

Fachtagung „Demenz und Recht“, Donnerstag, 01.09.2022
Alzheimer Gesellschaft Duisburg e.V.

Patientenzentrierte Demenzdiagnostik in der Hausarztpraxis

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



Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.
Selbsthilfe Demenz



GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Inhalt

1. Die Hausarztpraxis
2. Demenz in der Hausarztpraxis
3. Ideen für den diagnostischen Prozess
4. Autofahren und Demenz

1. Die Hausarztpraxis

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

Arthur Schopenhauer

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 Ansprechpartner/in für Patienten/innen und Angehörige
- Hausärzte/innen betonen „Autofahren und Demenz“ als Problem



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

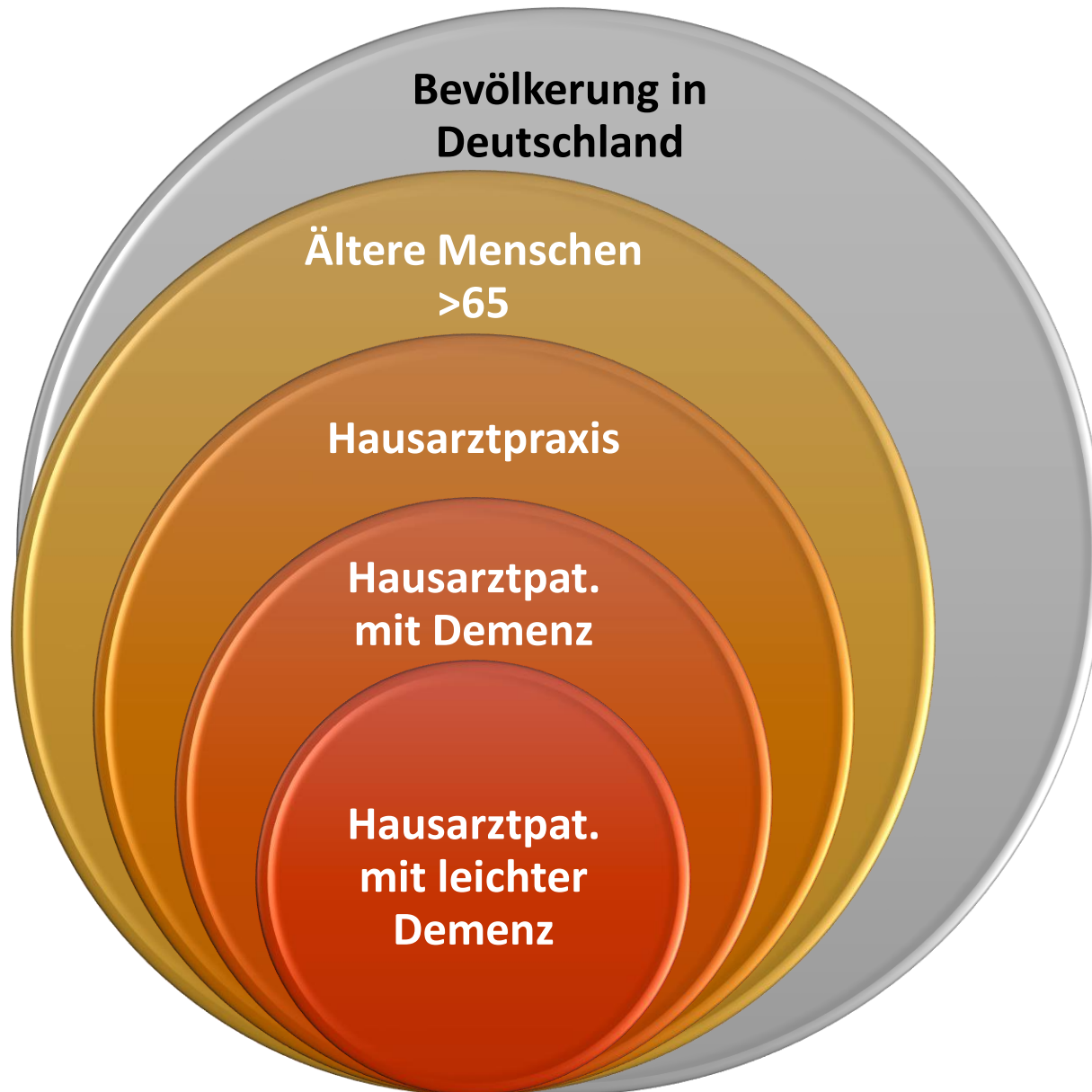
Arbeitsbereich Hausarztpraxis:

- 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)

2. Demenz in der Hausarztpraxis

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. 42.000 Hausarztpraxen
- pro Praxis ca. 1.300 Patienten/innen pro Jahr
 - davon ca. 28% ≥ 65
 - davon ca. 9% mit Demenz
 - davon ca. 29% mit leichter Demenz (= Gruppe, um die es primär bei der Früherkennung geht)

→ pro Hausarztpraxis ca. 33 Patienten/innen mit Demenz, davon 9-10 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!

Weiteres Problem:

Demenzen werden in der Hausarztpraxis nicht gut erkannt!

Welt-Alzheimer Report „Journey through the diagnosis of dementia“ 2021:

Weltweit erhalten rund 75 Prozent der Erkrankten keine Diagnose, in Ländern mit geringem oder mittlerem Einkommen sind es bis zu 90 Prozent – doch auch [in Deutschland](#) sind es [weniger als 50 Prozent der Betroffenen, bei denen die Krankheit von einem Arzt diagnostiziert wird](#).

Aufgrund der [Corona-Pandemie](#) kam es zu zusätzlichen [Verzögerungen](#) bei der Diagnosestellung, wie rund 90 Prozent der befragten Ärzte berichteten.

Auf den tsunamiartigen [Anstieg der Nachfrage](#) nach Diagnostik, sobald einfachere Diagnose-Methoden und möglicherweise medikamentöse Therapien zur Verfügung stehen, sind die Gesundheitssysteme [nicht vorbereitet](#).

3.242 Hausarzt-Patienten
> 75 Jahre



138 Hausärzte: klinisches Urteil
(Demenz: ja oder nein?)



Studienmitarbeiter: Interview,
neuropsychologische Untersuchung,
Angehörigenbefragung → Diagnose



Vergleich

Ergebnis Demenzerkennung:

		Demenz		
		ja	nein	
HA-Urteil	„Demenz“	28	92	120
	„keine Demenz“	27	2.147	2.174
		55	2.239	2.294

- Hausärzte **überschätzten** die Häufigkeit von Demenzen.
- Die Hälfte der Demenz-Fälle wird übersehen.
- Ein positives Hausarzt-Urteil stimmt nur in etwa einem Viertel der Fälle mit der Demenz-Diagnose überein.

