

Demenz im Straßenverkehr

Zwischen gesellschaftlicher Teilhabe und Verkehrssicherheit?!

10. Oktober 2016

Gerontologisches Forum Bonn

Dipl. Soz.-Geront. Verena Leve, M.A.

Institut für Allgemeinmedizin

an der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Agenda

- Begriffsabgrenzung / Definitionen
- Verkehrssicherheit Älterer
- Besonderheiten bei Demenz
- Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und Angehörigen
- Handlungsempfehlungen für die (hausärztliche) Praxis und andere Beratungssettings
- Diskussion

Begriffsabgrenzungen – Fahreignung

= zeitlich stabile, situationsunabhängige generelle Disposition zum Führen eines Kraftfahrzeugs

Fahreignung als Konstrukt basiert auf

- Persönlichkeitsmerkmalen
- psychophysischen (sensorischen/motorischen/kognitiven) Ausstattung des Individuums

bei Demenz:

Fahreignung spätestens ab mittleren Stadium nicht mehr gegeben

Grund:

ausgeprägte psychophysische (v.a. kognitiver) Einschränkung

Begriffsabgrenzungen - Fahrtauglichkeit

= situations- und zeitabhängige Fähigkeit zum Führen eines Fahrzeugs zu einem bestimmten Zeitpunkt

- aktuelle Ausgestaltung der Fahreignung
- momentaner Zustand fahreignungsrelevanter Persönlichkeitsmerkmale und psychophysischer Funktionalität;

bei Demenz:

- Fahrtauglichkeit kann im leichten Stadium noch gegeben sein

Achtung: Medikamente können Fahrtauglichkeit beeinträchtigen
(durch Müdigkeit, Schwindel etc.)

Begriffsabgrenzungen - Fahrsicherheit

= auf Verhaltensebene zu beurteilende Ausprägung von Fahreignung und Fahrtauglichkeit im Straßenverkehr

Fahrsicherheit / Verkehrssicherheit

"Jeder Verkehrsteilnehmer hat sich so zu verhalten, dass kein anderer geschädigt, gefährdet oder mehr, als nach den Umständen unvermeidbar, behindert oder belästigt wird"

(Straßenverkehrsordnung: §1, Abs. 2, StVO).

„Wer sich infolge körperlicher oder geistiger Beeinträchtigungen nicht sicher im Verkehr bewegen kann, darf am Verkehr nur teilnehmen, wenn Vorsorge getroffen ist, dass er andere nicht gefährdet. [...].“ (Fahrerlaubnisverordnung: § 2 Eingeschränkte Zulassung FeV).

Verkehrssicherheit - Altersbedingte Einschränkungen

Häufigste Ursachen für Gefährdung durch

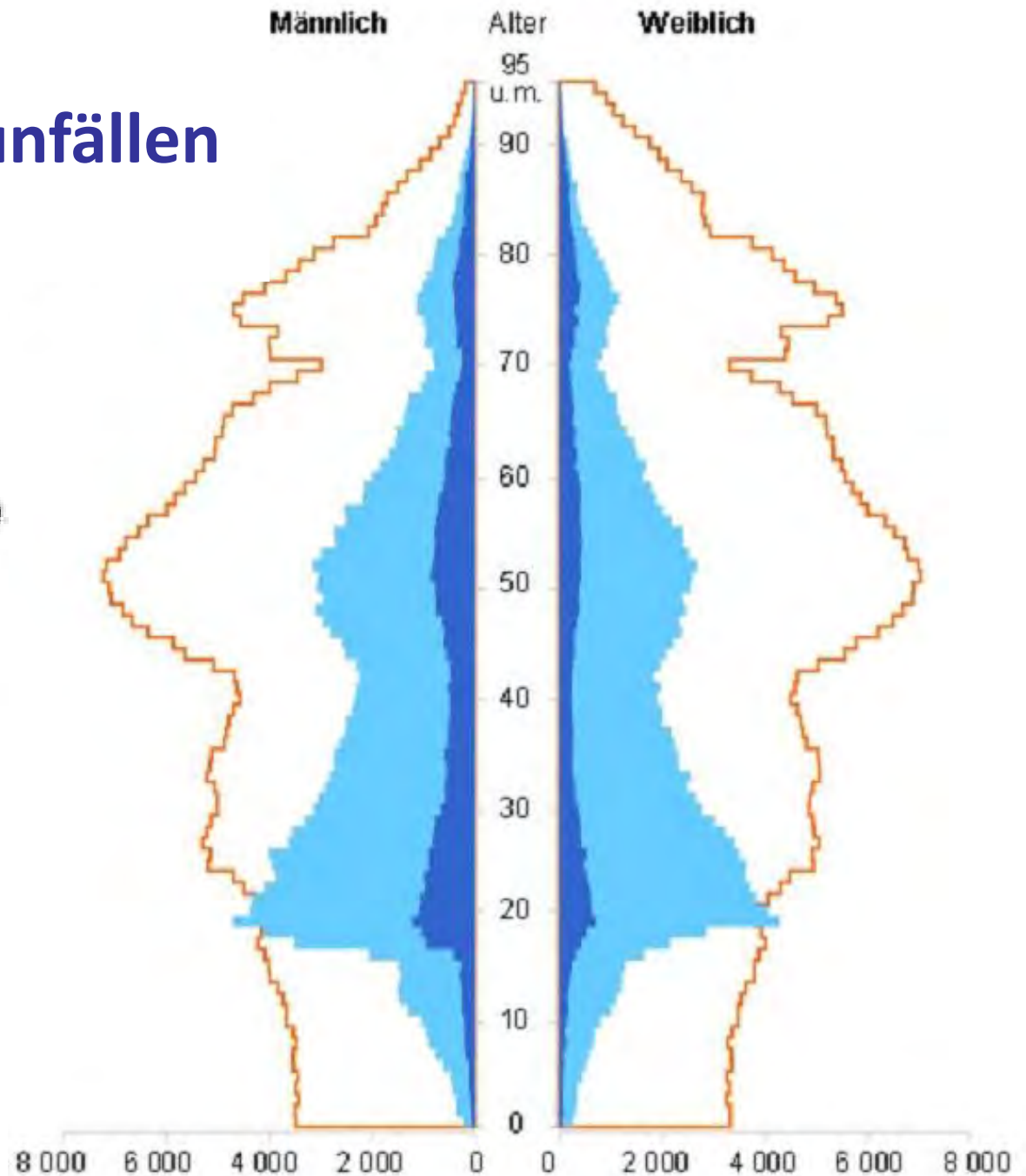
- Herz-Kreislaufkrankungen, Demenz, Bluthochdruck, Diabetes, psychische Erkrankungen und degenerative Gelenkerkrankungen.
- Multimorbidität und Multimedikation führen häufig zu einer zeitweiligen Fahruntauglichkeit

