

34. Workshop des Zukunftsforum Demenz

Verkehrssicherheit und Demenz

Die Frage einer sicheren Mobilität für ältere Menschen entwickelt sich durch die demographische Entwicklung zu einem gesellschaftspolitischen Problem, zumal es in Deutschland, anders als in den meisten anderen europäischen Ländern, keine Altersgrenze bzw. Pflichtüberprüfungen für den Führerschein gibt. Autofahren ist ein besonderer Ausdruck des Selbstständigkeits- und Mobilitätsverlustes. Einschränkungen erleben ältere Autofahrer als dramatischen Einschnitt in ihre Autonomie und Selbstbestimmung. Die Demenz stellt in diesem Zusammenhang ein besonderes Problem dar, da die Patienten nur noch begrenzt einsichtsfähig sind und ihre Fahrleistung häufig nicht mehr richtig einschätzen.

Epidemiologie

Ältere Menschen sind im Straßenverkehr überproportional gefährdet. Dies jedoch vor allem als Fußgänger und Radfahrer: Etwa jeder zweite getötete Fußgänger oder Radfahrer ist 65 Jahre oder älter (Abb. 1). Für Autofahrer steigt das Unfallrisiko erst jenseits der 75 Jahre deutlich an.

In der Verkehrsunfallstatistik spielen alte oder an Demenz erkrankte Verkehrsteilnehmer noch eine eher untergeordnete Rolle, erläuterte *Dipl.-Psych. Ulrich Chiellino*, ADAC München. Personen über 65 Jahre verursachten im Jahr 2009 nur 13% der Unfälle mit Personenschaden, obwohl sie einen Bevölkerungsanteil von 20% stellten (Abb. 1). Den relativ größten Anteil an Verkehrstoten stellen junge Männer, häufig unter Alkoholeinfluss: Eine Erhebung des Statistischen Bundesamts von 2003 verzeichnete in der Gruppe der 18–25-Jährigen 20,8 Verkehrstote pro 100.000 Einwohner, bei den über 65-Jährigen jedoch nur 9,2 bei insgesamt 8 Verkehrstoten pro 100.000 Einwohner.

Da die Datenlage (noch) nicht alarmierend ist, gibt es in Deutschland im Unterschied zu europäischen Nachbarländern keine Pflicht zum Nachweis der Fahreignung ab einer bestimmten Altersgrenze. In Frankreich müssen alle über 65-Jährigen jedes zweite Jahr eine Führerschein-Verlängerung beantragen, die Schweiz schreibt ab dem 70. Lebensjahr eine ärztliche Untersuchung zur Fahrtauglichkeit inkl. Visustest vor. In der Bundesrepublik wird jedoch nach 1945 das Persönlichkeitsrecht sehr hoch bewertet, hier gilt der Grundsatz: »Der Auto-

fahrer ist selbst verpflichtet zu prüfen, ob er fahrtüchtig ist«.

Auf der anderen Seite führt die demographische Entwicklung zu einem überproportionalen Anstieg der Hochbetagten, und derzeit altern die ersten Generationen, die ihr Leben lang Auto gefahren sind. Die Altersgruppe 60+ stellte 2010 knapp 33% der Neuwagenkäufer, so *Chielino*. Der Anteil der Senioren, die täglich das Auto benutzen, nimmt zu, während der der 18–40-Jährigen diesbezüglich rückläufig ist (Abb. 2).

Bei den Unfallursachen stehen Fehler bei der Informationsaufnahme an erster Stelle. Gerade sensorische Funktionen nehmen jedoch im Alter ab.

