

Autofahren und Demenz – Entwicklung einer konsensus-basierten Vorgehensempfehlung für die hausärztliche Praxis

05.07.2018, Kassel

Verena Leve

Institut für Allgemeinmedizin, HHU Düsseldorf

Forschungsförderung der



Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.
Selbsthilfe Demenz

Warum Hausarztpraxis?

Schlüsselposition:

- Die meisten älteren Menschen gehen regelmäßig zum Hausarzt / zur Hausärztin.
- Lange und vertrauensvolle zwischen Person mit Demenz und Hausarzt / Hausärztin.

Besonderheiten hausärztlichen Arbeitens

Arbeitsbereich Hausarztpraxis:

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

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

Das Projekt

Ziel:

Entwicklung einer hausärztlichen Vorgehensempfehlung

- Berücksichtigung der Betroffenenperspektive
- Hoher Anwendungsbezug

Methoden/Design:

- systematische Literaturrecherche
- Fokusgruppen (mit Menschen mit Demenz, Angehörigen, Hausärzten_innen)
- Workshop mit Praxisteams (DEGAM Kongress 2015)
- Experten_innen-Workshop

Projektteam:

Verena Leve, Katharina Ilse, Marie Ufert, Stefan Wilm, Michael Pentzek

Das Projekt

Ziel:

Entwicklung einer hausärztlichen Vorgehensempfehlung

- Berücksichtigung der Betroffenenperspektive
- Hoher Anwendungsbezug

Methoden/Design:

- systematische Literaturrecherche
- **Fokusgruppen (mit Menschen mit Demenz, Angehörigen, Hausärzten_innen)**
- Workshop mit Praxisteams (DEGAM Kongress 2015)
- Experten_innen-Workshop

Projektteam:

Verena Leve, Katharina Ilse, Marie Ufert, Stefan Wilm, Michael Pentzek

Fokusgruppen - Methodik

Fragestellungen:

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

Anzahl der Fokusgruppen:

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

Ergänzend:

- Zwei leitfadengestützte, problemzentrierte Interviews mit Hausärzten_innen in ländlichen Regionen

→ Inhaltsanalytische Auswertung

→ Entwurf einer Handlungsempfehlung für die hausärztliche Praxis

Ergebnisse: hausärztliche Sicht I

a) System:

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

b) Hausarztpraxis:

- Beziehung zw. Patient_innen und Ärzten_innen hat hohen Stellenwert
- patientenzentrierte, partizipative Entscheidung
- Kontinuität der Begleitung
- diagnostische Komplexität
- Demenz im Niedrig-Prävalenzbereich
- kurze Konsultationen, Zeitdruck

Ergebnisse: hausärztliche Sicht II

Ethische Aspekte

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

→ **möglicher Konflikt mit Sicherheit**

für Patient_in und/oder andere Verkehrsteilnehmende

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

Ergebnisse: Sicht der Angehörigen

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

Ergebnisse: Unterstützungsbedarf aus Sicht der Angehörigen

- Unklarheit bei Angehörigen bezüglich der Ansprechpartner_innen
- Mobilitätsalternativen fehlen
- Hausarzt / Hausärztin
 - wird als Vertrauensperson erlebt
 - wird von Person mit Demenz als Autorität anerkannt
 - müsste Thema häufiger ansprechen
- Ansprache durch Fachärzten_innen / Memory Clinic

Ergebnisse: Sicht der Menschen mit Demenz

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

Fazit für die Entwicklung Handlungsempfehlung

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

Das Projekt

Ziel:

Entwicklung einer hausärztlichen Vorgehensempfehlung

- Berücksichtigung der Betroffenenperspektive
- Hoher Anwendungsbezug

Methoden/Design:

- systematische Literaturrecherche
- Fokusgruppen (mit Menschen mit Demenz, Angehörigen, Hausärzten_innen)
- Workshop mit Praxisteams (DEGAM Kongress 2015)
- **Experten_innen-Workshop**

Projektteam:

Verena Leve, Katharina Ilse, Marie Ufert, Stefan Wilm, Michael Pentzek

Vorgehensempfehlung Autofahren und Demenz in der hausärztlichen Praxis

Begriffsabgrenzung:

Fahreignung

= zeitlich stabil, situationsunabhängig

Bei Demenz: spätestens ab mittleren Stadium nicht mehr gegeben

Fahrtauglichkeit

= situations- und zeitabhängige Fähigkeit → bezieht sich auf bestimmten Zeitpunkt

