

Fachtagung „Autofahren und Demenz“, Alzheimer Gesellschaft Duisburg, 27.03.2019

Autofahren und Demenz

Die hausärztliche Perspektive

PD Dr. Michael Pentzek, Verena Leve
Institut für Allgemeinmedizin (ifam)
Medizinische Fakultät
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf



Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.
Selbsthilfe Demenz



Degenerative Demenzen

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Warum über Hausärzte/innen

Schlüsselposition:

- die meisten älteren Menschen gehen regelmäßig zum Hausarzt/zur Hausärztin
- kontinuierlicher, langjähriger Kontakt
- enge, vertrauensvolle Patient-Arzt-Beziehung
- Hausarzt/Hausärztin = erste/r Ansprechpart-ner/in für Patienten/innen und Angehörige
- Hausärzte/innen betonen „Autofahren und Demenz“ als Problem



„Wenn es überhaupt ein Rezept für den Erfolg gibt, dann besteht es darin, sich in die Lage anderer Menschen zu versetzen.“

Arthur Schopenhauer

Ein Blick in die Hausarztpraxis

➤ **Arbeitsauftrag:**

- angemessene und gegenüber Patient und Gesellschaft verantwortliche Stufendiagnostik und Therapie
- Schutz vor Fehl-, Unter- und Überversorgung

➤ **Relevanz der Patient-Arzt-Beziehung:**

- Zentrales Element hausärztlichen Arbeitens
- „Hohes Gut“

Entscheiden in der Hausarztpraxis

- Fokus auf **Gesamtheit** des Patienten
- viele simultane Informationen (nicht ein eng umrissener und isolierter Patientenauftrag) → hohe **Komplexität** → hohe diagnostische Unsicherheit
- **Intuition**, Heuristiken und Priorisierung als wichtige Elemente allgemeinmedizinischer Entscheidungsfindung
- **Gemeinsame** Entscheidungsfindung (shared decision making)

Beispiel: Multimorbidität

Eines der zentralen Probleme besonders bei älteren Patienten:
Multimorbidität: 30% der >70 jährigen haben ≥ 5 Diagnosen.

Boyd et al., JAMA 2005:

Beispielpatientin: 79 Jahre, 5 Erkrankungen

Leitliniengerechte Behandlung wäre:

- Ein hochkomplexer Einnahmeplan für 12 verschiedene Medikamente in täglich 19 Dosen zu 5 Tageszeiten
- 14 nicht-medikamentöse Empfehlungen (Bewegung, Ernährung, Schulung etc.)
- Mehrere Arztbesuche im Jahr zu Zwecken der körperlichen Untersuchung, Erhebung von Laborwerten, Impfung u.a.
- Es entstehen Wechselwirkungen: Medikamente vertragen sich nicht und auch Empfehlungen können sich widersprechen.

Beispiel: Multimorbidität

Ziel: Erkrankungen versorgen UND Autonomie der Person wahren/stärken
(→ *Autonomie-Therapie-Zielkonflikt*)

Methoden:

- **Hermeneutisches Fallverständnis:** Integration zahlreicher Informationen zu einem Gesamtbild, aus dem man eine Entscheidung formt.
- **Gemeinsame Entscheidungsfindung:** Arzt und Patient erarbeiten die Therapie gemeinsam.