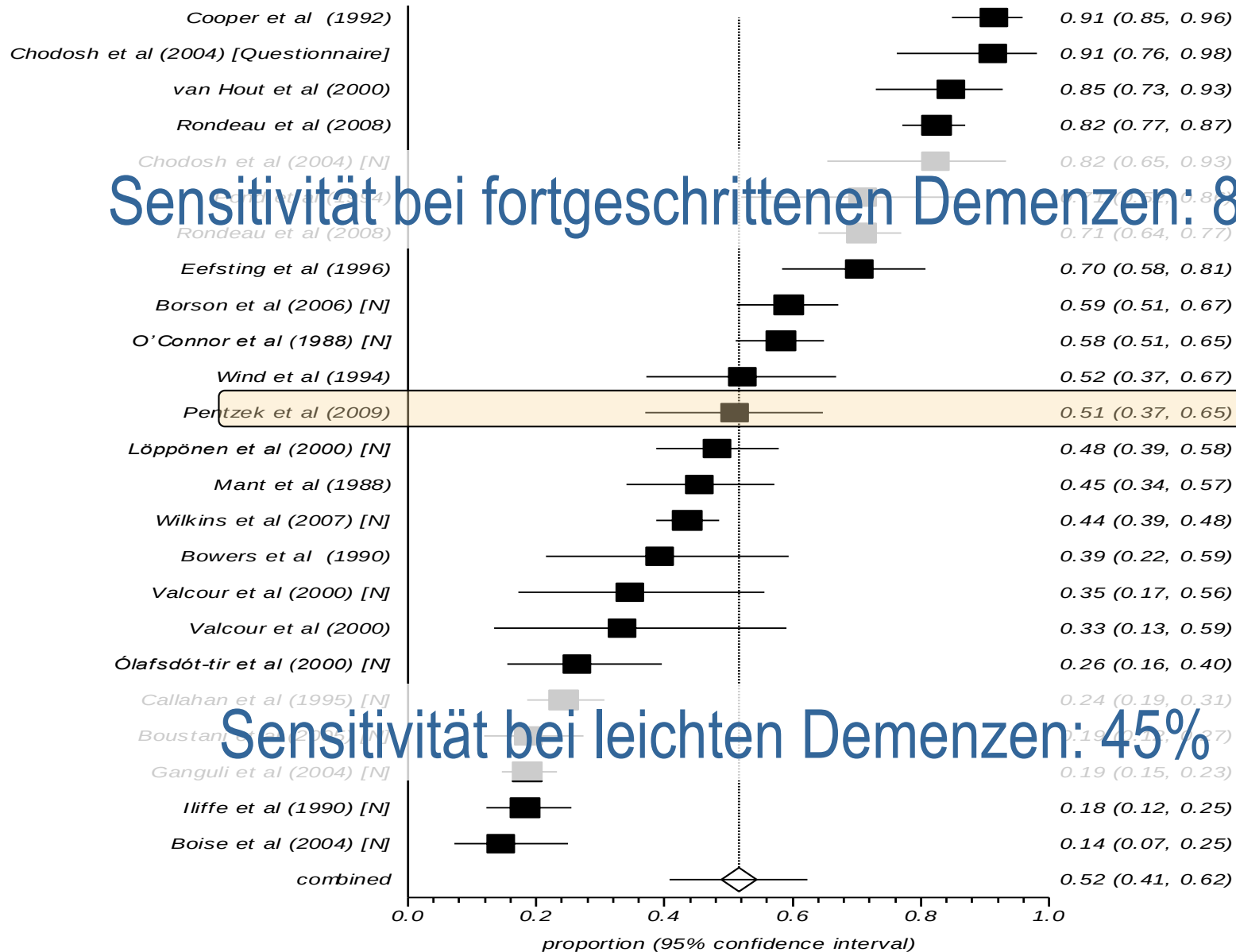
Sensitivität: 51,4%

Spezifität: 95,9%

PPV: 23,6%

NPV: 98,8%

Proportion meta-analysis plot [random effects]



Mögliche Gründe für schlechte Demenzerkennung:

Einer der wichtigsten Gründe: Merkmale der Erkrankung:

- langsamer Beginn und schleichender Verlauf
- teils sehr leichte Frühsymptome
- oft von Patient:in nicht berichtet, teils kaschiert
- schwer zu unterscheiden, insb. von „altersgemäßer“ Vergesslichkeit und Depression
- zumeist nicht die einzige und nicht die dringlichste Erkrankung eines/r Patient:in

Theoretisches Wissen als Grund für schlechte Demenzerkennung:

Eher guter Kenntnisstand	Eher schlechter Kenntnisstand
Symptomatik und Verlauf	Prävalenz
medikamentöse Therapie	diagnostisches und differenzialdiagnostisches Vorgehen
Pflegeversicherung	soziale Unterstützungsangebote

Affektive Gründe für schlechte Demenzerkennung:

eigene Angst vor der Erkrankung

Tabuisierung kognitiver Defizite durch Verdrängung und Rationalisierung

Scham vor Testung und Aufklärung

Angst vor Patientenverlust

mangelnde Selbstwirksamkeit

„Therapie vor Diagnostik“

Hilflosigkeit und Frustration bei der Versorgung

„caring“ versus „curing“

Sinnlosigkeit der Behandlung

Distanziertheit gegenüber dem Patienten „ohne menschlichen Verstand“

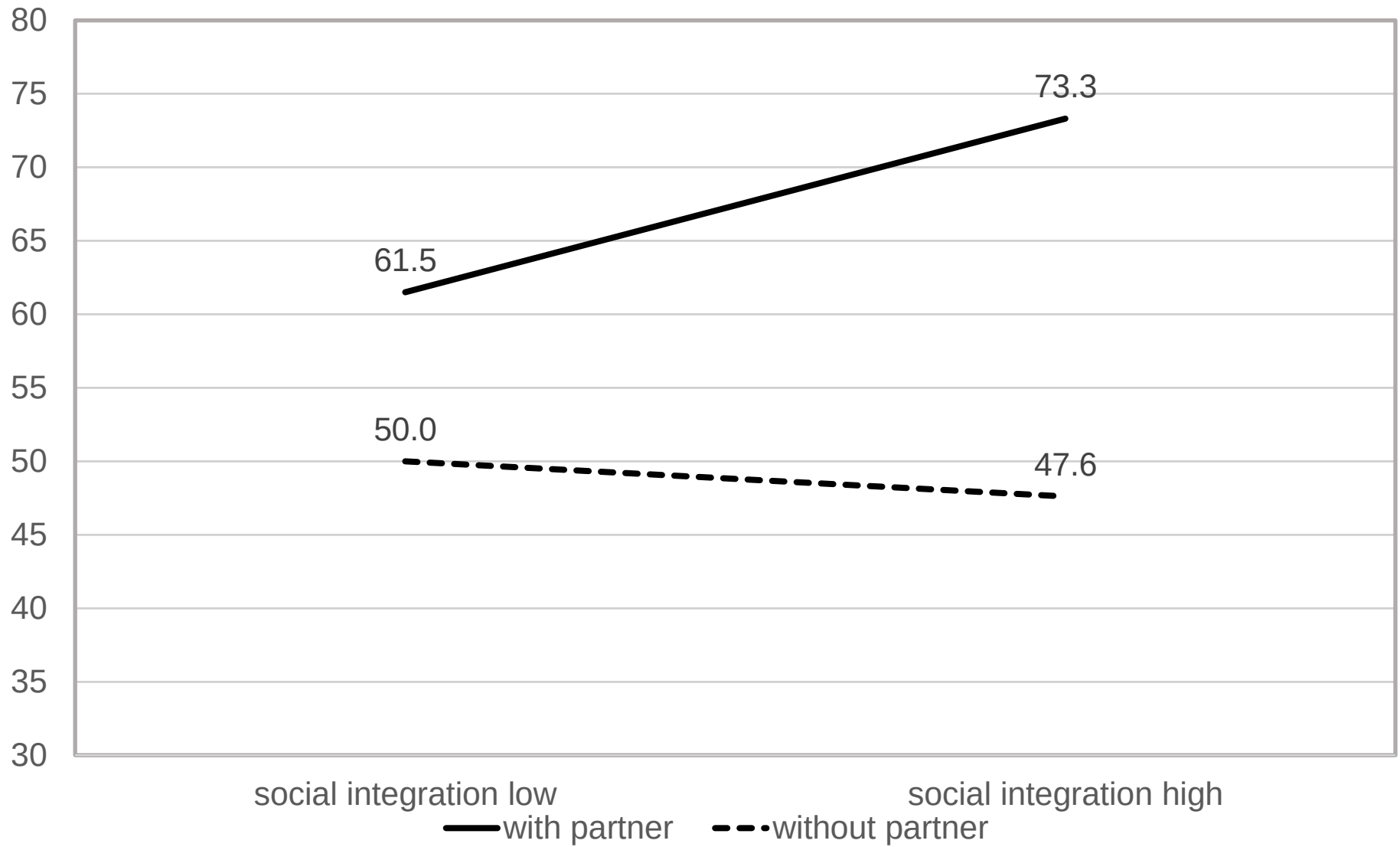
Externe Gründe für schlechte Demenzerkennung:

Zeit	Arzt-Patient-Angehörigen-Triade	Kosten
diagnostisches Vorgehen zu aufwändig (z.B. Tests)	komplexere Entscheidungsprozesse	Antidementiva zu teuer
Betreuung im Krankheitsverlauf zu aufwändig	Autonomie des Patienten gefährdet	Case-Management zu teuer
Organisation von Hilfsangeboten zu aufwändig	unrealistische Vorstellungen von Diagnostik und Therapie seitens der Angehörigen	Unsicherheit bei Abrechnung von Testverfahren
	mangelnde Kooperation seitens der Angehörigen	
	sonstige Kommunikationsprobleme	

Hausarzturteil

- Höheres Risiko für falsch-positives Urteil u.a. bei älteren Patienten, Depression, Schwerhörigkeit und Mobilitätseinschränkungen: Bias: Halo-Effekt, illusorische Korrelation, Kommunikationsprobleme (Schwerhörigkeit) (Pentzek et al. Am J Geriatr Psychiatry 2009)
- Höheres Risiko für übersehene Demenz bei allein lebenden Patienten: fehlt Auftrag? fehlen diagn. Informationen? fehlt Relevanz? (Pentzek et al. Z Allg Med. 2017)

% erkannte Demenzfälle



Hausärzte übersehen eine kognitive Störung²⁴ eher bei **gut bekannten** Patienten

Hypothese a): Das gefestigte Bild vom gut bekannten Patienten:
confirmation bias (Bestätigungsfehler)



„Man kennt die Patienten und man weiß ja häufig viel von den Patienten oder von den Angehörigen, aber es ist häufig auch so, dass man die Patienten doch falsch einschätzt ... Also ... auch wenn man die Patienten länger kennt,....“

Very often you know these patients very very well and have seen them over many years ... and maybe you don't notice, [...] their lack of memory and then its really only when a crisis occurs, [...] that sort of makes everybody stand back and say 'oh my God its really obvious'.

Hausärzte übersehen eine kognitive Störung²⁵ eher bei **gut bekannten** Patienten

Hypothese b): „Nicht-wahrhaben-wollen“:
Overidentification / Mildefehler



Bei sehr gut bekannten Patienten ist es oft schmerzlicher, einen kognitiven Abbau erkennen zu müssen, so dass bei diesen Patienten die arztseitige Tendenz zur Verdrängung und Verharmlosung („das ist so im Alter“) stärker sein könnte.

“Several physicians stated the deep sadness they feel when caring for a person they have known for some time as that person loses cognitive function”.

Wollny A, [...], Pentzek M. Zwischen Nähe und Distanz. Eine Studie zu hausärztlichen Wahrnehmungsweisen von an Demenz erkrankten Personen. Z Allg Med 2010;86:425-34

Adams et al. Physicians' perspectives on caring for cognitively impaired elders. Gerontologist 45.2 (2005): 231-9.
Pentzek et al. Gen Intern Med 2009; 213:34-39.

3. Ideen für den diagnostischen Prozess

Teile einer möglichen Lösung

- ein hausärztliches diagnostisches Konzept zur Frühwahrnehmung kognitiver Defizite
- das Einbeziehen der Betroffenen in den diagnostischen Prozess

Frühwahrnehmung möglicher demenzieller Symptome (diagnostische Triggerphase)

1) Frühes Wahrnehmen von Warnsignalen für kognitive Veränderungen

(auch ohne weitere Diagnostik und ohne Aufklärung immer sinnvoll)

...über **Sorgen** des/der Patienten/in selbst

Sorgen ernstnehmen und im Verlauf beobachten; genauere Anamnese erheben, Thematisieren der Sorgen (siehe Schritt 2).

...über direkte **Hinweise** in der Praxis

wahrgenommene Auffälligkeiten **im Praxisteam besprechen**; kurze Beobachtungsphase zwecks „Absicherung“

...über **Angehörigen-Berichte** (CAVE!)

Angehörige bitten, den/die **Pat. zum Besuch in der Praxis zu ermutigen**; sonst: kein Patientenauftrag = kein weiteres diagn. Vorgehen, sondern ausschließlich Konzentration auf Begleitung des/der Angehörigen (Bedürfnisse, Ängste, Information)

2) Thematisieren der Sorgen/Hinweise mit Patient/-in

(erste Annäherung an das Thema, ohne unbedingte Benennung eines Demenzverdachts)

Beispiel: „Vielleicht haben Ihre Sorgen etwas mit Ihren Medikamenten zu tun [oder Ernährung etc.]. Sollen wir uns die mal **gemeinsam anschauen?**“

Beispiel: „Sie kommen mir in letzter Zeit etwas verändert vor; kann das an Ihren Medikamenten [oder Ernährung etc.] liegen? Sollen wir uns die mal **gemeinsam anschauen?**“

Beispiel (im Falle einer gemeinsamen Konsultation von Angehörigen/r/m UND Patient/-in): „Sie wirken auf [Namen des/r Angehörigen] etwas verändert. Vielleicht liegt das an Ihren Medikamenten [Ernährung etc.]. Sollen wir uns die mal **gemeinsam anschauen?**“

Anbieten eines „**geriatrischen Blicks**“ (auf Medikamente/Ernährung/Lebenssituation/Gebrechlichkeit); Gelegenheiten, um Kognition aufzugreifen: Medikamentencheck, Hausbesuch, geriatrisches Assessment; Fokus auf Ereignisse wie Medikamentenumstellung (z.B. nach Krankenhausaufenthalt), veränderte Ernährung (z.B. nach Wegfall der Einkaufsmöglichkeit), kritische Lebensereignisse (z.B. Umzug, Todesfall in der Familie)

3) Gemeinsame Entscheidung bzgl. Demenzverdacht und weiterer Diagnostik

(bei kooperativem/r Patienten/in und fortbestehenden Sorgen/Auffälligkeiten)

Besprechung von ...

- **Erwartungen/Befürchtungen** des/der Patienten/in
- **Zielen** der weiterführenden Diagnostik
- **Art und Ablauf** des weiteren diagnostischen Vorgehens (inkl. Zeitplan der einzelnen Schritte)
- möglicher Demenz und den damit verbundenen **Konsequenzen**
- Präferenzen für den **Einbezug von Angehörigen** in Diagnostik und Aufklärung

CAVE: jurist. Aspekte von Diagnostik, Dokumentation u. Aufklärung (z.B. Autofahren mit möglicher Demenz)

Respektieren einer Entscheidung gegen weitere Diagnostik; dann Fokus auf versorgungsorientierte Diagnostik (Patientenbedürfnisse bzgl. Lebensqualität, Autonomie, Sicherheit) sowie auf Angehörigenbedürfnisse

Planung der krankheitsorientierten Diagnostik wie mit Pat. besprochen (z.B. Fremdanamnese, kognitive Testung, geriatr. Basisassessment, longitudinale Diagnostik mit Verlaufsuntersuchung, Laborparameter, ggf. Einbezug weiterer Fachgruppen)

Pentzek M et al. (2017). Putting dementia awareness into general practice. Z Geront Ger 50:44-7.

Pentzek M, Kaduszkiewicz H (2019). Frühwahrnehmung und Risikoabschätzung von Demenzen in der Hausarztpraxis. In: Dietrich DE et al. (Hrsg.). Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen. Göttingen: Hogrefe, S. 324-335.

Frühwahrnehmung möglicher demenzieller Symptome (diagnostische Triggerphase)

1) **Frühes Wahrnehmen von Warnsignalen** für kognitive Veränderungen (auch ohne weitere Diagnostik und ohne Aufklärung **immer sinnvoll**)

...über **Sorgen**
des/der Patienten/in selbst

Sorgen ernstnehmen und im Verlauf beobachten; genauere Anamnese erheben, Thematisieren der Sorgen

...über direkte **Hinweise**
in der Praxis

wahrgenommene Auffälligkeiten **im Praxisteam besprechen**;
Beobachtungsphase zwecks „Absicherung“

...über **Angehörigen-**
Berichte
(CAVE!)

