

Fahrtauglichkeit bei Leichter Kognitiver Störung und Demenz

Driving ability in mild cognitive impairment and dementia

Autor

Klaus Schmidtke^{1,2}

Institute

- 1 Rehaklinik Klausenbach, Nordrach
- 2 Ortenau Klinikum Offenburg-Gengenbach, Abt. Neurogeriatrie

Schlüsselwörter

Demenz, Leichte Kognitive Störung, Fahrtauglichkeit, Fahreignung

Key words

dementia, mild cognitive impairment, driving ability

eingereicht 26.06.2017

akzeptiert 18.09.2017

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-119988>

Fortschr Neurol Psychiatr 2018; 86: 37–42

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0720-4299

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Klaus Schmidtke

Rehaklinik Klausenbach

Klausenbach 1

77787 Nordrach

Tel.: +49 7838-82251

Fax: +49 7838-82428

E-Mail: k.schmidtke@rehaklinik-klausenbach.de

ZUSAMMENFASSUNG

Exekutive Leistungen, visuell-räumliches Denken und Verhaltenskontrolle sind für das sichere Autofahren wesentliche geistige Leistungen. Bei Demenz und Leichter Kognitiver Störung treten Defizite dieser Leistungen auf, die sich zu altersbedingten Defiziten addieren. Sie können durch eine angepasste Fahrweise nicht immer ausreichend kompensiert werden und führen ggf. schon im frühen Stadium zur Aufhebung der Fahrtauglichkeit. Neurologen und Psychiater kommt eine wichtige Rolle bei der Untersuchung, Aufklärung und ggf. Aussprache eines ärztlichen Fahrverbotes zu. Fehler und Unterlassungen können hier unter Umständen juristische Konsequenzen nach sich ziehen. Der vorliegende Beitrag stellt die relevanten Erkrankungen und die mit ihnen assoziierten kognitiven Störungen dar, gibt Empfehlungen für die neuropsychologische Untersuchung und die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen.

ABSTRACT

Executive functions, visuo-spatial processing and control of behaviour are pertinent for safe driving. In patients with mild cognitive impairment and dementia, these abilities can be impaired, in addition to age-related impairments, and driving ability can be compromised at an early stage. Neurologists and psychiatrists play an important role in the examination, counselling and, if required, the issuing of a medical driving ban. Mistakes in this process may ensue forensic sequelae for the involved physicians. The present article presents the relevant conditions and associated cognitive impairments, and gives some recommendations on the neuropsychological workup and on the communication with patients and relatives concerning driving.

Autofahren stellt je nach Situation sehr unterschiedliche kognitive Anforderungen: niedrig in vertrautem Gelände, bei Helligkeit, bei geringem Verkehr und mit einem Beifahrer, der die Richtung weist, hoch in unbekanntem Terrain, bei Dunkelheit, Regen und dichtem Verkehr, in Umleitungen und plötzlichen Gefahrensituationen. Eine turnusmäßige Überprüfung der Fahrtauglichkeit (auch: Fahreignung) älterer Fahrer erfolgt in Deutschland nicht, anders als in vielen anderen europäischen Ländern, zum Beispiel Schweiz, Italien, Niederlande, Großbritannien und Dänemark. Vom aktuellen Verkehrsminister und dem ADAC wird sie abgelehnt. Eine qualita-

tiv hochwertige Überprüfung, etwa ab 75 Jahren, wäre angesichts der wachsenden Millionenzahl älterer Autofahrer mit hohem Aufwand verbunden.

Die Informationsverarbeitungskapazität des Gehirns („flüssige Intelligenz“) nimmt im Alter und bei Erkrankungen ab. Dies wird umso relevanter, je höher die geistigen Anforderungen in Bezug auf Tempo, Menge und Komplexität sind. Autofahrer ab ca. 75 Jahren benötigen schon unter Routinebedingungen mehr bewusste Aufmerksamkeit und Konzentration und ermüden schneller [1]. Sie passen ihren Fahrstil in der Regel an ihre reduzierte kognitive

Leistungsfähigkeit an. Lebenslange Fahrpraxis und ein defensiver Fahrstil helfen, altersbedingte Defizite zu kompensieren. Dennoch verursachen sie pro gefahrenen Kilometer mehr Unfälle als jüngere Fahrer, und sind bei drei Viertel der von ihnen erlittenen Unfälle selbst die Verursacher. Fahrfehler treten vor allem in schwierigeren Verkehrssituationen auf. Ein mit dem Alter deutlich zunehmender Fahrfehler ist die Missachtung der Vorfahrt.