Bei Demenz: kann im leichten Stadium noch gegeben sein;
Vorsicht: Medikamente

Fahrsicherheit

= auf Verhaltensebene

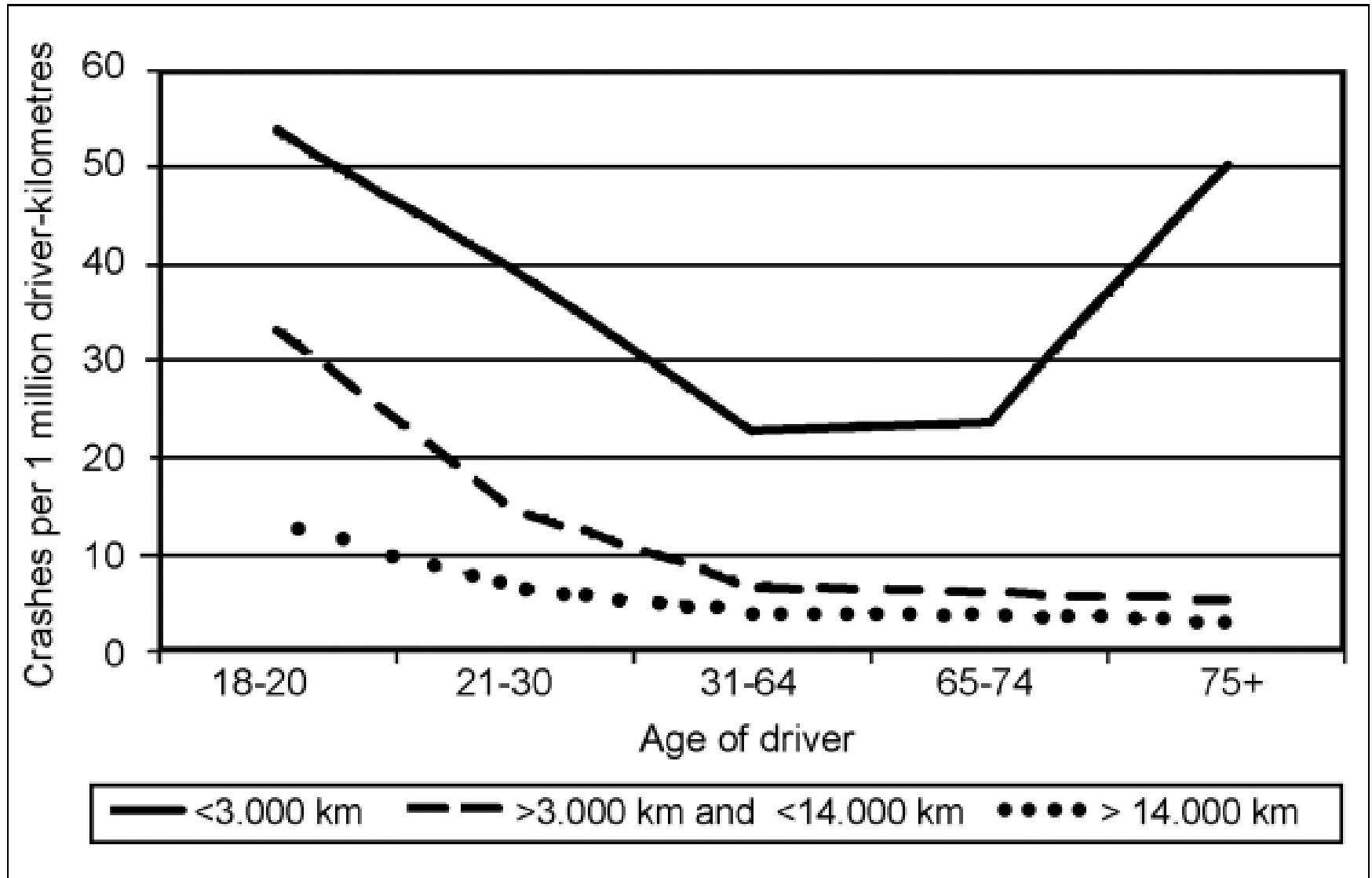
Einschränkungen des Fahrverhaltens im Alter und bei Demenz

Verkehrssicherheit

Altersbedingte Veränderungen (Withaar et al. 2000)

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

Jährliche Unfallbeteiligung unterschiedlicher Altersgruppen unter Berücksichtigung der jährlichen Fahrleistung



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

Demenz und Verkehrssicherheit

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

Demenz und Verkehrssicherheit

Achtung:

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

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

Beurteilung in der Hausarztpraxis

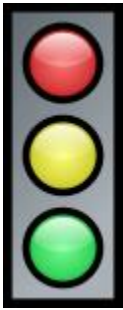
Demenz und Verkehrssicherheit

- Beurteilung und Begutachtung in Hausarztpraxis nicht möglich
- ab mittlerem Demenzstadium:
Fahreignung per se nicht mehr gegeben
(Ott, Daiello 2010)
- Fahrsicherheit als Ausgangspunkt in der Hausarztpraxis

