

Autofahren und Demenz

Vorgehensempfehlung für die Hausarztpraxis

Kurzversion

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: [08.08.2018]

1. Begriffsabgrenzung

Die Begriffe Fahreignung, Fahrtauglichkeit oder Fahrsicherheit sind keine rechtlich geschützten Begriffe. Die folgende Abbildung dient der Klärung:

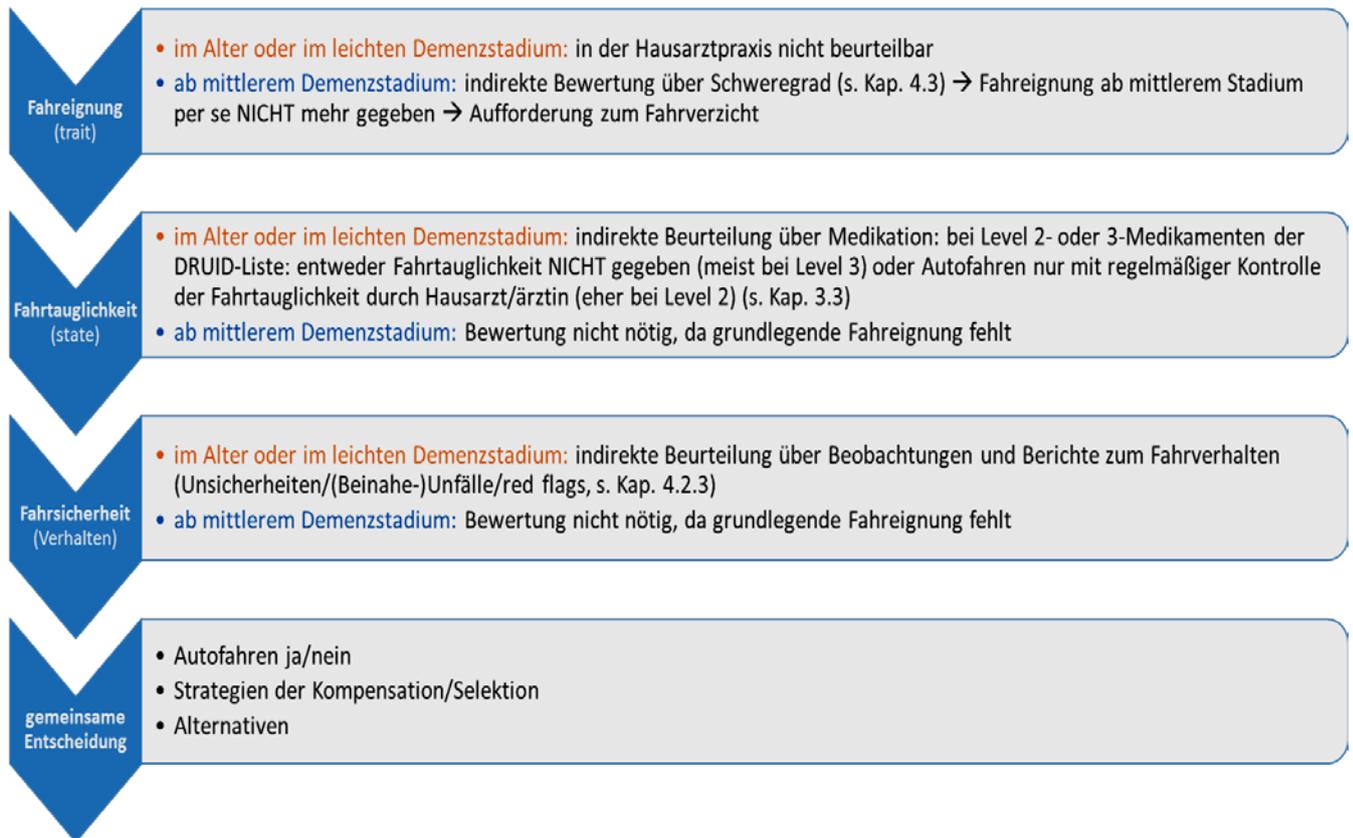


Abbildung 1: Begriffsabgrenzung

2. Beratungssetting Hausarztpraxis

Ein ressourcen-orientiertes Vorgehen bei der Beratung zur Fahrsicherheit sieht vor, dass Arzt/ Ärztin gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin mögliche Kompensations-, Optimierungs- und Selektionsstrategien auch 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 damit die Wahrscheinlichkeit für spätere (unangenehme) Schritte der rechtlichen Absicherung zu reduzieren (Jett et al 2005).

