Autofahren und Demenz

Vorgehensempfehlung für die Hausarztpraxis

Herausgegeben von:
Institut für Allgemeinmedizin (ifam)
Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Werdener Straße 4
40227 Düsseldorf
Tel.: 0211/81-08183
Fax: 0211/81-18755
Kontakt: verena.leve@med.uni-duesseldorf.de

Autoren*innen:
Verena Leve
Katharina Ilse
Marie Ufert
Univ.-Prof. Dr. med. Stefan Wilm
Dr. rer. nat. Michael Pentzek

Diese Empfehlung wurde im Rahmen der Forschungsförderung durch die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. entwickelt.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Selbsthilfe Demenz

Stand: [08: August 2018]

Beratende Expertinnen und Experten:

Iris Behr-Hodes, Stadt Düsseldorf, Straßenverkehrsamt, Düsseldorf

Dr. Klaus Besselmann, Informations- und Koordinierungsstelle der Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen, c/o Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Köln

Prof. Dr. med. Heiner Fangerau, Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Düsseldorf

Dr. med. Oliver Funken, Hausarzt, Rheinbach

Christoph Hager, Hausarzt, Köln

Michael Heißing, Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt), Bergisch Gladbach

Dr. med. Hannelore Hoffmann-Born, Bereich Life Service des TÜV Hessen, Frankfurt

Antje Holst, Kompetenzzentrum Demenz Schleswig-Holstein, Alzheimer Gesellschaft S - H e.V., Norderstedt

Prof. Dr. med. Jürgen In der Schmitten, Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf

Dr. med. Paul Jansen, Kamen

Nik Koneczny, Hausarzt, Witten

Dr. Axel Malczyk, Unfallforschung der Versicherer (UDV), Berlin

Tobias Meysen, Hausarzt, Herzogenrath

Univ.-Prof. Dr. Wolf D. Oswald, Institut für Psychogerontologie der Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg

Jürgen Peitz, Rechtsanwalt, Bielefeld

Dr. Elisabeth Philipp-Metzen, Laer

Helga Schneider-Schelte, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz, Berlin

Bärbel Schönhof, 2. Vorsitzende der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz, Bochum

Barbara Süß, Institut für Psychogerontologie der Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg

Joachim Tabath, Polizeihauptkommissar, Düsseldorf

Peter Tonk, Demenz-Servicezentrum Region Düsseldorf

Nina Wahn, ADAC e.V., München

Inhalt

1. Einleitung 5

2. Begriffsdefinitionen 7

3. Fahrverhalten und alters- sowie demenzbedingte Einschränkungen 9

3.1. Fahrsicherheit und allgemeine altersbedingte Einschränkungen 9

3.2. Demenzen und damit einhergehende Einschränkungen 12

3.3. Beurteilung in der Hausarztpraxis 14

4. Beratungssetting Hausarztpraxis 19

4.1. Frühe Sensibilisierung für das Fahrverhalten 22

4.2. Patientenperspektive zum Thema ermitteln 25

4.3. Ableitung der nächsten Schritte in der hausärztlichen Begleitung 27

4.4. Aufklärung über die Gefährdung der Fahrsicherheit 31

4.5. Ressourcen aktivieren 34

4.6. Triade /Angehörige 36

4.7. Netzwerke 39

5. Handlungsstrategien in fortgeschrittenen Demenzstadien 42

6. Rechtliche Hintergründe 42

6.1. Begutachtung / Beurteilung der Fahreignung 43

6.2. Aufklärung 45

6.3. Dokumentation 46

6.4. Schweigepflicht 48

6.5. Zusammenfassung 49

7. Links, weiterführende Materialien und Literatur 51

8. Literatur 53

9. Anhang 59

9.1. Checkliste zur Sensibilisierung 59

9.2. Mobilitätsprofil 60

9.3. Formulierungshilfen für Dokumentation 61

9.4. Kontaktadressen 66

1. Einleitung

Fragen der Fahrsicherheit und des Umgangs mit dem Autofahren bei Demenz sind einer der vielschichtigen Themenbereiche, die immer wieder von Hausärzten und Hausärztinnen als Problem beschrieben werden (Pentzek et al 2015; Leve et al 2017, Williams 2000; Perkinson et al 2005; Bogner et al 2004). Die Gründe dafür sind komplex und basieren auf hausärztlichen Einstellungen, den spezifischen allgemeinmedizinischen Arbeitsbedingungen und Herausforderungen, deren Interaktion mit dem Krankheitsbild Demenz sowie mit dem Umgang seitens Betroffener und Angehöriger (Koch, Iliffe 2010; Perkinson et al 2005). Neben der subjektiv empfundenen hausärztlichen Relevanz wird das Thema prospektiv auch quantitativ an Bedeutung zunehmen: Die Anzahl älterer Personen mit Fahrerlaubnis steigt (OECD 2001) und — durch die positiv alterskorrelierte Demenzprävalenz — damit auch die Anzahl von Menschen mit Demenz und Fahrerlaubnis. Zudem ist davon auszugehen, dass ein relevanter Anteil an Menschen mit Demenz auch im weiteren Verlauf der Demenz aktiv Auto fährt (Perkinson et al 2005). Hausärzte und Hausärztinnen sind oft die ersten Ansprechpartner*innen für Menschen mit Gedächtnisbeschwerden oder Demenz und deren Angehörige (Luck et al 2012). Insofern sind sie es, die mit dem Problem der Fahrsicherheit bei Demenz konfrontiert werden und dieses früh ansprechen könnten.

Je früher das Thema besprochen wird, desto mehr Gewicht kann in der hausärztlichen Begleitung auf die Aspekte der Autonomie, Mobilität und sozialen Teilhabe gelegt werden. Ein patienten- und ressourcenorientiertes Vorgehen (Kalitzkus et al 2009, Michie et al 2003) kann die Methode sein, um die hausärztliche Nähe zum Patienten/zur Patientin dazu zu nutzen, auch ein solch schwieriges Thema wie die Fahrsicherheit ohne Gefährdung der Beziehung aufgreifen zu können. Wird die Fahrsicherheit später im Verlauf der Demenz erstmals thematisiert, besteht u.U. dringender Handlungsbedarf, so dass dann juristische und Sicherheitsaspekte direkt in den Vordergrund der Interaktion zwischen Ärzten*innen, Patienten*innen und Angehörigen treten und das hausärztliche Handeln zum Nachteil der Patientenzentrierung dominieren.
In Deutschland sind Hausärzte und Hausärztinnen nicht zur Überprüfung der Fahreignung verpflichtet. Dennoch berichten Hausärzte und Hausärztinnen immer wieder auch von rechtlichen Unsicherheiten, wie genau bei einer demenziellen Veränderung auch mit dem Thema Fahreignung umzugehen sei. Nicht selten wird in der Literatur darauf verwiesen, dass ein Bruch der ärztlichen Schweigepflicht (§203 StGB) bei Gefährdung der Sicherheit für Patient*in und andere Verkehrsteilnehmende (höherwertige Rechtsgüter) in Betracht zu ziehen sei (Peitz 2015) (eine Meldepflicht des Arztes/der Ärztin besteht zunächst nicht). Grundlage für diesen Bruch wäre der rechtfertigende Notstand (§34 StGB). Aus ethischen Gesichtspunkten ist allerdings zu diskutieren, ob

der Bruch der Schweigepflicht als Gefährdung der vertrauensvollen Beziehungen zwischen Patient*in und Arzt*Ärztin betrachtet werden kann. Studien zum Umgang mit dem Thema in der Hausarztpraxis zeigen, dass dieser letzte Schritt eher abgelehnt und als konkurrierend zu der hausärztlichen Rolle in der Begleitung der Person mit Demenz empfunden wird.

Die in den Interviews mit Hausärzten und Hausärztinnen genannten ethischen Probleme in der Ansprache des Themas beziehen sich auf die Bereiche Autonomie, Erhaltung der Mobilität und sozialen Teilhabe und auf entsprechende Interessen- und Zielkonflikte (z.B. mit öffentlicher Sicherheit) (Bogner et al 2004). Adams et al. beschreiben die Schwierigkeit von Ärzten und Ärztinnen, gleichzeitig die Patientenautonomie (i.S. von Mobilität) und die Patientensicherheit wahren zu wollen (Adams et al 2005). Das Thematisieren der Fahreignung kann aus Sicht der Hausärzte und Hausärztinnen das patientenseitige Autonomiebestreben stören und damit das Arzt*Ärztin-Patient*innen-Verhältnis beeinträchtigen (Allen et al 2005, Dalsgaard et al 2007). Eine standardisierte Vorgehensweise für die Begleitung und Ansprache des Themas in der Hausarztpraxis gibt es bisher zumindest nicht für das Versorgungssetting in Deutschland.

Hier setzt die vorliegende Empfehlung an. Basierend auf den Ergebnissen einer umfangreichen Literaturrecherche und Fokusgruppen mit Hausärzten*innen, Angehörigen und Patienten*innen mit Demenz wurde eine Handlungsempfehlung entwickelt, die sich an den Besonderheiten des hausärztlichen Praxisalltages orientiert und Spezifika des hausärztlichen Handelns berücksichtigt. Ziel dieser Empfehlung ist es, Hausärztinnen und Hausärzten mehr Sicherheit im Umgang mit dem Thema Fahrsicherheit bei Demenz zu geben und entsprechend des hausärztlichen Selbstverständnisses Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen, wie das Thema Fahrsicherheit gemeinsam mit Patienten*innen mit Demenz und ihren Angehörigen im Sinne der Sicherung der Mobilität und sozialen Teilhabe frühzeitig zu gestalten ist.

Die Empfehlung wurde im Rahmen eines Expertenworkshops mit Teilnehmenden aus unterschiedlichen Disziplinen (Allgemeinmedizin, Verkehrspsychologie, Rechtswissenschaften, Medizinethik, Angehörigenvertretung, Gerontologie, Polizei, Verkehrsbehörden etc.) analysiert und mittels eines schriftlichen Konsensus-Verfahrens weiterentwickelt. Im nächsten Kapitel erfolgt eine kurze Abgrenzung und Definition der im weiteren Verlauf verwendeten Begrifflichkeiten. In Kapitel 3 werden Informationen zu altersbedingten Einschränkungen, Unfallrisiken und zum Umgang mit demenzbedingten Einschränkungen der Fahrsicherheit in der Hausarztpraxis gegeben.

Die eigentliche Handlungsempfehlung wird in sieben Schritten unter Berücksichtigung hausärztlicher Handlungsprinzipien und Patienten*innenbedürfnisse in den Kapiteln 4 und 5 vorgestellt. Einzelne

Arbeitshilfen für den Praxisalltag werden hier kurz erläutert und finden sich dann im Anhang als Kopiervorlage.

2. Begriffsdefinitionen

Fahreignung / Fahrtauglichkeit / Fahrsicherheit

Die Begriffe Fahreignung, Fahrtauglichkeit oder Fahrsicherheit sind keine rechtlich geschützten Begriffe. In der Literatur werden sie teilweise synonym verwendet und unterschiedlich definiert (Peitz 2015, Henning 2007). Die folgende Ab- und Eingrenzung hat zum Ziel, den Aufbau der Handlungsempfehlung nachvollziehbarer zu gestalten und im Praxisbezug eine Grundlage und klare Abgrenzung für den hausärztlichen Umgang mit dem Thema Autofahren bei Demenz zu ermöglichen.

Fahreignung

Die Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV), die seit dem 1.1.1999 in Kraft ist, legt in den §§ 11 bis 14 fest, wie die „Fahreignung" festgestellt wird. Anlage 4 der FeV enthält eine Aufzählung von Erkrankungen und Mängeln, die die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen einschränken oder aufheben können. Somit legt die Verordnung fest, wann Anlass für eine Untersuchung gegeben ist und nach welchen Grundsätzen die „Eignung" oder „bedingte Eignung" zu beurteilen ist.

„Bewerber um eine Fahrerlaubnis müssen die hierfür notwendigen körperlichen und geistigen Anforderungen erfüllen. Die Anforderungen sind insbesondere nicht erfüllt, wenn eine Erkrankung oder ein Mangel nach Anlage 4 oder 5 vorliegt, wodurch die Eignung oder die bedingte Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen ausgeschlossen wird. […]". (§ 11, FeV)

Ebenso festgelegt ist, dass eine Beurteilung der Fahreignung über die Fahrerlaubnisbehörde erfolgt. „Werden Tatsachen bekannt, die Bedenken gegen die körperliche oder geistige Eignung des Fahrerlaubnisbewerbers begründen, kann die Fahrerlaubnisbehörde zur Vorbereitung von Entscheidungen über die Erteilung oder Verlängerung der Fahrerlaubnis oder über die Anordnung von Beschränkungen oder Auflagen die Beibringung eines ärztlichen Gutachtens durch den Bewerber anordnen. […]" (§ 11, FeV).

Wir verwenden den Begriff wie folgt:
Fahreignung = zeitlich stabile, situationsunabhängige generelle Disposition zum Führen eines Kraftfahrzeugs; Fahreignung als Konstrukt basiert auf Persönlichkeitsmerkmalen und der psychophysischen (sensorischen/motorischen/kognitiven) Ausstattung des Individuums; bei Demenz: Fahreignung spätestens ab mittleren Stadium nicht mehr gegeben aufgrund ausgeprägter psychophysischer (v.a. kognitiver) Funktionseinschränkung

Fahrtauglichkeit

Die Fahrtauglichkeit (zuweilen auch Fahrtüchtigkeit genannt) unterscheidet sich v.a. hinsichtlich der zeitlichen Variabilität von der Fahreignung. Die Fahrtauglichkeit befähigt Verkehrsteilnehmende bei generell gegebener Fahreignung, in einer jeweiligen Situation zu einem jeweiligen Zeitpunkt ein Fahrzeug im Straßenverkehr sicher führen zu können. Faktoren wie Medikamenten(neben)wirkungen, Müdigkeit, Alkoholeinfluss etc. können zu vorübergehender Fahruntauglichkeit führen.

Wir verwenden den Begriff wie folgt:
Fahrtauglichkeit = situations- und zeitabhängige Fähigkeit zum Führen eines Fahrzeugs zu einem bestimmten Zeitpunkt; zu verstehen als aktuelle Ausgestaltung der Fahreignung, also als momentaner Zustand fahreignungsrelevanter Persönlichkeitsmerkmale und psychophysischer Funktionalität; bei Demenz: die grundsätzliche Fahr*eignung* kann im leichten Stadium zwar gegeben sein, die Fahr*tauglichkeit* in bestimmten Situation aber nicht oder nur eingeschränkt, z.B. aufgrund von Medikamenten, die die psychophysischen Fähigkeiten vorübergehend beeinträchtigen (durch Müdigkeit, Schwindel etc.).

Fahrsicherheit

Der Begriff „Fahrsicherheit“ findet sich ebenfalls im § 2 der FeV und im § 315c des Strafgesetzbuches: „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. […].“ (FeV, § 2 Eingeschränkte Zulassung).
Im § 315c des Strafgesetzbuches heißt es:
„Wer im Straßenverkehr ein Fahrzeug führt, obwohl er […] infolge geistiger oder körperlicher Mängel […] nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen und dadurch Leib oder Leben eines anderen Menschen oder fremde Sachen von bedeutendem Wert gefährdet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“ (StGB, § 315c).

Wir verwenden den Begriff wie folgt:
Fahrsicherheit = auf der Verhaltensebene zu beurteilende Ausprägung von Fahreignung und Fahrtauglichkeit im Straßenverkehr (oder im Simulator). Oft werden Unfälle als Operationalisierung der Fahrsicherheit genutzt, in der vorliegenden Empfehlung kommen an dieser Stelle die red flags zur Anwendung.

Fahreignung UND Fahrtauglichkeit sind Voraussetzungen für Fahrsicherheit. Das bedeutet, dass ab dem mittleren Demenzstadium oder bei Einnahme bestimmter Medikamente nicht mehr die Fahrsicherheit bewertet werden muss, sondern per se die zum Führen eines Fahrzeugs relevanten Persönlichkeitsmerkmale und/oder psychophysischen Funktionen als nicht mehr ausreichend ausgeprägt angenommen werden und allein dadurch das sichere Autofahren nicht gewährleistet ist. Im leichten Demenzstadium bewerten Hausärzte*innen NICHT die Fahreignung, da sie als potenziell gegeben angesehen werden muss. Über die Medikamente bewerten Hausärzte*innen indirekt die Fahrtauglichkeit. Und über die red flags bewerten sie direkt die Fahrsicherheit.

3. Fahrverhalten und alters- sowie demenzbedingte Einschränkungen

Vor dem Hintergrund des Demographischen Wandels wird das Thema Autofahren im Alter zunehmend von Bedeutung. So nimmt der Anteil der Älteren ebenso wie auch der absolute Teil der Älteren an der Gesamtbevölkerung in Deutschland kontinuierlich zu. Im Jahr 2060 werden demnach ca. 33% der Bevölkerung in Deutschland 65 Jahre und älter sein (DESTATIS 2014). Damit verbunden steigt auch die Anzahl der über-65-jährigen Teilnehmenden im Straßenverkehr – besonders der Autofahrenden – absolut und prozentual deutlich an (OECD 2001, DESTATIS 2014, Kaiser & Oswald 2000). Doch aus dem Anstieg der Teilnehmenden lassen sich noch keine Daten bezüglich der Sicherheitsrisiken für und durch ältere Autofahrer*innen ableiten. Im Folgenden werden nun einige Aspekte zur Fahrsicherheit im Alter im Allgemeinen sowie zu Demenzspezifischen Veränderungen dargestellt.

3.1. Fahrsicherheit und allgemeine altersbedingte Einschränkungen

Bei älteren Autofahrern/Autofahrerinnen treten altersbedingt oder in Verbindung mit einer Krankheit verschiedene Einschränkungen auf, die die Fahrsicherheit beeinträchtigen können.