Prinzip der erlebten Anamnese

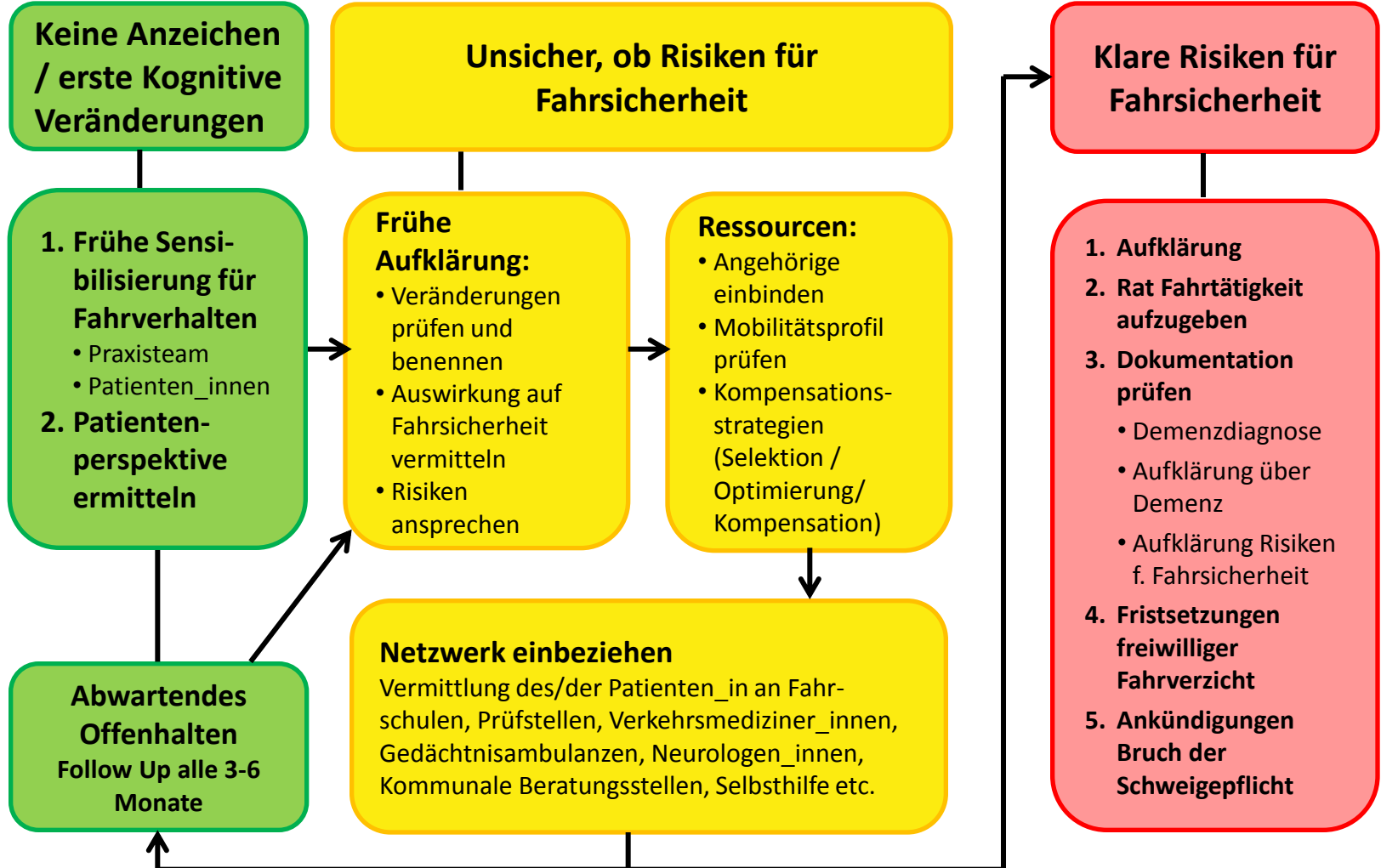
Bedeutsam für Zugang zum Thema Autofahren

- Erfahrung / Wissen, wie mit Krankheit und Gesundheit generell umgegangen wird
- vorheriger Symptome/Warnzeichen können neu bewertet werden
- Vorgeschichte, Ressourcen, soziale Netzwerke sind bekannt



Kontakt mit Patient_in mit kognitiven Einschränkungen / Demenzverdacht

Kurze Check-Liste „Fahrverhalten – erst Ansprache“






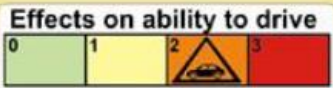



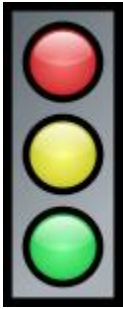
Checkliste – frühe Sensibilisierung

- ✓ Gibt es Behandlungsanlässe / Krankheiten und damit verbundene Medikamenteneinnahmen, die Fahrtauglichkeit zum Thema machen?
- ✓ Bei allen Patienten_innen über 70J.: regelmäßige Abfrage des aktiven Fahrens:
„Wie ist das eigentlich, fahren Sie Auto?“
- ✓ Bei allen Patienten_innen über 70J.: Aufmerksamer Blick auf die Exekutivfunktionen im Alltag: Stürzen, Sehen, Art der Kommunikation, Bewegung...