Altersbedingte Veränderungen (Withaar et al. 2000)	
Kognitive Einschränkungen	Aufmerksamkeit, Konzentrations- und Merkfähigkeit, Reaktionsgeschwindigkeit u.a.
Körperliche Einschränkungen	Beweglichkeit (z.B. Schulterblick)
Sensorische Einschränkungen Hörvermögen, Visuelle	Dämmerungssehen, die Blendeempfindlichkeit und die Verengung des Sehbereichs

Verunglückte bei Straßenverkehrsunfällen 2015

Verunglückte
darunter

- Getötete und Schwerverletzte
- Leichtverletzte
- Bevölkerung in 100



(Quelle: Statistisches
Bundesamt 2016)

Unfallstatistik

Unfälle mit Personenschaden:

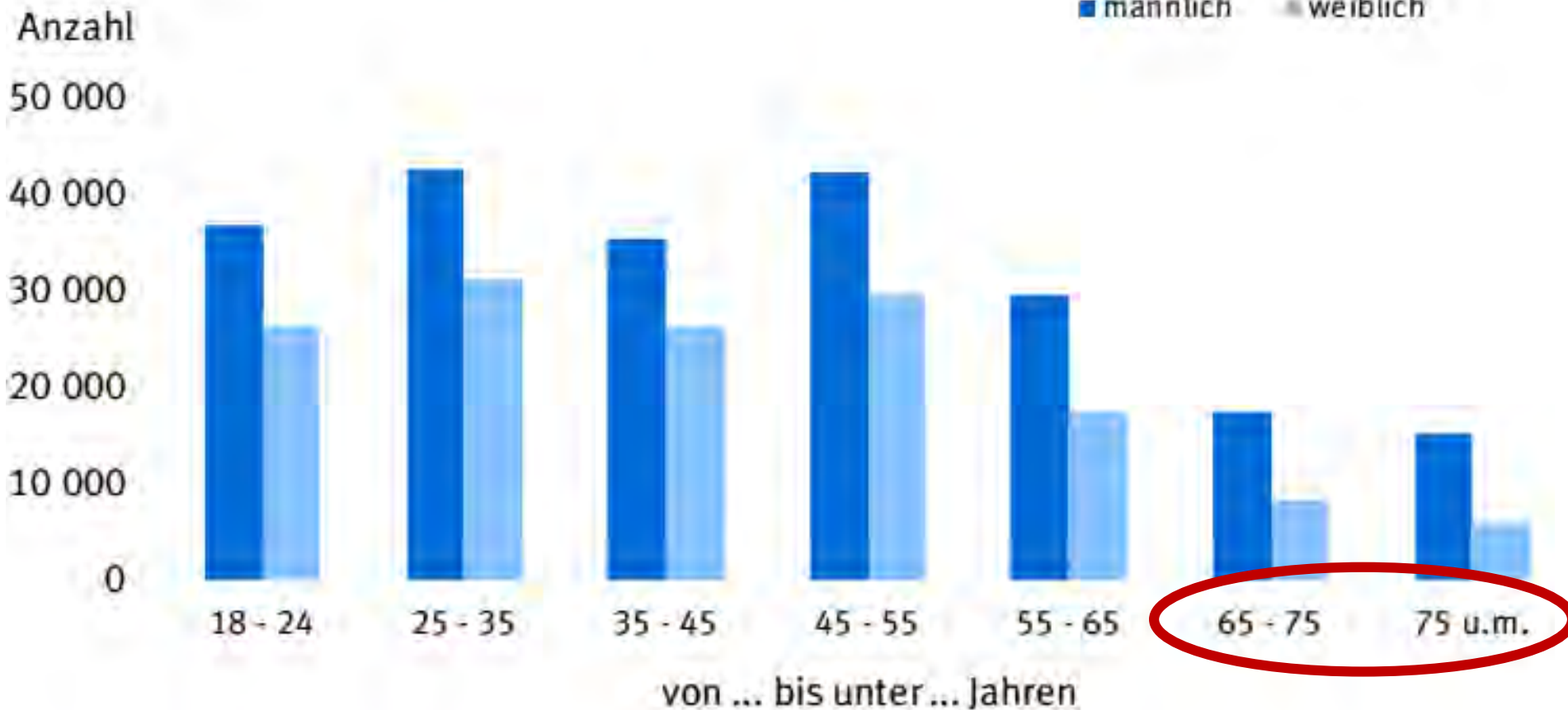
- Ältere fallen durch weniger Verstöße auf als Jüngere
- 12,4 % aller Beteiligten waren mindestens 65 Jahre
- PKW-Fahrer*innen über 64-Jahre als Beteiligte trugen sehr häufig Hauptschuld (67,1%)
- Bei PKW-Fahrer*innen über 75-Jahre (75,1 %).