Der Zielkonflikt in der Hausarztpraxis ist hier dargestellt:

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

→ möglicher Konflikt mit **Sicherheit**
für Patient/in und/oder andere Verkehrsteilnehmende

Folgende Besonderheiten der Hausarztpraxis ermöglichen es dem Hausarzt/der Hausärztin, das Fahrverhalten von Patienten*innen behutsam und zielführend zu thematisieren:

- Erfahrung des Hausarztes/der Hausärztin zum patientenseitigen Umgang mit Krankheit und Gesundheit
- kognitive Veränderungen in Beziehung zu anderen Symptomen setzen
- Wissen um Vorgeschichte, bestehende Ressourcen und soziale Netzwerke
- Beobachtung im Verlauf durch Wiedereinbestellungen

3. Algorithmus zum Vorgehen in der Hausarztpraxis

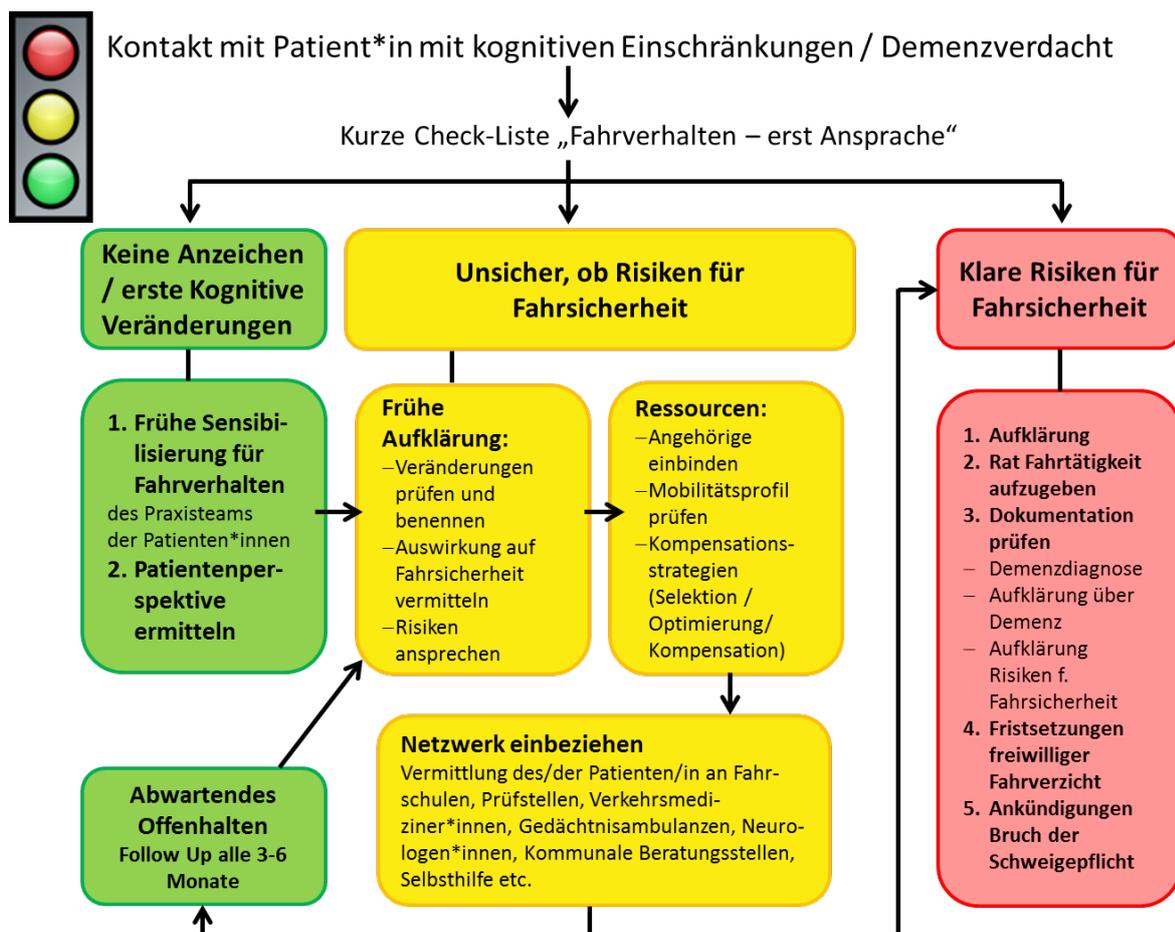


Abbildung 2: Modifiziert nach Canadian. Driving Dementia Tool Kit (The Champlain Dementia Network, 2009)