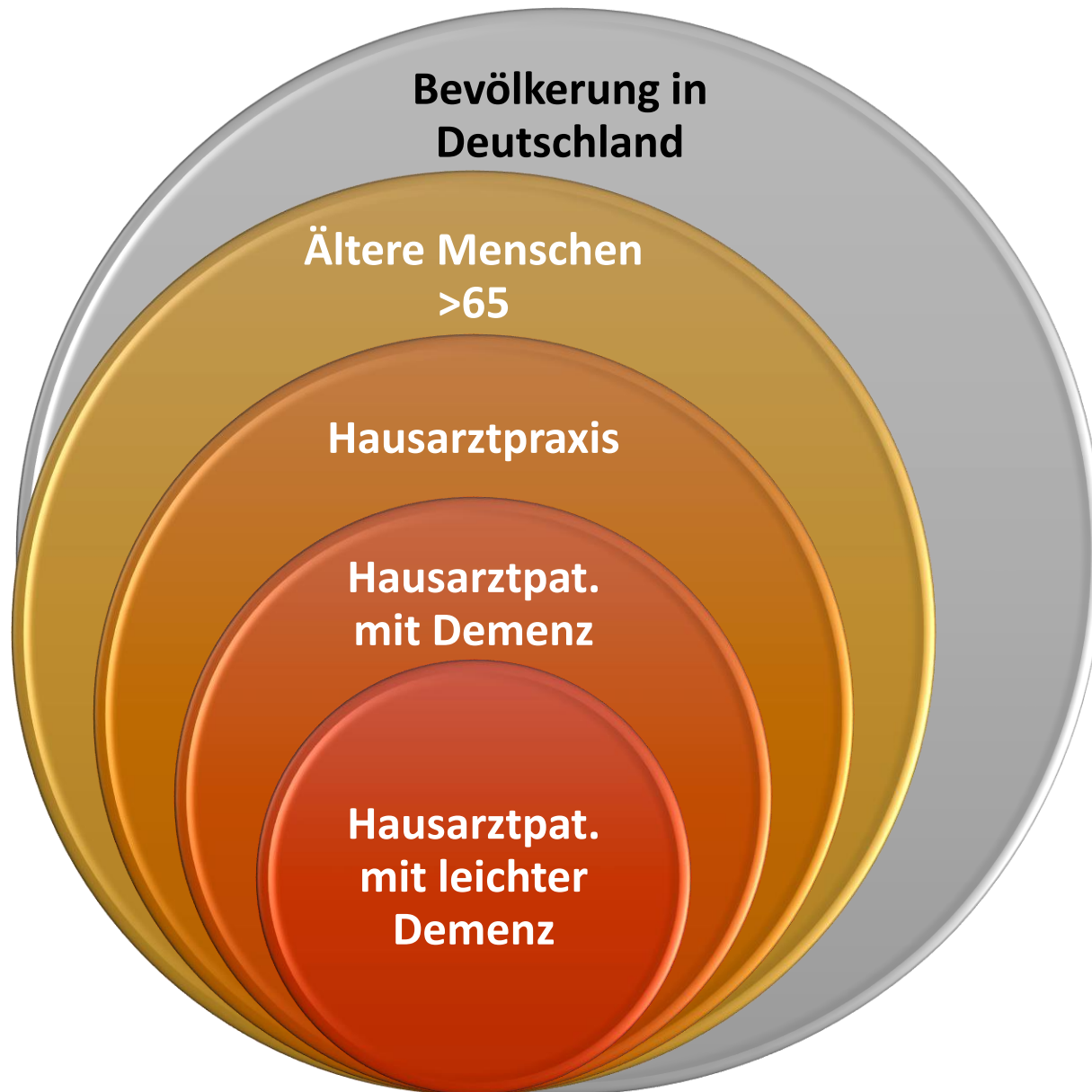
Ein Blick in die Hausarztpraxis

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:
 - jeweils seltener als bei Spezialisten*innen
 - sehr breites Diagnosespektrum: die 20 häufigsten Diagnosen machen nur ca. 50% aller Behandlungsanlässe aus (bei Innerer Med. 70%, HNO 98%)
 - in leichter Ausprägung als bei Spezialisten*innen; unspezifische Symptome

(Koch et al. 2007, Kochen 2012)

Demenz = großes Thema ...



Demenz = großes Thema???

Ja, in der Öffentlichkeit, teilweise in den Medien, v.a. in unserem Bewusstsein.