Physiologische Altersveränderungen

Es ist unbestritten, dass der Alternprozess Leistungseinbußen mit sich bringt. Für die Sicherheit der Verkehrsteilnahme bedeutsame Altersveränderungen sind vor allem Einschränkungen der körperlichen

Beweglichkeit, Sensorik und Kognition [8], erläuterte *Prof. Dr. Ingo Fügen*, Witten-Herdecke:

■ **Motilität:** Erkrankungen und Fehlbildungen des Bewegungsapparates, vor allem aber Arthrosen, verursachen Bewegungsstörungen, die die Teilnahme am Straßenverkehr erschweren und das Risiko für Unfälle erhöhen.

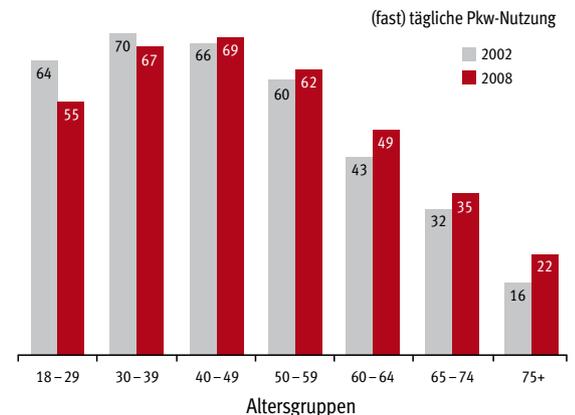


Abb. 2: Fahrverhalten nach Altersgruppen, Vergleich 2002/2008 (Quelle: MID 2008)

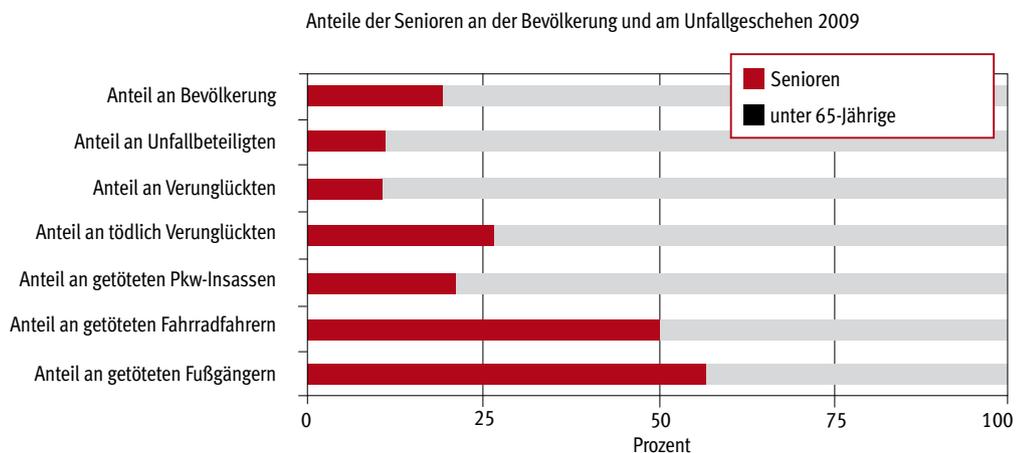


Abb. 1: Bei Unfällen getötete Senioren 2009 nach Art der Verkehrsbeteiligung

- **Sehen:** Im Alter tritt häufig eine Verschlechterung etlicher Sehfunktionen auf. Zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr findet eine deutliche Verringerung der Dämmerungssehstärke statt; eine größere Blendempfindlichkeit ist ebenfalls zu beobachten.
- **Hören:** Die Wahrnehmung von akustischen Signalen allgemein und die richtige Zuordnung von Signalen kann beeinträchtigt

sein, und zwar durch eine Verschlechterung des Richtungshörens als Folge der Hörminderung im Bereich hoher Töne.