4. Beratungssetting Hausarztpraxis

*Da im frühen Stadium der Demenz eine Fahreignung durchaus noch bestehen kann, sind die 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.*

4.1. Frühe Sensibilisierung für das Fahrverhalten

Ziel: frühzeitig mit der Person mit Demenz weitere Schritte planen, um Krisensituationen zu vermeiden; hausärztliche Nähe zum Patienten/zur Patientin dazu nutzen, das Thema Autofahren ohne Gefährdung der Beziehung aufgreifen zu können

Umsetzung:

- Fahraktivität im Blick haben (Fährt der/die Patient*in überhaupt?)
- somatische Faktoren der Fahrtauglichkeit und –sicherheit beachten
- Fahrsicherheit vor dem Hintergrund kognitiver, aber auch psychischer, sozialer und funktionaler Ressourcen beurteilen

Einstiege in das Thema Fahrtauglichkeit und Fahrsicherheit:

- Altersbezogene Check-Up Untersuchungen → grundsätzliche Mobilitätsabfrage
- Geriatrisches Basisassessment erweitern auf Straßenverkehr: „Und außerhalb der Wohnung?“; „Wie machen Sie das mit den Einkäufen?“; „Wie machen Sie das mit den längeren Strecken?“; „Fahren Sie Auto?“
- Medikamenten-Check / Aktualisierung des Medikamentenplans

Arbeitshilfen (s. Homepage):

Algorithmus zur Vorgehensweise in der Hausarztpraxis (vgl. Absatz 3);Medikamentenliste;
Geriatrisches Basisassessment/STEP; Checkliste zur Ansprache

4.2. Patientenperspektive zum Thema ermitteln

Ziel: Relevanz des Autofahrens im individuellen Fall ermitteln; Pro und Contra für das Aufgeben des Fahrens identifizieren

Umsetzung:

- Ansprache des Themas und Ermittlung der Bedeutung des selbständigen Fahrens
- Beobachten und Fragen nach Veränderungen: „Und wie ist das heute?“, „Wie erleben Sie den Verkehr abends auf den Straßen?“, „Jetzt im Herbst / Wenn es nass auf den Straßen ist?“
- Patienten*innen-Wahrnehmung zu eigenem Fahrverhalten eruieren

Arbeitshilfen (s. Homepage):

Gesprächseinstiege; Mobilitätsprofil; Formulierungshilfen für Dokumentation

4.3. Ableitung der nächsten Schritte in der hausärztlichen Begleitung

Ziel: Gesammelte Informationen zusammentragen, bewerten und die nächsten Schritte hieraus in der hausärztlichen Begleitung ableiten.

Umsetzung:

➤ Abwendbar gefährlicher Verlauf

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, direkt intervenieren. Es würde dann direkt der Schritt „Aufklärung“ folgen (vgl. Kapitel 4.4).

➤ Abwartendes Offenhalten

Keine Veränderungen und Einschränkungen, die Fahrsicherheit gefährden und Fahrtauglichkeit ist nicht durch Medikamenteneinnahme beeinträchtigt:

Das Thema Fahrsicherheit bei Patienten*innen mit Verdacht auf kognitive Veränderungen ohne wahrgenommene Risiken für die Fahrsicherheit dennoch beobachten und im Laufe der nächsten 6 Monate erneut einbestellen (The Champlain Dementia Network 2009).