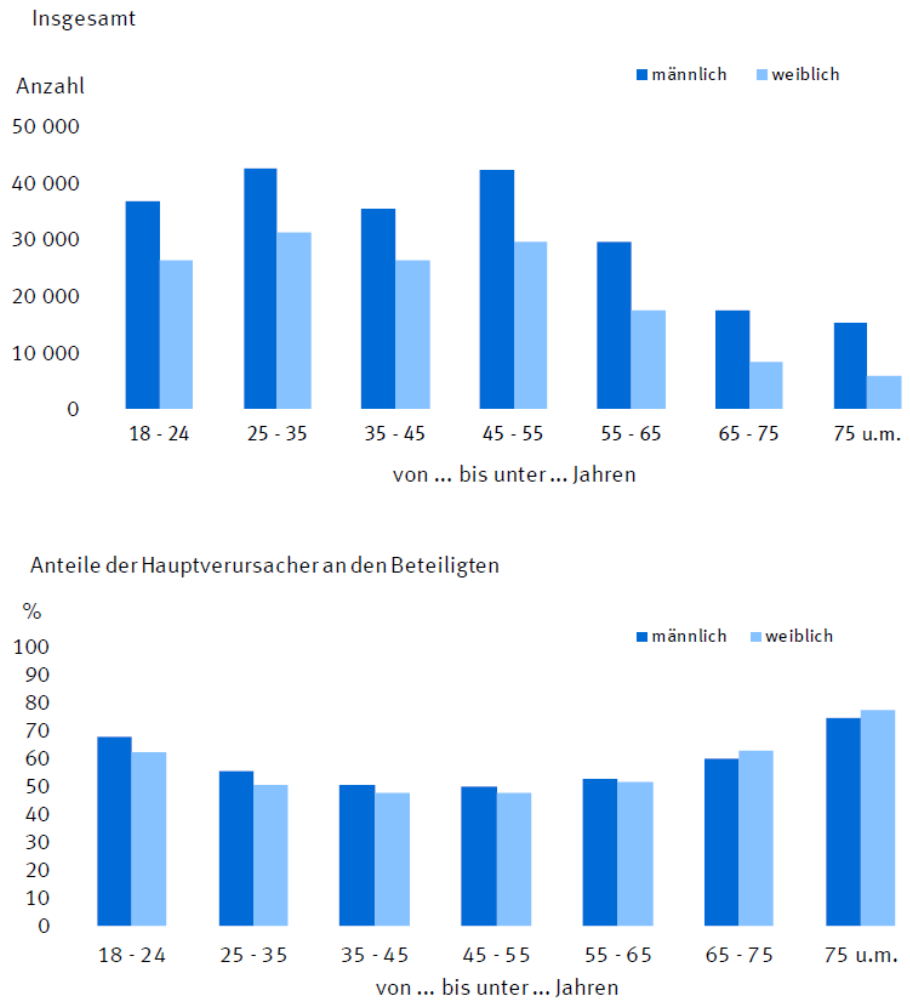
Der Prozess des Älterwerdens ist mit einer Reihe physiologischer Veränderungen verbunden. Zu den verkehrssicherheitsrelevanten Leistungseinbußen, die mit dem Alterungsprozess in Verbindung gebracht werden, zählen laut Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung vor allem kognitive Einschränkungen der Aufmerksamkeit, Konzentrations- und Merkfähigkeit, Reaktionsgeschwindigkeit u.a., durch die das Verarbeiten komplexer Situationen im Straßenverkehr beeinträchtigt sein kann. Ebenso erschweren körperliche Einschränkungen in der Beweglichkeit (z.B. beim Schulterblick) und eine Abnahme der Hör- und Sehfähigkeit das Autofahren. Visuelle Einschränkungen betreffen beispielsweise das Dämmerungssehen, die Blendeempfindlichkeit und die Verengung des Sehbereichs im Allgemeinen (Gräcmann, Albrecht 2014, Henning 2007). Zu den häufigsten als verkehrsrelevant eingeschätzten Krankheiten zählen Herz-Kreislauferkrankungen, Demenzen, Bluthochdruck, Diabetes, psychische Erkrankungen und degenerative Gelenkerkrankungen (Kocherscheid et al. 2007). Multimorbidität und Multimedikation können häufig zu einer zeitweiligen Fahruntauglichkeit führen (ebd.). Demenzerkrankungen gelten mit zunehmendem Schweregrad als Ursache für eine verstärkte Gefährdung der Fahrsicherheit

Statistische Daten widerlegen die weitläufige Annahme, dass ältere Menschen aufgrund alterskorrelierter Leistungseinbußen grundsätzlich eine Gefährdung der Verkehrssicherheit darstellen (Kaiser & Oswald 2000). Daten des statistischen Bundesamtes belegen, dass ältere Verkehrsteilnehmer*innen in der Regel seltener an Verkehrsunfällen beteiligt sind, insbesondere im Vergleich zu jungen Fahrern*innen. (Stat. Bundesamt 2016a). So waren 2015 12,4% aller Unfallbeteiligten 65 Jahre und älter, allein 16,7% zum Beispiel jünger als 25 Jahre (Stat. Bundesamt 2016b). Auch sind ältere PKW-Führer/innen -absolut betrachtet- seltener an Unfällen aufgrund eigenen Fehlverhaltens beteiligt: Der Anteil an allen Unfällen mit Personenschaden aufgrund fahrerischen Fehlverhaltens nimmt mit dem Alter ab, von 20,0% für die Gruppe der 18-24-jährigen bis 14,6% für die Gruppe der ≥65-jährigen.

Betrachtet man nun die Unfälle relativ innerhalb einer Altersgruppe, so sind an allen Unfällen mit Beteiligung der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen in 67,1% die Älteren die Hauptverursachenden. Sie erreichen damit nicht das Niveau der 18-24-Jährigen Fahrer*innen als Hauptverursachende. In der Altersgruppe 75 und älter steigt der Anteil der Hauptversursachenden dann allerdings auf 75,1% der Fälle. (Stat. Bundesamt 2016b)

Die Zahlen weisen darauf hin, dass die Zahl der Unfälle mit Personenschaden durch ältere Pkw-Fahrer/innen mit dem Lebensalter abnimmt. Ältere Menschen stellen also nicht per se ein größeres Verkehrsrisiko dar als jüngere Menschen. Der relative Anteil der Hauptverursacher/innen im höheren Alter nimmt allerdings zu (vgl. Abb. 1).

Abbildung 1: Beteiligte Pkw-Fahrer*innen an Unfällen mit Personenschaden 2015 nach Altersgruppen und Geschlecht



Quelle: DESTATIS 2016b: S. 10

Die Fahrleistung (Anzahl der gefahrenen Kilometer pro Jahr) hat einen Effekt auf das Unfallrisiko: Langford et al. (2006) zeigen auf, dass das Unfallrisiko insbesondere bei geringer Fahrleistung (weniger als 3.000 km pro Jahr) in jungen Jahren (Fahranfänger*innen) und ab 65 Jahren deutlich höher ist. Liegt die Fahrleistung pro Jahr über 3.000 km, bleibt das Unfallrisiko ab einem Alter von 30 Jahren auch bis ins hohe Alter relativ konstant niedrig.

Bei der Analyse der Unfallursache von Unfällen mit Personenschaden zeigen sich altersabhängig deutliche Unterschiede: Während die jüngeren Fahrer/innen, insbesondere bis 35 Jahre, durch nicht angepasste Geschwindigkeit auffallen, stehen bei den älteren Kraftfahrern*innen eher Vorfahrtsfehler im Vordergrund (17,7% der Beteiligten in dieser Altersgruppe) (Stat. Bundesamt 2016b). Alterstypische Unfallursachen sind außerdem Fehler beim Abbiegen, Wenden, Rückwärtsfahren, Ein- und Anfahren (16,5% der Beteiligten in dieser Altersgruppe) (ebd.). Alle

anderen Unfallursachen werden Senioren im Vergleich zu anderen Altersgruppen deutlich seltener zugeordnet (ebd.).

Bei einer Unfallbeteiligung älterer Menschen ist auch zu bedenken, dass ein älterer Mensch an den Unfallfolgen durch die erheblich erhöhte Eigenverletzlichkeit, den meist längeren Heilungsprozess sowie die längere Phase der Rehabilitation erheblich schwerer leidet als ein junger Mensch. Werden Verkehrsteilnehmer*innen im Alter von 65 Jahren oder älter im Straßenverkehr getötet, so handelt es sich überwiegend um Pkw-Fahrer*innen (42,0%), Fußgänger*innen (27,4%) und Radfahrer*innen (19,3%). (Stat. Bundesamt 2016b)

Konkrete Informationen zur Unfallbeteiligung von Menschen mit Demenz lassen sich aus diesen Daten nicht ableiten. So bilden polizeilich erfasste Unfälle die Datenbasis und die Einschätzungen bspw. zu Unfallursachen werden den jeweiligen Polizeiberichten entnommen (Stat. Bundesamt 2016a). Die Dokumentation einer Demenz oder anderer Erkrankungen wird an dieser Stelle nicht einbezogen. Es ist jedoch anzunehmen, dass mit einer Demenzerkrankung für die Fahrsicherheit relevante Einschränkungen einhergehen, die im Folgenden eingehender dargestellt werden.

3.2. Demenzen und damit einhergehende Einschränkungen

Die Demenz beschreibt ein klinisches Syndrom, das durch erworbene Einbußen der Gedächtnisleistung und anderer kognitiver Funktionen (z.B. Sprache und Exekutivfunktionen) charakterisiert ist. Die Prävalenz der Demenzen steigt mit dem Alter an; die mit der Demenz verbundenen kognitiven Veränderungen weichen jedoch erheblich von den kognitiven Veränderungen des normalen Alterns ab. Demenzielle Veränderungen verursachen Beeinträchtigungen im täglichen Leben, anfangs vor allem bei der Durchführung komplexer Handlungen, später im Verlauf bezogen auf grundlegende Aktivitäten. Demenzen können vielerlei Ursachen haben, meist neurodegenerative und vaskuläre Prozesse. Die Hauptursache ist die Alzheimer-Krankheit, auf die (als alleinige Ursache) schätzungsweise 40 Prozent aller Demenzerkrankungen zurückgehen. Die zweitgrößte singuläre Ätiologie (ca. 10%) wird von den vaskulär bedingten Demenzen gebildet, während die Mischform aus Alzheimer und vaskulär bedingter Demenz nochmals ca. 25 Prozent ausmacht (Jellinger 2006; Alzheimer's Disease International 2009). Diese primären Demenzformen sind gekennzeichnet durch langsam über mehrere Jahre zunehmende Beeinträchtigungen. Früheste Symptome sind Defizite der episodischen Gedächtnisleistung, bei der Alzheimer-Demenz speziell im unterstützten Abruf (cued recall) (Dubois 2007). Der Beginn ist bei der Alzheimer-Krankheit oft schleichend, bei vaskulären Formen eher in

zeitlichem Zusammenhang mit den auslösenden zerebralen Infarkten. Auf diese häufigsten Demenzformen bezieht sich die vorliegende Empfehlung primär.

Potenziell reversible Ursachen machen ca. 10% Prozent aller Demenzen aus (Chari et al. 2015). Zu ihnen zählen u.a. metabolische Störungen (z.B. Hypothyreose), Mangelzustände (z.B. B12), Substanzabusus (z.B. Alkohol, Polypharmazie/Anticholinergika), Normaldruck-Hydrozephalus.

Andere Ursachen sind frontotemporal betonte Demenzen (5-10%), bei denen früh einsetzende Veränderungen der Persönlichkeit und der Affektkontrolle eintreten. Weiterhin gibt es die Lewy-Body-Demenz (ca. 5%) mit visuellen Halluzinationen als häufigem Frühsymptom. Diese beiden Formen gehen mit einer besonders starken und frühen Beeinträchtigung der Fahreignung einher, so dass hier früh psychiatrische oder neurologische Spezialisten/innen hinzugezogen werden sollten. Gelingt dies nicht, kann sich ein Hausarzt/eine Hausärztin hilfsweise an den Hinweisen zum Handeln in fortgeschrittenen Demenzstadien in dieser Empfehlung orientieren.

Bei Demenzen sind im Krankheitsverlauf mehrere fahreignungsrelevante kognitive Funktionen beeinträchtigt (Lukas A, Nikolaus 2009; Wolter 2014): Störungen des arbeits- und episodischen Gedächtnisses können zu Schwierigkeiten beim Behalten und Umsetzen aktueller Warnhinweise bzgl. Geschwindigkeitsbegrenzung, Überholverbot, veränderter Straßenführung etc. führen. Störungen des semantischen Gedächtnisses können die Verkennung der Bedeutung von Verkehrszeichen/Ampeln bedingen. Beeinträchtigungen verschiedener Aufmerksamkeitsprozesse (Vigilanz, Daueraufmerksamkeit, geteilte und selektive Aufmerksamkeit inkl. Inputkontrolle und flexibler Aufmerksamkeitsfokussierung) erhöhen u.a. die Gefahr der Ablenkbarkeit, der Überforderung in komplexen Verkehrssituationen und der verzögerten/ausbleibenden/fehlerhaften Reaktion auf unvorhergesehene Ereignisse im Straßenverkehr. Defizite im visuell-räumlichen Denken können zu Desorientierung und Blechschäden beim Parkvorgang führen (beides zählt zu den häufigeren Auffälligkeiten bei leichter Alzheimer Demenz; Ernst et al. 2010), zudem zu unangemessenem Abbiegen/Spurwechsel/Richtungswechsel und falschen Entfernungseinschätzungen. Durch Einbußen der Kritik- und Urteilsfähigkeit können komplexe Situationen und auch die eigene Fahrsicherheit nicht mehr angemessen bewertet werden. Eine auftretende Apraxie bei Demenz kann zudem die motorischen Fahrfertigkeiten (z.B. das Ausführen von Bewegungsfolgen wie Schalten, Anfahren, Bremsen, Ausweichen) beeinträchtigen. Bei Alzheimer und vaskulärer Demenz treten vor allem im mittleren Stadium (bei anderen Demenzformen auch früher) oft nicht-kognitive Symptome wie Unruhe und Wahn auf, die die Fahreignung negativ beeinflussen können.

Die Mehrzahl der Autofahrer/innen mit Demenz stellt die Fahrtätigkeit innerhalb der ersten 3 Jahre der Erkrankung ein (Mix et al 2004). In diesem Stadium scheint das Unfallrisiko nicht wesentlich erhöht zu sein (Breen et al 2007), ab dem mittleren Stadium sehr wohl (Ott et al 2008).

3.3. Beurteilung in der Hausarztpraxis

Die Beurteilung der Fahreignung an sich ist in der Hausarztpraxis nicht möglich; dies setzt aufwendige verkehrspsychologische Testbatterien und/oder praktische Fahrproben mit geschultem Personal voraus (GDV 2017). Allerdings gilt es als weitgehender Konsens, dass die **Fahreignung ab dem mittleren Demenzstadium aufgrund der fortgeschrittenen Defizite in den fahreignungsrelevanten kognitiven Domänen per se nicht mehr gegeben** ist (Ott, Daniello 2010). **Insofern kann der Hausarzt/die Hausärztin über die Erkennung des mittleren Demenzschweregrades indirekt die Fahreignung bewerten**, indem er sie ab diesem Stadium definitionsgemäß als nicht mehr gegeben ansieht.

Im leichten Demenzstadium kann die Fahreignung dagegen noch erhalten sein; die Beurteilung im Einzelfall ist in der hausärztlichen Praxis nicht möglich. In leichten Demenzstadien ist aus hausärztlicher Sicht deshalb auf die Einschätzung der Fahrtauglichkeit und der Fahrsicherheit überzugehen. Kein Demenztest und auch kein verkehrspsychologisches Kurzverfahren (z.B. SCREEMO; Engin et al 2010) ist jedoch für eine entsprechende Messung bei Hausarztpatienten und -patientinnen mit leichter Demenz validiert. Somit bleiben für die Hausarztpraxis zwei Wege:

Indirekte Bewertung der Fahrtauglichkeit über die Medikation

Die Fahrtauglichkeit kann indirekt über die Medikation bewertet werden: Welche Wirkstoffe die Fahrtauglichkeit einschränken, dazu gibt es u.a. eine kurze Liste des ADAC (ADAC e.V. 2013). Umfangreiche Informationen und detaillierte Wirkstofflisten (darin alphabetisch ab S. 13) liegen aus einem europäischen Konsortialprojekt vor, in dem 1.541 Medikamente in eine von 4 Gefährdungskategorien (0-3) eingeordnet wurden (s. Abb. 2), 17% davon in die beiden höchsten Warnstufen (2 und 3) (Ravera et al. 2012).

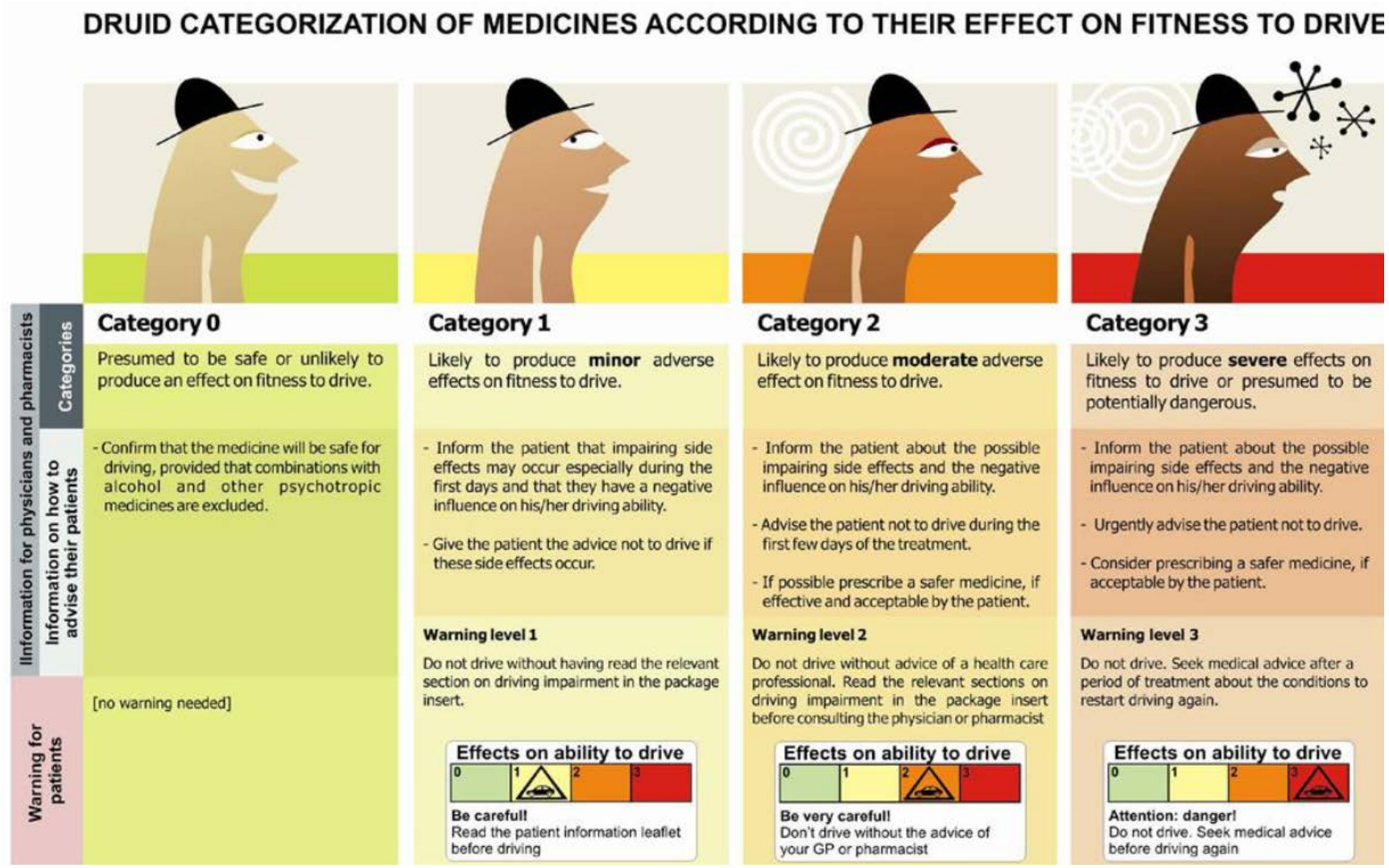


Abb. 2: Vorschlag der DRUID-Gruppe für ein europäisches Kategorien- und Kennzeichnungssystem inkl. entsprechender Informationen für Ärzte/innen (Ravera et al 2012)

53% der Level 2- und 3-Medikamente sind Psychopharmaka. Hervorzuheben sind die sehr starken Beeinträchtigungen der Fahrtauglichkeit (Level 3) durch einige Benzodiazepine (z.B. Lorazepam), Z-Subtanzen (z.B. Zopiclon), typische und atypische Antipsychotika (z.B. Phenotiazine), tri- und tetrazyklische Antidepressiva (z.B. Amitriptylin), Morphin und Antiepileptika (z.B. Phenobarbital) (Peitz 2015). Neben Psychopharmaka zählen v.a. noch einige Antihistaminika (z.B. Clemastin) und Ophtalmika (z.B. Cyclopentolat) zu den Level 3-Medikamenten. Unter den 30 am häufigsten verordneten Medikamenten (Grandt, Schubert 2016) finden sich einige Level-1-, aber keine Level-2- oder Level-3-Präparate.

Bei Menschen mit Demenz sind weiterhin folgende Besonderheiten zu beachten:

Viele der in der PRISCUS-Liste (Holt et al 2010) aufgeführten Medikamente (auch die jeweiligen Alternativvorschläge!) sind laut DRUID-Einteilung fahrtauglichkeitseinschränkend auf Level 1, 2 oder gar 3. Bei Autofahrern/innen mit leichter Demenz sind die aufgeführten Medikamente mit anticholinerger Wirkung ganz besonders zu vermeiden, da diese die demenziellen Symptome verstärken (und damit die fahreignungsrelevanten Funktionen noch weiter einschränken) können. Beachtet man die PRISCUS-Liste und geht sehr kritisch mit den darin enthaltenen Alternativvorschlägen um (i.S. der DRUID-Liste), so hat man vieles bereits berücksichtigt.

Im Übrigen gehen auch die in leichten bis mittleren Demenzstadien verordnungsfähigen Antidementiva mit einer eingeschränkten Fahrtauglichkeit einher! Die o.g. DRUID-Gruppe teilt alle 4 Antidementiva (Donepezil, Rivastigmin, Galantamin, Memantin) der Gefährdungsstufe 2 zu. Der entsprechende Hinweis bei Einnahme von Level 2-Medikamenten lautet „Seien Sie sehr vorsichtig! Fahren Sie nicht, ohne vorher den Rat Ihres Arztes/Ihrer Ärztin oder Ihres Apothekers/Ihrer Apothekerin einzuholen“. Auch die Beipackzettel aller vier Antidementiva enthalten Hinweise auf eine Einschränkung der Fahrtauglichkeit (insbesondere bei Behandlungsbeginn und Dosissteigerung). Grund sind häufige Nebenwirkungen der Antidementiva wie Schwindel, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Übelkeit und Muskelkrämpfe. Der behandelnde Arzt/ die behandelnde Ärztin hat den/die Patienten/in mit Demenz also über die eingeschränkte Fahrtauglichkeit vor Verordnung einer antidementiven Therapie explizit aufzuklären.