- **Kognition:** Die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit verringert sich, was das Abschätzen zeitlicher Lücken und das flüssige und schnelle Mehrfachhandeln beeinträchtigt. Das heißt, dass ältere Menschen eher als jüngere überfordert sind, wenn zur gleichen Zeit oder kurz hintereinander verschiedene Tätigkeiten ausgeführt werden müssen.
- **Reaktivität:** Vermindert sind auch Reaktionsgeschwindigkeit und -sicherheit.
- **Konzentration:** Die Konzentration ist herabgesetzt.

z.B. die im Alter häufig verordneten Hypnotika, Analgetika, Antihypertensiva, Antidepressiva sowie Diabetes- und Parkinson-Medikamente (s. Tab. 2). Häufig werde dabei vergessen, dass viele Medikamente anticholinerge Nebenwirkungen haben, die sich schnell addieren können und dann zu kognitiven Einschränkungen oder einem anticholinergen Syndrom führen (Tab. 3), warnte Füsgen. Je höher die anticholinerge Serumaktivität (SAA), desto eher zeigen Patienten kognitive Defizite im Mini-Mental-Status-Test [9].

Andererseits tragen Medikamente natürlich häufig auch dazu bei, dass Personen in der Lage sind, ein Auto zu fahren.

- Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch
- Epilepsie, neurologische Erkrankungen
- Herz-Kreislaufkrankungen, Synkopen
- Diabetes, Bewusstseinsstörungen
- Psychische Erkrankungen, Einschlafneigung
- Dementielle Entwicklung
- Kognitive Leistungseinschränkungen

Tab. 1: Verkehrsmedizinisch relevante Erkrankungen (nach [11])

- Hypnotika: Benzodiazepine
- Anxiolytika: Buspiron, Benzodiazepin
- Antidepressiva: Trizyklische Antidepressiva, MAO-Hemmer
- Antipsychotika: Phenothiazin, Butyrophenon, Lithium
- Antikonvulsiva: Phenytoin, Barbiturate, Carbamazepin
- Parkinson-Medikamente: Levodopa, Bromocriptin, Pergolid, Selegilin
- Parasympatholytika: Atropin, Dicyclomin, Benzhexol, Orphenadrin
- Analgetika: Opioide
- Antihistaminika: Diphenhydramin, Promethazin, Chlorpheniramin
- Antihypertensiva: Betablocker, Methyl dopa, Clonidin, Hydralazin
- Kardiovaskulär: Lidocain, Digoxin, Diuretika
- Diabetes-Medikamente: Insulin, Sulfonylharnstoff
- Antibiotika: Isoniazid, Gentamycin, Cephalosporine, Griseofulvin, Aciclovir
- Andere: Kortikosteroide, Cimetidin, Prochlorperazin, Ophthalmika, Neuroleptika

Tab. 2: Medikamente mit kognitiver Beeinflussung (nach Füsgen)

Schweregrad	Zentrale Wirkung	Periphere Wirkung
Leicht	Benommenheit, Schwäche	Mundtrockenheit
Mittelgradig	Agitiertheit, Unruhe, Verwirrtheit, Gedächtnisstörung	Obstipation, Tachykardie, Mydriasis, Blasenentleerungsstörung
Schwer	Halluzination, Ataxie, Hyperreflexie, Krampfanfall	Schluckstörung, Sprechstörung, Harnverhalt, Arrhythmie, Verlust der Akkomodation
Sehr schwer	Koma, Schock	Paralytischer Ileus

Tab. 3: Symptome des anticholinergen Syndroms (nach [2])

Anticholinerge Nebenwirkungen treten u. a. bei folgenden Medikamentengruppen auf: Analgetika, Antiarrhythmika, Anticholinergika, Antidepressiva, Antiemetika, Antihistaminika, Antipsychotika, Benzodiazepine, Bronchodilatoren, Muskelrelaxantien, Parkinsonmedikamente, Spasmolytika

Chronische Erkrankungen und Polypharmazie

Mit zunehmendem Alter bekommt die Wahrscheinlichkeit von Erkrankungen (Tab. 1) und hier insbesondere die Multimorbidität eine große Bedeutung. 57% der 55–69-Jährigen und 77% der 70–85-Jährigen leiden an zwei oder mehr chronischen Erkrankungen. Das Risiko eines Autounfalls steigt bei Älteren mit mehr als einer Erkrankung gegenüber Gesunden auf das 2,6-Fache an [12]. Besondere Bedeutung für das Autofahren haben Erkrankungen, die mit Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit (z.B. Arthrose) und Beeinträchtigung der Kognition (z.B. Demenz) einhergehen.