Bei älteren Fahrern mit ZNS-Erkrankungen addieren sich alters- und krankheitsbedingte kognitive Einschränkungen. Für Neurologen, Psychiater und Hausärzte ist es eine wichtige Aufgabe und Verantwortung, die Fahrtauglichkeit betagter oder kognitiv beeinträchtigter Patienten zu hinterfragen und zu prüfen. Ärzte müssen über eine eingetretene Fahruntauglichkeit aufklären und ein ärztliches Fahrverbot aussprechen. Sie müssen das Thema mit Betroffenen und Angehörigen aktiv ansprechen und bei Nichtbefolgung eines Fahrverbotes gegebenenfalls weitere Maßnahmen ergreifen.

Ein präventiver Entzug der Fahrerlaubnis durch Polizei und Führerscheinstelle erfolgt in der Regel nicht, auch wenn sie von Angehörigen über eine relevante Erkrankung eines Führerscheininhabers informiert werden. Polizei und Behörden greifen ein, wenn ein Autofahrer auffällig wird, zum Beispiel offenkundig unsicher fährt, wiederholte Verkehrsverstöße begeht, in nicht nachvollziehbarer Weise verunfallt, bei Kontrollen verwirrt wirkt oder sein Auto nicht findet und als gestohlen meldet. In der Regel wird dann die zuständige Führerscheinstelle benachrichtigt, die ein Verfahren zur Überprüfung der Fahrtauglichkeit in Gang setzt (meist verkehrsmedizinisches Gutachten, ausnahmsweise Medizinisch-Psychologische Untersuchung).

Im vorliegenden Beitrag wird auf die Fahrtauglichkeit für Fahrzeuge der Gruppe 1 gemäß den Begutachtungsleitlinien für Kraftfahrerngung [2] Bezug genommen, d. h. für PKW, Motorräder, Traktoren und Lieferfahrzeuge bis 3,5 Tonnen. Für die Gruppe 2 gelten besondere und wesentlich strengere Regeln, einschließlich der Pflicht zu einer turnusmäßigen medizinischen Untersuchung (u. a. Lastwagen ab 3,5 Tonnen, Personenbeförderung, Busse).

Stellvertretend für Arzt/Ärztin, Patient/Patientin etc. werden im Folgenden die Begriffe Arzt, Patient etc. verwendet.

Kognitive Anforderungen des Autofahrens

Die für das Fahren notwendigen geistigen Fähigkeiten können in etwa wie folgt zusammengefasst werden:

1. Exekutive Leistungen, d. h. die Fähigkeit, Sinneseindrücke und Verkehrssituationen schnell und richtig zu verarbeiten, schnell und richtig zu denken, zu entscheiden und zu handeln. Hierfür relevante Leistungen sind ausdauernde Vigilanz und Aufmerksamkeit, Denk- und Reaktionsgeschwindigkeit sowie Tempo und Präzision bei der motorischen Umsetzung von Lenk- und Bremsentscheidungen
2. Visuell-räumliches Denken: Autofahrer müssen ihren Fahrweg bis ans Ende des Sichtfeldes und darüber hinaus antizipieren. Besonders in unvertrauter Umgebung, bei Dunkelheit, in Kreisverkehren, Baustellen, Einmündungen, Umleitungen, Engpässen, Kreuzungen, beim Überholen, beim Abbiegen und in allen unübersichtlichen Situationen ist die Fähigkeit gefordert, den umgebenden Raum mental zu kartieren, Fahrwege anderer Verkehrsteilnehmer abzuschätzen, Abstände nach

vorne und zur Seite einzuschätzen, Geschwindigkeiten und Bremswege zu beurteilen

3. Urteilsvermögen und Verhaltenskontrolle: Sicheres Fahren erfordert komplexe geistige Leistungen einschließlich der vorausschauenden Analyse der Verkehrssituation (Straßenzustand, Verkehrszeichen, andere Verkehrsteilnehmer), des Unterlassens riskanter Fahrweisen (Ignorieren von Verkehrsregeln, schnelles Fahren, gefährliches Überholen) und der richtigen Einschätzung der eigenen Fähigkeiten und der Fahrzeugleistung beim Beschleunigen, Bremsen und Kurvenfahren

Notwendig sind weiterhin: gutes Sehvermögen, ausreichendes Hören, eine intakte Motorik der Arme und Beine und Kopfwendung nach hinten. Das Autofahren erfordert also cerebrale, kognitive und sensorische Leistungen, die fast alle funktionellen Systeme des Gehirns involvieren: Stirnhirn (Urteilsvermögen, Verhaltenskontrolle), frontal-subcortikale Netzwerke (exekutive Leistungen), cortikale Werkzeugeleistungen (visuell-räumliches Denken), Wahrnehmung und Motorik. Autofahren kann nur, wer in Bezug auf diese Fähigkeiten höchstens geringe Defizite aufweist, die durch eine angepasste Fahrweise weitgehend kompensiert werden können.