Angehörige bitten, den/die **Pat. zum Besuch in der Praxis zu ermutigen**; sonst: kein Patientenauftrag = kein weiteres diagn. Vorgehen, sondern ausschließlich Konzentration auf Begleitung des/der Angehörigen (Bedürfnisse, Ängste, Information)

Frühwahrnehmung möglicher demenzieller Symptome (diagnostische Triggerphase)

1) Frühes Wahrnehmen von Warnsignalen für kognitive Veränderungen (auch ohne weitere Diagnostik und ohne Aufklärung immer sinnvoll)

...über **Sorgen**
des/der Patienten/in selbst

Sorgen ernstnehmen und im Verlauf beobachten; genauere Anamnese erheben, Thematisieren der Sorgen

...über direkte **Hinweise**
in der Praxis

genannte Probleme beachten!!!
wahrgenommene Auffälligkeiten **im Praxisteam besprechen**;
Beobachtungsphase zwecks „Absicherung“

...über **Angehörigen-**
Berichte (CAVE!)

Angehörige bitten, den/die **Pat. zum Besuch in der Praxis zu ermutigen**; sonst: kein Patientenauftrag = kein weiteres diagn. Vorgehen, sondern ausschließlich Konzentration auf Begleitung des/der Angehörigen (Bedürfnisse, Ängste, Information)

Frühwahrnehmung möglicher demenzieller Symptome (diagnostische Triggerphase)

1) Frühes Wahrnehmen von Warnsignalen für kognitive Veränderungen (auch ohne weitere Diagnostik und ohne Aufklärung immer sinnvoll)

...über **Sorgen**
des/der Patienten/in selbst

Sorgen ernstnehmen und im Verlauf beobachten; genauere Anamnese erheben, Thematisieren der Sorgen

...über direkte **Hinweise**
in der Praxis

wahrgenommene Auffälligkeiten **im Praxisteam besprechen**; Beobachtungsphase zwecks „Absicherung“

...über **Angehörigen-**
Berichte (CAVE!)

Angehörige bitten, den/die **Pat. zum Besuch in der Praxis zu ermutigen**; sonst: **kein Patientenauftrag = kein weiteres diagn. Vorgehen**, sondern ausschließlich Konzentration auf Begleitung des/der Angehörigen (Bedürfnisse, Ängste, Information)

Rechtlich nicht-Wissen!

Frühwahrnehmung möglicher demenzieller Symptome (diagnostische Triggerphase)

1) Frühes Wahrnehmen von Warnsignalen für kognitive Veränderungen (auch ohne weitere Diagnostik und ohne Aufklärung immer sinnvoll)

...über **Sorgen**
des/der Patienten/in selbst

Sorgen ernstnehmen und im Verlauf beobachten; genauere Anamnese erheben, Thematisieren der Sorgen

...über direkte **Hinweise**
in der Praxis

wahrgenommene Auffälligkeiten **im Praxisteam besprechen**; Beobachtungsphase zwecks „Absicherung“

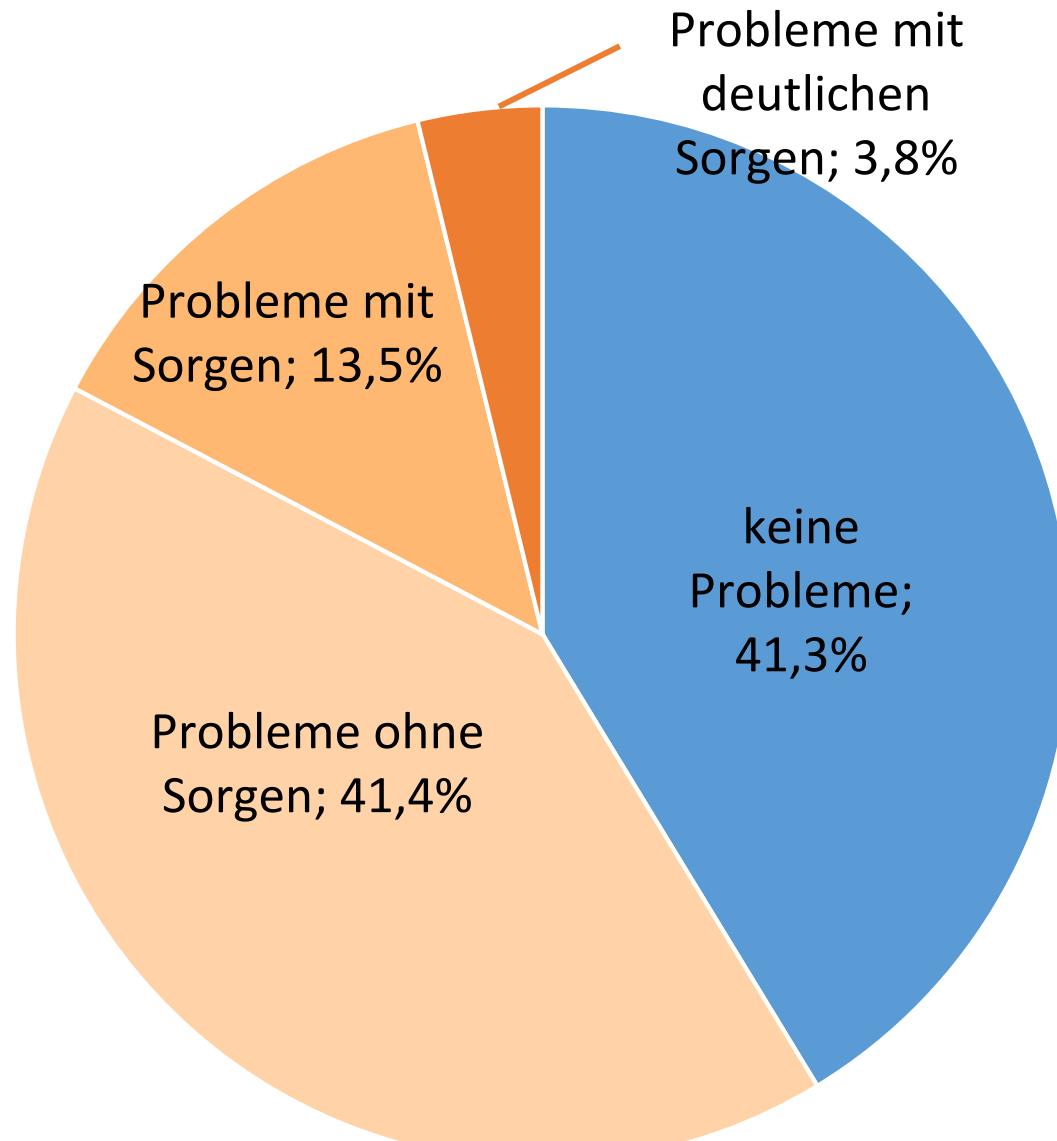
...über **Angehörigen-**
Berichte (CAVE!)

Angehörige bitten, den/die **Pat. zum Besuch in der Praxis zu ermutigen**; sonst: kein Patientenauftrag = kein weiteres diagn. Vorgehen, sondern ausschließlich Konzentration auf Begleitung des/der Angehörigen (Bedürfnisse, Ängste, Information)

Sorgen / Subjektive Gedächtnisbeschwerden³³ von Patient:innen

- persönliche Empfindung einer nachlassenden oder im Vergleich zu anderen Personen schlechteren eigenen Gedächtnisleistung
- kann mit entsprechenden Sorgen verbunden sein
- in ca. 50%: bedenklicher als andere Beschwerden (z.B. Hypertonie, Asthma) (Begum et al. 2012)
- + Sorgen: 3-6-fach erhöhtes Risiko für Demenzentwicklung in den nächsten 3 Jahren (AgeCoDe: Jessen et al. 2010)
- **Ansprechpartner:** falls überhaupt, dann oft Hausarzt/Hausärztin (Werner 2003/2004; Luck et al. 2012)

Gedächtnisprobleme in der Hausarztpraxis



Pentzek, M., Leve, V., Leucht, V. Subjective memory impairment in general practice: Short overview and design of a mixed methods study. (2017) Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 50, pp. 48-54.