Fast immer spielt im Zusammenhang mit einer vorliegenden Multimorbidität auch die notwendige Polymedikation eine wichtige Rolle. Bei jedem vierten Unfall ist eine Herabsetzung der Fahrtüchtigkeit durch Medikamente im Spiel [10]. Jedes Medikament, das die Fahrtüchtigkeit in irgendeiner Weise beeinträchtigen kann, ist ein Risikofaktor für ältere Personen, betonte Füsgen. Dies gilt insbesondere in der Einstellungsphase bzw. bei einer Dosiserhöhung, z.B. bei einer antihypertensiven Therapie.

Besondere Bedeutung kommt aber Medikamenten zu, die die Kognition beeinflussen. Darunter fallen

Fahreignung bei Demenz

Bei der Alzheimer-Demenz finden sich im leichteren Stadium im Hinblick auf die Fahrtauglichkeit keine oder allenfalls geringe Unterschiede zu gesunden Kontrollpersonen [1, 4], so PD Dr. Rupert Püllen Frankfurt. In den ersten drei Jahren besteht nach bisherigen Erkenntnissen ein nur geringfügig erhöhtes Unfallrisiko. Hier muss eine Fahreignung individuell abgewogen werden [4]. Die S3-Leitlinie Demenzen der DGN und DGPPN merkt dazu an: »Es gibt keine definierte Grenze im Bereich der leichten Demenz, bei der die Fähigkeit zum Fahren verloren geht« [6].

Dagegen findet sich bei mäßiggradiger Demenz eine Zunahme der Unfallfrequenz, und es besteht eine ernstzunehmende Gefährdung der Verkehrssicherheit. Es kommt u. a. zu Gedächtnisstörungen, zu Störungen von Aufmerksamkeit und visuell-räumlichem Vorstellungsvermögen, zu erhöhter Ablenkbarkeit, Apraxie, Agnosie, Störung der Kritikfähigkeit sowie psychischen Störungen wie Angst, Unruhe oder Aggressivität. Studien am Fahr Simulator zeigen, dass Patienten mit Demenz häufiger von der Straße abkommen, viel langsamer als die erlaubte Geschwindigkeit fahren und mehr Zeit für Linksabiegemaneöver benötigen. In einer amerikanischen Studie wurde eine eingeschränkte Fahrtauglichkeit, höhere Unfallzahlen und schlech-

Alzheimer-Demenz	Frontotemporale Demenz
<ul style="list-style-type: none"> - Vergessensfehler - häufiger Abbiegefehler - Orientierungsproblem - Entscheidungszeiten - langsames Fahren 	<ul style="list-style-type: none"> - aggressives Fahrverhalten - risikofreudiges Fahren - Unaufmerksamkeit - Regelmisachtung - Uneinsichtigkeit

Tab. 4: Typische Auffälligkeiten im Fahrverhalten von Patienten mit Alzheimer- oder frontotemporaler Demenz

teres Abschneiden in Leistungstests verzeichnet [2]. Die S3-Leitlinie Demenzen konstatiert: »Das Stadium einer mittelschweren oder schweren Demenz ist nicht mehr mit dem Führen eines Kraftfahrzeugs zu vereinbaren.« [6]

Beurteilung der Fahreignung

Bei Verdacht auf eine beginnende Demenz sind es zwei Fragen, die für den Arzt nicht leicht zu beantworten sind, und zwar:

1. Liegt eine Demenz vor? und
2. Wann ist bei einer Demenz der richtige Zeitpunkt, mit dem Fahren aufzuhören?

Zur Beantwortung der ersten Frage empfiehlt Prof. Füsgen, bei Älteren in Abständen von ein bis zwei Jahren eine routinemäßige Demenz-Evaluierung mit validierten Tests wie dem Mini-Mental-Status-Test und dem Uhrentest. Kombiniert erreichen sie eine Sensitivität von etwa 80% und eine Spezifität von 90% [5]. Allerdings sind kognitive

Screeningtests allein nicht zur Abbildung der Fahrfähigkeit geeignet.