Fokussierung auf Fahrsicherheit über verhaltensnahe Parameter

Des Weiteren bietet sich dem Hausarzt und der Hausärztin **bei leichter Demenz** der Weg, sich **auf verhaltensnahe Parameter des Autofahrens zu fokussieren und diese als Anhaltspunkte der Fahrsicherheit zu interpretieren.** Dies umschließt die Beobachtungen des Arztes/der Ärztin, wie der/die Patient*in Auto fährt, vertrauliche Berichte über das Fahrverhalten im Praxisteam und die

Angaben des/der Patienten*in zum eigenen Fahrverhalten. Soweit einem Einbezug der Angehörigen in die vertrauliche Arzt-Patienten-Dyade von allen Seiten zugestimmt wurde (s. Kapitel 4.6), darf der Arzt/die Ärztin auch Berichte der Angehörigen verwenden, in die Ansprache des/der Patienten/in einfließen lassen und daraufhin die Fahrsicherheit thematisieren. Insgesamt dienen sogenannte Warnhinweise/Alarmsignale/red flags als Indikatoren der Fahrsicherheit, wie sie in Kapitel 4 beschrieben sind (siehe Kapitel 4.3).

Zudem kann zwecks Beurteilung der Fahrsicherheit bei kooperativen und motivierten Patienten*innen mit leichter Demenz (und auch interessierten älteren Patienten*innen insgesamt) ein Fahrsicherheitstraining und/oder eine Fahrverhaltensprobe bei geschulten Fahrlehrer*innen angeboten werden (GDV 2017). Auch können freiwillige Mobilitätschecks bei einer Begutachtungsstelle für Fahreignung empfohlen werden. Die Ergebnisse sind vertraulich und nicht rechtsverbindlich, sondern dienen den Patienten*innen der Reflektion eigener Kompetenzen. Die Kosten müssen die Patienten*innen selbst tragen; entsprechende Kontaktadressen finden sich in Kapitel 4.7.

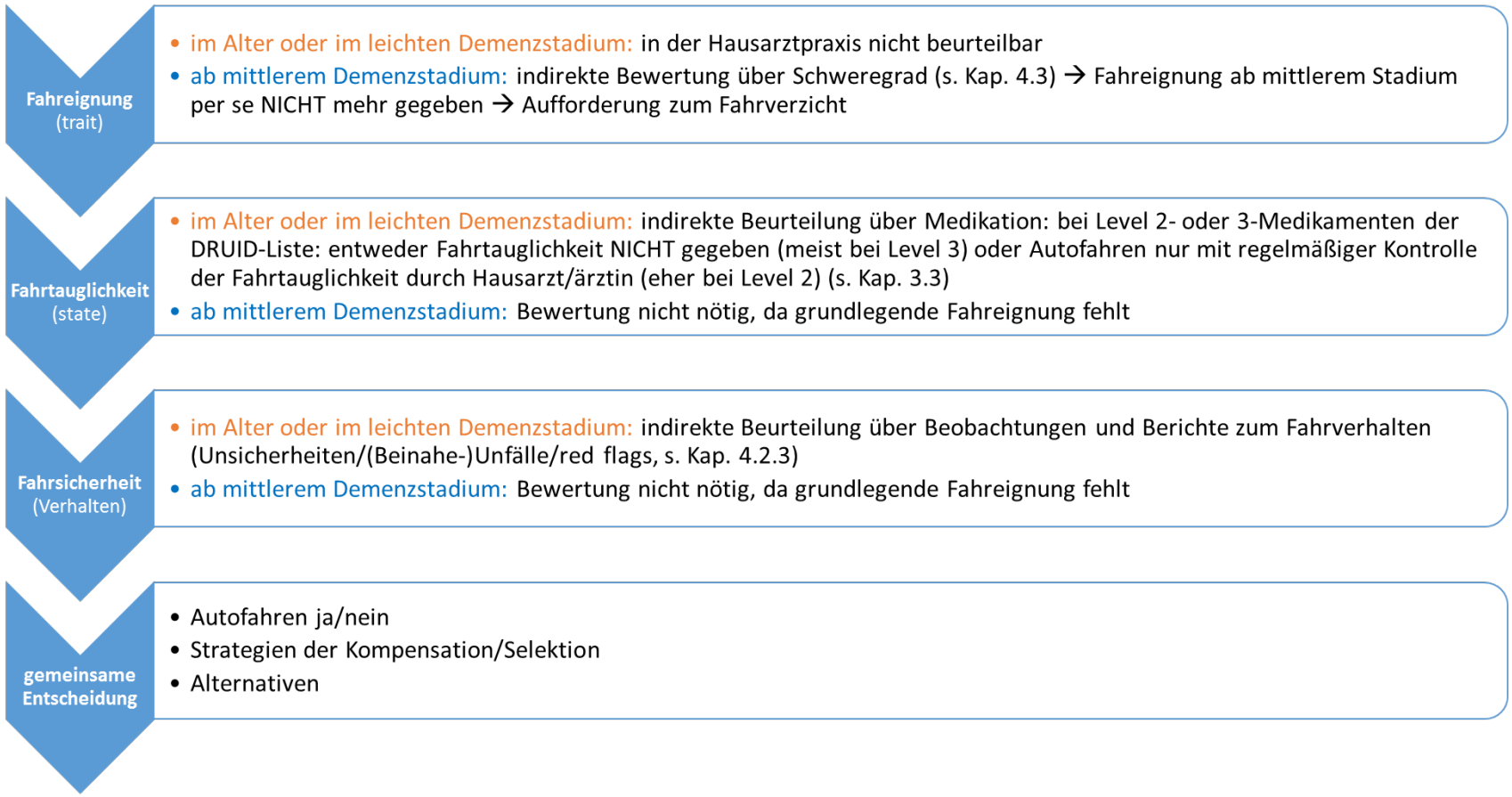
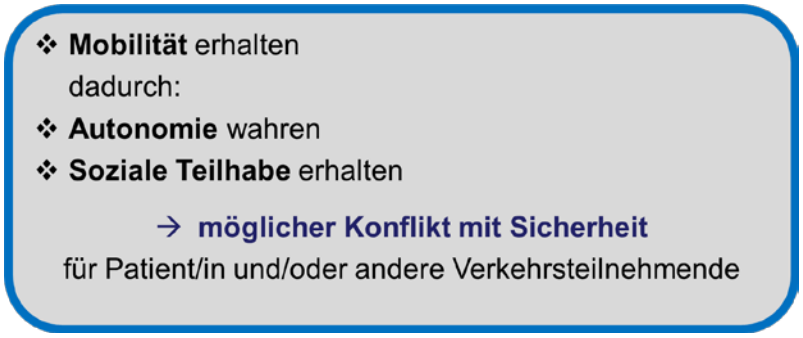


Abbildung 3: Demenz & Autofahren: Entscheidungsmöglichkeiten in der Hausarztpraxis

4. Beratungssetting Hausarztpraxis

Hausärzte*innen sind häufig für ältere Menschen die ersten Ansprechpartner*innen und ihnen kommt in der medizinischen und psychosozialen Betreuung älterer Patienten*innen und ihrer Familien eine Schlüsselposition zu (Schoenmakers et al 2009; Pentzek et al 2011; Downs et al. 2002; Hoffmann-Born/Peitz 2014). In der Altersgruppe der 65-79-Jährigen suchen 97,6% der Frauen und 95,4% der Männer mindestens einmal im Jahr die Hausarztpraxis auf (RKI 2015).
Auch bei demenziellen Veränderungen sind es die Hausärzte*innen, die zunächst als Ansprechpartner*innen für Patienten*innen oder auch für deren Familienangehörigen fungieren. Erfolgt die Diagnostik häufig unter Einbezug von anderen Fachrichtungen (Allen et al 2005), so werden weiterführende therapeutische Maßnahmen und die Begleitung vor allem im hausärztlichen Setting umgesetzt (Dalsgaard et al 2007; Williams 2000; Bruce et al. 2002). Gerade dort werden bei Auftreten und im Verlauf einer Demenzerkrankung Aspekte angesprochen, die mit dem Fortschreiten der Erkrankung, den zu erwartenden Veränderungen und Auswirkungen auf die Lebenssituation und damit verbundenen Ängsten und Sorgen verknüpft sind. Die eigene Rolle sehen Hausärzte*innen in der Demenzversorgung vor allem in der Begleitung der Patienten*innen über den gesamten Krankheitsverlauf (Bruce et al 2002). Der **Auftrag** für die hausärztliche Versorgung besteht in einer verantwortungsvollen **Stufendiagnostik** und Therapie.
Dabei zählen der Schutz vor Unter-, Fehl- und Überversorgung, die Begleitung im System aber auch die Organisation von Unterstützungsangeboten zu den Handlungsfeldern (Bogner et al 2004; Leve et al 2017). Auch erleben Hausärzte*innen den Umgang mit dem Autofahren bei Demenz als problematisch. Sie bewegen sich im Spannungsfeld zwischen den Interessen der Patienten*innen, dem eigenen Anspruch, die Patienten*innenautonomie zu wahren bei gleichzeitiger Sorge um die Sicherheit der Patienten*innen und anderer Verkehrsteilnehmenden (Bogner et al 2004; Leve et al 2017). Dies führt nicht selten zu einem Zielkonflikt im Umgang mit Fragen der Fahrsicherheit und Fahrtauglichkeit, da das Führen eines Fahrzeuges mit eigenständiger Mobilität und damit mit der Sicherung sozialer Teilhabe gleichgesetzt wird, insbesondere in ländlichen Räumen mit eingeschränkten Mobilitätsalternativen.
Es scheint so zu sein, dass die von Hausärzten und Hausärztinnen berichteten Dilemmata dadurch verstärkt werden, dass Hausärzte und Hausärztinnen einen defizitorientierten Ansatz mit Fokus auf relevanten Fahrauffälligkeiten oder eindeutigen Krisensituationen und einer Thematisierung der Fahrsicherheit erst spät im Verlauf der Demenz verfolgen. Ein ressourcen-orientiertes Vorgehen hingegen sieht vor, dass Arzt/ Ärztin gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin mögliche Kompensations-, Optimierungs- und Selektionsstrategien in Bezug auf die Automobilität besprechen

(Kubitzki, Janitzek, 2009). Dies sollte schon möglichst früh im Verlauf der Demenz initiiert werden, um partizipative Entscheidungsprozesse zu ermöglichen und den Druck und die Notwendigkeit späterer rechtlicher Schritte gering zu halten (Jett et al 2005). Als Ziel beschreiben Adler und Silverstein: "The goal is to keep people driving safely for as long as possible. The responsibility is to recognize, respond, and refer when driving safely is no longer assured"' (2008: S. 302).
Fokusgruppen mit Hausärzten*innen in Deutschland ergaben, dass die Teilnehmenden ihre primäre Rolle in der Begleitung der Patienten*innen und deren Familien (sofern diese durch die Person mit Demenz selbst einbezogen wurden) sehen (Leve et al 2017). In Fragen der Beurteilung der Fahreignung sehen die Hausärzte*innen vor allem Konflikte zu dieser begleitenden Rolle und lehnen die Beurteilung in der eigenen Praxis ab. Auch die Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung sehen vor, dass die Begutachtung der Fahreignung durch speziell qualifizierte Ärzte*innen und Psychologen*innen erfolgen sollte und Konflikte und Befangenheit durch bspw. eine langjährige Patient*in-Arzt*Ärztin-Beziehung vermieden werden sollten. Eine Begutachtung durch behandelnde Ärzte*innen ist nur in begründeten Ausnahmefällen möglich (vgl. Gräcmann, Albrecht 2014).
Auch wird seitens der Hausärzte*innen befürchtet, alleine durch die Ansprache des Themas für Patienten*innen als Bedrohung der Mobilität und Eigenständigkeit gesehen zu werden und das Vertrauensverhältnis zu schädigen. Die Fahrsicherheit hingegen stellt einen zentralen Aspekt in der Versorgung und Begleitung der Person mit Demenz dar, ebenso wie die Fahrtauglichkeit im Kontext von medikamentöser Therapie zu verorten ist.
Der vielfach benannte ethische Konflikt in der Hausarztpraxis besteht darin, auf der einen Seite die Mobilität der Person mit Demenz als Ausdruck der Selbstbestimmung und Garant für soziale Teilhabe so lange wie möglich erhalten zu wollen. Dem gegenüber stehen die eben benannten Sicherheitsfragen für die Person mit Demenz selbst, aber auch für andere Verkehrsteilnehmende.



Das hausärztliche Setting verfügt neben dem breiten Zugang zu Patienten*innen über Besonderheiten und hausärztliche Handlungsprinzipien, die es ermöglichen das Fahrverhalten von Patienten*innen vor diesem Hintergrund zu thematisieren. So bietet bspw. die **erlebte Anamnese als**

hausärztliches Handlungsprinzip vielfältige Ansatzpunkte, um sich dem Thema anzunähern. Hausärzte*innen verfügen über **Erfahrung zum patientenseitigen Umgang** mit Krankheit und Gesundheit im Allgemeinen, können **vorherige Symptome oder Warnzeichen** vor dem Hintergrund der kognitiven Veränderungen neu bewerten und **Wissen um die Vorgeschichte** der Person mit Demenz, die bestehenden Ressourcen und sozialen Netzwerke einbeziehen. (Hoffmann Snyer 2005; Barbas, Wilde 2001) Die patientenzentrierte Ausrichtung der Versorgung und partizipative sowie priorisierende Ansätze der Entscheidungsfindung stehen in der hausärztlichen Tätigkeit im Vordergrund.

Hier setzt das vorliegende Konzept an und bietet Ansatzmöglichkeiten, basierend auf allgemeinmedizinischen Handlungsprinzipien, eine patientenzentrierte Begleitung von Menschen mit Demenz über den Krankheitsverlauf auch zum Thema Fahraktivitäten zu ermöglichen. Das Konzept ist unter der Berücksichtigung der Spezifika des deutschen Versorgungssystems entwickelt worden und hat zum Ziel, im hausärztlichen Praxisalltag mehr Sicherheit im Umgang mit dem Thema zu bieten. Dabei wird im Folgenden der Frage nachgegangen, wie Fragen der Fahreignung, Fahrtauglichkeit und Fahrsicherheit im Praxisalltag zu bewerten sind, welche Strategien im Patient*in-Arzt*Ärztin-Gespräch hilfreich sind und wie im Sinne der Person mit Demenz Ressourcen und Netzwerke aktiviert werden können, um die Sicherheit im Straßenverkehr für die Person mit Demenz zu ermöglichen. Im Folgenden werden nun die einzelnen Schritte der Handlungsempfehlung vorgestellt.

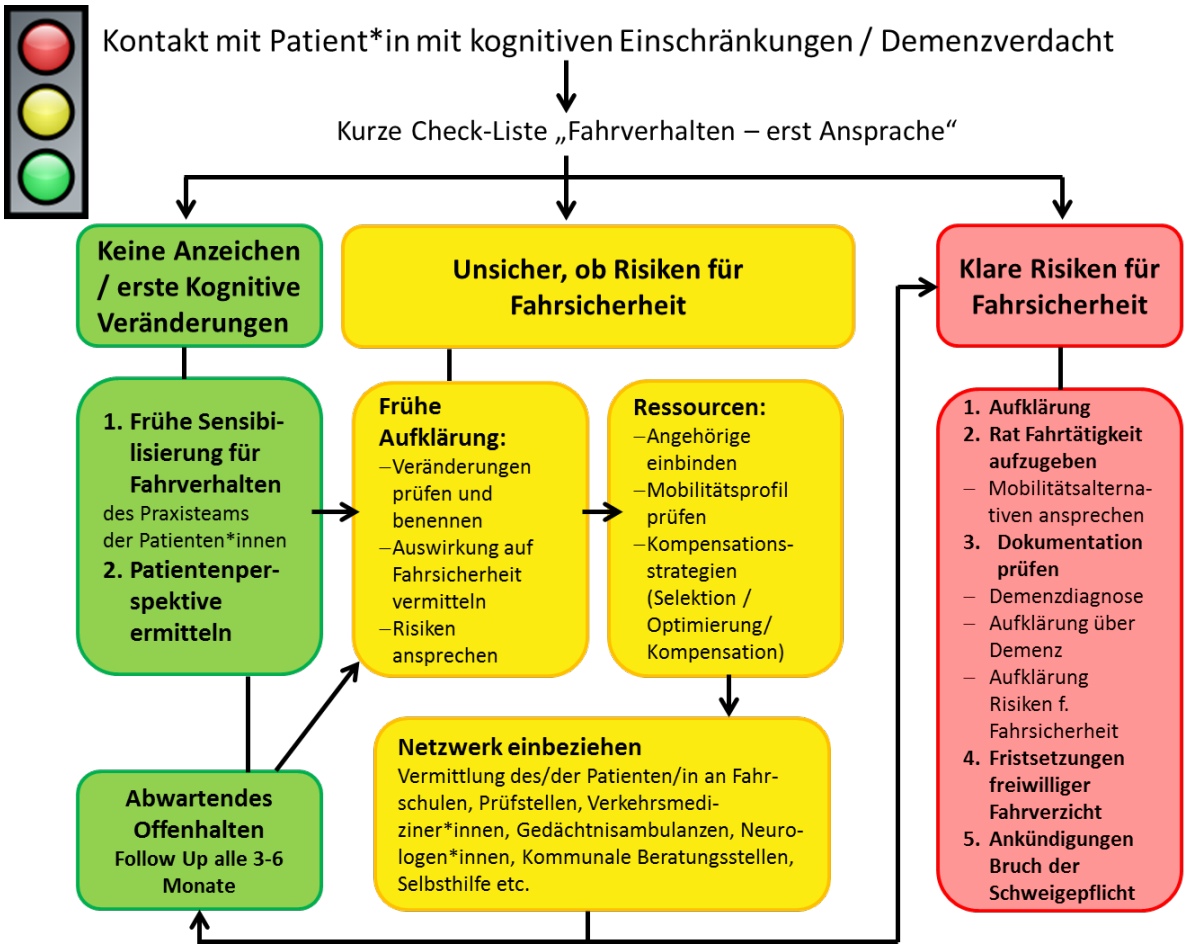


Abbildung 4: Algorithmus zur Vorgehensweise in der Hausarztpraxis (modifiziert nach Canadian Driving Dementia Tool Kit (The Champlain Dementia Network, 2009)

4.1. Frühe Sensibilisierung für das Fahrverhalten

Ziel:

Es gibt viele Gründe, eine Demenz früh zu erkennen und anzusprechen, z.B. um frühzeitig mit der Person mit Demenz die weiteren Schritte zu planen. Auch um gefährliche Krisensituationen beim Autofahren zu vermeiden, ist es notwendig, eine Demenz früh zu erkennen. Je früher das Thema besprochen wird, desto mehr Gewicht kann auf ethische Aspekte der Autonomie, Mobilität und sozialen Teilhabe gelegt werden. Ein patienten- und ressourcenorientiertes Vorgehen (Kalitzkus et al 2009, Michie et al 2003) kann die Methode sein, um die hausärztliche Nähe zum Patienten/zur Patientin dazu zu nutzen, auch ein solch schwieriges Thema wie das Autofahren ohne Gefährdung der Beziehung aufgreifen zu können.

Gelingt es, sich bereits früh im Krankheitsverlauf über das Fahrverhalten von Patienten*innen einen Eindruck zu verschaffen, erleichtert dies die Ansprache des Themas im weiteren Verlauf einer Demenzerkrankung. Frühzeitig kann gemeinsam mit dem Patienten / der Patientin eine Auseinandersetzung zum Umgang mit zu erwartenden Einschränkungen und den Auswirkungen der fortschreitenden Demenz auf das Fahrverhalten erfolgen. Eine frühe Sensibilisierung sowohl auf Seiten der Patienten*innen- als auch der Ärzte*innen kann auch die Auseinandersetzung mit Konflikten und ethischen Herausforderungen wie dem Spannungsfeld zwischen Autonomie- sowie Mobilitätserhalt und Sicherheitsfragen in der Begleitung erleichtern.