Alterstypische Unfallursachen sind

- Fehler beim Abbiegen, Wenden,
- Rückwärtsfahren, Ein- und Anfahren sowie
- falsches Verhalten gegenüber Fußgänger*innen an Fußgängerüberwegen

Beteiligte Pkw-Fahrer an Unfällen mit Personenschaden 2015 nach Altersgruppen und Geschlecht

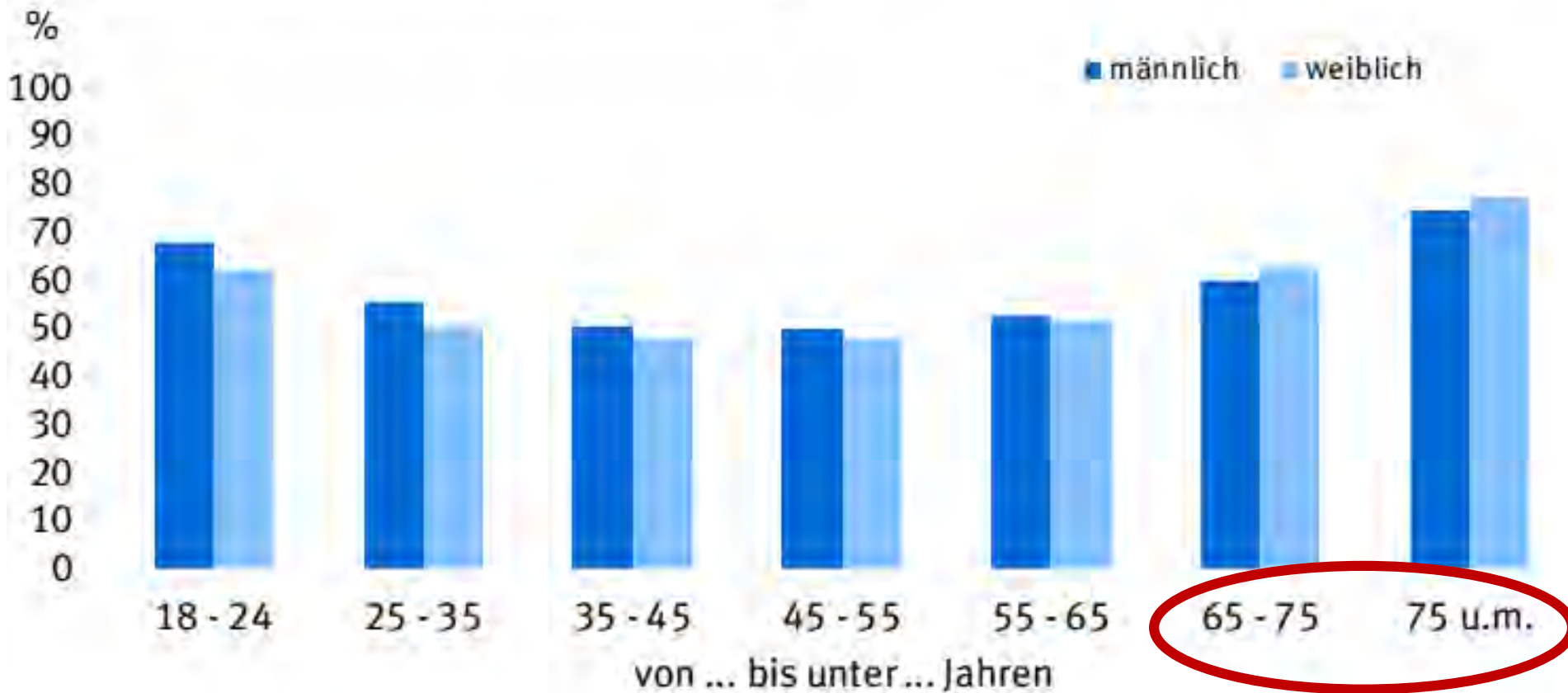
Insgesamt



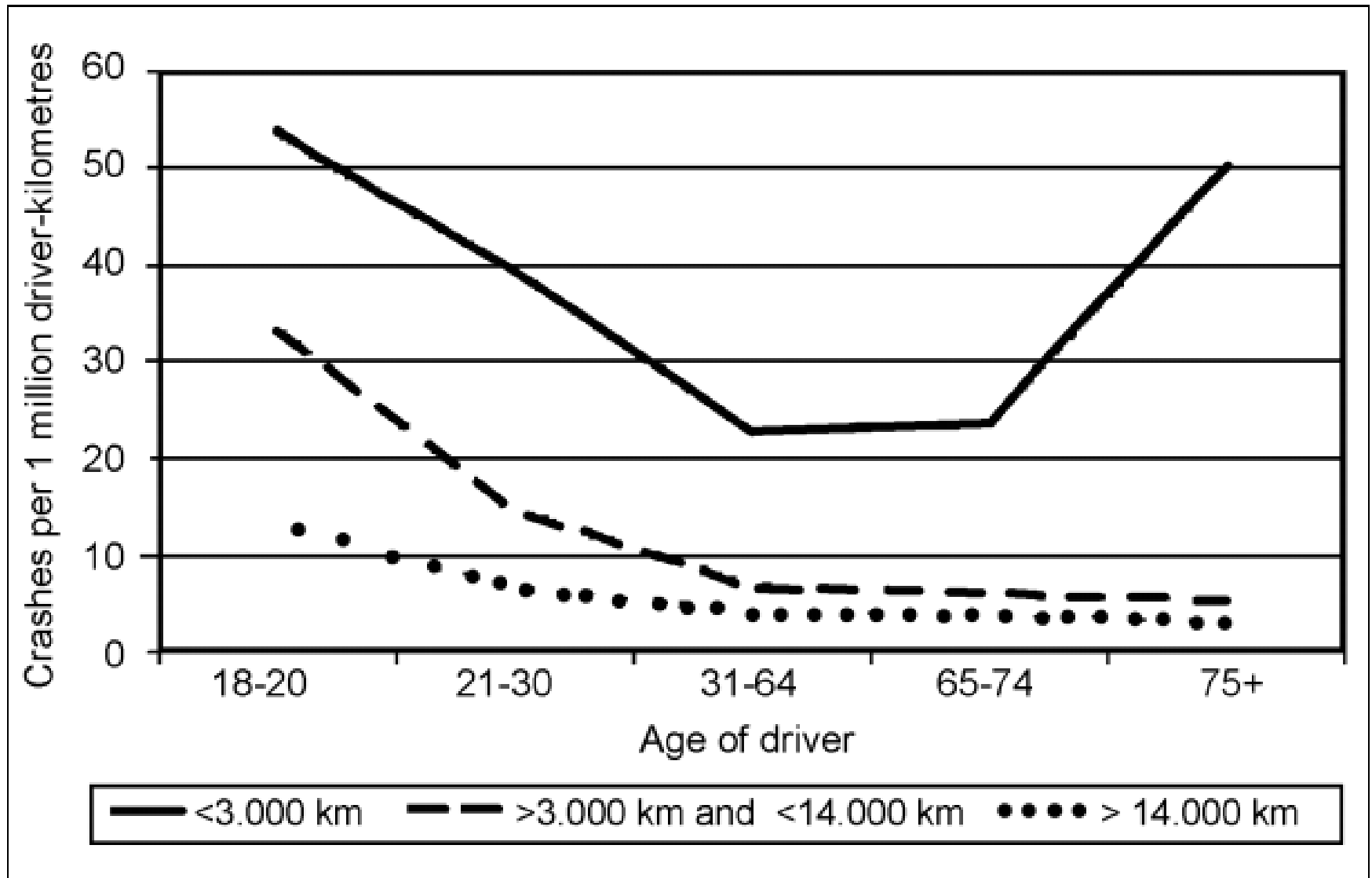
(Quelle: Statistisches Bundesamt 2016: S. 10)

Beteiligte Pkw-Fahrer an Unfällen mit Personenschaden 2015 nach Altersgruppen und Geschlecht