DRUID Kategorien- / Kennzeichnungssystem

DRUID CATEGORIZATION OF MEDICINES ACCORDING TO THEIR EFFECT ON FITNESS TO DRIVE

				
Categories	Category 0	Category 1	Category 2	Category 3
Information for physicians and pharmacists	Presumed to be safe or unlikely to produce an effect on fitness to drive.	Likely to produce minor adverse effects on fitness to drive.	Likely to produce moderate adverse effect on fitness to drive.	Likely to produce severe effects on fitness to drive or presumed to be potentially dangerous.
Information on how to advise their patients	<ul style="list-style-type: none"> - Confirm that the medicine will be safe for driving, provided that combinations with alcohol and other psychotropic medicines are excluded. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inform the patient that impairing side effects may occur especially during the first days and that they have a negative influence on his/her driving ability. - Give the patient the advice not to drive if these side effects occur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inform the patient about the possible impairing side effects and the negative influence on his/her driving ability. - Advise the patient not to drive during the first few days of the treatment. - If possible prescribe a safer medicine, if effective and acceptable by the patient. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inform the patient about the possible impairing side effects and the negative influence on his/her driving ability. - Urgently advise the patient not to drive. - Consider prescribing a safer medicine, if acceptable by the patient.
Warning for patients	[no warning needed]	<p>Warning level 1</p> <p>Do not drive without having read the relevant section on driving impairment in the package insert.</p>  <p>Be careful! Read the patient information leaflet before driving</p>	<p>Warning level 2</p> <p>Do not drive without advice of a health care professional. Read the relevant sections on driving impairment in the package insert before consulting the physician or pharmacist</p>  <p>Be very careful! Don't drive without the advice of your GP or pharmacist</p>	<p>Warning level 3</p> <p>Do not drive. Seek medical advice after a period of treatment about the conditions to restart driving again.</p>  <p>Attention: danger! Do not drive. Seek medical advice before driving again</p>



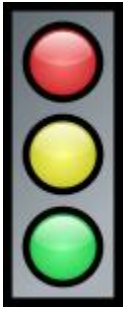
Kontakt mit Patient_in mit kognitiven Einschränkungen / Demenzverdacht

↓
Kurze Check-Liste „Fahrverhalten – erst Ansprache“

Keine Anzeichen
/ erste Kognitive
Veränderungen

1. Frühe Sensibilisierung für Fahrverhalten
 - Praxisteam
 - Patienten_innen
2. Patientenperspektive ermitteln

Abwartendes
Offenhalten
Follow Up alle 3-6
Monate



Kontakt mit Patient_in mit kognitiven Einschränkungen / Demenzverdacht

Kurze Check-Liste „Fahrverhalten – erst Ansprache“

**Keine Anzeichen
/ erste Kognitive
Veränderungen**

- 1. Frühe Sensibilisierung für Fahrverhalten**
 - Praxisteam
 - Patienten_innen
- 2. Patientenperspektive ermitteln**

**Abwartendes
Offenhalten**
Follow Up alle 3-6
Monate

**Unsicher, ob Risiken für
Fahrsicherheit**

- Frühe
Aufklärung:**
- Veränderungen prüfen und benennen
 - Auswirkung auf Fahrsicherheit vermitteln
 - Risiken ansprechen

Fahrsicherheit

Beachtung von Warnhinweisen / Red Flags

- ▶ Verhaltensrisiken für die Fahrsicherheit identifizieren
- ▶ Berichte von Person mit Demenz, Angehörigen, oder eigene direkte Beobachtungen
 - Verirren während der Fahrt
 - unangebrachte Geschwindigkeit
 - Verkehrszeichen falsch deuten
 - Langsame Reaktion
 - unsicher auf neuen Strecken
 - zu dichtes Auffahren
 - häufige „Beinahe-Unfälle“ (Vorfahrt, Abbiegen etc.)
 - Bedienfehler im Auto (Pedale o.ä.)
 - Beifahrer_in fühlt sich unsicher



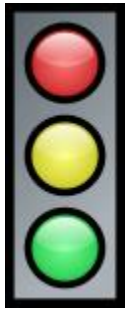
Aufklärung über Gefährdung

Ziel: möglichst früh - selbstbestimmt Entscheidung ermöglichen

Grundlage Patientenrechtegesetz:

§ 630 c BGB Mitwirkung der Vertragsparteien;
Informationspflichten

§ 630 e BGB: Aufklärungspflichten



Kontakt mit Patient_in mit kognitiven Einschränkungen / Demenzverdacht

Kurze Check-Liste „Fahrverhalten – erst Ansprache“

**Keine Anzeichen
/ erste Kognitive
Veränderungen**

1. Frühe Sensibilisierung für Fahrverhalten
• Praxisteam
• Patienten_innen

2. Patientenperspektive ermitteln

**Abwartendes
Offenhalten**
Follow Up alle 3-6
Monate

**Unsicher, ob Risiken für
Fahrsicherheit**

**Frühe
Aufklärung:**

- Veränderungen prüfen und benennen
- Auswirkung auf Fahrsicherheit vermitteln
- Risiken ansprechen

Ressourcen:

- Angehörige einbinden
- Mobilitätsprofil prüfen
- Kompensationsstrategien (Selektion / Optimierung/ Kompensation)