In der Hausarztpraxis eher nicht:

- ca. 40.000 Hausarztpraxen
- pro Praxis ca. 1.270 Patienten/innen pro Jahr
 - davon ca. 28% ≥ 65
 - davon ca. 9% mit Demenz
 - davon ca. 29% mit leichter Demenz (= Gruppe, die 1. schwierig zu erkennen ist und 2. bei der das Thema Autofahren besonders komplex ist)

→ pro Hausarztpraxis ca. 32 Patienten/innen mit Demenz, davon 9 mit leichter Demenz

→ pro Jahr ca. 2-6 Neuerkrankungen

Demenz = großes Thema???

- Anteil von Patienten/innen mit leichter Demenz am gesamten Klientel einer Hausarztpraxis = 0,7%
- Im Vergleich dazu >100 Patienten/innen mit Diabetes = 8% eines Praxisklientels

Zudem:

Bei Demenz: oft kein expliziter Patientenauftrag; viele kommen nicht wegen leichter Demenz in die Praxis.

Bei Diabetes: konkreter Behandlungsanlass, regelmäßige Kontakte (DMP, Chronizität)

rein quantitative Repräsentanz der leichten Demenz im **Patientenklientel** sowie innerhalb einer **Konsultation** in einer üblichen Hausarztpraxis im Vergleich zu anderen altersassoziierten Erkrankungen gering

ABER: Dennoch große individuelle Relevanz!

Wissen Hausärzte und Hausärztinnen, welche ihrer hochaltrigen Patientinnen und Patienten Auto fahren?



- Hausarztpatienten*innen der AgeQualiDe-Studie (Kohorte im KNDD)
- unabhängige Angaben von Hausarzt/Hausärztin und Patient*in zur Fahraktivität
- zusätzlich hausärztliche Angabe, ob über das Autofahren mit dem/der Patient*in gesprochen wurde

Autofahren bei hochaltrigen Hausarztpatienten

- nicht spezifisch Demenz, sondern hohes Alter!
- 574 Patienten*innen aus initial 138 Hausarztpraxen in 6 deutschen Großstädten, davon 427 mit Selbstangaben UND Hausarztangaben zum Autofahren
- 69,5% weiblich; zwischen 86 und 101 Jahre alt, mittleres Alter $90,5 \pm 2,7$

Wie viele fahren Auto?

- 15,9% fahren noch laut Selbstauskunft (davon $\frac{3}{4}$ Männer)
- 18% einmal pro Woche oder seltener, 82% mehrmals pro Woche oder täglich
- 63% fahren auch längere Strecken >15 min

Hajek A et al. for the AgeCoDe/AgeQualiDe Study Group. Prevalence and determinants of driving habits in the oldest old: Results of the multicenter prospective AgeCoDe-AgeQualiDe study. Arch Geront Ger 2019;82:245-50.

Übereinstimmung zwischen Hausarzt- und Patientenangabe

... noch zu veröffentlichen ...

Hausärztliches Thematisieren des Autofahrens

„Haben Sie mit dem Patienten/der Patientin das Thema Fahrtauglichkeit besprochen?“

... noch zu veröffentlichen ...

Anteile an N=81 Patienten/innen, die laut Hausarzt/Hausärztin noch fahren oder bei denen er/sie es nicht weiß (von insgesamt 574 Pat. mit vorliegenden Hausarztangaben)

Autofahren bei hochaltrigen Hausarztpatienten

Das Hausarzturteil zur Fahrtätigkeit hochaltriger Patienten*innen weist eine moderate Sensitivität und gute Spezifität auf.

Thematisiert wird das Autofahren mit wenigen der potenziell autofahrenden Patienten*innen.

Ausblick:

Eine standardisierte Frage zum Autofahren (z.B. im geriatrischen Basis-Assessment) könnte Impuls für eine weitere Besprechung sein.

Autofahren und Demenz: Probleme von Hausärzten/innen

Datenbasis:

- a) Systematisches Review zu hausärztlichen Problemen und Bedarfen beim Thema „Autofahren und Demenz“
- b) Fokusgruppen mit Menschen mit Demenz, Angehörigen und Hausärzten/innen

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. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 109(2), 115-123.