Besteht der Verdacht auf eine beginnende Demenz, dann muss eine weitere Abklärung u.a. auch bezüglich der Demenzart erfolgen, da sich daraus unterschiedliche Konsequenzen für die Fahrtauglichkeit ergeben. Patienten mit frontotemporaler Demenz sollten frühstmöglich im Krankheitsverlauf das Autofahren einstellen. Bei einer Alzheimer-Demenz kann jedoch besonders bei routinierten Autofahrern das Fahrvermögen noch längere Zeit erhalten bleiben (Tab. 4).

Aussagekräftige Hinweise für eine erhöhte Unfallgefährdung sind nach Iversen [7] ein MMSE unter 24, eine aggressive oder impulsive Persönlichkeit, vorangegangene Unfälle oder Regelverletzungen sowie eine Abnahme der gefahrenen Kilometerzahl, erläuterte Püllen. Hilfreich bei der Beurteilung sind auch die »4 C« = crash, concern, clinical status und cognition (s. Tab. 5). Ein unkompli-

Crash (Unfall) (in den vergangenen 2 Jahren)	Concern (Sorge) (Familie berichtet)	Clinical Status (Medizinische Geschichte)	Cognition (Klinischer Eindruck)
1. keine Unfälle	1. keine Bedenken	1. gute allgemeine Gesundheit	1. intakte Kognition
2. ein oder mehrere Blebschäden	2. Familie hat mit dem Patienten über die Fahrsicherheit gesprochen	2. Erkrankung mit geringer Auswirkung auf Sehfähigkeit, Aufmerksamkeit, Motorik	2. leichter kognitiver Verfall/intakte ADL- Funktion
3. gefährliche Verkehrsvorfälle	3. Familie beschränkt das Fahren mit Mitfahrern	3. moderate Auswirkungen	3. moderater kognitiver Abbau
4. Unfall	4. Familie möchte, dass der Patient sofort mit dem Fahren aufhört	4. gravierende Auswirkungen	4. schwere kognitive Einschränkungen

Tab. 5: Die 4 C: Screening-Tool für die Ermittlung von Risiko-Fahrern. 9 oder mehr Punkte identifizieren 84% der Patienten mit schlechter Fahreignung im Praxistest. J Am Geriat Soc 2010; 58(6): 1104-1108

ziertes Mittel zur Beurteilung der aktuellen Fahrtauglichkeit im Sinne einer Momentaufnahme bietet der Fahr-Fitness-Check (FFC) des ADAC (s. Kasten).

Professionelle Hilfe bei der Beurteilung der Fahreignung bietet die konsiliardiagnostische Untersuchung (KONDIAG) des TÜV Hessen (s. Kasten), die Dr. Hannelore Hoffmann-Born, TÜV Frankfurt, vorstellte. Sie wird von neutralen Verkehrsmedizinern auf der Grundlage der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) und der Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung durchgeführt. Der Patient und ggf. sein Umfeld bekommt durch das erstellte Gutachten, das selbstverständlich der Schweigepflicht unterliegt, ein genaues Bild von der aktuellen Fahr-

Angebote zur Beurteilung der Fahreignung

Der **Fahr-Fitness-Check (FFC)** des ADAC bietet eine unbürokratische Maßnahme zur Überprüfung der Fahrkompetenz, wenn Unsicherheiten beim Autofahren auftreten. Dazu werden speziell dafür ausgewählte Fahrlehrer eingesetzt, die nach einer Vorbesprechung mit dem Leistungsnehmer eine Probefahrt durchführen, um im Nachgang die Beobachtungen zu besprechen. Dabei werden insbesondere Empfehlungen gegeben, die das sichere Fahren erleichtern können (Sitzposition, Tipps für komplexe Verkehrssituationen), aber auch kritische Ereignisse offen rückgemeldet, die ggf. eine ärztliche Nachfolgeuntersuchung zu Ursachenklärung beinhalten können.