Wenn Fahrtauglichkeit grundsätzlich besteht, weil keine signifikanten organischen oder psychischen Erkrankungen vorliegen, kann ein Arzt dennoch empfehlen, das Fahren auf Situationen ohne besondere Anforderungen beschränken, z. B. bei guten Licht- und Witterungsverhältnissen oder im Nahbereich. Dies gilt besonders für Hochbetagte, bei Einnahme von Medikamenten, die benommen machen, sedieren oder anderweitig die Funktion des Gehirns beeinträchtigen, und nach stattgehabten Fahrfehlern, die noch nicht über das hinausgehen, was auch bei jüngeren Fahrern vorkommt.

Rechtliche Grundlagen

Die bestehenden Gesetze und Vorschriften zur Fahreignung bei Demenz sind vage und eher liberal formuliert, Testverfahren und Mindestleistungen sind nicht vorgegeben, die Auslegung obliegt daher dem Arzt oder Gutachter. Die deutsche Fahrerlaubnisverordnung (Anlage 4) schließt Personen mit „schwerer Altersdemenz und schwerer Persönlichkeitsveränderungen durch pathologische Alterungsprozesse“ von der Fahreignung aus, nicht jedoch Personen mit „Intelligenzstörungen“ und „chronischen hirnanorganischen Psychosyndromen“, wenn diese „leichtgradig“ sind und wenn keine „Persönlichkeitsstörung“ vorliegt. In den „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrerngung“ der Bundesanstalt für Straßenwesen [2] heißt es im Abschnitt 3.12.3 zu „Altersdemenz und Persönlichkeitsveränderungen durch pathologische Alterungsprozesse“, dass Personen mit „ausgeprägter seniler oder präseniler Demenz oder schwerer altersbedingter Persönlichkeitsveränderung“ nicht fahrtauglich sind. Gefahren ergäben sich „aus mangelnden sensorischen Leistungen oder erheblichen Reaktionsleistungsschwächen, so dass es zu Situationsverkennungen und Fehlreaktionen kommen kann. Verbinden sich mit solchen Schwächen Persönlichkeitsveränderungen, wie erheblicher Mangel an Einsicht und Kritik, dann entsteht die besonders gefahrenträchtige Kombination von Leistungsschwächen und falscher Einschätzung des eigenen Leistungsvermögens.“ Weiter heißt es: „...gewisse Leistungsminderungen sind bei allen Menschen im höheren Lebensalter zu erwarten. Es müssen also ausge-

prägte Leistungsmängel und schwere Persönlichkeitsveränderungen im Einzelfall nachgewiesen werden.“

Leichte Kognitive Störung (Mild Cognitive Impairment, MCI)

Jede degenerative Demenzerkrankung durchläuft ein MCI-Stadium, aber nicht jede leichte kognitive Störung im Alter ist das Vorstadium einer Demenz. Auch stabile kognitive Einschränkungen bei verschiedensten Erkrankungen können formal korrekt als „Leichte Kognitive Störung“ bezeichnet werden, zum Beispiel bei cerebrovaskulären Läsionen, kompensiertem Normaldruckhydrozephalus oder Tumoren. In Bezug auf die Fahrtauglichkeit stellen sich generell drei Fragen:

- Welche Erkrankung liegt vor, insbesondere: ist das Vorstadium einer degenerativen Demenzerkrankung zu vermuten?
- Welche kognitiven Defizite liegen aktuell vor?
- Welche Auswirkungen haben sie auf die Fahrtauglichkeit?

Faktoren, die das Autofahren zusätzlich beeinträchtigen können, müssen in Betracht gezogen werden: Störungen der Kopf- und Körperdrehung, der Motorik von Armen und Beinen, psychische oder internistische Vorerkrankungen, Medikamente, Sehen und Hören.