Leve, V., Ilse, K., Ufert, M., Wilm, S., & Pentzek, M. (2017). Autofahren und Demenz. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 50(2), 55-62.

Leve V, Ilse M, Ufert M, Wilm S, Pentzek M. Autofahren und Demenz: Vorgehensempfehlung für die Hausarztpraxis. Download inkl. Arbeitshilfen für die Praxis: <https://www.familienmedizin.org/familienmedizin/autofahren-und-demenz/>

Begriffskonfusion

Fahreignung = zeitlich stabil, grundlegende Funktionen

Demenz: spätestens ab mittlerem Stadium nicht mehr gegeben

Fahrtauglichkeit = situations- und zeitabhängige Fähigkeit zu bestimmtem Zeitpunkt

Demenz: kann im leichten Stadium noch gegeben sein

Wichtig: Medikation

Fahrsicherheit = beobachtbare/erfragbare Indikatoren (un)sicheren Fahrverhaltens

Fahrfähigkeit, Fahrkompetenz, ...

Medizinische Aspekte

- Zeitpunkt der Fahruntauglichkeit bei Demenz
- Beurteilung der Fahreignung/Fahrtauglichkeit in der Praxis

„Hausärzte/innen äußerten Bedenken, dass Untersuchungen in ihrer Praxis inadäquat und nicht auf die Straße übertragbar seien.“

übersetzt nach Friedland et al. 2006, S. 56

Perkinson et al. 2005; Robinson et al. 2008

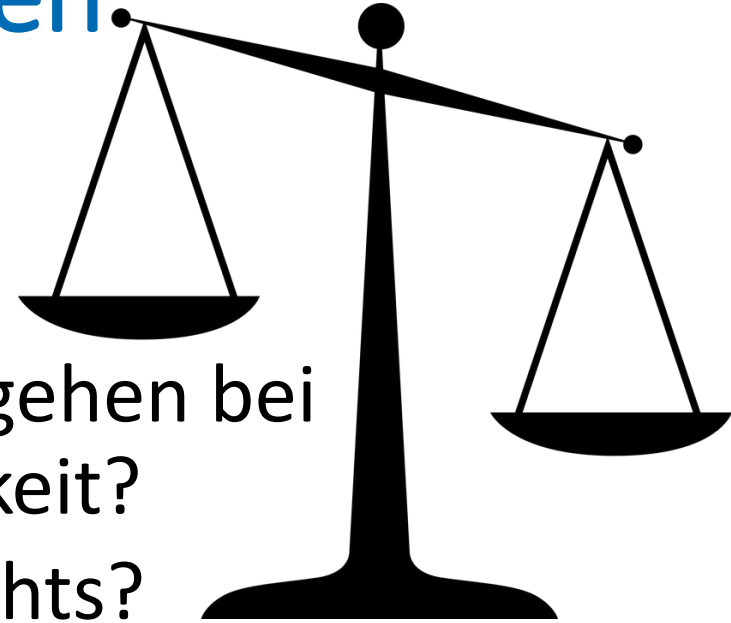
Ethisch-allgemeinmedizinische Aspekte

- Zielkonflikt: Aufrechterhalten der Autonomie bei gleichzeitiger Wahrung der Sicherheit
- ärztliches Selbstverständnis = bereits Fahruntaugliche vom Fahren **abhalten**, NICHT **Erhalt** der Mobilität



Adams et al. 2005; Allen et al. 2005; Dalsgaard et al. 2007

Juristische Unsicherheiten



- erlaubtes hausärztliches Vorgehen bei Verdacht auf Fahruntauglichkeit?
- Dokumentation eines Verdachts?
- Recht/Pflicht zur Meldung eines Menschen mit Demenz, der weiterhin fährt?
- Vorbereitung einer Meldung?
- an wen melden?
- ärztl. Haftbarkeit bei Schaden?