Arbeitsmaterial: Mobilitätsprofil

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

SOK-Modell (Baltes & Baltes 1993)

Selektion

seltener Nutzung des Fahrzeugs; nur bekannte / kurze Strecken, Vermeidung von: Stoßzeiten, Autobahnen, Fahrten in Städten, Nachtfahrten, Fahrten bei schlechtem Wetter

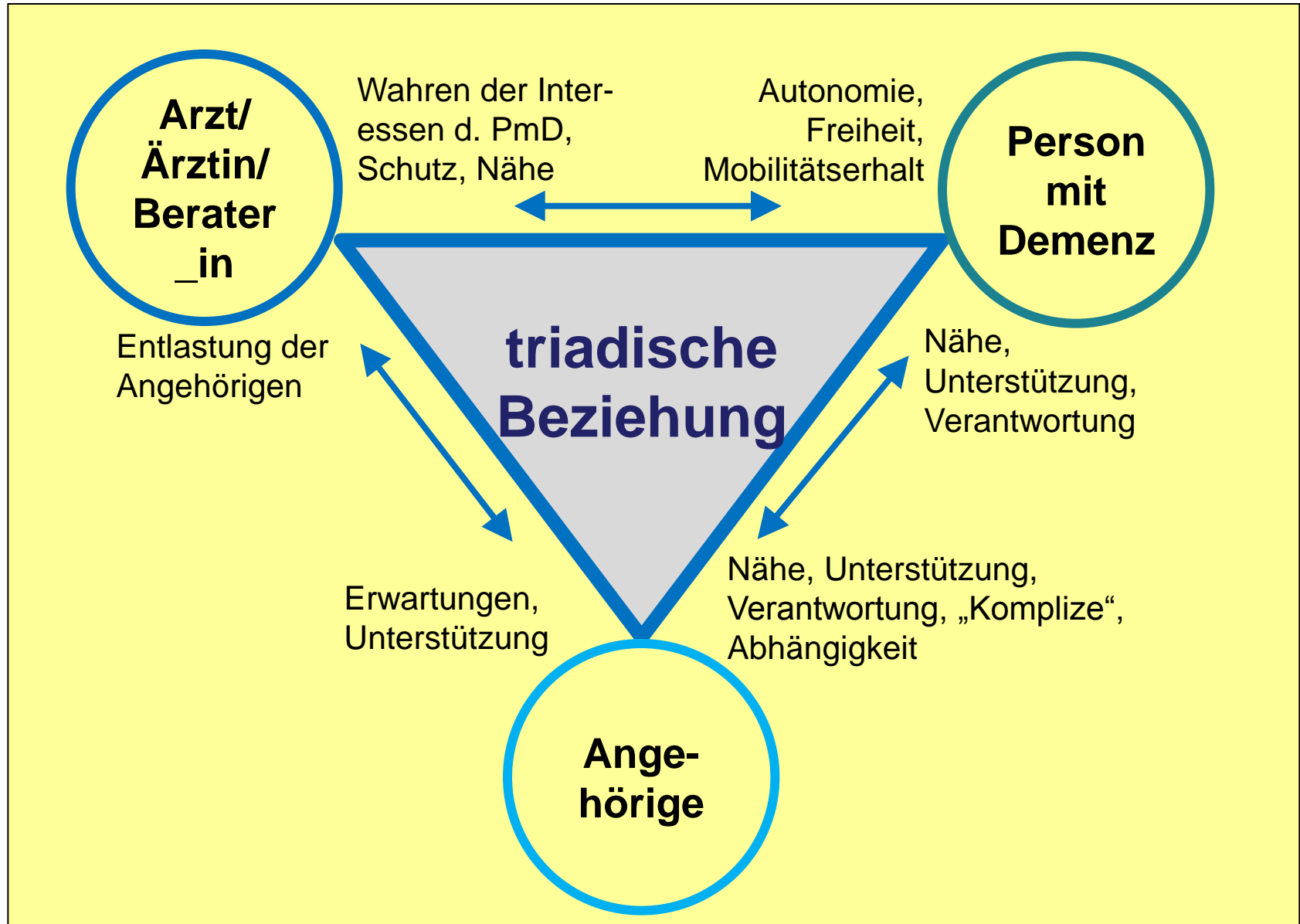
Optimierung

längere Fahrpausen, nicht zu schnell fahren, kein Radio, mit besonnenem Beifahrer fahren, gute Vorbereitung: ausschlafen, Strecke planen, Umgebungsbedingungen einbeziehen (Parkplatz-situation etc.), Fahrsicherheitstraining / Mobilitäts-Checks

Kompensation

alternative Ziele wählen (z.B. fußläufig), andere fahren lassen, öffentliche Verkehrsmittel, Taxi, Sammelfahrten, Besorgungen durch andere Personen, Lieferdienste, Besuch einladen