Fahrtauglichkeit bei „Amnestischer“ Leichter Kognitiver Störung Diese häufigste und markanteste Form einer MCI ist das Vorstadium der Alzheimer-Demenz. Im Vordergrund steht eine sehr deutliche Störung des Neugedächtnisses („amnestisches MCI“, aMCI). Oft liegen auch schon Einschränkungen „instrumenteller“, d. h. anspruchsvoller Alltagsaktivitäten vor, zum Beispiel für schriftliche und finanzielle Angelegenheiten und für den Umgang mit elektronischen Geräten. In Bezug auf das Autofahren führt die Neugedächtnisstörung dazu, dass neue Fahrwege schwer erlernt werden können oder ein geparktes Auto nur mit Mühe wieder gefunden wird. Altes Wissen, überlernte Fähigkeiten und einfache Informationsverarbeitung sind aber im Wesentlichen erhalten. Bei aMCI ist die Fahrtauglichkeit daher nicht unmittelbar aufgehoben. Wenn nachweislich keine zusätzlichen neurologischen, neuropsychologischen und psychiatrischen Symptome bestehen und keine Verkehrsverstöße vorgekommen sind, kann die Fahrtauglichkeit zunächst noch bejaht werden.

Bei aMCI kommt es jedoch in der Regel zu einer zunehmenden, zuweilen raschen Verschlechterung des Zustands im Zeitraum von einigen Monaten bis etwa zwei Jahren. Eine Aussage über eine noch erhaltene Fahrtauglichkeit kann daher nur mit engem zeitlichem Horizont gemacht werden. Angehörige und Patient sollten schon im MCI-Stadium darauf hingewiesen werden, dass die Fahrtauglichkeit wahrscheinlich in absehbarer Zeit aufgehoben sein wird. Eine Verlaufsuntersuchung und erneute Beurteilung von Diagnose, kognitivem Status und Fahrtauglichkeit muss daher, je nach Situation, in drei bis höchstens sechs Monaten folgen.

Ausnahmsweise kann im Vorstadium der Alzheimer-Demenz nicht die Neugedächtnisstörung, sondern eine Störung des visuell-räumlichen Denkens oder der Sprache im Vordergrund stehen. Die „Posteriore Cortikale Atrophie“ (PCA) ist eine biologische Variante der AD, die meist vor dem 60. Lebensjahr einsetzt und mit früher

Atrophie des parieto-occipitalen Cortex einhergeht. Hier sind visuell-räumliche Denkstörungen führend, deshalb ist die Fahrtauglichkeit schon früh, also in ihrem MCI-Stadium, aufgehoben.

Fahrtauglichkeit bei vermuteter Frontotemporaler Demenz Das Vorstadium der Frontotemporalen Demenz (FTD) ist, ebenso wie die FTD selbst, klinisch sehr variabel und schwieriger zu diagnostizieren als ein aMCI. Je nach Verlaufstyp können im Vordergrund stehen: Wesensänderung, Antriebsstörung und Verhaltensauffälligkeiten (frontaler Typ der Erkrankung), Sprachstörung (Primär Progressive Aphasie bei führender links-temporalen Degeneration) und Verlust von allgemeinem Wissen, einschließlich Benennstörung (Semantische Demenz bei führender bitemporaler Degeneration). Bei einer frontalen Atrophie, die bereits in der Bildgebung erkennbar ist, und/oder bei Vorliegen einer Stirnhirnsymptomatik, ist die Fahrtauglichkeit sofort und dauerhaft aufgehoben, weil davon auszugehen ist, dass die Verhaltenskontrolle beeinträchtigt ist – auch wenn andere kognitive Leistungen und Testbefunde anscheinend noch normal sind [1]. Hinweisende klinische Symptome sind wesensfremde und impulsive Handlungen und Äußerungen, Veränderungen des emotionalen Erlebens und sozialen Verhaltens, Störung des Denk-, Einsichts- und Urteilsvermögens, und Antriebs- und Sprachantriebsstörung. Nur bei alleiniger Störung der Sprache kann die Fahrtauglichkeit vorübergehend noch bejaht werden.

Fahrtauglichkeit bei hypokinetisch-rigiden Syndromen: Die Kombination aus Bewegungsstörung und kognitiven Einschränkungen besteht vor allem bei diesen degenerativen Erkrankungen: Lewy-Körperchen-Demenz (LBD), Progressive Supranukleäre Parese (PSP) und Cortiko-Basale Degeneration (CBD). Schon im Vorstadium können kognitive und motorische Störungen bestehen, die die Fahrtauglichkeit kritisch mindern: Störung des visuell-räumlichen Denkens (LBD und CBD), Gliedapraxie und zentral-sensorische Störung (CBD), Hypokinese und Reduktion exekutiver Leistungen wie Aufmerksamkeitskapazität, Denk- und Reaktionsgeschwindigkeit (alle).