Anteile der Hauptverursacher an den Beteiligten

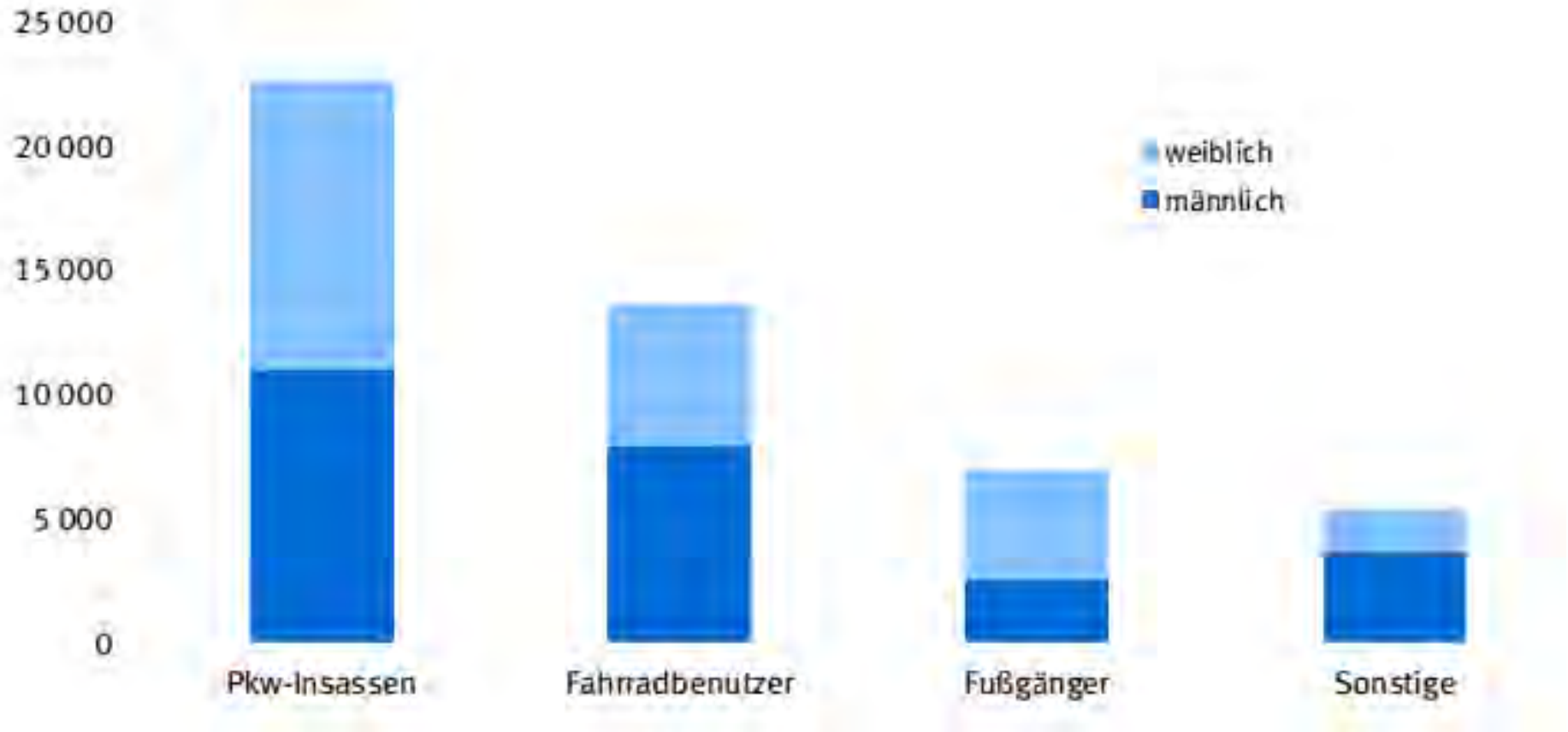


Jährliche Unfallbeteiligung unterschiedlicher Altersgruppen unter Berücksichtigung der jährlichen Fahrleistung



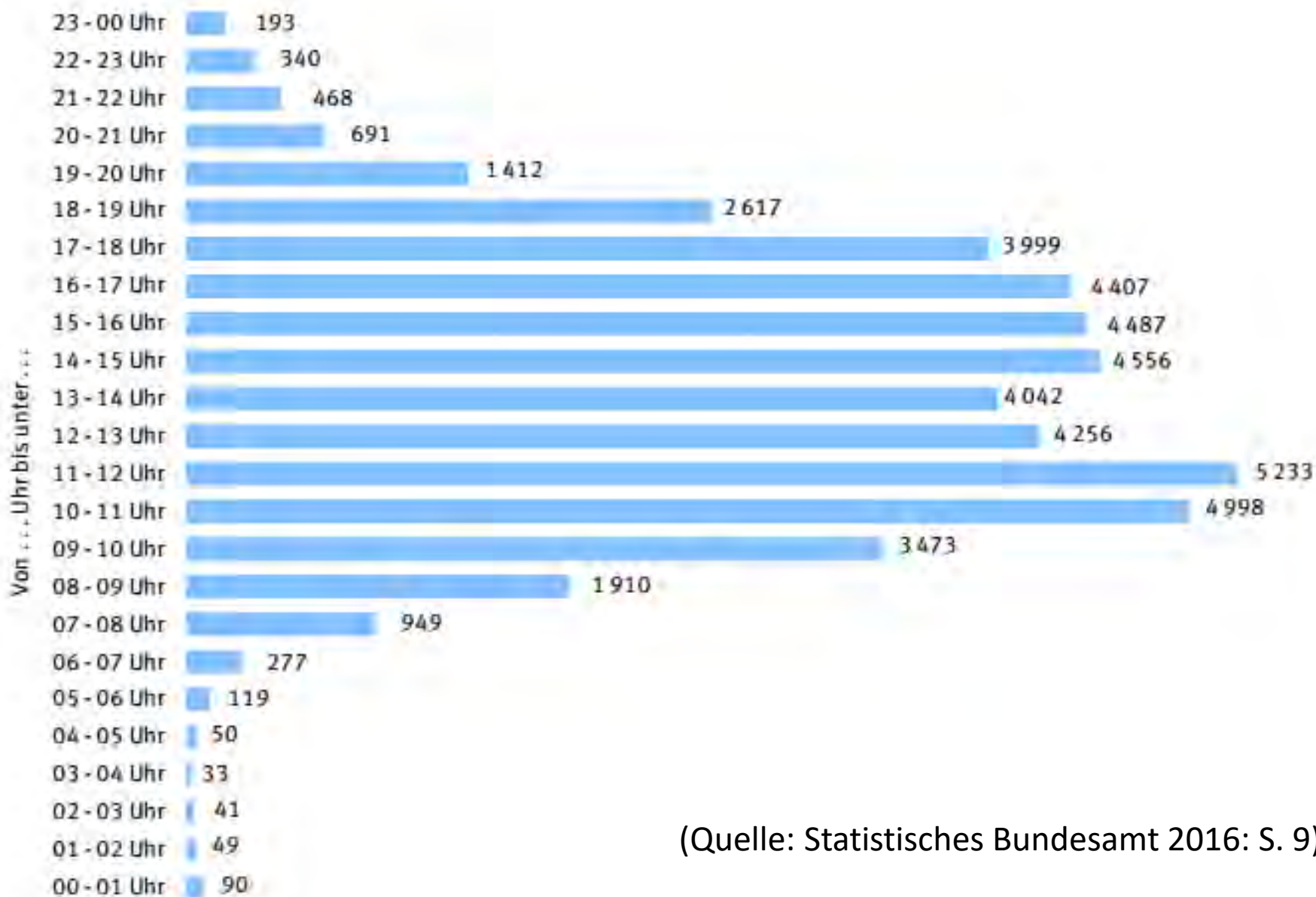
(Quelle: Lanford, Methorst, Hakamies-Blomqvist 2006: S. 576)

Verunglückte Senioren im Alter von 65 Jahren und älter bei Straßenverkehrsunfällen nach Geschlecht und Art der Verkehrsbeteiligung 2015



(Quelle: Statistisches Bundesamt 2016: S. 8)

Verunglückte Senioren im Alter ab 65 Jahren bei Straßenverkehrsunfällen 2015 nach Uhrzeiten



(Quelle: Statistisches Bundesamt 2016: S. 9)