Umsetzung:

- *Eigene Wahrnehmung schärfen*

  Wesentlich für die frühe Ansprache ist die eigene hausärztliche Wahrnehmung. Häufig sind die Konsultationsanlässe nicht direkt mit kognitiven Einschränkungen oder gar dem Fahrverhalten assoziiert. Für Hausärzte*innen ergibt sich hieraus die Herausforderung, auch unter hohem Zeitdruck im Praxisalltag das Thema Autofahren mit älteren Patienten/innen grundsätzlich zu thematisieren. Ziel dieser Ansprache ist, zusätzliche Informationen zum Mobilitätsverhalten der Patienten*innen zu erhalten und so, im Sinne der erlebten Anamnese, wichtige Hinweise zu sammeln, die möglicherweise beim Eintritt von ersten kognitiven Veränderungen eine neue Interpretationsfolie bieten, um eine patientenzentrierte Lösung im Umgang mit dem Thema Autofahren gemeinsam zu finden. Somit kommt der Anamnese, der Beobachtung und Einschätzung von Arzt/Ärztin und Praxisteam sowie der gemeinsamen Entscheidungsfindung im Patient-Arzt-Kontakt auch bei der Beurteilung der Fahrsicherheit eine große Bedeutung zu (Hoffmann Snyer 2005; Barbas, Wilde 2001).

- *Geriatrischen Blick entwickeln*

  Der geriatrische Blick ist vor dem Hintergrund des hohen Anteils Älterer und dem zu erwartenden Anwachsen dieser Patienten*innen-Gruppen ein möglicher Ansatz, um die eigene Wahrnehmung zu schärfen. Mit dem geriatrischen Blick ist explizit kein flächendeckendes Screening älterer Patienten*innen gemeint, sondern vielmehr eine eigene Interpretationsfolie, die die Identifikation von Patienten*innen erleichtern kann, für die das Thema Fahrtauglichkeit und Fahrsicherheit relevant sein könnte.

  Konkret geht es bei dem geriatrischen Blick darum, auch somatische Faktoren und deren Auswirkungen auf die Fahrtauglichkeit und -sicherheit zu bemerken. Ziel ist es, das gesamte klinische Bild zu berücksichtigen und die Fahrsicherheit vor dem Hintergrund kognitiver, aber

auch psychischer, sozialer und funktionaler Ressourcen zu beurteilen. Dabei sollten der medizinische und psychosoziale Kontext sowie die individuelle Persönlichkeit und das Verhalten berücksichtigt werden (The Champlain Dementia Network, 2009).

Es hat sich gezeigt, dass für Patienten*innen die Verknüpfung der Fahrsicherheit mit altersassoziierten oder somatischen Veränderungen leichter zu akzeptieren ist als in Verknüpfung mit kognitiven Veränderungen (Dobbs 2000). So berichten sowohl Patienten*innen als auch Angehörige, dass die Akzeptanz der bevorstehenden Einschränkung oder Aufgabe der Fahraktivitäten erleichtert wird, wenn Komorbiditäten und Medikation zum Gesprächseinstieg genutzt werden und die Fahrsicherheit in diesem Kontext gemeinsam mit den Patienten*innen besprochen wird (Leve et al 2017).

Einstiege in das Thema Fahrtauglichkeit und Fahrsicherheit:

Bei der Ansprache zu diesem Zeitpunkt stehen **fahrsicherheit**srelevante Aspekte von Krankheiten im Fokus, im Kontext von Medikation können auch Aspekte der Fahrtauglichkeit aufgegriffen werden (Kocherscheid et al 2007). Möglichkeiten zur Ansprache ergeben sich in der hausärztlichen Praxis vor diesem Hintergrund in folgenden Kontexten:

- Altersbezogene Check-Up Untersuchungen → grundsätzliche Mobilitätsabfrage
  „Wie ist das eigentlich bei Ihnen mit dem Autofahren?“; „Wie sind Sie heute in die Praxis gekommen?“; „Wie machen Sie das eigentlich mit den längeren Wegen?“
- Geriatrisches Basisassessment → im Bereich „Beurteilung der Sturzgefahr“ oder „Anleitung zur Anpassung des familiären und häuslichen Umfeldes“
  Erweiterung der Fragen zur Sturzprävention auf allgemeine Mobilität und die Teilnahme am Straßenverkehr:
  „Und außerhalb der Wohnung?“; „Wie machen Sie das mit den Einkäufen?“; „Wie machen Sie das mit den längeren Strecken?“
  Im STEP Assessment, das speziell für das hausärztliche Setting entwickelt wurde, lassen sich Fragen zur Teilnahme am Straßenverkehr in einer Verknüpfung der Bereiche „Mobilität und Alltagsfunktionen“, „Soziales“ und „Medikamente“ verorten (Junius et al 2003)
- Medikamenten-Check / Aktualisierung des Medikamentenplans → Zur Überprüfung der Wechselwirkungen von Medikamenten und kritischen Durchsicht der Medikation (auch anderer Verordner*innen) auf Auswirkungen auf die Fahrtauglichkeit (vgl. Kapitel 3.3).

Es ist wichtig für den weiteren Verlauf und die Begleitung, Informationen, die zu diesem Zeitpunkt ermittelt werden, ebenso wie erste Empfehlungen an die Person mit Demenz bereits in der Patienten*innenakte zu dokumentieren.

Arbeitshilfen (s. Anlage):

- Algorithmus zur Vorgehensweise in der Hausarztpraxis (vgl. Abbildung 4)
- Medikamentenliste
- Geriatrisches Basisassessment / STEP Assessment
- Checkliste für die Hausarztpraxis zur Ansprache

4.2. Patientenperspektive zum Thema ermitteln

Ziel:

Eng verknüpft mit der frühen Sensibilisierung ist der Schritt, die Patienten*innen-Perspektive zum Thema Autofahren zu ermitteln. Dieser Schritt in der Ansprache der Fahraktivitäten ermöglicht es, zu ermitteln, welche Relevanz das Autofahren im individuellen Fall hat, welche möglichen Barrieren bei der Aufgabe des Fahrens bestehen und welche Gründe für den/die Patienten/in plausibel sein könnten, um Fahraktivitäten einzustellen. Die Bedeutung des Autofahrens ist für viele ältere Menschen groß. Menschen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen assoziieren einen antizipierten Fahrverzicht mit einer deutlichen Einschränkung von Mobilität und Lebensqualität (Johnson et al 2013). Allerdings scheinen sie von sich aus ihr Mobilitätsverhalten einzuschränken und einen ärztlichen Rat zum Fahrverhalten wertzuschätzen (Kocherscheid et al 2007).
Die Kenntnis zur Patientenperspektive stellt die Grundlage patientenzentrierten Handelns dar und umfasst sowohl das Ermitteln von Gesundheits- oder Krankheitskonzepten, aber auch Konzepten zum Selbstbild insbesondere in Verknüpfung mit dem Autofahren. Die Bewertung der Relevanz des Autofahrens im jeweiligen Biographiebezug ermöglicht es, passgenaue Strategien gemeinsam mit dem Patienten / der Patientin zu ermitteln, die den Umgang mit Einschränkungen der Fahrtauglichkeit im Sinne der diskutierten Sicherheitsaspekte und dem individuellen Mobilitätserhalt erleichtern.
Da insbesondere im frühen Stadium der Demenz eine Fahreignung durchaus noch bestehende kann, sind diese ersten Schritte (Sensibilisierung und Patientenperspektive) essentiell, um sicheres Autofahren im Sinne des Patienten/der Patientin zu ermöglichen. Sicheres Autofahren meint in diesem Kontext den Mobilitätserhalt ohne Sicherheitsrisiken durch demenzbedingte Einschränkungen beim Führen eines Fahrzeuges so lange wie möglich.

Umsetzung:

- Ansprache des Themas und Ermittlung der Bedeutung des selbständigen Fahrens für Patienten*in

  Ist es gelungen, bspw. über einen Medikamenten-Check oder das geriatrische Basisassessment, den Einstieg zum Thema Autofahren zu ermitteln, kann die Patienten*innen-Perspektive über offene Fragen zum Fahrverhalten ermittelt werden.

  „Wie ist das denn bei Ihnen mit dem Autofahren?“ „Wir viel sind Sie früher so gefahren? Und beruflich?“, „Wie erleben Sie das Autofahren jetzt?“

  - Beobachten und Fragen nach Veränderungen

    „Und wie ist das heute?“, „Wie erleben Sie den Verkehr auf den Straßen denn abends?“, „Oder jetzt im Herbst / Wenn es nass auf den Straßen ist?“

  - Patienten*innen-Wahrnehmung zu eigenem Fahrverhalten eruieren

    „Wie hat sich das Autofahren in den letzten Jahren verändert?“; „Mir hat neulich jemand davon erzählt, dass er/sie an einem Fahrsicherheitstraining teilgenommen hat / …; ich habe das im letzten Jahr selbst mal ausprobiert und war überrascht… Und haben Sie schon mal an einem Fahrsicherheitstraining teilgenommen? Haben Sie mal daran gedacht?“

Auch die persönlichen Patienten*innen-Präferenzen und Konzepte zum Thema Autofahren und Selbstwahrnehmung bieten wichtige Hinweise, die zu einem späteren Zeitpunkt im Verlauf der Erkrankung genutzt werden können, um passgenaue Mobilitätsalternativen zu ermitteln. Ergebnisse und Informationen können in der Patienten*innen-Akte dokumentiert werden, um sich dann zu einem späteren Zeitpunkt darauf zu beziehen.

Arbeitshilfen:

- Gesprächseinstiege / Kommunikation (s.o.)
- Mobilitätsprofil (s. Anlage 9.2)
- Formulierungshilfen für Dokumentation (s. Anlage 9.3)

4.3. Ableitung der nächsten Schritte in der hausärztlichen Begleitung

Ziel:

In der Folge geht es nun darum, die aus den in Schritt 1 und 2 gesammelten Informationen zusammenzutragen, zu bewerten und die nächsten Schritte hieraus in der hausärztlichen Begleitung abzuleiten.

Umsetzung:

- Abwendbar gefährlicher Verlauf

  Die Prinzipien der Identifikation und des Umgangs mit abwendbar gefährlichen Verläufen können auch bei der Fahrsicherheit bei Demenz Anwendung finden. Der abwendbar gefährliche Verlauf in Bezug auf Verkehrsteilnahme besteht darin, eine Selbst- und Fremdgefährdung rechtzeitig zu erkennen. Entsteht im Verlauf des Gespräches zum Fahrverhalten also der Eindruck, dass durch das Führen eines Fahrzeuges eine unmittelbare Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt, bedarf es einer direkten Intervention (vgl. Kapitel 6). Es würde dann direkt der Schritt „Aufklärung“ folgen (vgl. Kapitel 4.4).

- Abwartendes Offenhalten

  Entsteht während des Gespräches zum Thema Autofahren der Eindruck, dass keine Veränderungen und Einschränkungen vorliegen, die die Fahrsicherheit gefährden und auch die Fahrtauglichkeit nicht durch Medikamenteneinnahme beeinträchtigt ist, kann abwartendes Offenhalten und Beobachten im weiteren Verlauf das geeignete Mittel in der hausärztlichen Begleitung sein. Bei ersten kognitiven Veränderungen und auch bei leichtem Demenzschweregrad sind Patienten*innen oft prinzipiell noch in der Lage selbständig zu fahren (vgl. Kapitel 3). Hausärzte*innen haben häufig eine lang andauernde Beziehung zu ihren Patienten*innen aufbauen können und sehen insbesondere die Älteren regelmäßig (GEDA 2012; RIK 2015). Das Thema Fahrsicherheit kann so auch in den nächsten Monaten bei Folgeterminen weiter beobachtet und Veränderungen entsprechend aufgegriffen werden. Es empfiehlt sich, Patienten*innen mit Verdacht auf kognitive Veränderungen ohne wahrgenommene Risiken für die Fahrsicherheit im Laufe der nächsten 6 Monate erneut einzubestellen (The Champlain Dementia Network 2009), um den demenziellen Verlauf, die Medikation und die Fahrsicherheit regelmäßig anzusprechen.

- Red Flags

Die rechtzeitige Wahrnehmung von Warnhinweisen (siehe Tabelle 1) sowie die frühe Planung und Umsetzung von Kompensationsstrategien und Alternativen zum Autofahren sind wichtige Hintergrundfolien für die frühe Identifikation von Sicherheitsrisiken bei Menschen mit Demenz und die weitere patienten*innenzentrierte Bearbeitung des Themas. So werden dem Patienten / der Patientin schon früh mögliche Adaptionsmöglichkeiten aufgezeigt, er/sie hat mehr Zeit, sich innerlich darauf einzustellen und individuell alternative Mobilitätsmaßnahmen in die Wege zu leiten, so dass ein späterer Fahrverzicht als weniger dramatisch erlebt wird.

Red Flags bezeichnen an der Stelle verhaltensnahe Parameter, die Risiken für die Fahrsicherheit im Verlauf identifizieren helfen können. In der folgenden Tabelle findet sich eine Übersicht, der in der Literatur beschriebenen Warnzeichen für eine gefährdete Fahrsicherheit. Es handelt sich dabei nicht um eindeutige Indikatoren zur Bewertung der Fahreignung, sondern eben um verhaltensnahe Parameter, deren Erwähnung im Rahmen der erlebten Anamnese und im Kontext des jeweiligen klinischen Gesamtbildes neu interpretierbare Hinweise auf Fahr**sicherheit**saspekte bieten können. Besonders kritisch ist vor dem Hintergrund eine Kumulation von Red Flags zu bewerten.

Tabelle 1: Red Flags

Red Flags / Fahrsicherheitsrelevante Auffälligkeiten (eine Auswahl): Berichte von Patient*in, Angehörigen, Medizinische Fachangestellte und eigene Beobachtungen
unangebrachte Geschwindigkeit
langsame Reaktion
Verkehrszeichen falsch deuten oder übersehen (z.B. bei Grün halten)
Unsicherheit auf neuen oder stark befahrenen Strecken
nicht blinken beim Abbiegen oder Spurwechsel
Pedale falsch nutzen
Probleme, mehrere Funktionen beim Fahren zu bedienen
Unsicherheiten beim Rückwärtsfahren
zu dichtes Auffahren
häufige „Beinahe-Unfälle“
Außenspiegel abfahren und andere Blechschäden
Vorfahrt missachten
Verirren während einer Autofahrt
Beifahrer*innen fühlen sich unsicher oder wollen nicht mehr mitfahren
Hupen oder verärgerte Gesten anderer Verkehrsteilnehmer

- Einschätzung des Schweregrades der Demenz

In qualitativen Studien mit Hausärzten und Hausärztinnen wird deutlich, dass Unsicherheiten bzgl. des zeitlichen Einsetzens der nicht mehr gegebenen Fahreignung bei Demenz (Perkinson et al 2005, Friedland et al 2006) und einer geeigneten Beurteilungsmethode bestehen (Perkinson et al 2005, Robinson et al 2008). Befragungen zeigen, dass Ärzte*innen skeptisch waren, was die prognostische und Kriteriumsvalidität der verfügbaren Testverfahren angeht (Bogner et al 2004; Friedland 2006). Konsens besteht nach internationaler Studienlage darüber, dass die Diagnose einer Demenz nicht per se einen Verlust der Fahreignung impliziert (Ott & Daiello 2010). Im Verlauf der Demenz nehmen die Beeinträchtigungen in verschiedenen kognitiven Domänen allerdings derart zu, dass ab einem mittleren Demenzstadium davon auszugehen ist, dass keine Fahreignung mehr gegeben ist (vgl. auch Kapitel 3.3, Ott, Daiello 2010, Lukas, Nikolaus 2009). Das Stadium der Demenz ist nach Carr & Ott (2010) bei der Beurteilung wichtiger als die Form der Demenz.

Im Folgenden finden sich orientierende Charakterisierungen des leichten und mittleren Demenzstadiums. Diese sind angelehnt an zwei klinische Skalen: das Clinical Dementia Rating CDR (Morris 1993) und die Global Deterioration Scale GDS (Reisberg et al. 1988), sowie an den MMST-Wert (Folstein et al. 1975; Pausch, Wolfram 1997). Neuere deutschsprachige Kurztests wie TFDD oder DemTect erlauben keine Schweregradeinteilung.

Tabelle 2 Abgrenzung leichtes vs. mittleres Demenzstadium

		Leichtes Demenzstadium (CDR=1 / GDS=4)	**Mittleres Demenzstadium** (CDR=2 / GDS=5)
MMST-Wert		≥ 18	< 18
klinische Beschreibung	Sprache	Wortfindungsprobleme (z.B. Umschreibungen, Synonyme)	Fehler im Satzbau, Antworten werden floskelhaft und Unterhaltungen schwierig; "roten Faden" verlieren
	Gedächtnis	Defizite in der Bildung neuer Gedächtnisinhalte; eingeschränkte Kenntnisse kurz zurückliegender Ereignisse (z.B. Nachrichten); Vergessen von Terminen, Verlegen von Gegenständen	ausgeprägte Gedächtnisstörung; Langzeitgedächtnisinhalte sind erhalten, neue Informationen gehen rasch verloren
	Problem-lösen und Urteilsver-mögen	eingeschränkte Problemlösung; erhaltene Fähigkeit, sich ein eigenes Urteil zu bilden	Problemlösen und Bilden eines eigenen Urteils meist beide stark beeinträchtigt
	Autobio-graphie	Probleme beim Erinnern von Details des eigenen Lebenslaufs (z.B. Jahreszahlen, Geburtstage, Urlaubsorte, bestimmte Reihenfolge von Ereignissen etc.); kennt aber auch entferntere Verwandte	intakte Erinnerung an zentrale persönl. Fakten (eigenen Namen, den der/des Partners/in, der Kinder); kaum Erinnerung an relevante Aspekte u. zeitl. Zusammenhänge des eigenen Lebenslaufs; kennt nicht die akt. Adresse, die langjährige Telefonnummer, die Namen von Familienangehörigen wie Enkeln/Schwagern/ etc. o. den Namen der zuletzt besuchten Schule
	Orientier-ung	gestörte Orientierung an fremden Orten; intakte Orientierung zu aktueller Zeit und an bekannten Orten	häufig Desorientierung zur aktuellen Zeit (Datum, Wochentag, Jahreszeit) und zum aktuellen Aufenthaltsort; gestörte Orientierung auch z.B. in der Arztpraxis
	Rechnen	einfache Rechenoperationen intakt; Probleme im Umgang mit Geld bei Bankgeschäften u. größeren Einkäufen	Schwierigkeiten in leichten Rechenoperationen wie z.B. von 40 in Viererschritten rückwärts zu zählen
	Alltag	unabhängiges Leben weitgehend möglich; persönliche Hygiene intakt; komplizierte Aufgaben teils nicht mehr möglich (z.B. Planung eines Essens für Gäste, Bearbeitung von Rechnungen); Defizite werden teils verleugnet/kaschiert	kommen v.a. außer Haus ohne fremde Hilfe nicht mehr zurecht; zuhause keine Hilfe bei Toilettengang oder Essen, aber evtl. Schwierigkeiten bei der Auswahl situations- und witterungsgerechter Kleidung (z.B. Hausschuhe für den Waldspaziergang); evtl. auch leichte Hilfe beim Ankleiden und bei Hygiene nötig
	Interessen	Arbeit und soziale Aktivitäten können bereits beeinträchtigt sein; Situationen mit höheren Anforderungen werden gemieden, komplexe Arbeiten/Hobbys/Interessen fallen schwer	nur einfache Hausarbeiten sind noch möglich; stark eingeschränkte Interessen, die kaum wahrgenommen werden

Die Durchführung eines Demenztestes wie dem MMST in der Hausarztpraxis ist grundsätzlich möglich, setzt aber voraus, dass die Patienten*innen zu diesem Zeitpunkt bereits über den

Demenzverdacht aufgeklärt und zu den Möglichkeiten und Risiken der weiterführenden Diagnostik informiert wurden. Hier stellen im hausärztlichen Setting die Mehrfachkontakte und das Wiedereinbestellen eine wichtige Ressource dar, um die Person mit Demenz schrittweise an die zu erwartenden Veränderungen und auch an das Thema Fahrsicherheit heranzuführen.