Bogner et al. 2004; Friedland et al. 2006

Systembedingungen

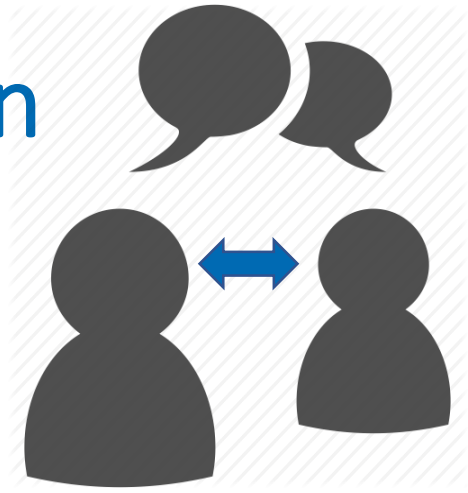


- gesamtgesellschaftliches Problem „Sicherung der Mobilität“ in die Hausarztpraxis und damit wieder zurück in die Familien verlagert
- trotz Erwartungshaltung: als Hausarzt keinerlei Handhabe oder Kontrollmöglichkeiten
- Inanspruchnahme von Fahrsicherheitstrainings oder Begutachtungen basiert auf Freiwilligkeit
- Es fehlen Richtlinien zur Frühwahrnehmung und zur Einbindung von Fachdisziplinen.

Bedeutung der Angehörigen

- Angehörige = wichtige Kooperationspartner/innen und Hinweisgeber/innen
- ABER Vorsicht: aus Gründen der Schweigepflicht nur mit Einwilligung der Person mit Demenz einzubeziehen!
- Probleme mit Angehörigen insbesondere bei Abhängigkeit von Fahraktivität des Menschen mit Demenz
- Menschen mit Demenz ohne Angehörige = besondere Risikogruppe

Beziehung zwischen Patient/-in und Arzt/Ärztin



„Weil du als Hausarzt ja eigentlich die Vertrauensperson bist . . . die sollen ja auch weiter zu einem kommen.“

→ Ansprechen der Fahrsicherheit als **Gefährdung** der Patient-Arzt-Beziehung

- Aufgeben der Fahraktivität von Hausärzten/innen als Tabuthema erlebt
- Verknüpfung der Themen Autofahren und Demenz besonders komplex
- große Sorge der Hausärzte/-ärztinnen, die vertrauensvolle Beziehung zu belasten → **Arztwechsel**
- Vertrauenserhalt wichtig, um dauerhaft im Gespräch zu bleiben und das Thema im Krankheitsverlauf weiterzuverfolgen
- aus hausärztlicher Sicht: **andere Berufsgruppen** bzw. Fachdisziplinen (z. B. Neurologie, Verkehrsmedizin) für Ansprache von Veränderungen fahreignungsrelevanter Fähigkeiten und Begutachtung

Probleme von Hausärzten/innen

Zwischenfazit:

- Probleme verstärkt durch defizitorientierten Ansatz mit Fokus auf Krisen, Fahrauffälligkeiten und Fahrverbot
- besser: ressourcenorientierter und patientenzentrierter Ansatz mit frühzeitiger gemeinsamer Planung

Kubitzki & Janitzek 2009; Adler & Silverstein 2008; Jett et al. 2005; Leve et al. 2017