Der **Fitnesscheck KONDIAG** (KONsiliarDIAGnostischen Untersuchung und Beratung des TÜV Hessen) stellt Betroffenen und deren Umfeld, aber auch den behandelnden Ärzten ein Hilfsmittel zur Verfügung, sich ein zuverlässiges Bild über die Auswirkung der Erkrankung auf die Fahrsicherheit zu verschaffen. KONDIAG bietet zum einen eine verkehrsmedizinische Bewertung der Gesamtbefundlage des i.d.R. multimorbiden Patienten im Hinblick auf die Fahrsicherheit. Bei Patienten mit der Diagnose oder Verdachtsdiagnose Demenz ist diese Frage jedoch nur durch eine Überprüfung der kognitiven Leistungsfähigkeit zu beantworten, die den Vorgaben der Beurteilungskriterien Kap. 7.2. entsprechen muss. Daher wird bei der KONDIAG-Untersuchung im Sinne eines Screening-Verfahrens eine Überprüfung von Aufmerksamkeit, Reaktions- und Orientierungsvermögen sowie Belastbarkeit vorgenommen, die – wenn vom Betroffenen gewünscht – ergänzt werden kann durch eine standardisierte verkehrspsychologische Fahrverhaltensbeobachtung, also die Teilnahme am Straßenverkehr im Fahrschulwagen und im Beisein des Verkehrspsychologen. Diese anspruchsvolle Methodik ist gekennzeichnet durch eine weitgehende Standardisierung der Fahraufgabenstellung, der Verhaltensregistrierung und der Dokumentation und kann die Frage der Kompensationsmöglichkeit von krankheitsbedingten Leistungseinschränkungen durch Fahrerfahrung beantworten.

Demenz und Autofahren – eine Herausforderung für Angehörige

Für Angehörige von Menschen mit Demenz entstehen oft besondere Schwierigkeiten, wenn die Betroffenen noch selbst Auto fahren. Vielfach sehen sich Angehörige in der Verantwortung, dafür zu sorgen, dass der kranke Partner oder Elternteil das Autofahren einstellt. Oft fehlt bei den Betroffenen die Einsicht, das zu tun, es kann sogar zu heftigen emotionalen Reaktionen oder tätlichen Angriffen eines demenzbetroffenen Menschen kommen beim Versuch, ihn vom Fahren abzuhalten oder ihn davon zu überzeugen, das Fahren einzustellen. Angehörige sehen sich dann teils hilflos einer Situation gegenüber, in der sie mit einer Gefährdung des Kranken und anderer Verkehrsteilnehmer sowie Problemen der finanziellen und rechtlichen Haftung rechnen. Dabei mangelt es oft an Unterstützung und Information durch Ärzte und Behörden. Mögliche Vorgehensweisen in der Beratung zur Unterstützung von Angehörigen zeigte Diplompsychologe *Günther Schwarz*, Stuttgart:

- Die Fahrtauglichkeit und mögliche Risiken und Gefahren genauer einschätzen versuchen: Findet das Fahren ausschließlich kontrolliert in Begleitung auf kurzen, wenig befahrenen Strecken oder eher allein und unkontrolliert statt? Welche Fahrweise zeigt der Betroffene und wie reagiert er emotional und kognitiv in schwierigen oder komplexen Situationen? Wann tritt Ermüdung beim Fahren ein?
- Die individuelle Bedeutung des Fahrens für den Betroffenen und seine Persönlichkeit einschätzen: Wesenszüge und Biographie, was ist für ihn wichtig, was stabilisiert sein Selbstwertgefühl? Wie reagiert er generell auf Veränderungen und Einschränkungen? Welche Strategien im Umgang mit ihm haben sich als hilfreich und erfolgversprechend erwiesen? Wie viel Einsichtsfähigkeit ist vorhanden? Auf wen hört er am ehesten?
- Positives Umdeuten, d. h. für das Beenden des Autofahrens Argumente finden, die der Betroffene positiv bewerten kann.
- Trainieren und Erleichtern alternativer Fortbewegungsmittel (gemeinsames Einüben der Benutzung von Bus, Taxi usw. soweit es möglich ist, ggf. die Bezahlung dieser Verkehrsmittel unabhängig vom Demenzbetroffenen regeln, da demenzkranke Menschen aufgrund neuartiger Ausgaben oft Sorge haben, existentiell gefährdet zu werden)
- Alternative Aktivitäten entwickeln, die dem demenzbetroffenen Menschen Kompetenzgefühl, Unabhängigkeit und Wertschätzung vermitteln (Ersatz für verloren gehende positive Aspekte des Autofahrens schaffen)
- Verbündete suchen (Familie, Arzt, Polizei usw.) und gemeinsam an einem Strang ziehen (eventuell gemeinsam ein ernsthaftes ruhiges Gespräch mit dem Betroffenen führen)
- Notfalls kreative Lösungen erproben (z. B. das Auto bei einem Verwandten abstellen und argumentieren, dass es in der Werkstatt ist; oder den Motor manipulieren, die Batterie abklemmen oder die Schlüssel verstecken. Diese Versuche sind nur sinnvoll, wenn der Demenzbetroffene bereits sehr vergesslich ist und die Erklärungen annimmt)
- Angehörige bei der Übernahme der Verantwortung unterstützen und sie in die Lage bringen, bewusst, überlegt und zielgerichtet zu handeln und sich nicht emotional aufzureiben
- Letzte Möglichkeit: Den Angehörigen raten, mit Behörden (Führerscheinstelle) Kontakt aufzunehmen und eine Fahrtauglichkeitsprüfung zu veranlassen. Dies ist mit Hilfe eines Attests, das die Demenzerkrankung bestätigt, möglich. (Die demenzbetroffenen Menschen verweigern dann häufig die Prüfung bzw. ignorieren die Aufforderung. Aufgrund dessen wird der Führerschein von der Polizei eingezogen).

sicherheit und von ggf. notwendigen Auflagen oder Beschränkungen.

Ein weiteres Hilfsmittel zur Erleichterung der Beurteilung der Fahreignung ist das von Hoffmann-Born mitentwickelte »Street Ready Tool«. Mit Hilfe des Programms auf CD-ROM kann der Arzt über die Auswahl der Haupt- und Nebendiagnosen die maßgeblichen risikobehafteten Symptome zuordnen, eine Risiko- und Verlaufsbetrachtung anstellen und individuelle Besonderheiten des Patienten berücksichtigen. Die Ergebnisse können gespeichert, dokumentiert und dem Patienten als Ausdruck zur Verfügung gestellt werden (s. a. S. 141).

Aufgaben des Arztes: Behandlung, Beratung und Aufklärung

Wichtig sei, dass Ärzte, die ältere Patienten behandeln, diese auch in der Frage der Fahrtauglichkeit entsprechend beraten und ggfs. kontrollieren, so Püllen. Um die Selbstständigkeit und Lebensqualität möglichst lange zu erhalten, sollte ärztlicherseits versucht werden, die gesundheitlichen Rahmenbedingungen zu optimieren. So sollten altersphysiologische Einbußen z. B. durch die Verordnung von Visus- und Hörhilfen kompensiert werden, Krankheiten wie Diabetes mellitus, Hypertonus, Epilepsie oder Morbus Parkinson bestmöglich behandelt und die Medikation im Hinblick auf fahrtauglichkeitsrelevante Nebenwirkungen optimiert werden (z. B. Ersatz trizyklischer Antidepressiva durch SSRI, keine langwirksamen Sedativa, Vorsicht bei Antihistaminika).