Arbeitshilfen:

- Übersicht zu Red Flags
- Abwartendes Offenhalten unter Berücksichtigung abwendbar gefährlicher Verläufe
- MMST-Vorlage

4.4. Aufklärung über die Gefährdung der Fahrsicherheit

Ziel:

Studien zur Demenzdiagnostik und Patienteninformation zeigen, dass sowohl Ärzte*innen als auch Angehörige von Menschen mit Demenz selbst im Falle einer Demenzerkrankung frühzeitig die Diagnose erhalten wollen würden. Begründet wird dies damit, dass man selbst eine frühe Aufklärung über die Folgen der Demenzerkrankung wünscht, um die eigene Versorgungssituation gestalten zu können. Tatsächlich zeigt die Studienlage allerdings, dass die Demenzaufklärung häufig verzögert erfolgt (Paterson, Pond 2009, Bradford et al. 2009). Gründe hierfür liegen nicht nur darin, dass sich die Demenz in der Hausarztpraxis im Niedrigprävalenz bewegt, sondern auch mangelnde Therapieoptionen und Versorgungsangebote scheinen Hausärzte*innen davon abzuhalten, die Demenzerkrankung zu thematisieren (ebd.). Ähnlich verhält es sich mit dem Autofahren bei Demenz. Die Ansprache der sicherheitsrelevanten Veränderungen und erkrankungs- oder medikamentös-bedingter Einschränkungen der Fahreignung/-tauglichkeit wird als Herausforderung erlebt und so lange wie möglich vermieden (Leve et al 2017).

Für die Gestaltung der eigenen Versorgungssituation und bei der Organisation von Mobilitätsalternativen gilt es jedoch, möglichst frühzeitig gemeinsam mit den Patienten*innen passgenaue Lösungen zu erarbeiten. Hierzu ist eine Aufklärung über die Folgen der Erkrankung und Auswirkung auf die Fahrsicherheit unerlässlich und wird von den Patienten*innen auch explizit gewünscht (Kocherscheid et al 2007, Leve et al 2017). Dabei kann die Aufklärung von Menschen mit Demenz als kontinuierlicher Prozess begriffen werden (Lämmler et al 2007). Wurde bereits in Schritt 1 und 2 das Thema Fahrsicherheit früh und möglicherweise zu mehreren Konsultationen

angesprochen, erleichtert dies im weiteren Verlauf die Aufklärung zu Fahrsicherheitsfragen und dem zu erwartenden Verlust als direkte Konsequenz aus dem progredienten Krankheitsverlauf.

Umsetzung:

- Eine ruhige, vertrauensvolle Atmosphäre schaffen
- Ermitteln, welche Veränderungen im Straßenverkehr die Person mit Demenz bereits selbst festgestellt hat
- Eigene Wahrnehmung ansprechen: „Wir haben ja wiederholt über das Thema Autofahren gesprochen, und mein Eindruck ist, dass wir da jetzt genauer hinschauen müssen…“
- Klären ob die Person mit Demenz in Anwesenheit von Angehörigen aufgeklärt werden möchte (hierzu konnten möglicherweise bereits bei einem vorherigen Termin entsprechende Zustimmungen eingeholt und in der Patienten*innen-Akte vermerkt werden)
- Einfache Worte wählen, Nachfragen können das Verständnis klären
- Sich über bevorstehende Veränderungen mit der Person mit Demenz austauschen
- Zusammenhänge zwischen der Erkrankung, Medikation und Fahrsicherheit ansprechen
- Risiken für die Person mit Demenz aufzeigen
- Risiken für andere Verkehrsteilnehmenden ansprechen - auch für die Beifahrer*innen wie bspw. Familienangehörige (Ehepartner*in, Enkelkinder etc.)
- Emotionale Zeichen wahrnehmen, wertschätzen und akzeptieren
- Vermittlung von Zuversicht und einer Perspektive: „Es ist gut, dass wir so früh darüber sprechen, denn jetzt können wir gemeinsam überlegen, was zu tun ist“. „Ich werde Sie unterstützen…“
- Begleitung und Sicherheit anbieten: „Ich als Hausarzt/Hausärztin bin für Sie da. Wenn Sie noch Fragen haben oder Ihre Familie, dann können wir das gerne gemeinsam besprechen.“
- Informationen zusammenfassen und nächsten Termin vereinbaren, um zu überprüfen, wie die nächsten Schritte sein sollen, welche Maßnahmen eingeleitet werden konnten und wo noch weiterer Unterstützungsbedarf – auch durch andere Akteure*innen – besteht (vgl. Kapitel 4.7).

Wichtig ist, dass die Ansprache mit persönlichen Bezügen (die bereits vorher in Schritt 2 „Patientenperspektive ermitteln“ erarbeitet wurden) individuell gestaltet wird und auch die

gemeinsam erarbeitete Vorgehensweise und Alternativen die individuellen Ressourcen des Patienten /der Patientin und des sozialen Umfeldes berücksichtigen (vgl. Kapitel 4.7).

- Der Dokumentation kommt im Kontext der ersten drei Schritte eine besondere Bedeutung zu:
  - Gedächtnisstütze
    Zum einen werden über die Dokumentation bedeutsame Aspekte, die Rahmen der erlebten Anamnese gesammelt werden, festgehalten und können zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgegriffen werden.
  - Spätere Überprüfung durchgeführter Untersuchungen oder Vereinbarungen

    Insbesondere wenn mit der Person mit Demenz Absprachen zum Fahrverhalten, zur Einbindung von Familienmitgliedern oder Mobilitätsalternativen getroffen werden, ist es über die Dokumentation möglich, auf diese zurückzugreifen und aufzubauen.
  - Rechtliche Absicherung / Revision von Therapieentscheidungen etc.

    In der Literatur werden vielfach rechtliche Unsicherheiten seitens der Hausärzte*innen bezüglich der Aufklärung zu Fahrsicherheitsaspekten und Einschränkungen der Fahrtauglichkeit durch Medikamenteneinnahme benannt, insbesondere, wenn es um mögliche Unfallfolgen geht, die durch eine*n an Demenzerkrankten Patienten*in verursacht wurden. Die Dokumentation kann hier zu einer rechtlichen Absicherung der Hausärzte*innen beitragen (vgl. Kapitel 6).

Hausärzte*innen können unterstützend wirken, indem sie die eigenverantwortliche Pflicht zur Überprüfung der eigenen Fahrsicherheit grundsätzlich ausreichend früh mit der Person mit Demenz thematisieren, wenn diese aktiv Auto fährt. Sie sollten ihre Patienten*innen im Hinblick auf die eigene Fahrsicherheit unter Berücksichtigung der verkehrsrelevanten Symptome der jeweiligen Erkrankung ärztlich beraten und auf die Bedeutung möglicherweise verkehrssicherheitsrelevanter Medikamente aufmerksam machen (Fahrtauglichkeit). Auch können sie Patienten*innen dafür sensibilisieren, das eigene Verhalten entsprechend anzupassen. (Henning 2007)

Instrumente:

- Kommunikationshilfe Aufklärung
- Dokumentationsbogen Aufklärung

4.5. Ressourcen aktivieren

Ziel:

Ist der Patient / die Patientin aufgeklärt zu den zu erwartenden Veränderungen und über die bereits bestehenden Fahrsicherheitsrisiken, gilt es, gemeinsam zu prüfen, über welche Ressourcen die Person mit Demenz verfügt und wie weitere Ressourcen aktiviert werden können. Ziel dieser Aktivierung ist es, Kompensationsstrategien zu ermitteln, die auch bei leichten kognitiven Veränderungen und im frühen Stadium einer Demenz helfen, die Fahrsicherheit so lange wie möglich zu bewahren.

Umsetzung:

Ein ressourcen-orientiertes Vorgehen bezieht sich auf die Betonung der Adaptionsmöglichkeiten im Alternsprozess (Baltes, Baltes 1993). Hierbei ist es die Aufgabe des Arztes/der Ärztin, gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin mögliche Kompensations-, Optimierungs- und Selektionsstrategien in Bezug auf die Automobilität zu besprechen (Kubitzki, Janitzek 2009; Baltes, Baltes 1993), wobei möglicherweise bereits vorhandene, mit dem Alter assoziierte Strategien (Charlton et al 2006; Holte, Albrecht 2004) aufgegriffen werden können. Dies sollte schon möglichst früh im Verlauf der Demenz initiiert werden, um partizipative Entscheidungsprozesse zu ermöglichen (Jett et al 2005).

Das „SOK Modell“ geht zurück auf Baltes und Baltes (1993). Im Rahmen einer ressourcengeprägten gerontologischen Deutung des Umgangs mit altersbedingten Einbußen und Verlusten werden im „SOK Modell“ **S**elektion, **O**ptimierung und **K**ompensation als wesentliche Handlungsprinzipien benannt. Übertragen auf den Umgang mit dem Autofahren würde das Prinzip Selektion jene Handlungen umfassen, die bspw. mit einer Reduktion der Fahrwege, Begrenzung auf bestimmte Wege, Vermeidung von Nachtfahrten oder Fahrten bei schlechtem Wetter einhergehen. Bekannte Wege auch bei ersten leichten kognitiven Veränderungen und bei leichten Demenzformen fortzusetzen oder mit einer Begleitperson zu fahren würde im Sinne der Optimierung dem Erhalt der Fahraktivität dienen. Kompensationsstrategien hingegen würden die Reduktion von Störgeräuschen (Radio), längere Pausen auf Fahrten einzulegen und/oder den Wechsel zu öffentlichen Verkehrsmitteln darstellen (vgl. Oswald 2010). Im Folgenden sind einige mögliche Handlungs- und Mobilitätsalternativen im Sinne des SOK Modells zusammengestellt. Hierbei gilt es höchst individuell mit der Person mit Demenz auch über den Krankheitsverlauf immer wieder erneut zu prüfen, welche dieser (oder weitere) Strategien sinnvoll sein können.

Tabelle 3 Autofahren: mögliche Kompensationsstrategien und Alternativen

Selektion von Fahraktivitäten
seltenere Nutzung des Fahrzeugs
nur bekannte und kurze Strecken
Vermeidung von: Stoßzeiten, Autobahnen, Fahrten in Städten, Nachtfahrten, Fahrten bei unangenehmen Wetterverhältnissen
Optimierung
längere Fahrpausen einlegen
nicht zu schnell fahren
kein Radio! (lenkt ab)
mit einem besonnenen Beifahrer fahren
gute Vorbereitung: ausschlafen, Strecke planen, Umgebungsbedingungen einbeziehen, wie die Parkplatzsituation etc.
Fahrsicherheitstraining nutzen, um die eigenen Kompetenzen besser einschätzen zu können.
Kompensation der Mobilitätseinbußen und damit verbundenen Einschränkungen
alternative Ziele wählen (z.B. fußläufige Einkaufsmöglichkeiten)
Besorgungen durch andere Personen
Lieferdienste nutzen
Besuch einladen anstatt selbst zu fahren
andere fahren lassen (z.B. Angehörige, Partner/in, Freund/in, Nachbar/in)
öffentliche Verkehrsmittel (Bus, Bahn), Taxi, Sammelfahrten nutzen (z.B. zu SeniorenTreffen)

Arbeitshilfen:

- Mobilitätsprofil
- Kompensationsstrategien (vgl. Tabelle 3)
- Dokumentationsbogen

4.6. Triade /Angehörige

Ziel:

Der Hausarzt / die Hausärztin bewegt sich in der Versorgung von Menschen mit Demenz und insbesondere in der Begleitung in Bezug auf das Autofahren immer wieder im Spannungsfeld zwischen den Patienten*innen-Interessen, den Bedürfnissen und Interessen der Angehörigen sowie der eigenen medizinischen Experten*innen-Einschätzung. Gerade in Bezug auf den Umgang mit Fahrsicherheitsthemen kommt den Angehörigen oder dem direkten Umfeld von Menschen mit Demenz eine große Bedeutung zu (Hoffmann-Born & Peitz 2014). So sind sie zum einen wichtige Informationsträger*innen, was Fahrauffälligkeiten und den Umgang mit Kompensationsstrategien betrifft (Teel 2004; Perkinson et al 2005). Zum anderen sind sie die bedeutsamste Ressource, die insbesondere Patienten*innen, die in der eigenen Häuslichkeit leben, auf dem Weg in der Demenzerkrankung begleiten. Die Pflege- und Versorgungssituation prägen dabei, ebenso wie die langsame Veränderung der an demenzerkrankten Person, die besondere Belastungssituation (Azad et al 2002; Taylor, Tripodes 2001). In Bezug auf die Fahrsicherheit thematisieren gerade Angehörige immer wieder große Sorgen um die Sicherheit der Person mit Demenz, aber auch anderer Verkehrsteilnehmenden. Pflegende Angehörige stellen somit eine wichtige Ressource dar, brauchen aber auch ihrerseits Unterstützung durch den Hausarzt / die Hausärztin in der belastenden Pflegesituation.

Umsetzung:

Die Grundvoraussetzung für den Einbezug der Angehörigen auch beim Thema Fahrsicherheit ist das Einverständnis der Person mit Demenz und in diesem Kontext die Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber direkten Angehörigen oder Bezugspersonen (Schönhof 2012).
In der triadischen Beziehung stellt sich immer wieder die Frage, in wessen Auftrag der Hausarzt/die Hausärztin handelt und welche Interessen im Vordergrund stehen. So steht zunächst der Patient/die Patientin mit Demenz im Vordergrund. Von dieser Seite besteht die Erwartung, die Autonomie zu wahren und den Patientenwillen zu respektieren, sowie die Mobilität so lange wie möglich auch bei fortschreitender Demenzerkrankung zu erhalten.
Angehörige haben ihrerseits die Erwartung an den Hausarzt/die Hausärztin, dass die Konfliktsituation im Umgang mit dem Autofahren bei fortschreitender Demenz durch den hausärztlichen Rat, das Fahren einzustellen, entschärft wird. Auch haben für die Angehörigen der Schutz der Person mit Demenz und die Reduktion von Verkehrsrisiken einen hohen Stellenwert (Leve et al 2017).
Hausärzte/innen berichten, dass es häufig die Angehörigen sind, denen zu Beginn Veränderungen im Fahrverhalten auffallen und dass diese eine wichtige Ressource bei der frühen Erkennung der

demenziell bedingten Einschränkungen sind. Doch wird die Rolle der Angehörigen— anders als bei der Demenzerkennung —mitunter als verkomplizierend beschrieben. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn Angehörige als ,,Komplizen/innen‘‘ des Menschen mit Demenz erste Fahrauffälligkeiten und Veränderungen im Straßenverkehr bagatellisieren. Insbesondere in ländlichen Regionen können die Motive hierfür in der Abhängigkeit der eigenen Mobilität von dem an Demenz erkrankten Menschen liegen. Auch stellt der Schutz der Autonomie aus Angehörigenperspektive einen wichtigen Aspekt dar. Zentral im Umgang mit der Fahrsicherheit ist jedoch die Unterstützung durch (Haus-)Ärzte*innen bei der Ansprache des Themas, um Konflikte innerhalb der Familie zu vermeiden. Bestehen eigene Interessen auf Seiten der Angehörige, hat dies Auswirkungen darauf, wie verfügbar oder valide fremdanamnestische Informationen sind (Perkinson et al 2005, Friedland et al 2006, Adams et al 2005). So kann es bspw. dazu kommen, dass Angehörige aus Sorge die Fahrleistung subjektiv schlechter einschätzen und auf ein ärztliches „Fahrverbote“ drängen.
Dies gilt es, in der triadischen Beziehung durch den Hausarzt / die Hausärztin immer kritisch zu reflektieren und auch zu benennen.

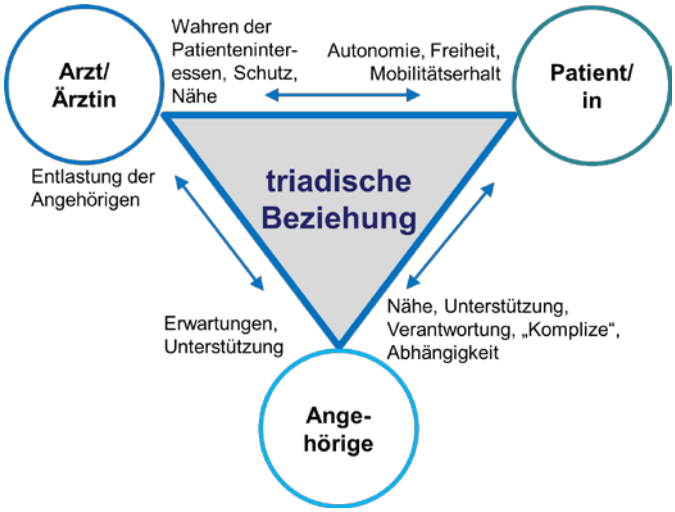


Abbildung 5: Triadische Beziehung

Studien mit älteren Autofahrern und Autofahrerinnen (mit und ohne Demenz) sowie mit Angehörigen weisen darauf hin, dass ein hausärztlicher Rat zum Fahrverzicht einen hohen Stellenwert hat (Leve et al 2017) und dass eine gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt/Ärztin, Patient/in und Angehörigen erwünscht ist (Adler et al 2010, Leve et al 2017). In der Befragung von Betz et al. (2013) wurde die Idee einer speziellen Vorausverfügung (,,Advance Driving Directive‘‘, ADD) von älteren Autofahrern und Autofahrerinnen mehrheitlich befürwortet. So kann im gemeinsamen Austausch mit den an demenzerkrankten Fahrern*innen, den Angehörigen und Hausarzt/Hausärztin Erwartungen und Wünsche diskutiert und gemeinsame Pläne zu Fahrsicherheit und Mobilitätsalternativen entwickelt werden (Betz 2013: 14).

Arbeitshilfen:

- Familienkonferenz:

  Die Familienkonferenz ist ein Instrument, das in der sozialen Arbeit, in den Pflegewissenschaften und der Palliativversorgung zunehmend an Bedeutung gewinnt, auch wenn es um die Verbesserung der Entscheidungsfindung in der Versorgung älterer Menschen mit Demenz geht. „Familie“ kann dabei weit gefasst werden. Im hausärztlichen Gespräch gilt es mit dem/der Patienten*in mit Demenz zu klären, welche Bezugspersonen für ihn/sie besonders wichtig sind und in die weitere Planung einbezogen werden sollten.

  Diese breite Definition von Familie, die auch Bezugspersonen aus dem Freundeskreis oder der Nachbarschaft beinhalten kann, eröffnet insbesondere für die Gruppe von alleine lebenden Menschen mit Demenz die Möglichkeit, soziale Netzwerke und Beziehungen einzubinden. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass das Führen eines Fahrzeuges und damit Mobilität mit sozialer Teilhabe verknüpft sind, ermöglicht die Familienkonferenz eine Stärkung der sozialen Netze. Auch wenn die Familienkonferenz zunächst einen zusätzlichen Aufwand in der Organisation von Unterstützungsmöglichkeiten bedeutet, haben Studien gezeigt, dass sowohl die Compliance als auch der Zeitaufwand für psychosoziale Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis reduziert werden konnten (Comley A 1973, Wettstein et al 2001).

  Schritte in der Umsetzung einer Familienkonferenz:

  - Relevante Familienmitglieder / Bezugspersonen ermitteln
  - Relevante Personen zu einem gemeinsamen Gespräch mit der Person mit Demenz bitten
  - Umfassende Aufklärung aller Anwesenden zu Auswirkungen der Demenzerkrankungen auf die Fahrsicherheit, Benennen von Fahrsicherheitsrisiken etc. durch Hausarzt/Hausärztin
  - Patienten*in mit Demenz und Angehörige darin unterstützen, die eigenen Vorstellungen / Bedürfnisse zu vermitteln
  - Ermitteln, wie die einzelnen Personen ihre Aufgabe sehen und wo Befürchtungen und Ängste bestehen
  - Gemeinsam mit den Beteiligten Lösungsvorschläge erarbeiten
    Wie sollten Veränderungen der Fahrsicherheit angesprochen werden? Was sind

relevante Einschränkungen – auch aus medizinischer Sicht? Welche Alternativen gibt es für die Person mit Demenz aber auch im jeweiligen Umfeld?

- Konkrete Aufgaben vereinbaren: Wer übernimmt die weiteren Absprachen mit dem Hausarzt*der Hausärztin? Wer organsiert ein Fahrsicherheitstraining? Wer kann Begleitung beim Autofahren übernehmen? Wer organisiert Informationen zu öffentlichen Verkehrsmitteln? Wer ist zuständig für die Abgabe des Führerscheins, wenn die Fahrsicherheit nicht mehr gegeben ist?