Forschung-Konzept von Gedächtnissorgen in Bezug auf Demenzerkennung

- Risikofaktor, Vorstufe, erstes Anzeichen einer Demenz
- Frühes Aufgreifen nutzt Patient:in
- Kombination mit kognitivem Testverfahren erhöht Aussagekraft
- Differenzierung nach Art der Sorgen, Zeitverlauf, Art der berichteten Beschwerden (u.a. Situationen), möglichen Auslösern, Angehörigensicht
- potenziell präventiv wirksame Faktoren: neben Ernährung, Sport und kardiovaskulärer Kontrolle auch kognitive Aktivitäten

(Jessen 2019; Graham et al. 2017; Sheng et al. 2017; Jessen et al. 2014; Ngandu et al. 2015; Boespflug et al. 2015)

Hausarzt-Konzepte von Gedächtnissorgen

„Was steckt aus Ihrer Erfahrung dahinter, wenn ein Patient von Gedächtnisproblemen berichtet?“ (%starke / tendenzielle Zustimmung)

1. Angst vor Demenz aufgrund von Medienberichten oder eigenen Erfahrungen im sozialen Umfeld? (**31%** / 81%)
2. Überforderung, Stress, eine Lebenskrise oder Depression? (**20%** / 77%)
3. Eine normale Altersvergesslichkeit? (**16%** / 78%)
4. Besorgte oder ängstliche Patienten, jedoch mit aus Ihrer Sicht eher intaktem Gedächtnis? (**16%** / 67%)
5. Eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine später auftretende Demenz (=Risikofaktor)? (**14%** / 59%)
6. Der Wunsch der Angehörigen (Patient kommt auf Anraten/Drängen der Angehörigen)? (**13%** / 61%)
7. Eine sich bereits entwickelnde Demenz? (**13%** / 51%)
8. Eine ansonsten noch nicht greifbare Vorstufe einer Demenz? (**12%** / 56%)

20,0% der Hausärzt:innen stimmen keinem der 3 Demenz-bezogenen Hintergründe zu (Risikofaktor/Vorstufe/beginnende Demenz)

Was wird von der Hausärztin/vom Hausarzt angeboten?

andere **Einbeziehen** (MFA, Angehörige, Überweisen an Neurologen), genauer **Differenzieren**, **Testen**, **Abwarten** & wieder Aufgreifen

- 38,3%: primär einbeziehen (MFA, Neurologen, Angehörige), weniger abwartend
- 28,1%: primär differenzieren, weniger einbeziehen
- 17,3%: primär testen, weniger differenzieren
- 16,3%: primär abwartend, weniger testen

Gedächtnissorgen – Empfehlung

Gedächtnissorgen sollten als Ausgangspunkt genutzt werden, um das Thema Gedächtnis im Verlauf zu beobachten und zu thematisieren.

2) Thematisieren der Sorgen/Hinweise mit Patient/-in

(erste Annäherung an das Thema, ohne unbedingte Benennung eines Demenzverdachts)

Beispiel: „Vielleicht haben Ihre Sorgen etwas mit Ihren Medikamenten zu tun [oder Ernährung etc.]. Sollen wir uns die mal **gemeinsam anschauen?**“

Beispiel: „Sie kommen mir in letzter Zeit etwas verändert vor; kann das an Ihren Medikamenten [oder Ernährung etc.] liegen? Sollen wir uns die mal **gemeinsam anschauen?**“

Beispiel (im Falle einer gemeinsamen Konsultation von Angehörigen/r/m UND Patient/-in): „Sie wirken auf [Namen des/r Angehörigen] etwas verändert. Vielleicht liegt das an Ihren Medikamenten [Ernährung etc.]. Sollen wir uns die mal **gemeinsam anschauen?**“

Anbieten eines „geriatrischen Blicks“ (auf Medikamente/Ernährung/Lebenssituation/Gebrechlichkeit); Gelegenheiten, um Kognition aufzugreifen: Medikamentencheck, Hausbesuch, geriatrisches Assessment; Fokus auf Ereignisse wie Medikamentenumstellung (z.B. nach Krankenhausaufenthalt), veränderte Ernährung (z.B. nach Wegfall der Einkaufsmöglichkeit), kritische Lebensereignis (z.B. Umzug, Todesfall in der Familie)

3) Gemeinsame Entscheidung bzgl. Demenzverdacht und weiterer Diagnostik (bei kooperativem/r Patienten/in und fortbestehenden Sorgen/Auffälligkeiten)

Besprechung von ...

- **Erwartungen/Befürchtungen** des/der Patienten/in
- **Zielen** der weiterführenden Diagnostik
- **Art und Ablauf** des weiteren diagnostischen Vorgehens (inkl. Zeitplan der einzelnen Schritte)
- möglicher Demenz und den damit verbundenen **Konsequenzen**
- Präferenzen für den **Einbezug von Angehörigen** in Diagnostik und Aufklärung

CAVE: jurist. Aspekte von Diagnostik, Dokumentation u. Aufklärung (z.B. Autofahren mit möglicher Demenz)