Inwieweit eine Verbesserung der Fahreigenschaften durch die Therapie mit Antidementiva erreicht werden kann, könne aufgrund fehlender Untersuchungen und Daten noch nicht beantwortet werden, sagte Füsgen und verwies auf den Hausärzttag in Bern 2011, wo *Prof. Dr. Andreas Stuck* die medikamentöse Option mit Memantine und Acetylcholinesterasehemmern angesprochen und empfohlen habe [11].

Unerlässlich sind Beratung und Aufklärung des Patienten und ggfs.

auch seiner Angehörigen durch den Arzt. »In jedem Fall sollte sich der Hausarzt bewusst sein, dass er hinsichtlich Erkrankung und Medikation gegenüber seinen Patienten eine Aufklärungspflicht hat, die sich auch auf das Führen eines Fahrzeugs erstreckt«, sagte Füsgen.

Rechtssicherheit für den Arzt

Wichtig für die Rechtssicherheit des Arztes ist zusätzlich die Dokumentation des Aufklärungsgesprächs, denn der Arzt ist bei Verletzung der Aufklärungspflicht haftbar, z. B. gegenüber der Versicherung im Falle eines Unfalls, erklärte Rechtsanwältin *Bärbel Schönhof*, Bochum. Ein Protokoll des Aufklärungsgesprächs sollte nach Möglichkeit durch den Patienten oder einen Angehörigen gegengezeichnet werden.

Wie steht es nun mit der ärztlichen Schweigepflicht? Nach einem Urteil des Bundesgerichtshofs von 1968 kann der Arzt nach Güterabwägung die Straßenverkehrsbehörde informieren: »Der Bruch der Schweigepflicht ist erlaubt, wenn dies zur Wahrung eines höherwertigen Rechtsguts (Leben, Gesundheit) erforderlich ist und dieses nicht anders geschützt werden kann«. Die Schutzwürdigkeit des Patienten gebietet jedoch Vorsicht, wenn es sich lediglich um eine Verdachtsdiagnose handelt. |Dr. Brigitte Bülau|

1. Dubinsky RM, Stein AC, Lyons K. *Neurology* 2000; 54: 2205-2211.
2. Burkhardt H, Gladisch R. *Internist* 2003; 44: 959-67
3. CocDJ, Quillian WC, Thorndike FP et al. *J Am Board Fam Pract* 1998; 11: 264-271
4. Ernst J, Krapp S, Schuster T et al. *Nervenarzt* 2010; 81: 79-85.
5. Herzog V. *Hausarzt Praxis* 2011; 4: 22-23.
6. http://www.dgn.org/images/stories/dgn/pdf/s3_Leitlinie_demenzen.pdf
7. Iversen DJ. *Neurology* 2010; 74:1316-24
8. Kaiser HJ. In: Oswald W, Lehr U, Sieber C, Kornhuber J (Hrsg). *Gerontologie*. Kohlhammer 2006, 387-391.
9. Mulsant B et al. *Arch Gen Psychiat* 2003; 60: 198
10. obx-medizinDirekt: nach Stoppe, aktiv 2011; 5/6: 22-23.
11. Stuck A. Therapieoptionen der Demenz. *Hausärzte-Tag Bern BIHAM*, 10.2.2011.
12. Weiß. *Dtsch Med Wschr* 2006; 131:2200

Quelle: 34. Workshop des Zukunftsforum Demenz: »Verkehrssicherheit und Demenz«, Frankfurt, 6.10.2012.