröffentlicht. Grundidee dabei ist, einen Datenpool zu schaffen, in dem von Klienten aus unterschiedlichen Einrichtungen ein jeweils standardisierter und in Bezug auf die Herkunft anonymisierter Datensatz eingeht. Von dieser Gesamtzahl werden dann zentral teilgruppenspezifische Rückfallquoten erhoben, die veröffentlicht werden. Gleichzeitig erfolgt eine individuelle Rückmeldung an die teilnehmenden Einrichtungen über Kennziffern der von ihnen gemeldeten Klienten - sie erhalten damit eine Rückmeldung über ihre Position im gesamten Teilnehmerfeld, ohne dass potentiellen Marktkonkurrenten diese Daten zur Verfügung stehen.

Damit ist folgendes gewährleistet:

- Es liegen erstmals bundesweit empirische Daten vor, bei welchen Teilgruppen, mit welchen Methoden und mit welchem Aufwand einzeltherapeutische Maßnahmen durchgeführt werden.
- Es wird sowohl eine Einschätzung der globalen Wirksamkeit solcher Maßnahmen, als auch die Identifizierung von Teilgruppen möglich, bei denen einzeltherapeutische Maßnahmen besonders gut oder schlecht wirken.
- Es erfolgt eine individuelle und spezifische Rückmeldung an die angeschlossenen Einrichtungen über die Qualität ihrer Arbeit und damit ein deutlicher Ansporn, zielgerichtete Optimierungen durchzuführen, ohne dass diese betriebsinternen Ergebnisse anderen Marktkonkurrenten zur Verfügung stehen.

So einsichtig und sinnvoll dieser Ansatz erscheint, so viele Probleme tauchen bei der Umsetzung in eine konkrete Studie auf. Der BNV arbeitet zurzeit mit dem Kraftfahrzeugbundesamt an den Details des Auswertungs-Verfahrens, so dass noch keine Einzelheiten oder Ergebnisse mitgeteilt werden können, allerdings ist die Datenerhebung abgeschlossen - erste Ergebnisse hat Ihnen Herr Born heute vorgestellt. Im Folgenden soll eine Reihe von gelösten und offenen Fragen zu einer solchen Studie dargestellt werden:

- Was ist eine Verkehrstherapie?

Neben der inhaltlichen Abgrenzung gegenüber einer allgemeinen Psychotherapie betrifft dies vor allem die Frage, was der Unterschied zu einer Beratung ist. Da alle an der BNV-Evaluation beteiligten Praxen mit dem Schwerpunkt Verkehrspsychologie arbeiten, konnte die Abgrenzung gegenüber allgemeiner Psychotherapie ohne Probleme den Praxen selbst überlassen bleiben. Schwieriger war die Abgrenzung gegenüber einmaligen oder mehrmaligen Beratungsgesprächen und gegenüber Gruppenmaßnahmen. Wir haben pragmatisch Verkehrstherapien als solche einzeltherapeutischen Maßnahmen mit verkehrsauffälligen Kraftfahrern definiert, bei denen mindestens 3 (ab dieser Zahl konnte gemeldet werden) bzw. 10 (ab dieser Zahl musste gemeldet werden) Einzelkontakte stattgefunden hatten. Damit fallen einzelne Beratungsgespräche aus dem Pool heraus, alle längerfristigen Maßnahmen werden erfasst und im Bereich von 3 bis 9 Sitzungen haben wir es den meldenden Einrichtungen überlassen, ob angesichts ihrer Arbeitsweise diese Fälle als Beratungen oder Verkehrstherapien betrachtet werden, da keine Daten über die realen Verteilungen vorlagen. Die Ergebnisse scheinen zu zeigen, dass dieses Vorgehen gut die Realität abbildet, da nur wenige Meldungen aus dem Grenzbereich kamen.

- Was ist das Erfolgskriterium?