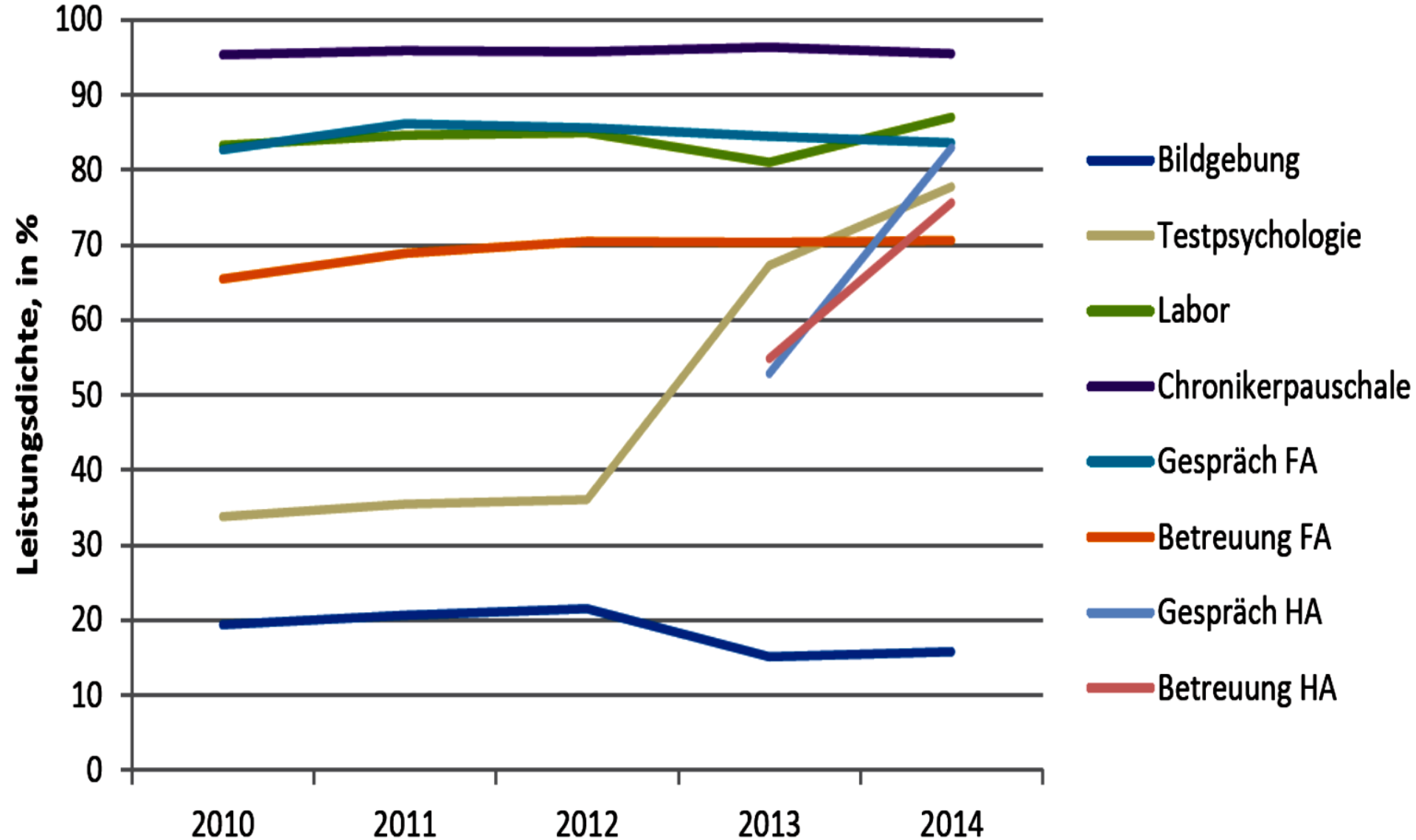


Respektieren einer **Entscheidung gegen weitere Diagnostik**; dann Fokus auf versorgungsorientierte Diagnostik (Patientenbedürfnisse bzgl. Lebensqualität, Autonomie, Sicherheit) sowie auf Angehörigenbedürfnisse

Planung der krankheitsorientierten Diagnostik wie mit Pat. besprochen (z.B. Fremdanamnese, **kognitive Testung**, geriatr. Basisassessment, longitudinale Diagnostik mit Verlaufsuntersuchung, Labor-parameter, ggf. Einbezug weiterer Fachgruppen)

Demenztests in der Hausarztpraxis

- **Invasive Verfahren?!?! Warum?**
- 83,0% verwenden kogn. Tests in ihrer Praxis, 54,0% ausschließlich durch MFA
- MMST und Uhrentest: im Median 4-7 Mal pro Quartal
- DemTect: 1-3 Mal
- neuere VAT, MoCA, TFDD und der längere SKT: im Median nie
- Kombination aus MMST, Uhrentest, DemTect in 39,6% der testenden Praxen



Schulz M, Goffrier B, von Stillfried D, Bätzing-Feigenbaum J. Entwicklung der vertragsärztlichen Leistungsdichte im Bereich der Demenzdiagnostik und der ärztlichen nicht-medikamentösen Demenztherapie – Update 2010 bis 2014. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 17/04. Berlin 2017. DOI: 10.20364/VA-17.04

Demenztests in der Hausarztpraxis

Einstellungen von Hausärzt:innen:

- FG 05 (Z. 437-442): *„und dann gab es eine gebührenordnungstechnische Änderung und dann wurden wir ja sehr motiviert, also auch hier motiviert – diese Tests durchzuführen und dann, und – ja, und interessanterweise war das in meiner Wahrnehmung (lachend) in der Praxis ja der, der Test wurde zwar durchgeführt, aber wir haben – eigentlich nichts davon erwartet, ...“*
- Frage „Seitdem Gedächtnistests abgerechnet werden können, führen wir sie öfter durch.“ → 27,7% bejahen das.
- Frage „Gedächtnistests bringen mir als Hausarzt zusätzliche diagnostische Informationen.“ → 9,2% verneinen das.
- Frage „Gedächtnistests haben einen Nutzen für Patienten.“ → 13,3% verneinen das.

Demenztests in der Hausarztpraxis

Durchführung:

- Über die Hälfte der Hausärzt:innen gibt an, Patient:innen häufig oder immer ohne separaten Termin zu testen, wenn in der Praxis gerade Zeit dafür ist.
- 20,5 % der Hausärzt:innen geben an, die Testung häufig oder immer mit dem/der Patienten/in und den Angehörigen gemeinsam durchzuführen.

Demenztests - so sollte es sein

„Unter den Aspekten Selbstbestimmungsrecht und Recht auf Nichtwissen muss es jedoch Gelegenheit geben, abzuwägen und sich ohne Druck für oder gegen eine Teilnahme zu entscheiden.

Informationen sind laut G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] zu folgenden Aspekten zu geben:

- Häufigkeit der Erkrankung
- Krankheitsbild
- Ziele und zugrundeliegendes Konzept der Früherkennungsuntersuchung
- Effektivität (Sensitivität, Spezifität) und Wirksamkeit
- Nachteile (Belastungen, Risiken)
- Vorgehensweise bei einem positiven Befund.

Eine gute Beratung bietet Informationen und ermöglicht eine Entscheidung des Anspruchsberechtigten für oder gegen Screening ohne Druck.“

Demenztests

https://www.psyndex.de/pub/tests/itc_richtlinien.pdf

→ Standards für Testanwendung

Demenztests

Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20. Februar 2013:

- § 630d Einwilligung(1) Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist **der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen.**
- § 630e Aufklärungspflichten(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände **aufzuklären.** Dazu gehören insbesondere **Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie.**

Idee zu Demenztests

Zu fordern ist eine umfassende **Forschung** zur Effektivität, Wirksamkeit und Akzeptanz bereits eingesetzter und auch neuerer Instrumente.

Weiterhin zu fordern sind strukturierte **Informationen und Aufklärung** zu Demenztests für Ärzt:innen, Patient:innen und Angehörige, wie es sie in anderen Bereichen der Früherkennung bereits gibt (z.B. Darmkrebs, Brustkrebs).

4. Autofahren und Demenz

Leve V, Pentzek M et al. GPs' awareness of car driving among oldest patients: exploratory results from a primary care cohort. BJGP Open. 2021 Apr 26;5(2):BJGPO.2020.0145. doi: 10.3399/BJGPO.2020.0145. PMID: 33495163; PMCID: PMC8170606.

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.

Wissen Hausärzte und Hausärztinnen, welche ihrer hochaltrigen Patienten und Patientinnen 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

Weiß der/die Hausärzt:in Bescheid?

		Patientenangabe (Referenz) („Fahren Sie Auto?“)		gesamt	Prädiktive Werte (95% CI)
		<i>fährt</i>	<i>fährt nicht</i>		
Hausarzt- urteil („Fährt der Patient/die Patientin aktuell selbst Auto?“)	<i>fährt</i>	49	18 (inkl. 15 x Hausarzturteil ,weiß nicht‘)	n=67	PPV 73,1% (63,1-81,3)
	<i>fährt nicht</i>	24 (inkl. 8 x Hausarzturteil ,weiß nicht‘)	336	n=360	NPV 93,3% (91,5-94,9)
gesamt		n=73	n=354	N=427	
Testgüte (95% CI)		Sensitivität 67,1% (57,9-74,6)	Spezifität 94,9% (93,0-96,5)		

Weiß der/die Hausärzt:in Bescheid?