4.7. Netzwerke

Ziel:

Die Bearbeitung der Fragestellungen zu Fahrsicherheit, -tauglichkeit und -eignung sind, wie bereits dargestellt, nicht alleine in der Familie und in der Hausarztpraxis zu bearbeiten. Vielmehr sind Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten sowie Fragen der Begutachtung nur in einem Netzwerk von Akteuren*innen sinnvoll zu organisieren.

Umsetzung

Im Netzwerk kann im Umgang mit der Fahrsicherheit von Menschen mit Demenz die Verantwortung geteilt werden. Sinnvolle Ansprechpartner*innen können hier bei unterschiedlichsten Stellen verortet und sowohl im medizinischen wie auch in anderen Berufsgruppen aktiv sein. Eine Zusammenstellung von Kontaktadressen findet sich im Anhang 9.4.

Bei der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen -→ hier einfügen Berufsverordnung NRW; Schweigepflicht → (vgl. Kapitel 6)

Einbindung anderer Facharztgruppen:

Insbesondere bei der diagnostischen Abklärung einer Demenzerkrankung und bei der Gabe von Medikamenten kommt den anderen Facharztgruppen eine Verantwortung zu. Erfolgt hier früh die Ansprache der Auswirkungen einer fortschreitenden Demenz auf die Fahreignung, erleichtert dies die erneute Ansprache des Themas in der Hausarztpraxis. Hier gilt es, in evtl. bestehenden Netzwerken mit Fachärzten*innen aus den Bereichen der Neurologie, Gerontopsychiatrie und Verkehrsmedizin die Kollegen*innen entsprechend zu sensibilisieren. So reicht bereits ein Vermerk im Arztbrief aus, um dem Hausarzt/der Hausärztin hier sinnvolle Hinweise zur weiteren Vorgehensweise zu geben und einen Ansatzpunkt für das Gespräch mit den Patienten*innen zu bieten. Gerade Menschen mit Demenz sehen Ärzte*innen in der Memory Clinic hier mit in der Verantwortung (Leve et al 2017).

Fahrsicherheit → Fahrschulen

Als Goldstandard in der Einschätzung der Fahrsicherheit gilt nach wie vor die begleitete praktische Fahrprobe. Hier können bspw. Fahrschulen als Ansprechpartner*innen eingebunden werden und Patienten*innen direkt an die Fahrschulen verwiesen werden. Auch kann es sinnvoll sein, durch Fahrstunden im Sinne des SOK Ansatzes verschiedene Fertigkeiten zu trainieren und so zu einem Erhalt oder einer Verlangsamung des Abbaus von fahrsicherheitsrelevanten Fähigkeiten beizutragen (Kocherscheid et al 2007). Die Kosten für diese Maßnahmen sind von der Person mit Demenz selbst zu tragen und daher nur einem Teil der Betroffenen zugänglich.

*Fahrsicherheitstraining für Senioren*innen*

Fahrsicherheitstrainings oder Mobilitäts-Checks werden in der Regel von allen großen Kraftfahrzeugs-Verbänden oder Prüforganisationen (ADAC, DEKRA, TÜV etc.) angeboten. Die Teilnahme erfolgt auf Freiwilligenbasis, die Kosten müssen von der Person mit Demenz selbst getragen werden.
Trainer*innen im Rahmen dieser Sicherheitstrainings sind an Datenschutzregelungen gebunden, die Ergebnisse des Trainings werden vertraulich behandelt.
Zum Teil bieten auch Stellen der Verkehrsunfallprävention und Seniorenbeauftragte der Polizei vergleichbare Sicherheitstrainings an. Diese sind dann in der Regel kostenfrei.
Vielfach entsteht bei Patienten*innen der Eindruck, dass ein solches Fahrsicherheitstraining zur Überprüfung der Fahreignung dient, tatsächlich stehen aber Sicherheitsaspekte und verhaltensbezogene Strategien in Risikosituationen im Vordergrund. Das Erleben, wie man sich in solchen Risikosituationen bspw. durch veränderte Reaktionszeiten selbst verhält, kann der Sensibilisierung der Person mit Demenz dienen. Auch wenn keine Fahrauffälligkeiten im Sicherheitstraining auftreten, kann eine solche Maßnahme der Schärfung der eigenen Wahrnehmung dienen und gute Anknüpfungspunkte für weitere gemeinsame Überlegungen zu diesem Thema bspw. im Rahmen einer Familienkonferenz in der Hausarztpraxis bieten.

Beurteilung der Fahreignung:

Der Beurteilung der Fahreignung kommt v.a. im Übergangsbereich zum mittleren Demenzstadium eine große Rolle zu. Eine ausführliche Begutachtung der Fahreignung gemäß Fahrerlaubnisverordnung (FeV) und Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung ist entsprechenden Spezialisten vorbehalten. Ausreichende psychometrische Güte (v.a. Validität) weisen mehrdimensionale neuropsychologische Testbatterien auf (Lukas, Nikolaus 2009; Blikoas et al 2011), deren Durchführung und Interpretation jedoch psychologische Expertise erfordern und für die

Hausarztpraxis zu aufwendig ist. Zuständige Ansprechpartner*innen finden sich über die Bundesanstalt für Straßenwesen.
Verkehrsmedizinische Beratung bieten neben den Begutachtungsstellen auch Ärzte*innen mit verkehrsmedizinischer Zusatzqualifikation, die über die Kassenärztliche Vereinigung ermittelt werden können, oder Verkehrspsychologen*innen (s. auch Bundesverband Niedergelassener Verkehrspsychologen (BNV)).

Andere Beratungsstellen

Beratungstelefon der Alzheimergesellschaft
Das Beratungstelefon der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. richtet sich an Angehörige, Betroffene und auch an professionelle Helfer*innen. Hier können unter der Festnetznummer 030/259379514 Fragen beantwortet und an regionale Beratungsstellen weitervermittelt werden. Insbesondere für Angehörige kann der Kontakt zu Selbsthilfegruppen mit anderen Angehörigen von Menschen mit Demenz zu einer Entlastung beitragen und ein Austausch auch zu Fragen der Fahrsicherheit und zum Umgang mit dem Thema in einer Gruppe eingebracht werden.

Kommunale Senioren- oder Pflegeberatungsstellen
Hier finden sich bei der Kommune kompetente Ansprechpartner*innen, die ältere Patienten*innen zu Verkehrsalternativen beraten können, bspw. zur Nutzung von ÖPNV, Bürgerbussen, ehrenamtlichen Fahrdiensten etc.

Straßenverkehrsamt
Über das Straßenverkehrsamt der jeweiligen Kreis-/Stadtverwaltung werden ebenfalls Beratungen für Betroffene und Angehörige angeboten, welche Aspekte bei einer chronischen Erkrankung eine wichtige Rolle für die Fahrsicherheit spielen und wie eine Überprüfung der Fahreignung eingeleitet werden kann.

Sollte es im Verlauf der Demenz dazu kommen, dass trotz fortgeschrittenen Schwergrades und Einschränkungen der Fahrsicherheit ein freiwilliger Fahrverzicht nicht gemeinsam mit dem Patienten / der Patientin erarbeitet werden kann, kann der Bruch der Schweigepflicht möglicherweise ein geeignetes Mittel sein (vgl. hierzu Kapitel 5 und 6).

Arbeitshilfen

- Liste mit Kontaktadressen (s. Anhang 9.4)

5. Handlungsstrategien in fortgeschrittenen Demenzstadien

Wird die Fahrtauglichkeit später im Verlauf der Demenz erstmals thematisiert, besteht u.U. dringender Handlungsbedarf, so dass dann juristische und Sicherheitsaspekte direkt in den Vordergrund der Arzt-Patient-(Angehörigen-) Interaktion treten und das hausärztliche Handeln zum Nachteil der Patientenzentrierung dominieren. Eine Möglichkeit, diesen Gesprächsprozess zu strukturieren, besteht in der Vermittlung von Informationen zu Auswirkungen der Demenzerkrankung auf das Fahrverhalten sowie die Darstellung der Konsequenzen für die Sicherheit der eigenen Person sowie anderer Verkehrsteilnehmenden (Kocherscheid et al 2007). Auch zu diesem Zeitpunkt empfiehlt es sich, ein Mobilitätsprofil mit Patient*in, Arzt/Ärztin und ggf. den Angehörigen (vgl. Kapitel 4.6), in dem die Fahraktivitäten aufgeführt und an diesen die konkreten Risiken und Mobilitätsalternativen besprochen werden.
In Deutschland sind Hausärzte*innen nicht zur Überprüfung der Fahrtauglichkeit verpflichtet. Primär zu beachten ist die ärztliche Schweigepflicht (§203 StGB). Sind Patienten*innen mit Demenz trotz mehrfacher Aufklärung und Ansprache uneinsichtig, was die Aufgabe der Fahraktivitäten betrifft, kann ein Bruch der ärztlichen Schweigeplicht als „Ultima Ratio“ in Betracht gezogen werden (vgl. Pentzek et al 2015, Peitz 2015, Henning 2007). Ein Bruch dieser Schweigepflicht ist nur bei Gefährdung der Sicherheit für Patient/in und andere Verkehrsteilnehmende (höherwertige Rechtsgüter) in Betracht zu ziehen. Grundlage für diesen Bruch ist der rechtfertigende Notstand (§34 StGB). Eine standardisierte Vorgehensweise gibt es hier nicht. Allerdings scheinen vor einer Meldung mehrere Komponenten relevant zu sein (Parzeller, Zedler 2011): die dokumentierte Demenzdiagnose, die dokumentierte und bezeugte Aufklärung des Menschen mit Demenz über die Demenzerkrankung und die damit verbundene fehlende Fahreignung / Fahrtauglichkeit / Fahrsicherheit, dokumentierte und bezeugte Fristsetzungen zum freiwilligen Fahrverzicht und zur Meldung an die Behörde, Ankündigungen des Bruchs der Schweigepflicht und der Mitteilung an das Straßenverkehrsamt. Wichtig zu wissen ist, dass eine anonyme Meldung einer Person mit Fahrsicherheitsrisiken oder eingeschränkter Fahrtauglichkeit seitens der Angehörigen oder des Hausarztes / der Hausärztin nicht ausreichend ist, da hier die Straßenverkehrsbehörden nicht weiter aktiv werden können (Peitz 2015).

6. Rechtliche Hintergründe

Hausärzte und Hausärztinnen berichten häufig von diversen Unsicherheiten in Bezug auf rechtliche Aspekte im Umgang mit dem Thema Autofahren und Demenz. So ist offenbar unklar, wie bei Verdacht auf Fahruntauglichkeit überhaupt vorzugehen ist, wie dies zu dokumentieren ist, ob eine

Person mit Demenz, die trotz Aufforderung zum Fahrverzicht noch fährt, gemeldet werden darf, wie dies ggf. vorzubereiten ist und an wen eine Meldung zu adressieren sei (Friedland et al 2006; Bogner et al 2004). Die ärztliche Zurückhaltung bei der Beurteilung der Fahrtauglichkeit scheint u.a. daher zu rühren, dass eine entsprechende Untersuchung mit einer befürchteten, rechtlich verbindlichen Haftbarkeit des Arztes/der Ärztin assoziiert ist (Bogner et al 2004). Zudem berichten die Ärzte und Ärztinnen, dass Konflikte und Missverständnisse in der Patient*in-Arzt*Ärztin-Beziehung auch dadurch entstehen können, dass den Patienten*innen die rechtliche Rolle des Arztes/der Ärztin nicht bewusst ist (Friedland et al 2006).

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die hausärztliche Versorgung sind europaweit sehr heterogen (White, O'Neill 1999) und werden durch mehrere systembedingte Faktoren festgelegt: Überprüfung der Fahrtauglichkeit ab einer festgelegten Altersgrenze, zuständige Stelle für die Überprüfung, Vorgaben zur Methodik der Überprüfung, Verpflichtung der Hausärzte*innen zur Meldung fahruntauglicher Fahrer*innen, Vorliegen praxistauglicher Materialien für die Hausarztpraxis (ebd.). Selbst in Ländern, in denen Hausärzte und Hausärztinnen die rechtliche Pflicht zur Überprüfung der Fahreignung übertragen bekommen haben, fehlen teilweise praxistaugliche Vorgaben zur Methodik der Überprüfung (Barbas, Wilde 2001).

In Deutschland besteht für Hausärzte*innen, wie bereits dargestellt, keine direkte Verpflichtung der Prüfung und Meldung von Patienten*innen.

Im Folgenden werden nun verschiedene rechtliche Hintergründe zu den eingangs dargestellten hausärztlichen Handlungsschritten zusammengestellt.

6.1. Begutachtung / Beurteilung der Fahreignung

Eine regelmäßige Überprüfung der Fahreignung ist in Deutschland für Inhaber der Fahrerlaubnisklassen der Gruppe 1 gesetzlich nicht vorgeschrieben (Henning, 2007; Hoffmann-Born & Peitz, 2005). Im Rahmen der Verordnung über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr (Fahrerlaubnis-Verordnung - FeV) sind allerdings grundsätzliche Regelungen für die Teilnahme am Straßenverkehr festgeschrieben. Grundsätzlich ist dort benannt, dass Personen, die einen Führerschein erhalten, eigenverantwortlich das Führen eines Fahrzeuges auch bei körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen prüfen müssen und ggfs. die Überprüfung der Fahreignung oder die Aufgabe des Fahrens eigenverantwortlich einleiten müssen. So ist in § 2 (1) FeV zur eingeschränkten Zulassung geregelt „(1) 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. Die Pflicht zur Vorsorge, namentlich durch das Anbringen geeigneter

Einrichtungen an Fahrzeugen, durch den Ersatz fehlender Gliedmaßen mittels künstlicher Glieder, durch Begleitung oder durch das Tragen von Abzeichen oder Kennzeichen, obliegt dem Verkehrsteilnehmer selbst oder einem für ihn Verantwortlichen."
Für die Beurteilung der Fahrsicherheit sind zusätzlich zu den demenzspezifischen Einschränkungen (vgl. Kapitel 3.2) insbesondere die kognitiven Einschränkungen relevant. Die „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung der Bundesanstalt für Straßenwesen" nennen als Gründe für den Verlust der Fahreignung bei einer ausgeprägten Demenz abnehmende sensorische und motorische Leistungen, Reaktionsschwächen, Situationsverkennungen / Fehlleistungen und Persönlichkeitsveränderungen, die mit mangelnder Einsicht und Kritikfähigkeit einhergehen (Gräcmann, Albrecht 2014).

Anlage 4 der FeV besagt, dass bei schweren hirnorganischen Psychosyndromen, schwerer Altersdemenz und schwerer Persönlichkeitsveränderungen durch pathologische Altersprozesse kein Fahrzeug mehr geführt werden darf. (FeV, s. Kapitel 7).

Eine Begutachtung erfolgt nach anlassgebenden Zweifeln an der Fahreignung durch Veranlassung der Fahrerlaubnisbehörde. Die Begutachtung der Fahreignung wird von entsprechend qualifizierten (Verkehrs-)Mediziner*innen und/oder (Verkehrs-)Psychologen*innen, die über entsprechende Erfahrung in diesem Bereich verfügen (vgl. §§65-67, 72 FeV), durchgeführt. Die Art der Begutachtung wird durch die Behörde vorgegeben. Die Auswahl der Prüfstelle kann dann frei erfolgen, wobei der Gutachter / die Gutachter*in selbst nicht direkt von der zu begutachtenden Person ausgewählt werden sollte, um eine unabhängige Begutachtung sicherzustellen (Gräcmann & Albrecht 2014). „Das Gutachten ist eine Hilfe, die der Rechtsinstanz durch begründete Aussagen über das mögliche künftige Versagen oder Verhalten eines Fahrerlaubnisinhabers oder Fahrerlaubnisbewerbers die rechtliche Entscheidung begründbar machen soll; insbesondere soll es aufzeigen, welche Gefahren von gegebenen Krankheiten, Defekten, Leistungsmängeln oder anderen Sachverhalten ausgehen." (Gräcmann & Albrecht 2014: S.9). In Ziffer 3.12.2 „Demenz und organische Persönlichkeitsveränderungen" der Begutachtungsleitlinien Kraftfahreignung ist weiterhin formuliert, unter welchen Umständen die Voraussetzungen zur Fahrerlaubnis auch bei demenziellen Veränderungen noch gegeben sein können (vgl. hierzu auch Kapitel 3.3).

Vor dem Hintergrund der **unabhängigen Begutachtung** der Fahreignung erscheint eine Verlagerung der Begutachtungsverfahren in die Hausarztpraxis nicht sinnvoll. Wie auch von Hausärzten*innen problematisiert, würde die Begutachtung in der Hausarztpraxis erhebliche Konflikte zur hausärztlichen begleitenden Rolle mit sich bringen und zu Belastungen in der langjährig aufgebauten, vertrauensvollen Beziehung führen.

Die vielfach problematisierte Frage, ob für Hausärzte*innen überhaupt ein Auftrag besteht, Themen der Fahrsicherheit, Fahrtauglichkeit und Fahreignung anzusprechen, lässt sich aus der Systemperspektive durch den ärztlichen Auftrag und die Regeln zur Berufsausübung entsprechend der Berufsordnung §1 (2) begründen (Berufsordnung für nordrheinische Ärzte und Ärztinnen). So steht der Schutz des Patienten/ der Patientin im Zentrum des ärztlichen Handelns. Die Vermeidung von Fahrsicherheitsrisiken durch demenziell bedingte Veränderungen wäre demnach ein zentrales Anliegen für diese Patienten*innen-Gruppe. Durch die Berufsordnung wird aber auch das häufig benannte ethische Dilemma begründet. So wird in § 7 (1) zu den Pflichten gegenüber Patientinnen und Patienten besonders die „Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts von Patientinnen bzw. Patienten“ betont, auch wenn dies bedeutet zu respektieren, dass Patienten*innen empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen ablehnen. Die Ablehnung konkreter weiterer diagnostischer Maßnahmen beinhaltet aber, dass zuvor eine ausführliche Aufklärung über Risiken und Folgen des Weiterfahrens für die Patienten*innen erfolgt (vgl. Kapitel 6.2).

6.2. Aufklärung

Über das Patientenrechtegesetzt wurden 2013 die Patientenrechte gestärkt und im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) verankert. In Bezug auf den Umgang mit Fahrsicherheit in der Hausarztpraxis erscheint insbesondere § 630 c, e BGB von großer Relevanz:

§ 630 c BGB Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, **dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung** und, soweit erforderlich, in deren Verlauf **sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen**. (Auszug)

§ 630 e BGB: Aufklärungspflichten

(1) **Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären**. Dazu gehören in der Regel insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere

medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

(2) Die Aufklärung muss

1. mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person **erfolgen**, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Befähigung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält,

2. so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann,

3. für den Patienten verständlich sein.

Dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen. (Auszug)

Hieraus lässt sich für die vorliegende Handlungsempfehlung ableiten, dass die Ansprache und Aufklärung zu einem möglichst frühen Zeitpunkt erfolgen sollte, so dass die Person mit Demenz frühzeitig selbstbestimmt die Entscheidung zur weiteren Vorgehensweise treffen kann (vgl. auch Schönhoff 2012b, Peitz 2015). Wird nach einer ausführlichen Aufklärung und verständlichen Informationsvermittlung der ärztliche Rat nicht umgesetzt, kann dies als ausdrücklicher Patienten*innen-Wille gedeutet werden. Problematisch wird es dann, wenn die Aufklärung zu einem Zeitpunkt erfolgt, zu dem unklar ist, inwiefern der Patient/die Patientin der Aufklärung aufgrund fortgeschrittener kognitiver Einschränkungen folgen kann und ggfs. andere Personen (gesetzliche Betreuer*innen) eingeschaltet werden müssen (vgl. Kapitel 6.4).

6.3. Dokumentation

Um die Aufklärung der Person mit Demenz nachweisen zu können, ist die Dokumentation über die gesamte Begleitung von großer Bedeutung.

Zu rechtlichen Hintergründen der Dokumentation sind folgende Aspekte relevant:

§ 630 f BGB:

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, zum **Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen**. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleibt.

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, in der **Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen**, insbesondere die **Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen,**

Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen. (Auszug)

Der Dokumentation kommt insbesondere in der erneuten Ansprache des Themas im Verlaufe der Demenzerkrankung eine große Bedeutung zu. So kann, wie in Kapitel 4.4 dargestellt, auf dokumentierte Beratungsgespräche und bereits getroffene Vereinbarungen Bezug genommen werden. Kommt es in späteren Demenzstadien dazu, dass Patienten*innen sich entgegen der vorherigen Absprachen weigern, die eigenen Fahraktivitäten einzustellen, und wird aufgrund einer bestehenden Selbst- und Fremdgefährdung ein Bruch der Schweigepflicht in Erwägung gezogen (vgl. Kapitel 5), dann dient die Dokumentation der eigenen Absicherung:

§ 630 h BGB: **Beweislast bei der Haftung für** Behandlungs- und **Aufklärungsfehler**

(1) Ein Fehler des Behandelnden wird vermutet, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war und das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten geführt hat.