Idiopathische Parkinson-Krankheit (PD): Lt. Fahreignungsverordnung dürfen Patienten (nur) „bei leichter Erkrankung und erfolgreicher Therapie“ noch fahren. Die Fahrtauglichkeit ist zunächst durch die Hypokinese infrage gestellt, vor allem soweit das rechte Bein betroffen ist. Bei der PD kommt es jedoch auch zu einer Minderung exekutiver Leistungen, so dass die Fähigkeit zum schnellen Denken und Reagieren zurückgeht („Bradyphrenie“). Im frühen Stadium wirken die Patienten meist wenig beeinträchtigt und können noch ein annähernd normales Berufs- und Alltagsleben führen. Eine deutlichere exekutive Dysfunktion und Hypokinese wird im Krankheitsverlauf evident; spätestens dann ist die Fahrtauglichkeit infrage gestellt. Nur in einer Minderzahl der Fälle entwickelt sich nach langjährigem Verlauf der PD das Vollbild einer Demenz (Parkinson-Demenz).

Fahrtauglichkeit bei MCI nicht-degenerativer Ätiologie Eine kognitive Einschränkung im Alter kann auch durch nicht-degenerative Schädigungen des Gehirns entstehen, zum Beispiel Traumen, Schlaganfall oder neurochirurgische Eingriffe. Nach abgeschlossener Therapie, bei einmaliger Schädigung und fehlender Progression besteht grundsätzlich ein Erholungspotential und ggf. die Mög-

lichkeit, die Fahrtauglichkeit zurück zu gewinnen. Eine genauere Testuntersuchung ist in der Regel notwendig, ggf. ergänzt durch eine Fahrprobe. Bei Stirnhirnprozessen mit Verhaltensauffälligkeit wie Aggressivität oder Impulsivität besteht keine Fahrtauglichkeit mehr. Bei progredienten nicht-degenerativen Hirnerkrankungen, wie zum Beispiel Normaldruckhydrocephalus oder CADASIL, gilt grundsätzlich das Gleiche wie bei Vorstadien degenerativer Erkrankungen, d. h. es sind Testuntersuchung, klinische Beurteilung und Nachuntersuchung notwendig. Bei hypertensiver cerebraler Mikroangiopathie besteht eine wesentlich geringe Progressionsneigung als bei aMCI. Ausgeprägte Werkzeugstörungen des Gedächtnisses und des visuell-räumlichen Denkens liegen hier meist nicht vor. Entsprechend kann die Fahrtauglichkeit, je nach Anamnese, Gesamteindruck und Testergebnissen, positiver beurteilt werden.

Fahrtauglichkeit bei manifester Demenz

Die definitorischen Merkmale einer beginnenden Demenz sind (1) neu auftretende Defizite von Alltagskompetenzen, zum Beispiel berufliche Tätigkeiten, selbständige Aktivitäten außer Haus, Bedienung von Geräten, (2) eine dadurch bedingte wesentliche Einschränkung der Selbständigkeit, und (3) kognitive Werkzeugstörungen, die über eine reine Gedächtnisstörungen hinausgehen, insbesondere:

- M. Alzheimer: Störung des visuell-räumlichen Denkens
- Frontotemporale Demenz, frontaler Typ: Störung von Urteilsvermögen, Verhaltenskontrolle und exekutiven Leistungen
- Primär Progressive Aphasie: Störung der Sprache
- Lewy-Körperchen-Demenz: Störung der exekutiven Leistungen und des visuell-räumlichen Denkens
- Progressive Supranukleäre Parese: Störung der exekutiven Leistungen
- Cortikobasale Degeneration: Störung der Stereognosis, der manuellen Praxis und der exekutiven Leistungen

Die genannten kognitiven Störungen führen zur Fahrtauglichkeit, wenn sie mehr als geringfügig ausgeprägt sind. Einzige Ausnahme ist die anfangs ggf. noch isolierte Sprachstörung bei Primär Progressiver Aphasie.