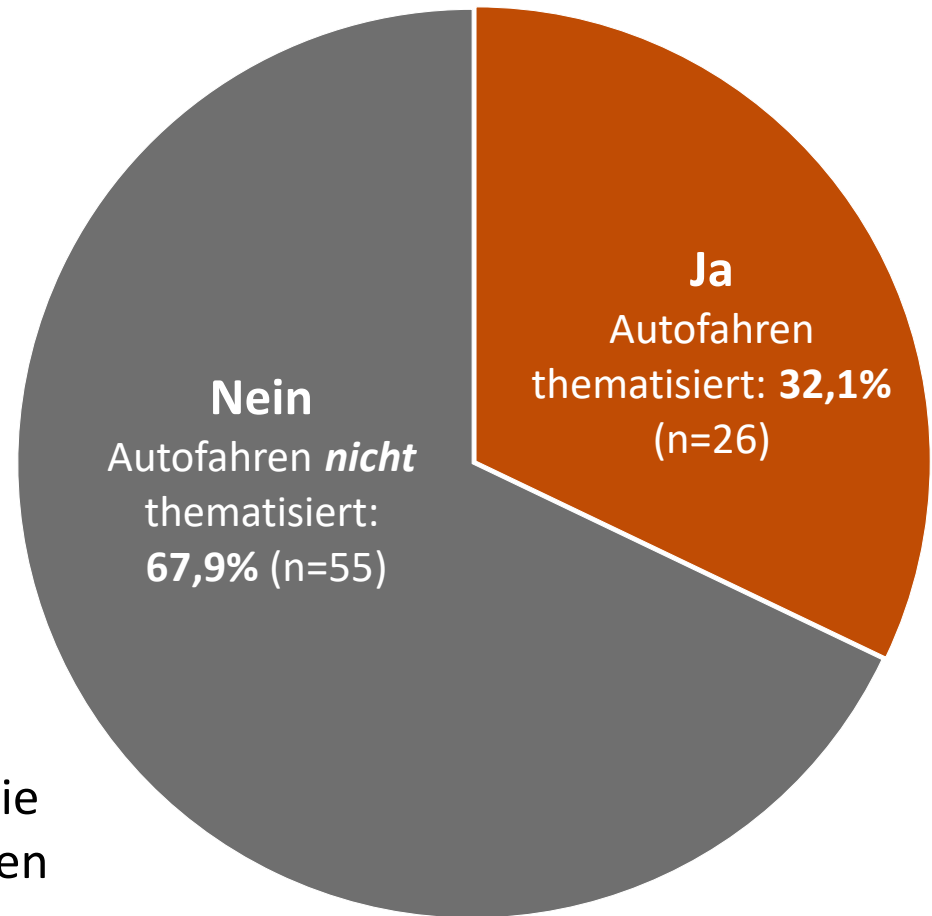
		Patientenangabe (Referenz) („Fahren Sie Auto?“)			Prädiktive Werte (95% CI)
		fährt	fährt nicht	gesamt	
Hausarzt- urteil („Fährt der Patient/die Patientin aktuell selbst Auto?“)	fährt	49	18 (inkl. 15 x Hausarzturteil ,weiß nicht‘)	n=67	PPV 73,1% (63,1-81,3)
	fährt nicht	24 (inkl. 8 x Hausarzturteil ,weiß nicht‘)	336	n=360	NPV 93,3% (91,5-94,9)
gesamt		n=73	n=354	N=427	
Testgüte (95% CI)		Sensitivität 67,1% (57,9-74,6)	Spezifität 94,9% (93,0-96,5)		

Weiß der/die Hausärzt:in Bescheid?

		Patientenangabe (Referenz) („Fahren Sie Auto?“)		gesamt	Prädiktive Werte (95% CI)
		<i>fährt</i>	<i>fährt nicht</i>		
Hausarzt- urteil („Fährt der Patient/die Patientin aktuell selbst Auto?“)	<i>fährt</i>	49	18 (inkl. 15 x Hausarzturteil ,weiß nicht‘)	n=67	PPV 73,1% (63,1-81,3)
	<i>fährt nicht</i>	24 (inkl. 8 x Hausarzturteil ,weiß nicht‘)	336	n=360	NPV 93,3% (91,5-94,9)
gesamt		n=73	n=354	N=427	
Testgüte (95% CI)		Sensitivität 67,1% (57,9-74,6)	Spezifität 94,9% (93,0-96,5)		

Hausärztliches Thematisieren des Autofahrens

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



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

Idee zur Verbesserung:

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

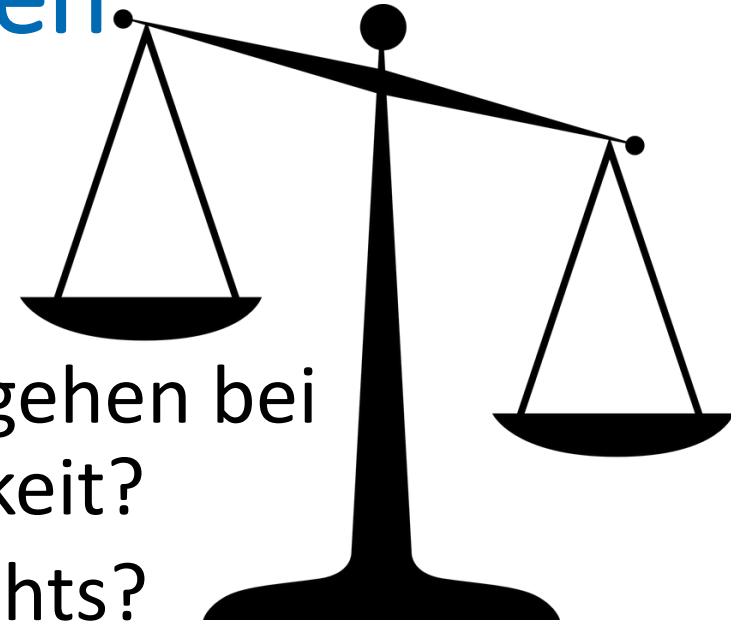
Ethisch-allgemeinmedizinische Aspekte

- 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 Fahrsicherheit 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 Funktionen 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 Blebschäden
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

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

Optimierung

Kompensation

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

SOK-Modell (Baltes & Baltes 1993)

Selektion

seltenere 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

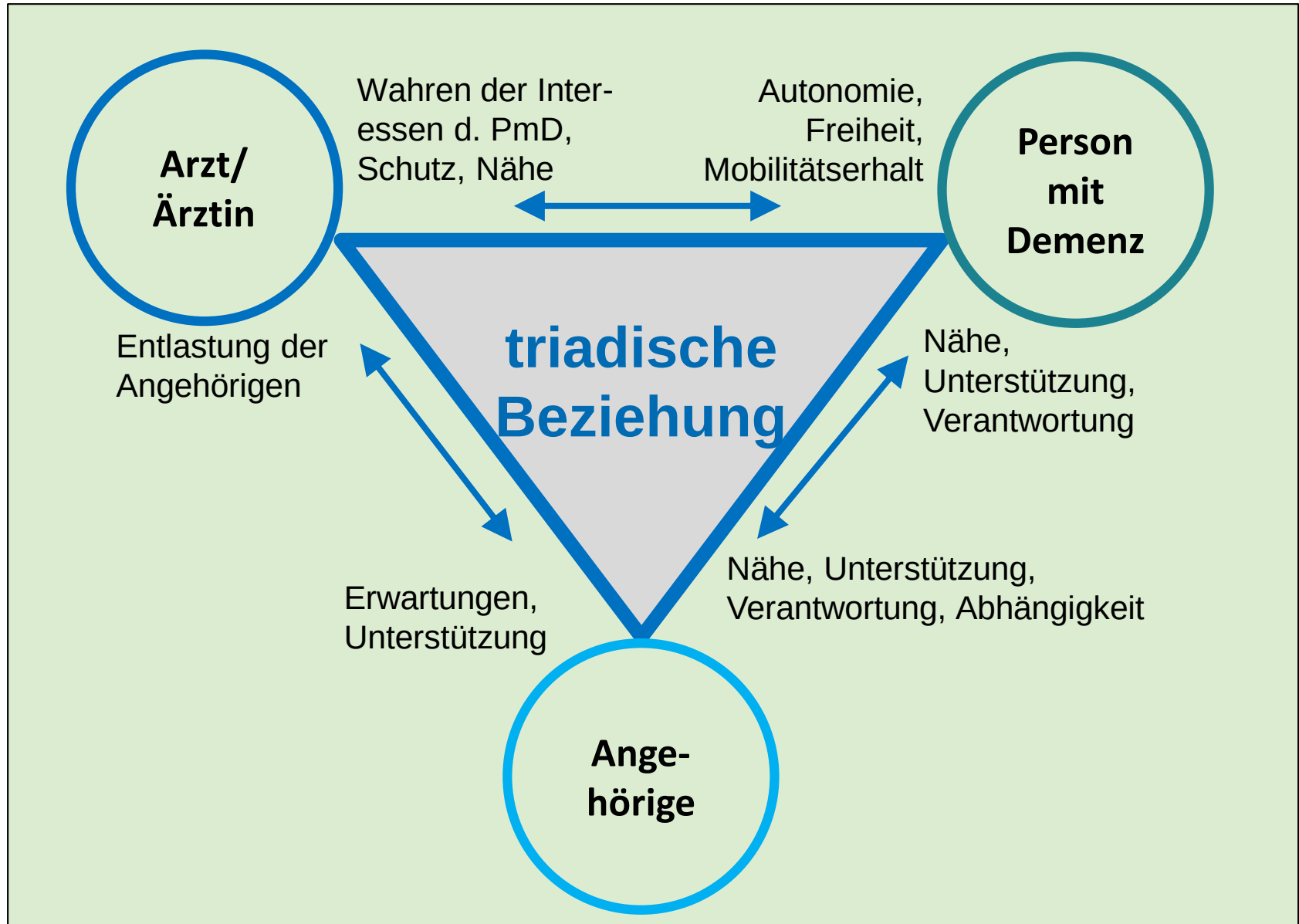
alternative Ziele wählen (z.B. fußläufig), andere fahren lassen, öffentliche Verkehrsmittel, Taxi, Sammelfahrten, Besorgungen durch andere Personen, Lieferdienste, Besuch einladen