(2) Der Behandelnde hat zu beweisen, dass er eine Einwilligung gemäß § 630d eingeholt und entsprechend den Anforderungen des § 630e aufgeklärt hat. Genügt die Aufklärung nicht den Anforderungen des § 630e, kann der Behandelnde sich darauf berufen, dass der Patient auch im Fall einer ordnungsgemäßen Aufklärung in die Maßnahme eingewilligt hätte.

(3) **Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f Absatz 1 oder Absatz 2 nicht in der Patientenakte aufgezeichnet** oder hat er die Patientenakte entgegen § 630f Absatz 3 nicht aufbewahrt, **wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat.**

(4) War ein Behandelnder für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht befähigt, wird vermutet, dass die mangelnde Befähigung für den Eintritt der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit ursächlich war.

(5) **Liegt ein grober Behandlungsfehler** vor und ist dieser grundsätzlich geeignet, eine Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, wird vermutet, dass der Behandlungsfehler für diese Verletzung ursächlich war. **Dies gilt auch dann, wenn es der Behandelnde unterlassen hat, einen medizinisch gebotenen Befund rechtzeitig zu erheben oder zu sichern, soweit der Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Ergebnis erbracht hätte, das Anlass zu weiteren Maßnahmen gegeben hätte, und wenn das Unterlassen solcher Maßnahmen grob fehlerhaft gewesen wäre.**

6.4. Schweigepflicht

Wie bereits in Kapitel 4.6 und 4.7 ausgeführt, ist der Einbezug von Angehörigen oder auch Dritten für die Organisation von Mobilitätsalternativen eine wichtige Ressource. Hierzu sind Regelungen der Schweigepflicht zu beachten.

Fragen zu Schweigepflicht (§203 StGB) beim Umgang mit dem Thema Autofahren können in drei wesentliche Bereiche unterteilt werden:

1. Schweigepflicht im Kontext der Zusammenarbeit mit Angehörigen (vgl. Kapitel 4.6)
2. Schweigepflicht im Kontext interprofessioneller Kooperation im Netzwerk (vgl. Kapitel 4.7)
3. Bruch der Schweigepflicht zur Meldung an die Straßenverkehrsbehörde zum Schutz der Person mit Demenz und anderer Verkehrsteilnehmenden (vgl. Kapitel 5)

Zu 1. Schweigepflicht im Kontext der Zusammenarbeit mit Angehörigen (vgl. Kapitel 4.6)

Eine Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber Familienangehörigen kann nur durch die Zustimmung der Person mit Demenz erfolgen. So ist in der Berufsordnung vorgesehen:

§ 7 Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln

(5) Angehörige von Patientinnen und Patienten und andere Personen dürfen bei der Untersuchung und der Behandlung anwesend sein, wenn die verantwortliche Ärztin bzw. der verantwortliche Arzt und die Patientin oder der Patient zustimmen

Zu 2. Schweigepflicht im Kontext interprofessioneller Kooperation im Netzwerk (vgl. Kapitel 4.7)

In der Berufsordnung für Ärzte*innen ist auch die berufliche ärztliche Zusammenarbeit und Zusammenarbeit mit Dritten geregelt:

§ 29 a Zusammenarbeit mit Dritten (Berufsordnung der nordrheinischen Ärzte und Ärztinnen)

(1) Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, zusammen mit Personen, die weder Ärztinnen oder Ärzte sind, noch zu ihren berufsmäßig tätigen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern gehören, Patientinnen und Patienten zu untersuchen oder zu behandeln. Dies gilt nicht für Personen, welche sich in der Ausbildung zum ärztlichen Beruf oder zu einem Fachberuf im Gesundheitswesen befinden.

(2) Die Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Fachberufe im Gesundheitswesen ist zulässig, wenn die Verantwortungsbereiche der Ärztin oder des Arztes und des Angehörigen des Fachberufes klar erkennbar voneinander getrennt bleiben.“

Der fallbezogene Austausch zum Thema Autofahren und Demenz kann demnach im ärztlichen Kontext von gemeinsamen Behandlungen/Mitbehandlungen, die bspw. über Überweisungen

geregelt sind, umgesetzt werden. Der Aufbau von Netzwerken (vgl. Kapitel 4.7) dient weniger dem fallbezogenen Austausch, sondern zielt vielmehr darauf ab, ein Unterstützungsnetzwerk im jeweiligen Quartiers- bzw. Lebensraumbezug zu entwickelt. In der Hausarztpraxis wäre dann das Ziel, Personen mit Demenz und ihren Familien entsprechende Kontaktadressen und Beratungsstellen zu nennen. Die Unterstützungsangebote können dann auf Eigeninitiative der Person mit Demenz und/oder ihrer Angehörigen genutzt werden. Der Austausch mit anderen Professionen im Fallbezug könnte ggfs. mit Einwilligung der Person mit Demenz und nach ausführlicher, schriftlich bezeugter Dokumentation dieser Einwilligung erfolgen.

Zu 3. Bruch der Schweigepflicht zur Meldung an die Straßenverkehrsbehörde zum Schutz der Person mit Demenz und anderer Verkehrsteilnehmenden

Ein Bruch dieser Schweigepflicht (§ 203 StGB) ist nur bei Gefährdung der Sicherheit für Patient/in und andere Verkehrsteilnehmende (höherwertige Rechtsgüter) in Betracht zu ziehen. Hierzu steht in der Berufsordnung:

§ 9 Schweigepflicht

(1) Ärztinnen und Ärzte haben über das, was ihnen in ihrer ärztlichen Eigenschaft anvertraut oder bekannt geworden ist - auch über den Tod der Patientin bzw. des Patienten hinaus - zu schweigen. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen der Patientin bzw. des Patienten, ärztliche Aufzeichnungen, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.

(2) **Ärztinnen und Ärzte sind zur Offenbarung befugt**, soweit sie von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder **soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist**. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt. Soweit gesetzliche Vorschriften die ärztliche Schweigepflicht einschränken, soll die Patientin oder der Patient darüber unterrichtet werden. (Auszug)

Der Bruch der Schweigepflicht wird – entsprechend der gesetzlichen Grundlagen – von Hausärzten*innen grundsätzlich abgelehnt. Das Bedürfnis bei zunehmenden krankheitsbedingten Fahrauffälligkeiten die Person mit Demenz sowie andere Verkehrsteilnehmende zu schützen, stellt in der hausärztlichen Praxis allerdings ein vielfach benanntes Dilemma dar.

6.5. Zusammenfassung

Eine frühe Ansprache und Aufklärung können dazu beitragen, gemeinsam mit Patienten*innen hier rechtzeitig Mobilitätsalternativen zu entwickeln und eine Aufgabe der Fahrtätigkeit zu erreichen. Entsprechend der rechtlichen Grundlagen ist die frühe Aufklärung im Sinne der Stärkung der

Patientenrechte zu sehen und kann genutzt werden, um patientenzentriert die Planung und Sicherung der Mobilität zu planen. Über sensorische oder medikamentös bedingte Beeinträchtigung der Fahrsicherheit und Fahrtauglichkeit unmittelbar aufzuklären, gilt als ärztliche Pflicht (Schönhof 2012; Hoffmann-Born & Peitz 2005).

Hier ergibt sich möglicherweise im Einzelfall ein Dilemma mit dem hausärztlichen Auftrag auch den Schutz vor Über- und Fehlversorgung sicherzustellen. Insbesondere bei Unsicherheit bezüglich möglicher Einschränkungen der Fahrsicherheit und der Bewertung dieser, kann von hausärztlicher Seite eine Sorge vor Stigmatisierung durch falsch positive Befunde bestehen. Durch die frühzeitige Auseinandersetzung mit dem Thema und eine kontinuierliche Dokumentation der Gesprächsinhalte mit den betroffenen Patienten*innen kann hier mehr Sicherheit erzielt werden.

Auch ist der Wille der Patienten*innen, sich nicht mit dem Thema Fahrsicherheit bei Demenz auseinanderzusetzen, grundsätzlich zu respektieren. Hier kann der Bruch der Schweigepflicht zugunsten eines höheren Rechtsgutes zu einem späteren Zeitpunkt und bei wiederholter Verweigerung der Patienten*innen als „Ultima Ratio“ gelten, sofern die beschriebenen Pflichten zur Aufklärung und Dokumentation angemessen umgesetzt wurden (Peitz 2015).

7. Links, weiterführende Materialien und Literatur

Allgemein:

Verordnung über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr (Fahrerlaubnis-Verordnung - FeV)

http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/fev_2010/gesamt.pdf

Verkehrsmedizinisches Competenz-Centrum **(**www.street-ready.de)

Das Internetangebot ist eine Beratung- und Informationsplattform und richtet sich an Patienten/innen, Angehörige, ambulant und stationär tätige Ärzte*innen, Berufsgruppen in Beratungskontexten und andere Interessiert, die Fragen rund um das Thema Verkehrsmedizin haben. Unter anderem wird dort auf das Street Ready Tool (SRT) verwiesen, das Materialien zur Beratung, Aufklärung und Begleitung von Patienten*innen zum Thema Fahrsicherheit und Verkehrsmedizin beinhaltet. So wird für Ärzte*innen bspw. ein Diagnose-Check in Verbindung mit verschiedenen Krankheitsbildern, u.a. auch bezogen auf Demenzerkrankungen, sowie Dokumentationshilfen für den Praxisalltag angeboten.

Peitz/Hoffmann-Born (2011) Street Ready Tool (SRT) - Diagnosecheck und ärztliche Dokumentation der Fahrsicherheit – 2011, CD-ROM, Schattauer Verlag, Stuttgart. (ISBN 978-3-7945-5176-7)

Das Kompetenzzentrum Demenz (Hrsg.). (o.A.). Autofahren und Demenz. Was Betroffene, Angehörige und Ärzte tun können! Broschüre, online verfügbar

Die Broschüre enthält Informationen und Tipps wie bspw. eine Checkliste für Fahrauffälligkeiten und Fragen zur Selbsteinschätzung des Fahrverhaltens. Das Angebot richtet sich auch an Menschen mit Demenz, pflegende Angehörige und Berufsgruppen in Beratungssettings.

Informationsmaterial für Patienten*innen und Angehörige

Philipp-Metzen, H. E. & Schönhof, B. (2017). Autofahren und Demenz. Informationsblatt 19 der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Download: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/Infoblatt19_Autofahren_und_Demenz.pdf

Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg (Hrsg.) (2015). Autofahren und Demenz - Tipps für Menschen mit einer beginnenden Demenz. Online zum Download oder als Printversion erhältlich

Die Broschüre aus der Reihe "Ich lebe mit einer Demenz" richtet sich direkt an Menschen mit einer Demenz und Informationsmaterial sowie Kontaktstellen, an die sich die Betroffenen und ihre Angehörigen direkt wenden können.

Kern, S. & König O. Selbstbestimmung oder Risiko? Autofahren und Demenz – ein heikles Thema.
Artikelauszug aus der Broschüre "Begleiten ins Anderland" mit Kurzinformation und Tipps zur Erkennung von Fahrsicherheitsrisiken für Angehörige.

Jürgen Peitz, Dr. med. Hannelore Hoffmann-Born (2014). *Demenz und Straßenverkehr. Für Angehörige und BetreuerInnen*. München: Verlag Heinrich Vogel
Dieser Ratgeber richtet sich vor allem an Angehörige und Begleitpersonen von Menschen mit Demenz und bietet Informationen zu Warnhinweisen, Demenzbedingte Risiken für die Fahrsicherheit und dem Umgang mit diesen Risiken.

8. Literatur

Adams, W. L., McIlvain, H. E., Geske, J. A. & Porter, J. L (2005). Physicians' Perspectives on Caring for Cognitively Impaired Elders. The Gerontologist, 45, 231—239.

Adler, G. & Silverstein, N. (2008). At-Risk Drivers with Alzheimer's Disease: Recognition, Response, and Referral. Traffic Injury Prevention, 9, 299—303.

Adler, G. (2010). Driving decision-making in older adults with dementia. Dementia, 9, 45—49.

Allen, M., Ferrier, S., Sargeant, J., Loney, E., Bethune, G. & Murphy, G. (2005). Alzheimer's disease and other dementias: an organizational approach to identifying and addressing practices and learning needs of family physicians. Educational Gerontology, 31, 521—539.

Allgemeiner Deutscher Automobil-Club e.V. (ADAC). (2013). Medikamente im Straßenverkehr. München: ADAC e.V.

Alzheimer's Disease International. (2009). World Alzheimer Report 2009. London/UK. Online: https://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf (Stand: 13.10.2016)

Azad, N., Byszewski, A., Amos, S., & Molnar, F. J. (2002). A survey of the impact of driving cessation on older drivers. Geriatrics Today: Journal of the Canadian Geriatrics Society, 5(4), 170-174.

Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1993). Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences. Cambridge: Cambridge University Press

Barbas, N., & Wilde, E. (2001). Competency Issues in Dementia: Medical Decision Making, Driving, and Independent Living. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 14, 199—210.

Betz, M. E., Lowenstein, S. R. & Schwartz, R (2013). Older Adult Opinions of ''Advance Driving Directives''. Journal of Primary Care & Community Health, 14, 14—27.

Bliokas, V. V., Taylor, J. E., Leung, J. & Deane, F.P. (2011). Neuropsychological assessment of fitness to drive following acquired cognitive impairment. Brain Injury, 25, 471—487.

Bogner, H. R., Straton, J. B., Gallo, J. J., Rebok, G. W. & Keyl, P. M. (2004). The Role of Physicians in Assessing Older Drivers: Barriers, Opportunities, and Strategies. J Am Board Fam Pract, 17, 38—43.

Bradford, A., Kunik, M. E., Schulz, P., Williams, S. P., & Singh, H. (2009). Missed and delayed diagnosis of dementia in primary care: Prevalence and contributing factors. Alzheimer Disease and Associated Disorders, 23(4), 306-314.

Breen, D. A., Breen, D. P. & Moore, J. W. et al. (2007). Driving and dementia. BMJ, 334, 1365–1369

Bruce, D. G., Paley, G. A., Underwood, P. J., Roberts, D., & Steed, D. (2002). Communication problems between dementia carers and general practitioners: effect on access to community support services. Medical Journal of Australia, 177(4), 186-188.

Carr, D. & Ott, B. (2010). The Older Driver With Cognitive Impairment. American Medical Association, 16, 1632—1640.

Chari D, Ali R, Gupta R. (2015). Reversible dementia in elderly: Really uncommon? J Geriatr Ment Health, 2(1), 30-37.

Charlton, J. L., Oxley, J., Fildes, B., Oxley, P., Newstead, S., Koppel, S. & O'Hare, M. (2006). Characteristics of older drivers who adopt self- regulatory driving behaviours. Transportation Research Part F, 9, 363-373.

Comley A. (1973). Family therapy and the familiy physician. Can Fam Physician; 19:178-88

Dalsgaard, T., Kallerup, H. & Rosendal, M. (2007). Outreach visits to improve dementia care in general practice: a qualitative study. International Journal for Quality in Health Care, 19, 267—273.

Deutscher Verkehrssicherheitsrat e.V. (DVR). Senioren sind am liebsten mit dem Auto unterwegs. http://www.dvr.de/presse/informationen/grafiken/3367.htm [28.11.2012].

Dobbs, B. M. (2000). Self-perceptions of competence as determiners of driving patterns. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 61(3), 1115.

Downs, M., Clibbens, R., Rae, C., Cook, A. & R. Woods. (2002). What do general practitioners tell people with dementia and their families about the condition? Dementia;1: 47—58.

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.

Engin, T., Kocherscheid, K., Feldmann, M. & Rudinger, G. (2010). Entwicklung und Evaluation eines Screening-Tests zur Erfassung der Fahrkompetenz älterer Kraftfahrer (SCREEMO). Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen M210. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaft GmbH.

Ernst, J., Krapp, S. & Schuster, T. et al. (2010). Fahrtauglichkeit bei Patienten mit frontotemporaler und Alzheimer-Demenz. Nervenarzt, 81, 79–85.

Folstein, M., Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975). "Mini-Mental State" a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, 12 (3), 189-198.

Friedland, J., Rudman, D. L. & Chipman, M. (2006). Reluctant regulators — perspectives of family physicians on monitoring seniors' driving. Topics in Geriatric Rehabilitation, 22, 53—60.

GDV - Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (2017). Verkehrsgerichtstag 2017. Senioren im Straßenverkehr – Unfallforscher plädieren für Rückmeldefahrt. Online: http://www.gdv.de/2017/01/senioren-im-strassenverkehr-unfallforscher-plaedieren-fuer-rueckmeldefahrt/ [08.08.2018]

Grächmann, N. & Albrecht, M. (2017). Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen (bast); M115: https://www.bast.de/BASt_2017/DE/Verkehrssicherheit/Fachthemen/BLL/BLL-Download.html?nn=1817128 [08.08.2018]

Grandt, D. & Schubert, I. (2016). BARMER GEK Arzneimittelreport 2016. Siegburg: Asgard Verlagsservice GmbH

Hautzinger, H., Heidemann, D. & Krämer, B. (1993). Inländerfahrleistung 1993. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Heft M 61. Bergisch Gladbach

Kaiser, H. J. & Oswald, W. D. (Hrsg.) (1999). Altern und Autofahren: Kontroversen und Visionen zur Verkehrssicherheit Älterer. Band 16 aus der Reihe "Angewandte Alterskunde. Verlag Hans Huber

Henning, J. (2007). Verkehrssicherheitsberatung älterer Verkehrsteilnehmer. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Heft M 189 S. 17

Hoffmann Snyder, C. (2005). Dementia and Driving: Autonomy versus Safety. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 17, 383—400.

Hoffmann, H. & J. Peitz (2005). Ärztliche Aufklärung bei problematischer Fahreignung. Hess. Ärzteblatt; 7: 447-451.

Hoffmann-Born & J. Peitz (2014), Demenz im Straßenverkehr, Pocket-Ratgeber für Mobilität und Sicherheit, Verlag Heinrich Vogel, Springer Fachmedien München.

Holt, S., Schmiedl, S. & Thürmann, P.A. (2010). Potentially inappropriate medication in the elderly - PRISCUS list. Dtsch Arztebl Int, 107, 543-551

Holte, H. & Albrecht, M. (2004). Verkehrsteilnahme und-erleben im Straßenverkehr bei Krankheit und Medikamenteneinnahme. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit, Heft M162. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW

Jellinger, K. A. (2006). Clinicopathological analysis of dementia disorders in the elderly – an update. J Alzheimers Dis, 9 (3 Suppl), 61-70.

Jett, K., Tappen, R. & Rosselli, M. (2005). Imposed Versus Involved: Different Strategies to Effect Driving Cessation in Cognitively Impaired Older Adults. Geriatric Nursing, 26, 111—116.

Johnson, D. A., Frank, O., Pond, D. & Stocks, N. (2013). Older people with mild cognitive impairment—their views about assessing driving safety. Aust Fam Physician, 42, 317—320.

Junius, U., Schultz, C., Fischer, G., Breull, A. & D. Langner. 2003Evidenz-basiertes präventives Assessment für betagte Patienten. Umsetzung der Ergebnisse einer europäischen Studie in eine konkrete hausärztliche Vorsorgeuntersuchung in Deutschland. Z. Allg. Med; 79: 143–148

Kaduszkiewicz, H. & Bachmann, C. (2012). Gedächtnisstörungen. In: Kochen, M.M. (2012). Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Stuttgart: Thieme., S. 510-522.

Kaduszkiewicz, H., & van den Bussche, H. (2005). Possibilities and limitations in the management of patients with cognitive deficits and dementia - the perceptions of general practitioners. Medizinische Welt, 56(3), 65-68.

Kaiser, H. J., Teichmann, S., Myllimäkineuhoff, J., Schüssel, K., Oswald, W. D. & Jaensch, P. (1998): Anspracheformen der Verkehrsaufklärung älterer Menschen. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Heft M 90. Bergisch Gladbach.