Fazit für eine Handlungsempfehlung

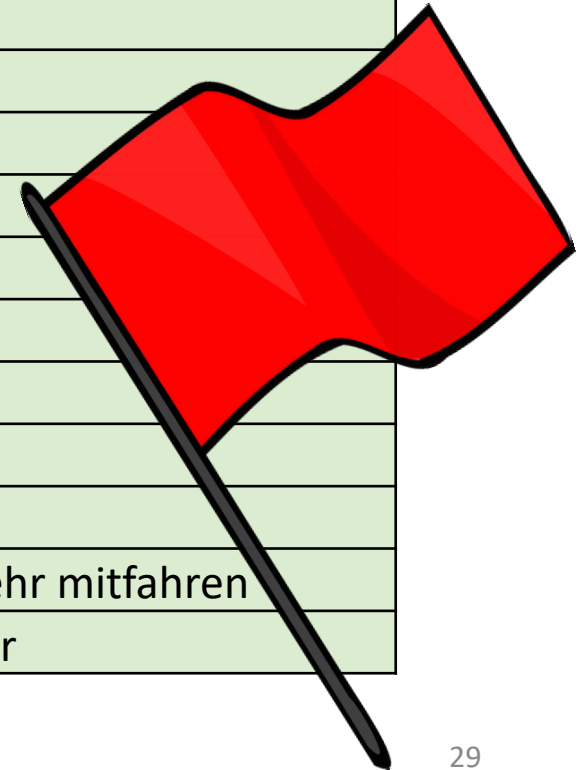
- Schwerpunkt auf Frühwahrnehmung und frühe Ansprache
→ *Geriatrischer Blick*
- Perspektive der Person mit Demenz (PmD) ermitteln
→ *Ressourcenorientierte Gesprächsführung*
- Früher Einbezug der Familie mit Zustimmung der PmD
→ *Familienkonferenz*
- Mobilitätsalternativen gemeinsam mit PmD ermitteln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

Checkliste – frühe Sensibilisierung

- ✓ Gibt es Behandlungsanlässe / Krankheiten und damit verbundene Medikamenteneinnahmen, die Fahreignung 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.: Aufmerksamster Blick auf die Exekutivfunktionen im Alltag: Stürzen, Sehen, Art der Kommunikation, Bewegung...

Red Flags / Fahrsicherheitsrelevante Auffälligkeiten (eine Auswahl):

Berichte von Patient*in, Angehörigen, MFA sowie 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



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 (Parkplatzsituation etc.), Fahrsicherheitstraining/Mobilitäts-Checks

Kompensation

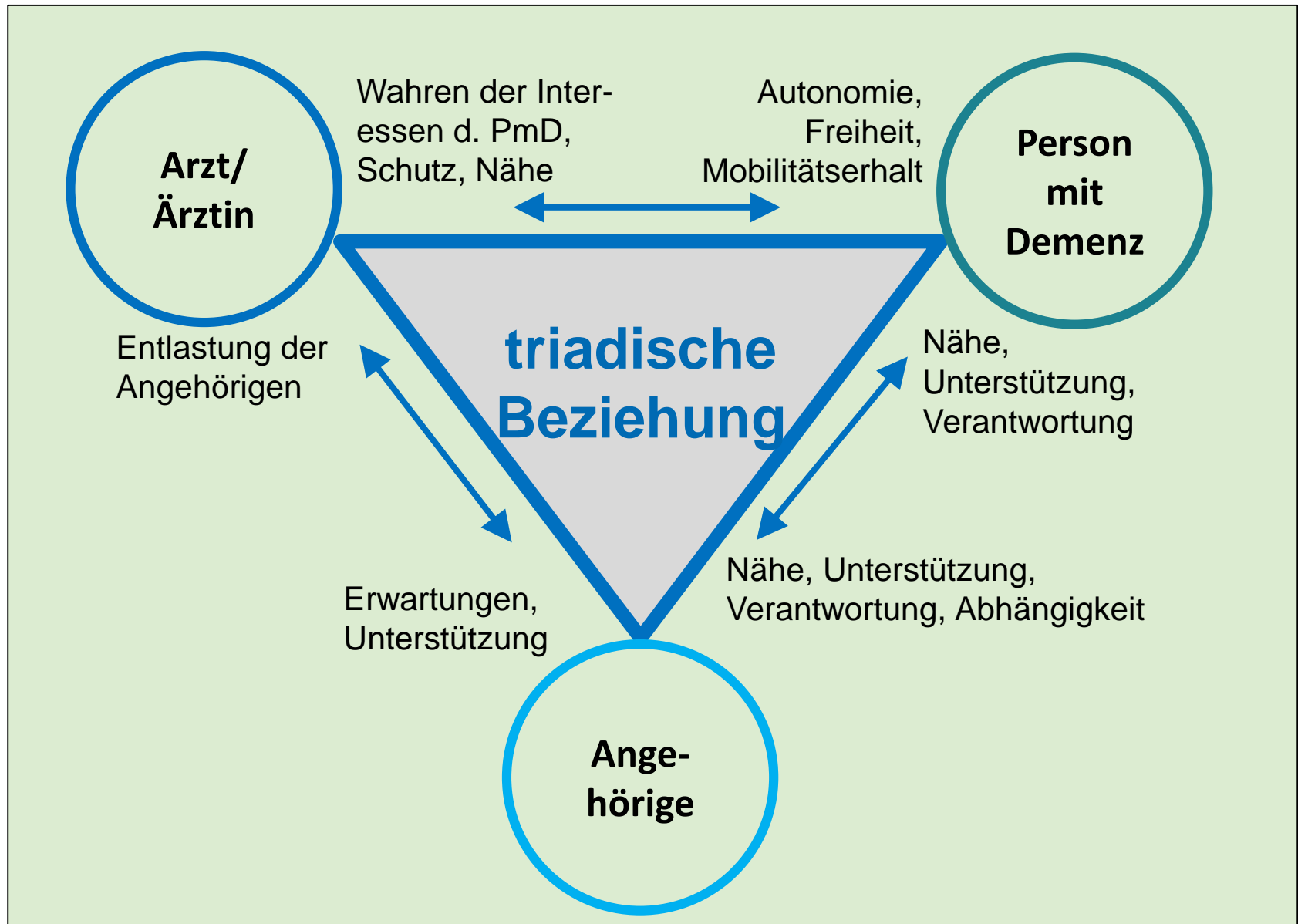
alternative Ziele wählen (z.B. fußläufig), andere fahren lassen, öffentliche Verkehrsmittel, Taxi, Sammelfahrten, Besorgungen durch andere Personen, Lieferdienste, Besuch einladen