Ältere als Unfallopfer - 2015

Ältere Mensch leiden erheblich schwerer an Unfallfolgen

- Tödlich verunglückte Ältere (65+) nach Verkehrsbeteiligung:
 - Pkw-Insassen: 27%
 - Fußgänger*innen: 52%
 - Radfahrer*innen: 52%
- Besonders gefährdet sind Über-75-Jährige:
 - 33% der getöteten Radfahrer*innen
 - 41% der getöteten Fußgänger*innen
- häufigste Unfallursache bei älteren Fußgängern*innen:
„falsches Verhalten beim Überschreiten der Fahrbahn“ (80,8%)

Demenz und Verkehrssicherheit I

→ häufigste Ursachen für Fahrsicherheitsrisiken im Alter

Demenzbedingte Veränderungen

(Lukas, Nikolaus 2009; Wolter 2014, Ernst et al 2010)

Störungen des Arbeits- und episodischen Gedächtnisses	Behalten und Umsetzen aktueller Warnhinweise (Geschwindigkeitsbegrenzung, Überholverbot, veränderter Straßenführung etc.)
Störungen des semantischen Gedächtnisses	Verkennung der Bedeutung von Verkehrszeichen/Ampeln
Beeinträchtigungen verschiedener Aufmerksamkeitsprozesse	Erhöhtes Risiko für Ablenkbarkeit, Überforderung, verzögerten Reaktion
Defizite im visuell-räumlichen Denken	Desorientierung, Blebschäden

Demenz und Verkehrssicherheit

Achtung:

- frontotemporal betonte Demenzen (5-10%):
früh einsetzende Veränderungen der Persönlichkeit und Affektkontrolle
- Lewy-Body-Demenz (ca. 5%):
häufigem Frühsymptom → visuellen Halluzinationen

besonders starke und frühe Beeinträchtigung der Fahreignung bei beiden Formen → früher Fahrverzicht

Demenz und Verkehrssicherheit II

- Mehrzahl stellt die Fahrtätigkeit innerhalb der ersten 3 Jahre der Erkrankung ein (Mix et al 2004)
- Unfallrisiko in frühem Stadium nicht wesentlich erhöht ab dem mittleren Stadium sehr wohl (Breen et al. 2007)
- Autofahren zur Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung und Sicherung der sozialen Teilhabe

Das Projekt

Ziel:

Entwicklung einer hausärztlichen Vorgehensempfehlung unter Prüfung der Betroffenenperspektive und des Anwendungsbezugs

Methoden/Design:

- systematische Literaturrecherche
- Fokusgruppen
(mit Menschen mit Demenz, Angehörigen, Hausärzten/innen)
- Workshop mit Praxisteams (DEGAM Kongress 2015)
- Experten/innen-Workshop

Förderung:

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

Projektteam:

Katharina Ilse, Marie Ufert, Stefan Wilm, Michael Pentzek

Das Projekt

Ziel:

Entwicklung einer hausärztlichen Vorgehensempfehlung unter Prüfung der Betroffenenperspektive und des Anwendungsbezugs

Methoden/Design:

- systematische Literaturrecherche
- **Fokusgruppen**
(mit Menschen mit Demenz, Angehörigen, Hausärzten/innen)
- Workshop mit Praxisteams (DEGAM Kongress 2015)
- Experten/innen-Workshop

Förderung:

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

Projektteam:

Katharina Ilse, Marie Ufert, Stefan Wilm, Michael Pentzek

Warum Hausarztpraxis?

Schlüsselposition:

- die meisten älteren Menschen gehen regelmäßig zum Hausarzt/zur Hausärztin
- kontinuierliche und vertrauensvolle Patient/in-Arzt/Ärztin-Beziehung
- erlebte Anamnese
 - Erfahrung zu Umgang des/der Patienten/in mit Krankheit und Gesundheit
 - Erinnerungen an vorherige Symptome oder Warnzeichen, die in der neuen Situation einen Sinn bekommen können
 - Wissen um Vorgeschichte des Patienten / der Patientin

Spezifika hausärztlichen Arbeitens

Arbeitsbereich Hausarztpraxis:

- pro Quartal ca. 1.000-2.000 Patienten/innen
- Pro Tag: 40-60 Konsultationen, 2 Hausbesuche, 7 längere Gespräche...
- durchschnittliche Konsultationsdauer: ca. 8 min
- sehr viele Erkrankungen, diese...
 - jeweils seltener als bei Spezialisten/innen
(Demenz: ca. 37 Pat., pro Jahr ca. 3-5 Neuerkrankungen)
 - in leichter Ausprägung als bei Spezialisten/innen;
unspezifische Symptome

(Koch et al. 2007, Kochen 2012, Riedel-Heller et al 2000)

Fokusgruppen - Methodik

Fragestellungen:

- Wie erleben Beteiligte den Umgang mit dem Autofahren bei Demenz?
- Welche Herausforderungen sehen sie?
- Welche Unterstützung wünschen sie sich?

Anzahl der Fokusgruppen:

- 3 mit Hausärzten/innen (n=13 ;w=1 m=12)
- 3 mit Angehörigen, (n= 19; w/m:14/5)
- 1 mit Menschen mit Demenz (n=7; w/m: 2/5)

Ergänzend:

- Zwei leitfadengestützte, problemzentrierte Interviews mit Hausärzten/innen in ländlichen Regionen

- Inhaltsanalytische Auswertung
- Entwicklung einer Handlungsempfehlung

Ergebnisse: hausärztliche Sicht I

a) System:

- keine regelmäßige Überprüfung der Fahreignung
- keine Kriterien / Instrumente für Fahreignung für die Hausarztpraxis
- Geeigneter Zeitpunkt zur Feststellung der Fahruntauglichkeit
- Gefahr der Verlagerung des Problems in die Hausarztpraxis

b) Hausarztpraxis:

- Patient/in-Arzt/Ärztin-Beziehung hoher Stellenwert
- patientenzentrierte, partizipative Entscheidung
- Kontinuität der Begleitung
- diagnostische Komplexität
- Demenz im Niedrig-Prävalenzbereich
- kurze Konsultationen, Zeitdruck

Ergebnisse: hausärztliche Sicht II

Ethische Aspekte

- ❖ **Mobilität** erhalten
dadurch:
- ❖ **Autonomie** wahren
- ❖ **Soziale Teilhabe** erhalten

→ möglicher Konflikt mit Sicherheit

für Patient*in und/oder andere Verkehrsteilnehmende

**Bruch der Schweigepflicht wird kritisch gesehen,
da als Vertrauensbruch empfunden**

Ergebnisse: Sicht der Angehörigen

- Große Sorge um Person mit Demenz
- Eigene Mobilität hängt von Fahrfähigkeit der Person mit Demenz ab
- Vermeidung des Konfliktes
- Innerfamiliäre Konflikte über Zuständigkeiten / Verantwortlichkeiten
- Verbot erspart nicht Konflikt
 - Hilfreich, wenn Fahrverbot mit Medikamenten begründet
 - Doppeldiagnose erleichtert Fahraufgabe
 - Individuelle Strategien von Familie und Umfeld entwickelt
 - Versicherung als Begründung

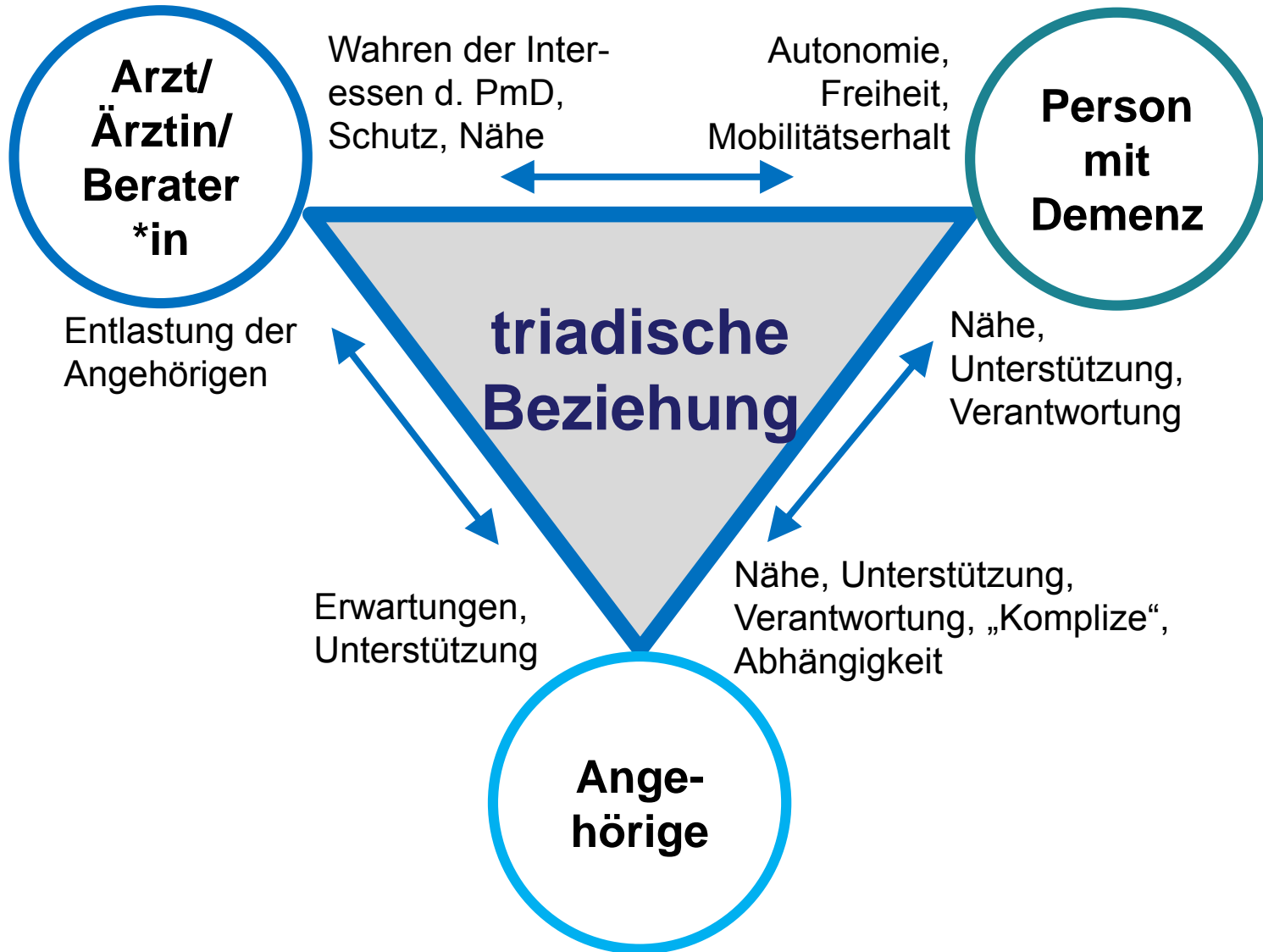
Ergebnisse: Unterstützungsbedarf aus Sicht der Angehörigen

- Unklarheit bei Angehörigen wer Ansprechpartner/innen
- Mobilitätsalternativen fehlen
- Hausarzt / Hausärztin
 - wird als Vertrauensperson erlebt
 - wird von Person mit Demenz als Autorität anerkannt
 - müsste Thema häufiger ansprechen
- Ansprache durch Fachärzten*innen / Memory Clinic