Beziehung als Ressource

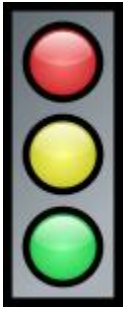


Familienkonferenz

Ziel: unterschiedl. Bedürfnisse klären,
Gemeinsame Entscheidungsfindung



Bildnachweis: iStock.com_DESKCUBE



Kontakt mit Patient_in mit kognitiven Einschränkungen / Demenzverdacht

Kurze Check-Liste „Fahrverhalten – erst Ansprache“

**Keine Anzeichen
/ erste Kognitive
Veränderungen**

1. Frühe Sensibilisierung für Fahrverhalten
• Praxisteam
• Patienten_innen

2. Patientenperspektive ermitteln

Abwartendes Offenhalten
Follow Up alle 3-6 Monate

Unsicher, ob Risiken für Fahrsicherheit

Frühe Aufklärung:
• Veränderungen prüfen und benennen
• Auswirkung auf Fahrsicherheit vermitteln
• Risiken ansprechen

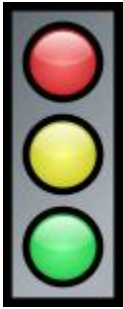
Ressourcen:
• Angehörige einbinden
• Mobilitätsprofil prüfen
• Kompensationsstrategien (Selektion / Optimierung/ Kompensation)

Netzwerk einbeziehen
Vermittlung des/der Patienten_in an Fahrschulen, Prüfstellen, Verkehrsmediziner_innen, Gedächtnisambulanzen, Neurologen_innen, Kommunale Beratungsstellen, Selbsthilfe etc.

Ableitung nächster Schritte

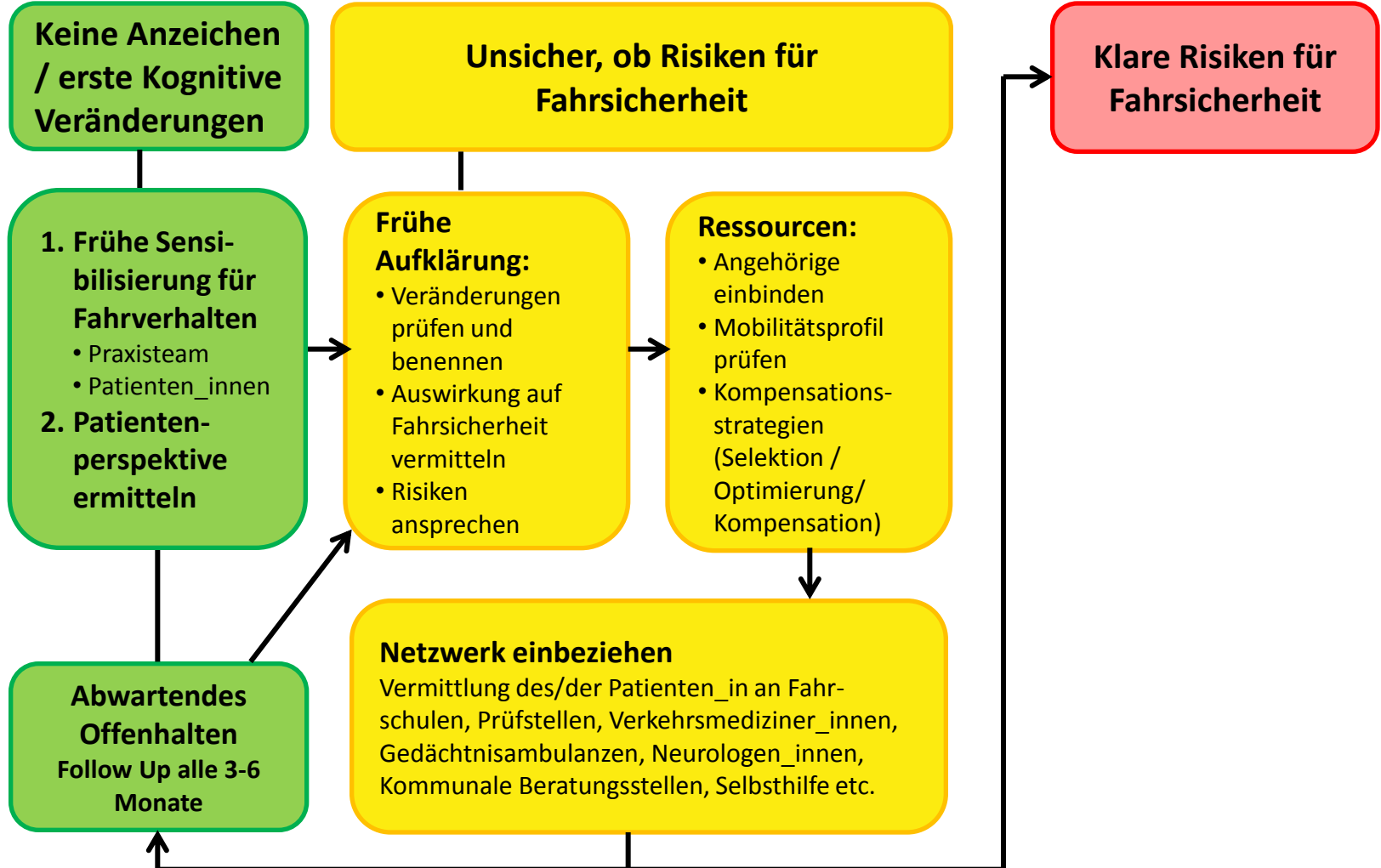
Ziel: Informationen zusammentragen,
bewerten, weiter Planung