Klinische und neuropsychologische Untersuchung

Die Beurteilung der Fahrtauglichkeit setzt die richtige Diagnose und die Kenntnis des aktuellen geistigen Leistungsvermögens voraus. Eine Fremdanamnese zur geistigen Leistungsfähigkeit und zum Autofahren ist notwendig. Dabei sollten folgende Fragen gestellt werden:

- Hinweise für Störungen des visuell-räumlichen Denkens: Probleme beim Ablesen von Uhren, Ausfüllen von Formularen, handwerklichen Tätigkeiten, Orientierung außer Haus, Kopfrechnen
- Hinweise für „exekutive“ Störungen der Informationsverarbeitung: Verlangsamung im Denken, Handeln und Sprechen, Auffassungsstörung

- Hinweise für Störungen von Verhaltenskontrolle und Urteilsvermögen: wesensfremde Verhaltensweisen, Antriebs- und Sprachantriebsminderung, mentale Einengung und Rigidität, falsche Selbsteinschätzung
- Konkrete Hinweise für geminderte Fahrtauglichkeit: zögerliches, unsicheres und stark eingeschränktes Fahren, Desorientierung, Unfälle, Verkehrsverstöße, Blechschäden beim Parken und Rangieren, zu geringer Abstand zu Radfahrern etc.

Wichtig für die Diagnosestellung und die Fahrtauglichkeit ist weiterhin die klinische und neuropsychologische Untersuchung:

- Körperlich-neurologische Untersuchung, mit besonderem Augenmerk auf Motorik und Koordination sowie die fingerperimetrische Gesichtsfeldprüfung
- Psychischer Befund in Bezug auf Wachheit, Auffassung, Tempo, Einsicht und Flüssigkeit im Gespräch und bei der Testuntersuchung
- Neuropsychologische Testuntersuchung, zumindest von visuell-räumlichem Denken und Tempo-abhängigen exekutiven Leistungen

In der neurologischen oder psychiatrischen Praxis kommen in der Regel Screening-Tests zur Entdeckung einer Demenz zur Anwendung (DemTect, Mini Mental-Test, Uhrenzeichnen). Sie können eine MCI oder Demenz nahelegen und Hinweise für Störungen von kognitiven Werkzeugleistungen geben, vor allem in Bezug auf visuell-räumliches Denken (Figurenzeichnen im Mini Mental-Test, Uhrenzeichnen) und verbales Gedächtnis (Spätabruf von Wörtern). Tempoabhängige Leistungen werden in den genannten Screening-Tests nur durch die Wortflüssigkeitsaufgabe des DemTect evaluiert. Für eine angemessene MCI- und Demenzdiagnostik in der Arztpraxis oder Gedächtnissprechstunde ist jedoch stets eine weitergehende Testuntersuchung mit standardisierten Tests erforderlich, die die relevanten kognitiven Werkzeugleistungen einzeln prüfen, zum Beispiel mit der CERAD-Testserie [3]. Speziell mit Blick auf die Fahrtauglichkeit sind in der neurologisch-psychiatrischen Praxis folgende einfache Tests praktikabel:

- Visuell-räumliches Denken: Figurenzeichnen aus dem CERAD, Figurenlegen und Mosaiktest aus dem Wechsler Intelligenztest für Erwachsene, Uhrenlesen [4]
- Tempo-abhängige exekutive Leistungen: PC-basierte Tests der Wahlreaktionsgeschwindigkeit, Papier- und Bleistift-Tests wie der Zahlenverbindungstest in der „geriatrischen“ Version (ZVT-G aus dem Nürnberger Altersinventar [5])

Von einer subnormalen Leistung kann, bei standardisierten Tests, unterhalb minus einer Standardabweichung gesprochen werden (kleiner als Prozentrang 16), von einer pathologischen Leistung unterhalb minus zwei Standardabweichungen (kleiner als Prozentrang 3).

Externe Prüfung der Fahrtauglichkeit

Ein Arzt kann zunächst Angehörige auffordern, probeweise mit dem Betroffenen zu fahren, soweit sie kein persönliches Interesse an dessen Fahrtauglichkeit haben. Eine weitergehende Prüfung kann sinnvoll sein, wenn zum Beispiel ein stabiles MCI nach einmaliger

cerebraler Schädigung vorliegt oder ein älterer Fahrer auffällig geworden ist. Infrage kommen eine inoffizielle, aber standardisierte Fahrprobe in einer Fahrschule oder eine formelle Probe z. B. beim TÜV. Bei vermuteten Vorstadien einer Demenzerkrankung ist eine solche Maßnahme jedoch fragwürdig, weil sich der aktuelle Status durch die Progression der Erkrankung bald verschlechtern wird. Bei uneinsichtigen Patienten können Fehler bei der Fahrprobe unter Umständen dazu beitragen, ein Fahrverbot zu akzeptieren. Eine weitere Option ist die Testuntersuchung an einem Fahrsimulator.