Familienkonferenz

Ziel: unterschiedliche Bedürfnisse klären,
gemeinsame Entscheidungsfindung



Generell: Beziehung als Ressource



Arbeitsmaterial: Mobilitätsprofil

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

Netzwerk: Kontaktadressen

- PKW-Seniorentrainings und Mobilitätschecks: ADAC, DEKRA, TÜV SÜD, Deutscher Verkehrssicherheitsrat (DVR)
- Fahreignungsbegutachtung: Bundesanstalt für Straßenwesen (bast):
- Verkehrspsychologische Beratung: Bundesverband Niedergelassener Verkehrspsychologen (BNV)
- Verkehrsmed. Beratung: Ärzte mit verkehrsmedizinischer Qualifikation, Verkehrsmedizinisches Kompetenz-Centrum www.street-ready.de
- Gedächtnissprechstunden/Demenzambulanzen
- Selbsthilfegruppen, Alzheimer Telefon
- Wegweiser Demenz: Beratungsportal des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Kommunale Beratungsstellen: Straßenverkehrsamt, Kommunale Senioren-/Pflegeberatungsstelle
- Lokal: Neurologie, Psychiatrie, Fahrschulen etc.

Ziele der Handlungsempfehlung

Autofahren und Demenz: Vorgehensempfehlung für die Hausarztpraxis. Download inkl. Arbeitshilfen für die Praxis: <https://www.familien-medizin.org/familienmedizin/autofahren-und-demenz/>

- Verbesserter hausärztlicher Umgang mit dem hochkomplexen Thema ‚Autofahren und Demenz‘
- Patientenorientiertes Vorgehen mit dem Ziel des Mobilitätserhalts
- Wahrung der Sicherheit für alle Verkehrsteilnehmenden

Vielen Dank
für die Einladung und
Ihre Aufmerksamkeit!

bei Fragen, Kritik & Ideen:
pentzek@med.uni-duesseldorf.de