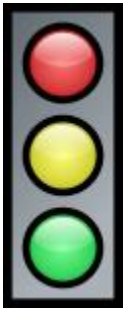
- Abwendbar gefährlicher Verlauf
(Selbst-/Fremdgefährdung)
- Abwartendes Offenhalten
- Red Flags



Kontakt mit Patient_in mit kognitiven Einschränkungen / Demenzverdacht

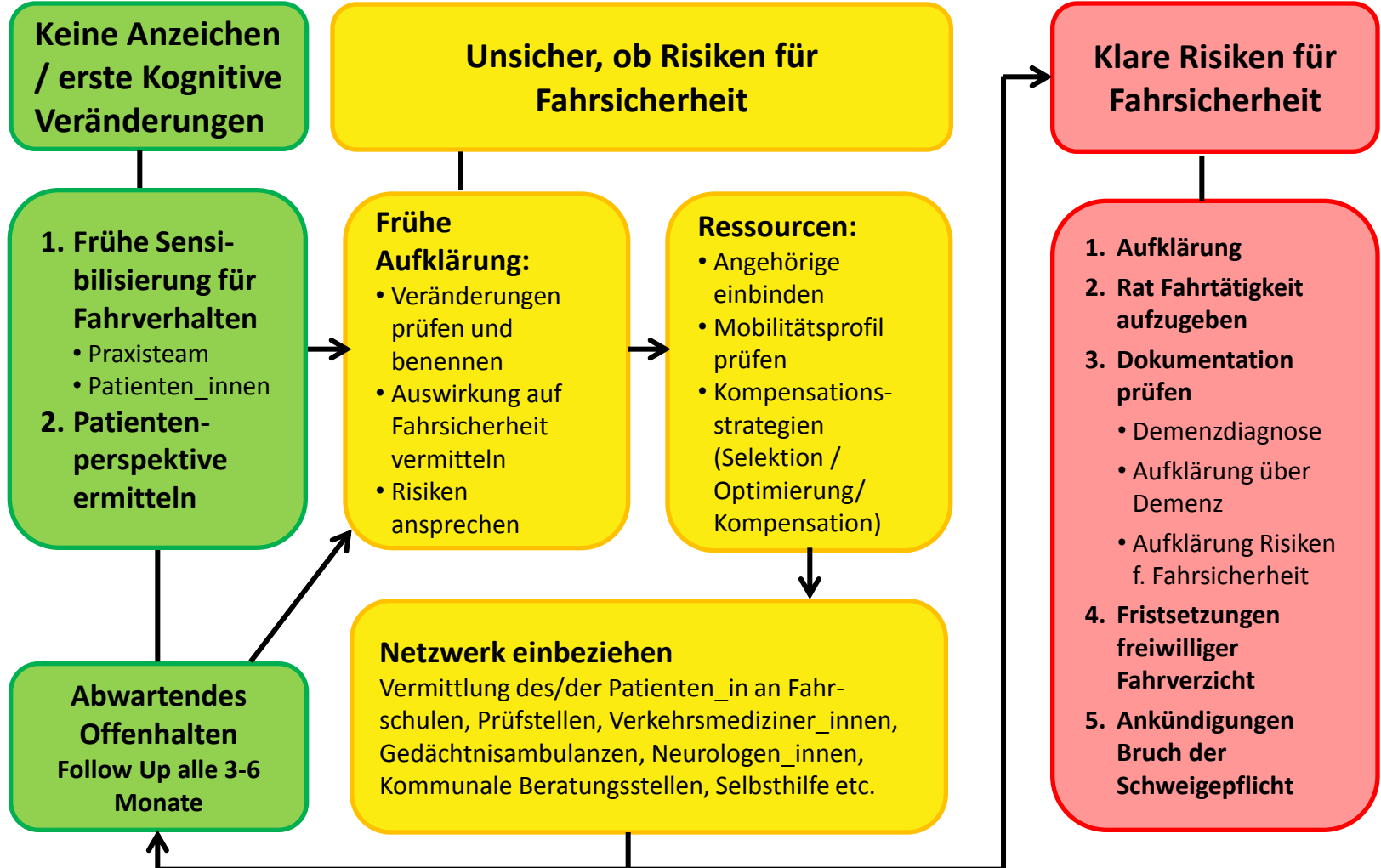
Kurze Check-Liste „Fahrverhalten – erst Ansprache“





Kontakt mit Patient_in mit kognitiven Einschränkungen / Demenzverdacht

Kurze Check-Liste „Fahrverhalten – erst Ansprache“



Dokumentationsbogen

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.)