Entscheidung über ein ärztliches Fahrverbot

Ein ärztliches Fahrverbot hat keine unmittelbare rechtliche Wirksamkeit, es ist formal als Warnung aufzufassen. Es ist jedoch insofern juristisch relevant, als sich die rechtliche Situation nach Aussprache und Dokumentation des ärztlichen Fahrverbotes für den Betroffenen ändert: Handelt er zuwider, wird dies als grobe Fahrlässigkeit oder sogar Vorsatz eingestuft.

Wesentlich für die Entscheidung sind die Fremdanamnese in Bezug auf das Autofahren, die medizinische Diagnose, der klinische Befund und die neuropsychologische Testleistung. Bei manifester Demenz ist das Unfallrisiko mehrfach erhöht. Die Fahrtauglichkeit ist aufgehoben, wenn eine der drei oben genannten kognitiven Domänen relevant beeinträchtigt ist, auch wenn keine Demenz vorliegt. **Bei manifester Demenz, gleich welcher Genese und welchen Stadiums, ist eine klare Entscheidung kontra Fahrtauglichkeit immer gerechtfertigt.** Die Schwelle von der Leichten Kognitiven Störung zur Demenz wird überschritten, wenn infolge einer progredienten und irreversiblen kognitiven Störung die Selbstständigkeit im Alltagsleben wesentlich eingeschränkt ist. Maßstab ist dabei das Niveau, das für die betreffende Person und ihr Lebensalter normal ist. Im Zweifelsfall muss ein Fahrverbot schon bei eben beginnender manifester Demenz erteilt werden. Diese „strenge“ Regel hat die Vorteile der Klarheit und der Sicherheit, zumal sich der Zustand des Patienten aller Voraussicht nach in Kürze soweit verschlechtern wird, dass letzte Zweifel an der Fahrtauglichkeit verschwinden werden. De facto ist es bisher so, dass ein hoher Prozentsatz der Demenzkranken, v. a. ältere Männer, noch Auto fährt.

Gesetze und Verordnungen kennen keine „eingeschränkte“, sondern nur eine gänzlich aufgehobene Fahrtauglichkeit. Bei Fahrverbot können also keine Ausnahmen für Autofahren im Nahbereich etc. gemacht werden. Der Betroffene darf das Auto keinen Meter mehr bewegen.

Bei Leichter Kognitiver Störung und bei Patienten, die eben an der Grenze zu einer beginnenden Demenz stehen, ist die Situation weniger klar und erfordert eine individuelle Beurteilung der geistigen, motorischen und Sinnesleistungen, die das Autofahren erfordert, unter Einbezug der wahrscheinlichen Grunderkrankung und der für sie typischen kognitiven Defizite (siehe oben). Pathologische Ergebnisse in Tests exekutiver und visuell-räumlicher Leistungen sprechen gegen die Fahrtauglichkeit.

Kommunikation mit Patienten und Angehörigen

Für den niedergelassenen und den Klinik-Arzt bestehen bei Fahruntauglichkeit infolge von Demenz folgende Pflichten:

- Er muss dem Patienten unmissverständlich erklären, dass keine Alterserscheinung, sondern eine Erkrankung des Gehirns besteht, dass pathologische Testergebnisse geistiger Leistungen bestehen, und dass deshalb ab sofort und lebenslang ein totales Fahrverbot besteht, auch für „kurze Strecken“, „im Ort“ etc. Bei MCI und eben noch bestehender Fahrtauglichkeit sollte er die bevorstehende Fahruntauglichkeit ankündigen und eine Nachuntersuchung planen
- Er muss das Fahrverbot mit den Angehörigen besprechen und sie in die Verantwortung dafür nehmen, dass es eingehalten wird, und dass sie andernfalls das Fahrzeug unbrauchbar machen oder entziehen
- Er muss das Fahrverbot und die Aufklärung darüber in der Akte und im Arztbrief dokumentieren, verbunden mit einem Appell an den Hausarzt, dies auch von seiner Seite gegenüber dem Patienten und den Angehörigen zu vertreten und die Befolgung aktiv zu überprüfen. Eine unzureichende Information oder Dokumentation der Fahruntauglichkeit ist ein gravierender Aufklärungsfehler. Wenn ein Arzt ignoriert, dass sein Patient offensichtlich gegen ein Fahrverbot verstößt, sind zivil- und strafrechtliche Konsequenzen möglich
- Es besteht keine Meldepflicht, d. h. Pflicht, ohne besonderen Anlass eine Mitteilung an die Führerscheinstelle zu machen. Bei Autofahren trotz Fahruntauglichkeit und Fahrverbot ist jedoch „Gefahr im Verzug“. Bei rechtfertigendem Notstand nach § 34 des Strafgesetzbuchs muss der Arzt die Rechtsgüter des Schutzes der Öffentlichkeit und der Schweigepflicht abwägen und ggf. eine Meldung an die Führerscheinstelle machen (mit Informierung des Patienten). Eine Strafverfolgung wegen Bruchs der Schweigepflicht droht in dieser Situation nicht. Die Behörde veranlasst ein fachärztliches Gutachten bei einem verkehrsmedizinisch fortgebildeten Arzt.