Ergebnisse: Sicht der Patienten*innen

- Bedeutung des Autofahrens
 - lebenslang Auto gefahren / berufliche Nutzung
 - Möglichkeit zur Selbstbestimmung
 - wichtiger Teil der eigenen Existenz/Lebensqualität
- Gründe für Aufgabe der Fahrtätigkeit
 - Gefährdung Anderer
 - Versicherungsschutz / Verantwortungsgefühl
 - Unfall / Orientierungslosigkeit
- Festhalten am Autofahren, da noch nichts passiert ist
- Einsicht, dass Aufgabe des Fahrens bevorsteht

Beziehung



Fazit für die Entwicklung Handlungsempfehlung

- Schwerpunkt auf Frühwahrnehmung und frühe Ansprache
→ *Geriatrischer Blick*
- Perspektive der Person mit Demenz (PmD) ermitteln
→ *Ressourcenorientierte Gesprächsführung*
- Früher Einbezug der Familie mit Zustimmung der PmD
→ *Familienkonferenz*
- Mobilitätsalternativen gemeinsam mit PmD ermitteln
→ *Mobilitätsprofil*
- Thema mit Netzwerkpartnern/innen gemeinsam angehen
→ *Übersicht zu potenziellen Kooperationspartnern/innen / Kontaktstellen (Neurologie/Gerontopsychiatrie/Geriatrie, Fahrschule, Polizei, Fahrsicherheitstraining, Beratungsstellen, Prüfstellen etc.)*

Arbeitsmaterial: Mobilitätsprofil

Fahrt (Start / Ziel)	Beschreibung Strecke (z.B. Landstraße? Stadt? Dorf? Autobahn?)	Beifahrer /in	km + Dauer pro Strecke	Tag + Uhrzeit der Fahrt	Kompensationsmöglichkeiten	Alternativen zum Selbst-Fahren
Wohnung → Supermarkt	Dorf, Landstr.	Ehefrau	4 km, 10 min	Freitags, 9:00	u. später fahren (z.B. Dienstag / mittags → weniger Verkehr), in näher gelegendem Laden einkaufen, nach Einkauf/vor Rückfahrt erst kurze Pause, seltener einkaufen	Angehörige*r fährt einkaufen, zu Fuß zu kleinerem Laden im Dorf (außergewöhnliche Sachen mitbringen lassen), Lieferservice

Fahrsicherheit

Beachtung von Warnhinweisen / Red Flags

- verhaltensnahe Parameter, die Risiken für die Fahrsicherheit identifizieren helfen können.
- Berichte von Person mit Demenz, Angehörigen, oder eigene direkte Beobachtungen

- ❖ Verirren während der Fahrt
- ❖ unangebrachte Geschwindigkeit
- ❖ Verkehrszeichen falsch deuten
- ❖ Langsame Reaktion
- ❖ unsicher auf neuen Strecken
- ❖ zu dichtes Auffahren
- ❖ häufige „Beinahe-Unfälle“ (Vorfahrt, Abbiegen etc.)
- ❖ Bedienfehler im Auto (Pedale o.ä.)
- ❖ Beifahrer*in fühlt sich unsicher



Literatur

- Breen, D. A., Breen, D. P. & Moore, J. W. et al. (2007). Driving and dementia. *BMJ*, 334, 1365–1369
- Dubois, B., Feldman, H. H. & Jacova, C. (2007). Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: Revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurol*, 6, 734–746.
- Ernst J, Krapp S, Schuster T et al. (2010). Fahrtauglichkeit bei Patienten mit frontotemporaler und Alzheimer-Demenz. *Nervenarzt*, 81, 79–85.
- Jellinger, K. A. (2006). Clinicopathological analysis of dementia disorders in the elderly – an update. *J Alzheimers Dis*, 9 (3 Suppl), 61-70.
- Langford J, Methorst R, Hakamies-Blomqvist L. Older drivers do not have a high crash risk--a replication of low mileage bias. *Accident Analysis and Prevention* 2006; 38(3): 574-8.
- Lukas A, Nikolaus T. (2009). Fahreignung bei Demenz. *Z Gerontol Geriat*, 42, 205-211.
- Koch K, Gehrman U, Sawicki PT. (2007, Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich. *Dtsch Ärztebl*, 104(38), A-2584/B-2282/C-2214
- Kochen M (Hrsg.) (2012). *Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. 4. vollständig überarbeitete Auflage, Stuttgart: Thieme
- Mix, S., Gernot Lämmner, G. & Steinhagen-Thiessen, E. (2004). Fahreignung bei Demenz: Eine Herausforderung für neuropsychologische Diagnostik und Beratung. *Z Gerontopsychol Psychiat*, 17, 97–108.
- Ott, B. R. & Daiello, L. (2010). How does dementia affect driving in older patients? *Ageing health*, 6, 77—85.
- Ott, B. R., Heindel, W. C. & Papandonatos, G. D. et al (2008). A longitudinal study of drivers with Alzheimer disease. *Neurology*, 14, 1171–1178.
- Riedel-Heller SG, Schork A, Fromm N, Angermeyer MC. (2000). Demenzkranke in der Hausarztpraxis – Ergebnisse einer Befragung. *ZfGG*, 33(4); 300-306.
- Statistisches Bundesamt 2016: Verkehrsunfälle: Unfälle von Senioren im Straßenverkehr 2015, Wiesbaden.
- Withaar FK, Brouwer WH, van Zomeren AH. Fitness to drive in older drivers with cognitive impairment. *Int Neuropsychol Soc*. 2000 May;6(4):480-90.
- Wolter, D. K. (2014). Beginnende Demenz und Fahreignung, Teil 1: Grundlagen. *Z Gerontol Geriat*, doi 10.1007/s00391-014-0608-y