Kaiser, H.J. & Oswald, W.D. (2000). Autofahren im Alter – Eine Literaturanalyse. Erschienen in der Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 13, 3/4, Seite 131-170

Kalitzkus, V., Wilm, S. & Matthiessen, P. F. (2009). Narrative Medizin — Was ist es, was bringt es, wie setzt man es um? Z Allg Med, 85, 60—66.

Koch, T. & Iliffe, S. (2010). Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: a systematic review. BMC Family Practice, 11, 52.

Kocherscheid, K. et al. (2007). Verkehrssicherheitsbotschaften für Senioren. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen (bast); Heft M 184, S. 11-12, Bergisch Gladbach

Kubitzki, J. & Janitzek, T. (2009). Sicherheit und Mobilität älterer Verkehrsteilnehmer. München: Allianz Deutschland AG

Lämmler, G., Stechl E. & E. Steinhagen-Thiessen (2007). Die Patientenaufklärung bei Demenz. Z Gerontol Geriat 40:81–87.

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.

Leve, V., Ilse, K., Ufert, M., Wilm, S. & M. Pentzek (2017). Autofahren und Demenz – Ein Thema für die Hausarztpraxis?! Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. ;50(Suppl 2):55-62.

Luck, T., Luppa, M., Sieber, J., Schomerus, G., Werner, P., König, H. H. & Riedel-Heller, S. G. (2012). Attitudes of the German general population toward early diagnosis of dementia—results of a representative telephone survey. PloS one, 7, e50792.

Lukas, A. & Nikolaus, T. (2009). Fahreignung bei Demenz. Z Gerontol Geriat, 42, 205-211.

Michie, S., Miles, J. & Weinman, J. (2003). Patient-centeredness in chronic illness: what is it and does it matter? Patient Educ Couns, 51, 197—206.

Mix, S., Gernot Lämmler, G. & Steinhagen-Thiessen, E. (2004). Fahreignung bei Demenz: Eine Herausforderung für neuropsychologische Diagnostik und Beratung. Z Gerotontopychol Psychiat, 17, 97–108.

Morris, J. C. (1993). The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. Neurology, 43, 2412-2414.

Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung /OECD, editor. (2001). Ageing and Transport. Mobility Needs and Safety Issues. Paris: OECD.

Oswald, W. D. (2010). Leistungsfähigkeit älterer Personen im Straßenverkehr. Kognitive und körperliche Leistungsfähigkeit und deren Kompensationsmöglichkeiten. Zeitschrift für Verkehrsrecht (ZVR), 55(5), S. 152-155

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.

Parzeller, M. & Zedler, B. (2011). Arztrecht und Verkehr — Ausgewählte medizinrechtliche Aspekte. In: Golka K, Hengstler JG, Letzel S, Nowak D, editors. Verkehrsmedizin - arbeitsmedizinische Aspekte. (S. 285—300). Heidelberg: ecomed Medizin.

Paterson, N. E. & D. Pond. (2009). "he barriers to the early diagnosis of dementia and diagnostic disclosure in primary care. Alzheimer's and Dementia 5(4): P185. P1-047

Pausch, J. & Wolfram, H. (1997). A comparison of psychodiagnostic procedures for dementia and deterioration. Nervenarzt, 68, 638–646.

Peitz, J. (2016) Schweigepflicht von Ärzten, Psychologen und Angehörigen anderer Heilberufe**,** in: Patermann, A., Schubert, W. & Graw, M (Hrsg.), Handbuch des Fahreignungsrechts. Bonn: Kirschbaum: 133-152

Peitz, J. (2015), Schutzpflichten behandelnder Ärzte und Psychologen - Eine kritische Betrachtung der Gefahren- und Haftungsgemeinschaft, in: BLUTALKOHOL (BA) Vol. 52 (2015): 238-256.

Peitz, J. (2015) Juristische Aspekte zur Fahrtüchtigkeit von Patienten, in: Herbert, M. & Meißner, W. (Hrsg.) Aktuelle Schmerzmedizin. Loseblattsammlung. Landsberg: ecomed MEDIZIN.

Pentzek, M., Fuchs, A., Abholz, H.H., Wollny, A. (2011) Awareness of local dementia services among general practitioners with aca- demic affiliation. Aging clinical and experimental research; 23:241—3.

Pentzek, M., Michel, J. V., Ufert, M., Vollmar, H. C., Wilm, S. & Leve, V. (2015). Fahrtauglichkeit bei Demenz —Theoretische Rahmung und Konzept einer Vorgehensempfehlung für die Hausarztpraxis. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ), 109, 115 – 123.

Perkinson, M. A., Berg-Weger, M. L., Carr, D. B., Meuser, T. M., Palmer, J. L. & Buckles, V. D. (2005). Driving and Dementia of the Alzheimer Type: Beliefs and Cessation Strategies Among Stakeholders. The Gerontologist, 45, 676—685.

Philipp-Metzen, H. E. (2011). Demenz und Autofahren. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.) Tagungsband, Berlin.

Pimlott, N. J., Persaud, M., Drummond, N., Cohen, C. A., Silvius, J. L., Seigel, K., Dalziel, W. B. (2009). Family physicians and dementia in Canada: Part 2. Understanding the challenges of dementia care. Canadian Family Physician, 55(5), 508-509.

Ravera, S., Monteiro, S. P. & de Gier, J. J., et al. (2012). A European approach to categorizing medicines for fitness to drive: outcomes of the DRUID project. British Journal of Clinical Pharmacology, 74, 920-931.

Reisberg, B., Ferris, S.H., de Leon, M.J. & Crook, T. (1988). The Global Deterioration Scale (GDS). Psychopharmacol. Bull., 24, 661-663.

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015). Gesundheit in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS RKI, Berlin

Robinson, A. L., Emden, C. G., Elder, J. A., Lea, E. J., Vickers, J. C. & Turner, P. A. (2008). Multiple views reveal the complexity of dementia diagnosis. Australasian Journal on Ageing, 27, 183—8.

Schoenmakers B, Buntinx F & J. Delepeleire. (2009). What is the role of the general practitioner towards the family caregiver of a community-dwelling demented relative? A systematic literature review. Scandinavian journal of primary health care, 27: 31—40.

Schönhof, B. (2012). Autofahren aus versicherungsrechtlicher Sicht. Online: Wegweiser Demenz des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. https://www.wegweiser-demenz.de/weblog-und-forum/weblog/schoenhof-baerbel/beitrag-autofahren1.html (Stand: 13.10.2016)

Schönhof, B. (2012b). Haftungsrechtliche Fragen bei der ärztlichen Beurteilung von Fahrtauglichkeit. Online: www.alzheimer-

bw.de/fileadmin/AGBW_Medien/Dokumente/Demenzen/Recht_und_Finanzen/111121_Haftungsrechtliche_Fragen_bei_der_aerztlichen_Beurteilung_von_Fahrtauglichkeit.pdf (Stand: 13.10.2016)

Seeger, R. & Czerwenka, W. (2007). Richtlinien zur Beurteilung der Fahreignung von Seniorinnen und Senioren. Primary Care, 7(22), 361-365.

Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2016a). Verkehrsunfälle 2015. Verkehr, Fachserie 8, Reihe 7. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2016b). Verkehrsunfälle: Unfälle von Senioren im Straßenverkehr 2015. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (DESTATIS). (2014). Verkehr aktuell, Fachserie 8 Reihe 1.1, 09/2014.

Taylor, B. D., & Tripodes, S. (2001). The effects of driving cessation on the elderly with dementia and their caregivers. Accident Analysis & Prevention, 33(4), 519-528.

Teel, C. S. (2004). Rural practitioners' experiences in dementia diagnosis and treatment. Aging & Mental Health, 8(5), 422–429.

The Champlain Dementia Network (2009). The Driving and Dementia Tool Kit. 3rd edition. Ottawa

Wettstein, A., Conzelmann, M. &Heiß, H. W. (2001) Checkliste Geriatrie. Stuttgart [u.a.] : Thieme

White, S. & O'Neill, D. (1999). Health and Relicensing Policies for Older Drivers in the European Union. Gerontology, 46, 146—52.

Williams, I. (2000). What help do GPs want from specialist services in managing patients with dementia? International Journal of Geriatric Psychiatry 15(8): 758-761.

Withaar, F.K. Brouwen, W.H., & A.H. Zomeren. (2000). Fitness to drive in older drivers with cognitive impairment. Int. Neuropsychol Soc.; 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

9. Anhang

9.1. Checkliste zur Sensibilisierung

CHECKLISTE HAUSARZTPRAXIS

☑ Gibt es Behandlungsanlässe/Krankheiten und damit verbundene Medikamenteneinnahmen, die die Fahrsicherheit zum Thema machen können?

☑ Bei allen Patienten/innen über 70 J.: Regelmäßige Abfrage des aktiven Fahrens: „Wie ist es eigentlich, fahren Sie noch Auto?“

☑ Bei allen Patienten/innen über 70 J.: Aufmerksamer Blick auf die Exekutivfunktionen im Alltag: Stürzen, Sehen, Art der Kommunikation, Beweglichkeit

9.2. Mobilitätsprofil

MOBILITÄTSPROFIL (mit Beispiel)

Patient*in: _____ Datum: _____

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	samstags, 9:00	werktags u. später fahren (z.B. freitags, 11 Uhr: weniger Verkehr), in näher gelegenem Laden einkaufen, nach Einkauf/vor Rückfahrt erst kurze Pause, seltener einkaufen	Angehörige*r fährt einkaufen, zu Fuß zu kleinerem Laden im Dorf (außergewöhnliche Sachen von anderen mitbringen lassen), Lieferservice

_____ _____ _____

Unterschrift Arzt/Ärztin Unterschrift Patient/in Unterschrift Angehörige/r, MFA, sonst.

9.3. Formulierungshilfen für Dokumentation

DOKUMENTATIONSHILFEN

FRÜHE AUFKLÄRUNG – Demenz und Fahrsicherheitsrisiken

Am _____ (*Datum*) habe ich Frau/Herrn _____ in Anwesenheit von Frau/Herrn _____ (Angehörige(r)/MFA/sonstige) über folgendes aufgeklärt:

In absehbarer Zeit wird Herr/Frau _____ das Autofahren einstellen müssen. Die Gründe dafür sind folgende: (z.B. fortschreitende Demenzerkrankung, Medikation etc.)

_____

Es wurden Alternativen des Selbst-Fahrens besprochen mit dem Ziel, dass Herr/Frau _____ auch nach Beendigung der Fahrtätigkeit mobil bleibt und seine/ihre Aktivitäten weiterhin durchführen kann. Es wurde vereinbart, dass Herr/Frau _____ regelmäßig in meine Praxis kommt, um das Thema Autofahren zu besprechen. Der nächste Termin ist der: _____

_____ _____

Unterschrift Arzt/Ärztin Unterschrift Patient/in

_____

Unterschrift Angehörige/r, MFA, sonst. Datum: _____

AUFGEBEN DER FAHRTÄTIGKEIT: AUFKLÄRUNG (Hinweise)

(in Anlehnung an das kanadische Driving and Dementia Tool Kit, 2009)

Wie kann über den freiwilligen Fahrverzicht bei Demenz aufgeklärt werden?

- Teilen Sie Ihre Bedenken bzgl. der Fahrsicherheit dem/der Patienten/in und den Angehörigen mit*.
- Formulieren Sie sicher und klar, dass Sicherheitsrisiken für den/die Patient/in bestehen und Sie sich sorgen.
- Bereiten Sie einen Brief vor, in dem eine klare Aufforderung inkl. Erklärung formuliert ist (siehe unten). Geben Sie eine Kopie dieses Briefes den Angehörigen*.
- Kommunizieren Sie, dass Sie es als Ihre ärztliche Pflicht ansehen, den/die Patienten/in auf das Einstellen der Fahrtätigkeit hinzuweisen und dies zu dokumentieren.
- Falls noch nicht in vorhergehenden Gesprächen geschehen: Besprechen Sie Alternativen und Möglichkeiten, die Autonomie, Mobilität und soziale Teilhabe des/der Patienten/in trotz Fahrverzichts zu erhalten (siehe Empfehlung S. 34)
- Betonen Sie angenehme Aktivitäten, die auch ohne Autofahren weiterhin ausgeführt werden können oder evtl. auch neu hinzukommen könnten (z.B. durch gespartes Geld bei Abschaffen des Autos).
- Erklären Sie die Gefahren des Weiterfahrens: nachlassende Orientierung, Konzentration, Aufmerksamkeit, Reaktion gefährden die eigene Sicherheit des/der Patienten/in und die anderer Verkehrsteilnehmer*innen.
- Erklären Sie die Konsequenzen des Weiterfahrens: ängstliche Beifahrer, Unfälle, rechtliche Konsequenzen etc.
- Vermeiden Sie „Verhandlungen“ mit dem/der Patienten/in über die Fahreignung.
- Die Aufklärung des/der Patienten/in ist in der Krankenakte zu dokumentieren.

* Voraussetzung hierfür ist die Entbindung der Schweigepflicht gegenüber den Angehörigen

AUFGEBEN DER FAHRTÄTIGKEIT

unterschriebene/bezeugte Aufforderung

Am _____ (Datum) habe ich Frau/Herrn _____ in Anwesenheit von Frau/Herrn _____ (Angehörige(r)/MFA/sonstige) über folgendes aufgeklärt:

Bei Herrn/Frau _____ wurde eine Demenzerkrankung festgestellt, die im momentanen Stadium zu einer eingeschränkten Fahrtüchtigkeit / Fahrfähigkeit führt. Ich habe Herrn/Frau _____ über die Demenz und die Risiken informiert, insbesondere über: nachlassende Orientierung, Konzentration, Aufmerksamkeit und Reaktion. Die dadurch entstehenden Gefahren beim Fahren habe ich erläutert.

Ich habe Herrn/Frau _____ geraten, das Führen eines Fahrzeugs ab sofort einzustellen.

_____ _____

Unterschrift Arzt/Ärztin Unterschrift Patient/in

_____

Unterschrift Angehörige/r, MFA, sonst. Datum: _____

BRUCH DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Ablauf in Anlehnung an Parzeller & Zedler, 2011

Formulierungsideen für Dokumentation:

1. Fristsetzung zum freiwilligen Fahrverzicht:

Ich habe Herrn/Frau _____ über seine/ihre bestehende Demenzerkrankung und die dadurch bedingten Einschränkungen der Fahrtauglichkeit am _____ (Datum) aufgeklärt. Ich habe Herrn/Frau am _____ (Datum) wiederholt dazu aufgefordert, das Fahren bis zum _____ (Datum) einzustellen.

_____ _____

Unterschrift Arzt/Ärztin

Unterschrift Zeuge*in

(Angehörige, MFA, sonst.)

Datum: _____

2. Ankündigung des beabsichtigten Bruchs der ärztlichen Schweigepflicht
(erneute Fristsetzung):

Ich habe Herrn/Frau _____ über seine/ihre bestehende Demenzerkrankung und die dadurch bedingte Fahruntauglichkeit am _____ (Datum) aufgeklärt. Ich habe Herrn/Frau am _____ (Datum) wiederholt dazu aufgefordert, das Fahren bis zum _____ (Datum) einzustellen. Ich habe Herrn/Frau _____ ebenfalls mitgeteilt, dass ich bei Nichteinhalten der Frist die zuständige Verkehrsbehörde informieren werde.

_____ _____

Unterschrift Arzt/Ärztin

Unterschrift Zeuge*in

(Angehörige, MFA, sonst.)

Datum: _____

3. Ankündigung der Information der Verkehrsbehörde:

Herr/Frau _____ hat meine Aufforderungen zum Einstellen der Fahrtätigkeit vom _____ (Datum) und _____ (Datum) nicht beachtet.

Gemäß meiner Ankündigung vom _____ (Datum) werde ich die zuständige Verkehrsbehörde über die Sachlage informieren.

Dies habe ich Herrn/Frau _____ am _____ (Datum) mitgeteilt.

_____ _____

Unterschrift Arzt/Ärztin

Unterschrift Zeuge

(Angehörige, MFA, sonst.)

Datum: _____

9.4. Kontaktadressen

KONTAKTADRESSEN

für PKW-Seniorentrainings, Fahreignungsbegutachtung, verkehrspsychologische und verkehrsmedizinische Beratung, Gedächtnissprechstunden/Demenzambulanzen

Für eine Zusammenstellung lokaler Angebote sind hier die zentralen Ansprechpartner/Listen aufgeführt, mithilfe derer man Anlaufstellen in der Umgebung findet:

1. PKW-Seniorentrainings und Mobilitätschecks:

- **ADAC:**
  ADAC FahrFitnessCheck mit ausgebildeten Fahrlehrer*innen im eigenen Auto (bundesweit)
  www.adac.de/fahrfitnesscheck
  ADAC Generation Plus-Trainings (bundesweit)Tel. 0800 / 5 10 11 12
- **DEKRA:**
  Informationen zum angebotenen Mobilitätscheck:
  www.dekra.de/de/mobilitaets-check
  Suche nach DEKRA-Begutachtungsstellen für Fahreignung: https://www.dekra.de/de-de/begutachtungsstellen-fuer-fahreignung/
- **TÜV SÜD:**
  Informationen zum angebotenen Fitness Check
  www.tuev-sued.de/uploads/images/1330008981849712590070/fitness-check-senioren-tuev-sued-life-service.pdf
- **Deutscher Verkehrssicherheitsrat (DVR):**
  „sicher mobil" – Programm für ältere Menschen im Straßenverkehr
  http://www.dvr.de/programme/aelteremenschen/titel.htm

2. Fahreignungsbegutachtung:

- **Bundesanstalt für Straßenwesen (bast):**
  Eine Liste zum Auffinden einer *wohnortnahen* anerkannten Begutachtungsstelle findet sich hier (> 250 Stellen nach Postleitzahlen, z.B. TÜV- und AVUS-Stellen):
  https://www.bast.de/BASt_2017/DE/Verkehrssicherheit/Qualitaetsbewertung/Begutachtung/pdf/liste-postleitzahlen.pdf;jsessionid=13E60C8440B477DB49AD026D3AC01506.live11294?__blob=publicationFile&v=2

3. Verkehrspsychologische Beratung:

- **Bundesverband Niedergelassener Verkehrspsychologen (BNV):**
  Eine Liste der *Verkehrspsychologen* Deutschlands (Mitglieder des BNV) findet sich hier:
  www.bnv.de/Mitglist/mitglied.htm

4. Verkehrsmedizinische Beratung:

- *Ärzte mit* verkehrsmedizinischer *Qualifikation* findet man in den einzelnen Verzeichnissen der **Landesärztekammern** (Übersicht auf www.bundesaerztekammer.de) und **Kassenärztlichen Vereinigungen** (Übersicht auf www.kbv.de).

- Das **Verkehrsmedizinische Competenz-Centrum** ist eine *Beratungsplattform* für Kraftfahrer, Arbeitgeber, niedergelassene Ärzte und Ärzte in Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen, Berufsgenossenschaften, Versicherungsgesellschaften und Mitarbeiter von Führerscheinstellen in allen Fragen rund um die Verkehrsmedizin www.street-ready.de/

5. Gedächtnissprechstunden/Demenzambulanzen:

- **Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.:**
  Eine Liste zum Auffinden der nächst gelegenen Gedächtnissprechstunde findet sich hier (> 150 Ambulanzen nach Postleitzahlen):
  www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/gedaechtnissprechstunden
  Eine Liste für *Selbsthilfegruppen* findet sich hier:
  www.deutsche-alzheimer.de/nc/unser-service/alzheimer-gesellschaften-und-anlaufstellen.html
- **Alzheimer Telefon:**
  0 1803 / 17 10 17 (9 Cent/Min)
  Tel: 0 30 / 259 37 95-0
  Mo.-Do. 9-18 Uhr, Fr. 9-15 Uhr
- **Hirnliga e.V.:**
  Alzheimer-Früherkennung in *Memorykliniken* / Gedächtnissprechstunden
  http://www.hirnliga.de/frueh-erkennung
- **Wegweiser Demenz:**
  Beratungsportal des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
  www.wegweiser-demenz.de → zur Adressdatenbank

6. Kommunale Beratungsstellen

- **Straßenverkehrsamt**
  Beratung zu Fahrsicherheitsfragen, Fahreignung für Menschen mit Demenz und Angehörige
- **Kommunale Senioren- / Pflegeberatungsstellen**
  Beratung zu psychosozialen und pflegerischen Fragestellungen
  Adressen und Ansprechpartner*innen finden Sie auf der Homepage Ihrer Kommunal-/Kreisverwaltung