Denkbar wären Skalen über den Erfolg aus Sicht der Klienten oder der Therapeuten, das Kriterium des erfolgreichen Abschlusses, eine positive Begutachtung nach der Verkehrstherapie oder Daten aus Nachuntersuchungen. Entscheidend ist letztlich aber die Frage, ob es gelingt, weitere Auffälligkeiten zu vermeiden - und die beste Operationalisierung dafür ist das Vorliegen eines Eintrages im Zentralregister des Kraftfahrtbundesamtes (KBA) in Flensburg. Selbstverständlich werden dort nur die aktenkundigen Auffälligkeiten registriert und es ist klar, dass dies nur ein Bruchteil der tatsächlichen Verkehrsauffälligkeiten ist. Aber zum einen ist - von regionalen Unterschieden und Langzeitentwicklungen abgesehen - die Chance, aufzufallen, für alle Autofahrer etwa gleich, die erfassten Auffälligkeiten repräsentieren also statistisch relativ gut die tatsächlichen. Zum zweiten arbeiten alle relevanten Studien in diesem Bereich mit genau diesem Kriterium. Dies ist deshalb wichtig, um eine Vergleichbarkeit herzustellen. Die Tatsache, dass nur ein gewisser Prozentsatz unserer Klienten rückfällig wird, sagt ohne einen Vergleichswert erst einmal nichts aus. Aus diesem Grunde haben wir als Beobachtungszeitraum auch 36 Monate nach Ende der Verkehrstherapie definiert, da dies der am häufigsten verwandte Zeitraum ist. Eine gewisse Unschärfe liegt darin, dass in dieser Definition die tatsächliche Wiedererteilung der Fahrerlaubnis (FE) nicht erfasst ist. Wir klären zur Zeit Details mit dem KBA, um diesen Faktor zu berücksichtigen - in den meisten Fällen endet die Verkehrstherapie allerdings kurz vor einer MPU und bald danach wird die FE erteilt, so dass die Abweichungen zwischen Therapie-Ende und Erteilung der FE in der Realität nicht so stark ins Gewicht fallen. Als Rückfall werden nur solche Verkehrsauffälligkeiten berücksichtigt, deren Vermeidung Ziel der Verkehrstherapie war, also Trunkenheitsdelikte bei Alkoholtätern, Punkte bei reinen Punktetätern. An Details des Kriteriums bei Mischtätern arbeiten wir zur Zeit noch, da hier verschiedene Sonderfälle zu berücksichtigen sind, die angesichts der geringen Fallzahlen schwer statistisch auswertbar zu operationalisieren sind.

- Welche Fälle werden gemeldet?

Hier ist entscheidend, dass mit unausgelesenen Stichproben gearbeitet wird. Die angeschlossenen Praxen haben sich mithin verpflichtet, alle Fälle zu melden, die im Jahre 1998 nach den praxisspezifischen Kriterien abgeschlossen wurden, also keine laufenden oder abgebrochenen Therapie, aber auch keine Auslese der abgeschlossenen Fälle. Dies ist zum einen wichtig, um eine Vergleichbarkeit der Praxen und ungeschönte Ergebnisse zu erhalten, aber auch, um eine relevante Größenordnung für Detailauswertungen zu erzielen. In Kauf genommen wird dabei, dass sehr unterschiedlich große Teilgruppen auftreten: Reine Alkoholtäter, reine Punktetäter, Mischtäter, Fälle mit illegalen Drogen, Sonderfälle wie Fahreignungszweifel aufgrund von Diabetes etc. Im Vordergrund dieses ersten Durchlaufes steht das Interesse, möglichst vollständig zu erfassen, welche Fälle in der Realität in verkehrspsychologischen Praxen in der BRD behandelt werden, weniger eine statistisch gut auswertbare homogenisierte Teilgruppe zu untersuchen. Da bislang keine verallgemeinerbaren Ergebnisse vorliegen, welche Teilgruppen besondere Risikopopulationen darstellen, erscheint es kaum machbar, dass eine Praxis zielgerichtet nur die Klienten meldet, bei denen die Rückfallwahrscheinlichkeit gering ist - zumal nur die Praxis selbst das Ergebnis für ihre eigenen Klienten erhält.