Manche Betroffene weisen trotz aller Argumente ein ärztliches Fahrverbot zurück, weil sie uneinsichtig sind oder meinen, auf das Fahren nicht verzichten zu können. Tatsächlich können viele Demenzkranke ein Fahrzeug mechanisch noch beherrschen und unter einfachen Bedingungen fahren. Angehörige zeigen sich zum Teil unwillig oder außer Stande, ein Fahrverbot durchzusetzen. Ggf. unterstützen sie den Betroffenen als Beifahrer, indem sie den Verkehr beobachten und Hinweise geben. Sie müssen jedoch verstehen, dass Fahren bei Fahruntauglichkeit ein schwerwiegendes Fehlverhalten darstellt, dessen Risiko dem Fahren unter Alkoholeinfluss vergleichbar ist. Im Gespräch kann es sinnvoll sein, die Frage zu stellen, ob die Angehörigen ihre Kinder oder Enkel noch mit dem Betroffenen fahren lassen würden. Wenn hier Zweifel geäußert werden, wird die Notwendigkeit eines Fahrverbots anschaulicher. Ein weiteres Argument bezieht sich auf die Haftpflichtversicherung. Sie kann nach einem Unfall unter Umständen Kenntnis davon erlangen, dass die Fahrtauglichkeit in Zweifel stand. Dann kann ggf. grobe Fahrlässigkeit oder Vorsatz unterstellt und ein Regressanspruch ge-

genüber dem Unfallverursacher erhoben werden, denn jeder Autofahrer hat die gesetzliche Pflicht zu prüfen, ob er fahrtauglich ist.

Wenn keine andere Möglichkeit besteht, ein notwendiges Fahrverbot durchzusetzen, muss durch die Angehörigen das Fahrzeug entfernt oder unbrauchbar gemacht werden oder es müssen die Schlüssel entzogen werden, notfalls nach Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung im Eilverfahren und unter Hinzuziehung der Polizei.

Ärzten fällt es nicht leicht, Verbote auszusprechen oder die Schweigepflicht zu brechen, weil es ihr Verhältnis zum Patienten belastet. Sie müssen in dieser Sache jedoch ihre Vertrauensstellung und Autorität konsequent einsetzen und das Thema schon bei betagten Patienten und herausziehenden Erkrankungen frühzeitig anzusprechen, um bei den Betroffenen und Angehörigen den „Ablösungsprozess“ in Gang zu setzen. Angehörige und auch Patienten wünschen sich vielfach, dass das Thema angesprochen wird (6). In den meisten Fällen lässt sich ein Fahrverbot ohne größeres Zerwürfnis durchsetzen.

Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Wolter, DK. Beginnende Demenz und Fahreignung. Teil I: Grundlagen. Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie 2014; 47: 243–252
- [2] Bundesanstalt für Straßenwesen (BAST): Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung, überarbeitete Fassung vom 28.12.2016. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit, Heft M 115
- [3] Satzger W, Hampel H, Padberg F et al. Zur praktischen Anwendung der CERAD-Testbatterie als neuropsychologisches Defizitscreening. Nervenarzt 2001; 72: 196–203
- [4] Schmidtke K, Olbrich S. The Clock Reading Test – validation of an instrument for the diagnosis of dementia and disorders of visuo-spatial cognition. International Psychogeriatrics 2007; 19: 307–321
- [5] Oswald WD, Fleischmann UM. Das Nürnberger-Alters-Inventar (kurz: NAI). Göttingen: Hogrefe, 1997.
- [6] Leve V, Ilse K, Ufert M et al. Autofahren und Demenz. Ein Thema für die Hausarztpraxis?! Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie 2017; 50 (Suppl. 2): S55–S62