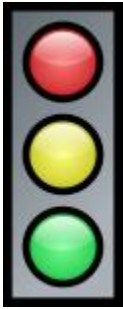
Es wurden Alternativen des Selbst-Fahrens besprochen mit dem Ziel, dass Herr/Frau _____ auch nach Beendigung der Fahrtätigkeit mobil bleibt und seine/ihre Aktivitäten weiterhin durchführen kann. Es wurde vereinbart, dass Herr/Frau _____ regelmäßig in meine Praxis kommt, um das Thema Autofahren zu besprechen.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

Unterschrift Arzt/Ärztin

Unterschrift Patient/in

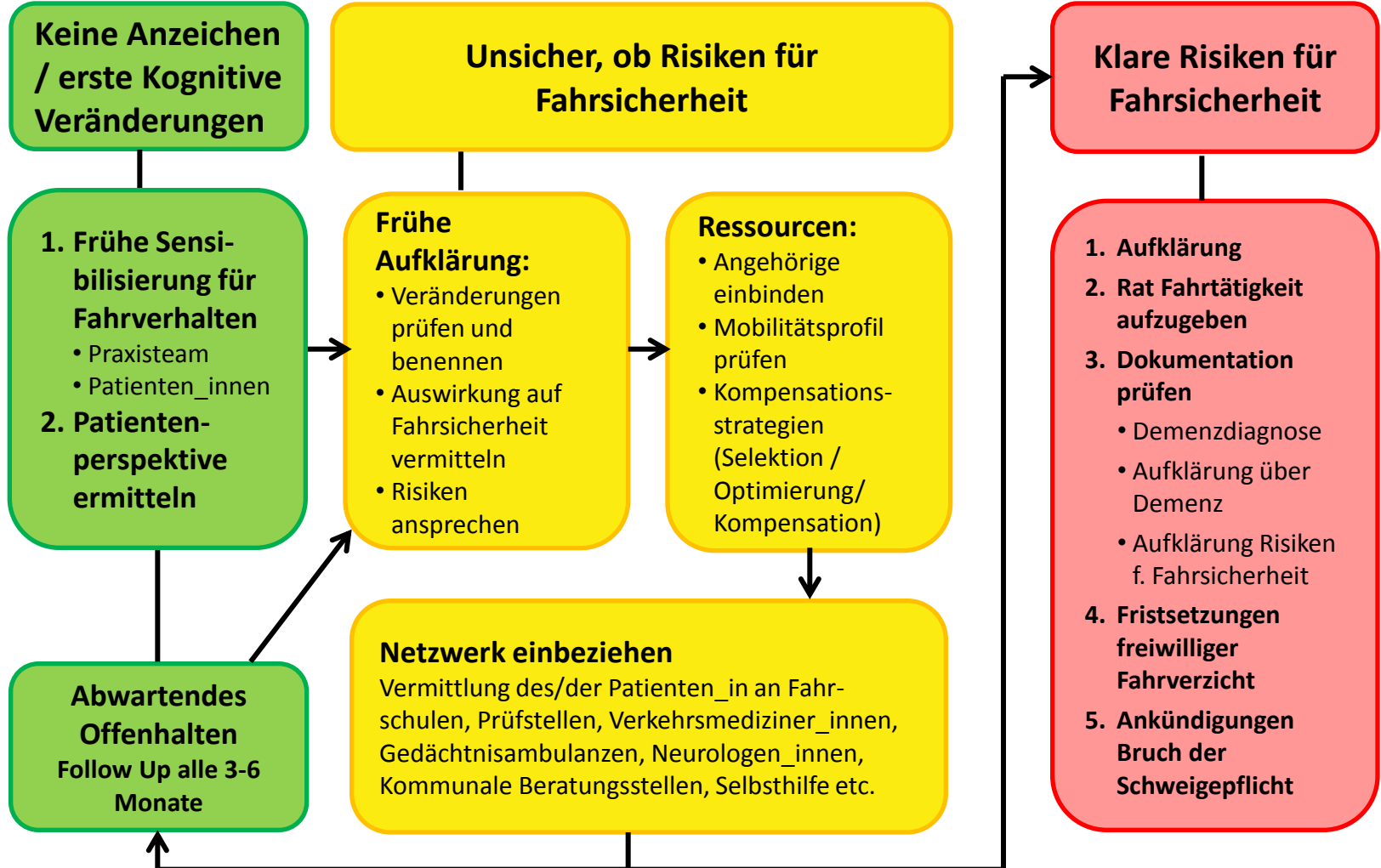
Unterschrift Angehörige/r, MFA, sonst.

Datum:



Kontakt mit Patient_in mit kognitiven Einschränkungen / Demenzverdacht

Kurze Check-Liste „Fahrverhalten – erst Ansprache“



Literatur



Die vollständige Empfehlung,
eine Kurzversion und
Materialien für den hausärztlichen Praxisalltag
finden Sie hier

<https://www.familien-medizin.org>

Literatur

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