Langfristig wünschenswert ist einerseits, Teilgruppen präziser abzugrenzen und sie detaillierter zu untersuchen und auch das Spektrum der teilnehmenden Einrichtungen zu erweitern. Immerhin haben wir aber schon jetzt gut 700 Fälle von über 30 Einrichtungen mit unterschiedlichen Organisationsformen und therapeutischen Ausrichtungen aus dem gesamten Bundesgebiet erfasst. Damit dürfte die Auswahl zwar nicht statistisch repräsentativ sein, aber doch recht gut das Spektrum dessen umfassen, was in der Bundesrepublik als verkehrstherapeutische Einzelmaßnahme real durchgeführt wird. Damit erscheint eine Abschätzung über die globale Wirksamkeit solcher einzeltherapeutischer Maßnahmen möglich, zumal die intern erhobenen Kennwerte auch eine Aussage darüber gestatten, bei welcher Klientel mit welcher Vorbelastung welche Erfolge erzielt wurden.

- Welche Daten sollen und können erhoben werden

Einzeltherapeutische Interventionen zeichnen sich dadurch aus, dass sie bei einer heterogenen Klienten-Gruppe erhoben werden, dass die Fallzahl pro Praxis bzw. Therapeut gering ist und dass die Interventionen aufgrund sehr unterschiedlicher therapeutischer Ansätze, individueller Stile und unter schwer vergleichbaren Rahmenbedingungen erfolgen. Ein sehr differenzierter Datensatz (z.B. spezielle Testergebnisse, Leberwerte, parallele Gruppenstunden) hätte nicht von allen Praxen geliefert werden können und den Aufwand sehr erhöht.

Hier musste also eine Schnittmenge gefunden werden zwischen den Kennwerten, die beim KBA verfügbar bzw. notwendig sind, denen, die möglichst in allen Praxen vorliegen und den Kennwerten aus anderen Untersuchungen zum Zwecke des Vergleiches. Insgesamt umfasst der eingereichte Datensatz pro Klient 22 Variablen, neben den Daten zur Personenidentifizierung für die KBA-Abfrage (Name, Geburtsdatum, letzte Adresse etc.) insgesamt 6 Kennwerte zur Vorgeschichte:

- Anzahl der abgeurteilten Trunkenheitsfahrten - auch getilgte,
- Anzahl der verwertbaren Trunkenheitsfahrten für Untersuchungsanlass,
- Höchste bei allen Trunkenheitsfahrten jemals erreichte BAK,
- Anzahl positiver Gutachten vor Beginn VT (MPU mit NS-Empfehlung gelten als positiv!),
- Anzahl negativer Gutachten vor Beginn der Verkehrstherapie,
- Zahl der vorangegangene Nachschulungen (Leer, Mainz 77, ASK etc),

und eine Einstufung in Fallgruppen (Alkohol, Punkte, Mischtäter, Sonstiges) sowie 5 Angaben zum Therapieverlauf:

- Beginn der Therapie,
- Ende der Therapie,
- Anzahl der Einzel-Therapiestunden (nicht Sitzungen!),
- Therapieziel bei Alkoholtätern: Abstinenz oder Kontrolle des Trinkverhaltens.

Da es sich um eine retrospektive Zusammenstellung von Daten handelt, wurde versucht, nur solche Daten zu erheben, die auch nachträglich aus den Unterlagen der jeweiligen Praxis leicht zu rekonstruieren sind, bzw. schon vorliegen und unabhängig von dem spezifischen Therapieansatz oder der Arbeitsform sind. Zudem sollte damit die Datensatz-Zusammenstellung für die einzelne Praxis möglichst wenig aufwendig sein. Die Daten konnten per Formular oder auf Diskette mit einer vorbereiteten Excel-Tabelle eingereicht werden.

- Wer wertet aus?