Tabelle 1: Red Flags

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

Einschätzung des Schweregrades der Demenz

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 |
| | Problemlösen und Urteilsvermögen | eingeschränkte Problemlösung; erhaltene Fähigkeit, sich ein eigenes Urteil zu bilden | Problemlösen und Bilden eines eigenen Urteils meist beide stark beeinträchtigt |
| | Autobiographie | 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 |
| | Orientierung | 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 |

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

4.4. Aufklärung über die Gefährdung der Fahrsicherheit

Ziel: Aufklärung von Menschen mit Demenz über die Folgen der Erkrankung und Auswirkung auf die Fahrsicherheit und möglichst frühzeitig gemeinsam mit den Patienten*innen passgenaue Lösungen erarbeiten

Umsetzung:

- Ermitteln, welche Veränderungen im Straßenverkehr bereits selbst festgestellt wurden
- „Wir haben ja wiederholt über das Thema Autofahren gesprochen, und mein Eindruck ist, dass wir da jetzt genauer hinschauen müssen...“
- Mit Patient/-in klären, ob Angehörigen dabei sein sollen
- Sich über bevorstehende Veränderungen austauschen
- Zusammenhänge zwischen Erkrankung, Medikation und Fahrsicherheit ansprechen
- Risiken aufzeigen (für Patienten*innen, Angehörige, andere Verkehrsteilnehmende)
- Zuversicht: „Es ist gut, dass wir so früh darüber sprechen, denn jetzt können wir gemeinsam überlegen, was zu tun ist“. „Ich werde Sie unterstützen...“
- Begleitung: „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
- Dokumentation als Gedächtnisstütze, zur späteren Überprüfung durchgeführter Untersuchungen oder Vereinbarungen, zur rechtlichen Absicherung

Arbeitshilfen: Kommunikationshilfe Aufklärung; Dokumentationsbogen Aufklärung

4.5. Ressourcen aktivieren

Ziel: gemeinsam mit Patient*in prüfen, über welche Ressourcen die Person mit Demenz verfügt und wie diese aktiviert werden können; Kompensationsstrategien ermitteln, um im frühen Stadium einer Demenz eine ggf. noch gegebene Fahrsicherheit so lange wie möglich zu bewahren.

Umsetzung:

Tabelle 3: Autofahren: mögliche Kompensationsstrategien und Alternativen

| Selektion von Fahraktivitäten | |
|--|--|
| seltener Nutzung des Fahrzeugs | nur bekannte und kurze Strecken |
| Vermeidung von: Stoßzeiten, Autobahnen, Fahrten in Städten, Nachtfahrten, Fahrten bei unangenehmen Wetterverhältnissen | |
| Optimierung | |
| längere Fahrpausen einlegen | mit einem besonnenen Beifahrer fahren |
| nicht zu schnell fahren | kein Radio! (lenkt ab) |
| 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 (Tabelle); Dokumentationsbogen

4.6. Triade /Angehörige

Ziel: Grundvoraussetzung für den Einbezug der Angehörigen auch beim Thema Fahrsicherheit → Einverständnis der Person mit Demenz; dann ggf. Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber direkten Angehörigen oder Bezugspersonen (Schönhof 2012).

Umsetzung:

Beachtung der triadischen Beziehung:

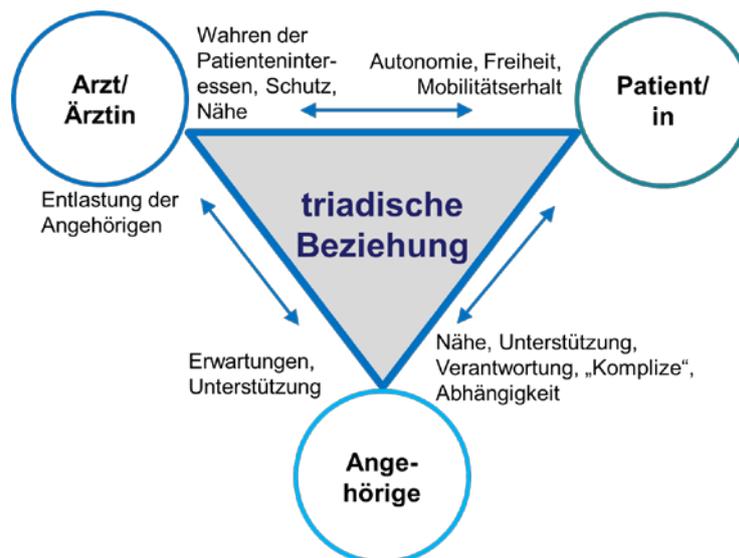


Abbildung 3: Triadische Beziehung

Arbeitshilfen:

Familienkonferenz (Einverständnis der/des Pat. vorausgesetzt):

- Relevante Bezugspersonen ermitteln und zu gemeinsamem Gespräch bitten
- Umfassende Aufklärung aller Anwesenden zu Auswirkungen der Demenzerkrankungen auf die Fahrsicherheit, Benennen von Fahrsicherheitsrisiken etc.
- Anwesende darin unterstützen, eigene Vorstellungen/Bedürfnisse/Ängste zu formulieren
- Gemeinsam Lösungsvorschläge erarbeiten, z.B.:
Wie sollten Veränderungen der Fahrsicherheit überprüft/beobachtet werden? Welche Kompensationsmöglichkeiten, Alternativen etc. gibt es?
- Konkrete Aufgaben vereinbaren: Wer übernimmt die weiteren Absprachen mit dem Hausarzt*der Hausärztin? Wer organisiert 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: Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten in einem Netzwerk von Akteuren*innen organisieren

Umsetzung (Beispiele)

- Einbindung anderer Facharztgruppen → Diagnostik
- Fahrschulen → Fahrsicherheit, praktische Fahrprobe
- Fahrsicherheitstraining für Senioren*innen → Kraftfahrzeugs-Verbänden oder Prüforganisationen (ADAC, DEKRA, TÜV etc.)
- Beurteilung der Fahreignung → Bundesanstalt für Straßenwesen <http://www.bast.de>
- Andere Beratungsstellen: Alzheimertelefon (030/259379514), Kommunale Senioren- oder Pflegeberatungsstellen, Straßenverkehrsamt

Arbeitshilfen im Downloadbereich

- Liste mit Kontaktadressen (s. Homepage)

5. Handlungsstrategien in fortgeschrittenen Demenzstadien

Es besteht dringender Handlungsbedarf.

- juristische und Sicherheitsaspekte stehen im Vordergrund
 - Vermittlung von Informationen zu Auswirkungen der Demenzerkrankung auf das Fahrverhalten / Darstellung der Konsequenzen für die Sicherheit der eigenen Person und anderer Verkehrsteilnehmenden (Kocherscheid et al 2016).
 - Mobilitätsprofil erstellen, um konkrete Risiken und Mobilitätsalternativen zu identifizieren
- In Deutschland sind Hausärzte*innen nicht zur Überprüfung der Fahrtauglichkeit verpflichtet. Zu beachten ist:
- ärztliche Schweigepflicht (§203 StGB)

- bei Uneinsichtigkeit trotz mehrfacher Aufklärung und Ansprache kann ein Bruch der ärztlichen Schweigepflicht als „Ultima Ratio“ in Betracht gezogen werden (vgl. Pentzek et al 2015, Peitz 2015, Henning 2007)
- Bruch der Schweigepflicht ist nur bei Gefährdung der Sicherheit für Patient/in und andere Verkehrsteilnehmende (höherwertige Rechtsgüter) in Betracht zu ziehen. (Grundlage: rechtfertigender Notstand (§34 StGB)).

Vor Meldung / Bruch der Schweigepflicht ist zu beachten (Parzeller, Zedler 2011):

- dokumentierte Demenzdiagnose
- 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

Bei *anonymer* Meldung einer Person mit Fahrsicherheitsrisiken oder eingeschränkter Fahrtauglichkeit durch Angehörige oder Hausarzt/Hausärztin können Straßenverkehrsbehörden *nicht* aktiv werden (Peitz 2015).

6. Literatur (Ausführliche Literaturliste siehe Langversion)

- 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.
- Henning, J. (2007). Verkehrssicherheitsberatung älterer Verkehrsteilnehmer. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Heft M 189 S. 17
- Hoffmann-Born & J. Peitz (2014), Demenz im Straßenverkehr, Pocket-Ratgeber für Mobilität und Sicherheit, Verlag Heinrich Vogel, Springer Fachmedien München.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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., et al. (2005). Driving and dementia of the Alzheimer type: Beliefs and cessation strategies among stakeholders. *Gerontologist* 45(5): 676-685.
- 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)
- 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

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 Schmitzen, 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