Eine Reihe von grundsätzlichen Fragen betrifft den Fluss der Daten, die Auswertung und die Ergebnisse. Auf der einen Seite spricht grundsätzlich einiges dafür, solch eine Evaluation durch eine vollständig unabhängige Stelle (wie eine Universität) durchführen zu lassen, auf der anderen Seite erfordern die sehr speziellen Fragen und die Weitergabe von Praxisinterna eine enge Anbindung an eine für die teilnehmenden Einrichtungen vertraute und vertrauenswürdige Einrichtung. Wir haben deshalb folgendes Verfahren gewählt: BNV-intern wurde eine Stelle etabliert, an die die Daten gesandt wurden. Dort wurde die Herkunft durch einen von der Praxis selbst gewählten Praxisschlüssel codiert, so dass auch durch den BNV-Vorstand keine Rückverfolgung möglich war, von wem welche Daten stammen. Die Daten konnten aber durch Rückfragen auf Unstimmigkeiten und Inkonsistenzen überprüft werden und als Matrix aller teilnehmenden Praxen zusammengestellt werden. Diese Matrix (mit anonymisiertem Praxisschlüssel) erhält das Kraftfahrtbundesamt. Dieses überprüft, welche der mit Klarnamen genannten Klienten im dem definierten Untersuchungszeitraum auffällig geworden ist -

wiederum, ohne ein Zuordnung zu einer Praxis vornehmen zu können. Die teilgruppenspezifischen Rückfallquoten werden dann an die BNV-Stelle gemeldet, die dann die zu veröffentlichen Daten zusammenstellt und darüber hinaus den einzelnen Praxen anhand des nur ihr bekannten Praxisschlüssels mitteilt, wie die praxisbezogenen Rückfallquoten aussehen. Damit ist ein handhabbarer Kompromiss gefunden zwischen Publizierbarkeit der globalen Ergebnisse einerseits und der Vertraulichkeit praxisbezogener Daten andererseits. Außerdem gewährleistet die Kooperation mit dem KBA ein hohes Maß von Neutralität, da das KBA selbst die Zusammenstellung der Rückmeldungsdaten übernimmt.

- Wie wird Vertraulichkeit/Schweigepflicht/Anonymisierung gewährleistet?

Wie oben dargestellt, konnte der Datenschutz, was die praxisbezogenen Daten betrifft, gut gelöst werden. Schwieriger gestaltet sich der Datenschutz bezüglich der KBA-Abfragen und Rückmeldungen. Zum einen lagen nicht in allen Praxen und von allen Klienten Schweigepflichtsentbindungen vor, so dass es nicht möglich war, Rückfallinformationen über einen speziellen Klienten zu bekommen (nur einzelne Praxen sind in der Vergangenheit diesen Weg gegangen). Möglich ist aber grundsätzlich, beim KBA eine Matrix von Datensätzen einzureichen und eine Rückmeldung zu bekommen, allerdings nicht darüber, wer, sondern welcher Prozentsatz womit in welchem Zeitraum auffällig geworden ist. Hier ist allerdings noch eine Reihe von Details zu klären, über die wir zurzeit noch verhandeln. Klar ist, dass eine De-Anonymisierung auch durch die Praxen selbst ausgeschlossen sein muss. Eine Rückfallquote von 100% bei weiblichen Trunkenheitstätern mit 3 Trunkenheitsfahrten bedeutet in der Praxis die Gewissheit, welche Klientin dies ist und verletzt den Datenschutz. Auch hier befinden wir uns in der Feinabstimmung, um einen handhabbaren Kompromiss zwischen Datensicherheit und Detailliertheit der Auswertung zu erreichen.

Ich hoffe, es ist deutlich geworden, dass auch in Bereich individueller Verkehrstherapie mit einer heterogenen Klientel, verschiedenen Organisationsformen, sehr unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen und einer Reihe von kompliziert zu erfüllenden datenschutzrechtlichen Anforderungen eine sinnvolle, methodisch anspruchsvolle und transparente Evaluation möglichst ist - aber auch, wie viele Detailprobleme auf diesem Weg gelöst wurden und noch gelöst werden müssen. Wir hoffen, Ihnen Ergebnisse unserer Evaluation in nächster Zeit vorstellen zu können.

Literatur-Hinweis:

SOHN, J. M. & MEYER-GRAMCKO, F. Evaluation der Verkehrstherapie - Zwischenbilanz und Ausblick. Zeitschrift für Verkehrssicherheit 44, 1998, S. 170-73