Familienkonferenz

Ziel: unterschiedliche Bedürfnisse klären,
gemeinsame Entscheidungsfindung



Generell: Beziehung als Ressource

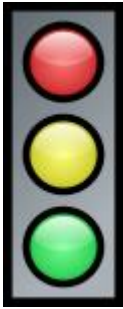


Arbeitsmaterial: Mobilitätsprofil

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 gelegennem 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.



Kontakt mit Patient*in mit kognitiven Einschränkungen / Demenzverdacht



Kurze Check-Liste „Fahrverhalten – erst Ansprache“



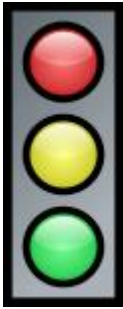
**Keine Anzeichen
/ erste Kognitive
Veränderungen**

**1. Frühe Sensi-
bilisierung für
Fahrverhalten**

- Praxisteam
- Patienten*innen

**2. Patienten-
perspektive
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 Sensi-
bilisierung für
Fahrverhalten**

- Praxisteam
- Patienten*innen

**2. Patienten-
perspektive
ermitteln**

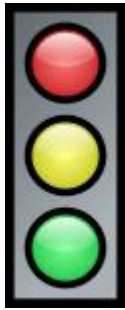
**Abwartendes
Offenhalten**

**Follow Up alle 3-6
Monate**

**Unsicher, ob Risiken für
Fahrsicherheit**

**Frühe
Aufklärung:**

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



Kontakt mit Patient*in mit kognitiven Einschränkungen / Demenzverdacht

Kurze Check-Liste „Fahrverhalten – erst Ansprache“

**Keine Anzeichen
/ erste Kognitive
Veränderungen**

**1. Frühe Sensi-
bilisierung für
Fahrverhalten**

- Praxisteam
- Patienten*innen

**2. Patienten-
perspektive
ermitteln**

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

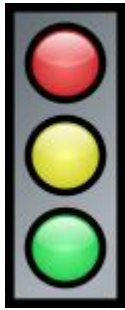
**Unsicher, ob Risiken für
Fahrsicherheit**

**Frühe
Aufklärung:**

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

Ressourcen:

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



Kontakt mit Patient*in mit kognitiven Einschränkungen / Demenzverdacht

Kurze Check-Liste „Fahrverhalten – erst Ansprache“

**Keine Anzeichen
/ erste Kognitive
Veränderungen**

**1. Frühe Sensi-
bilisierung für
Fahrverhalten**

- Praxisteam
- Patienten*innen

**2. Patienten-
perspektive
ermitteln**

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

**Unsicher, ob Risiken für
Fahrsicherheit**

**Frühe
Aufklärung:**

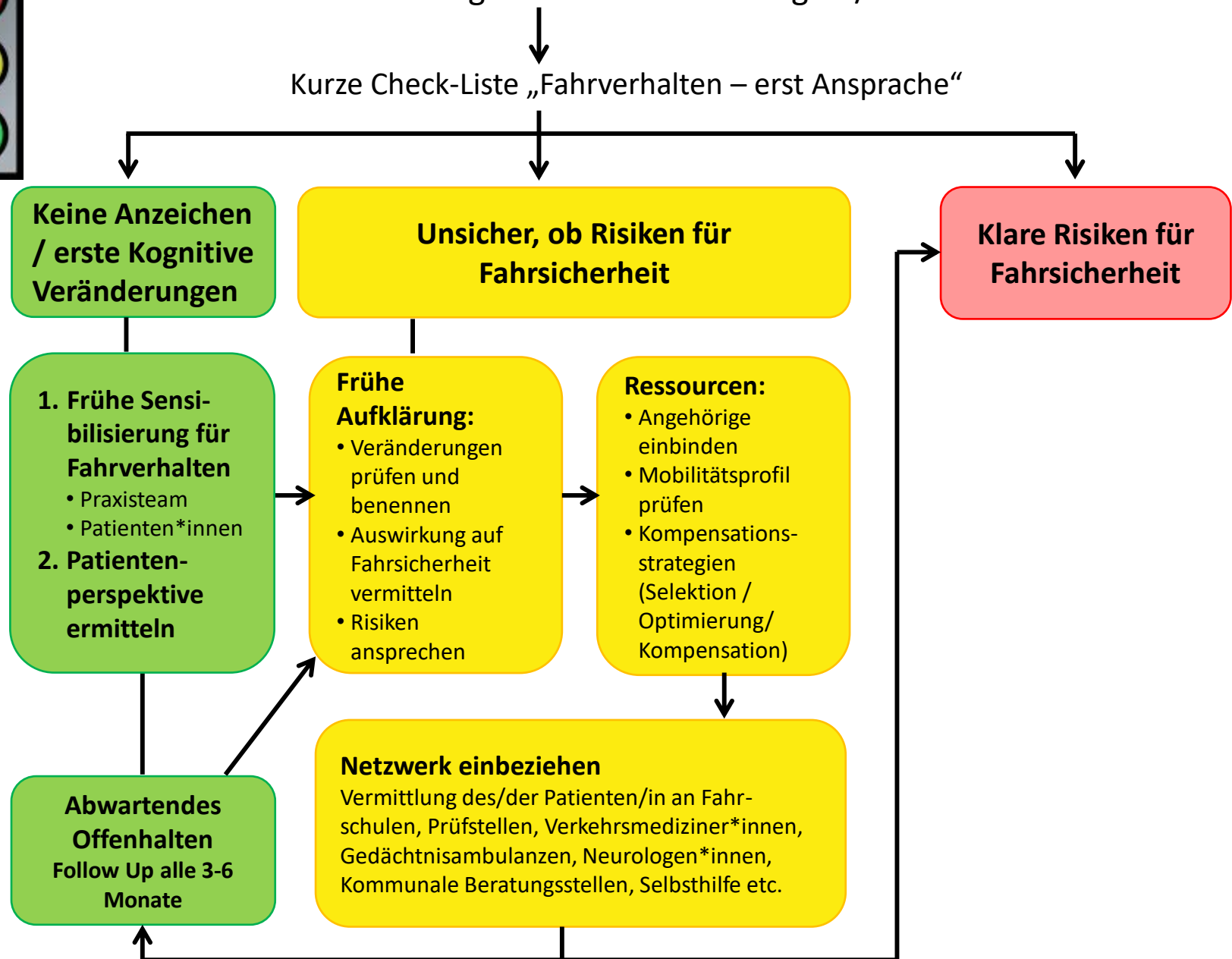
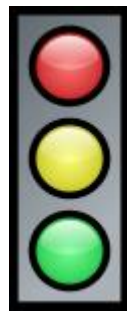
- Veränderungen prüfen und benennen
- Auswirkung auf Fahrsicherheit vermitteln
- Risiken ansprechen

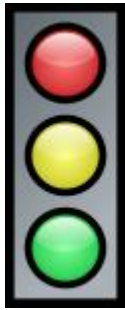
Ressourcen:

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

Netzwerk einbeziehen

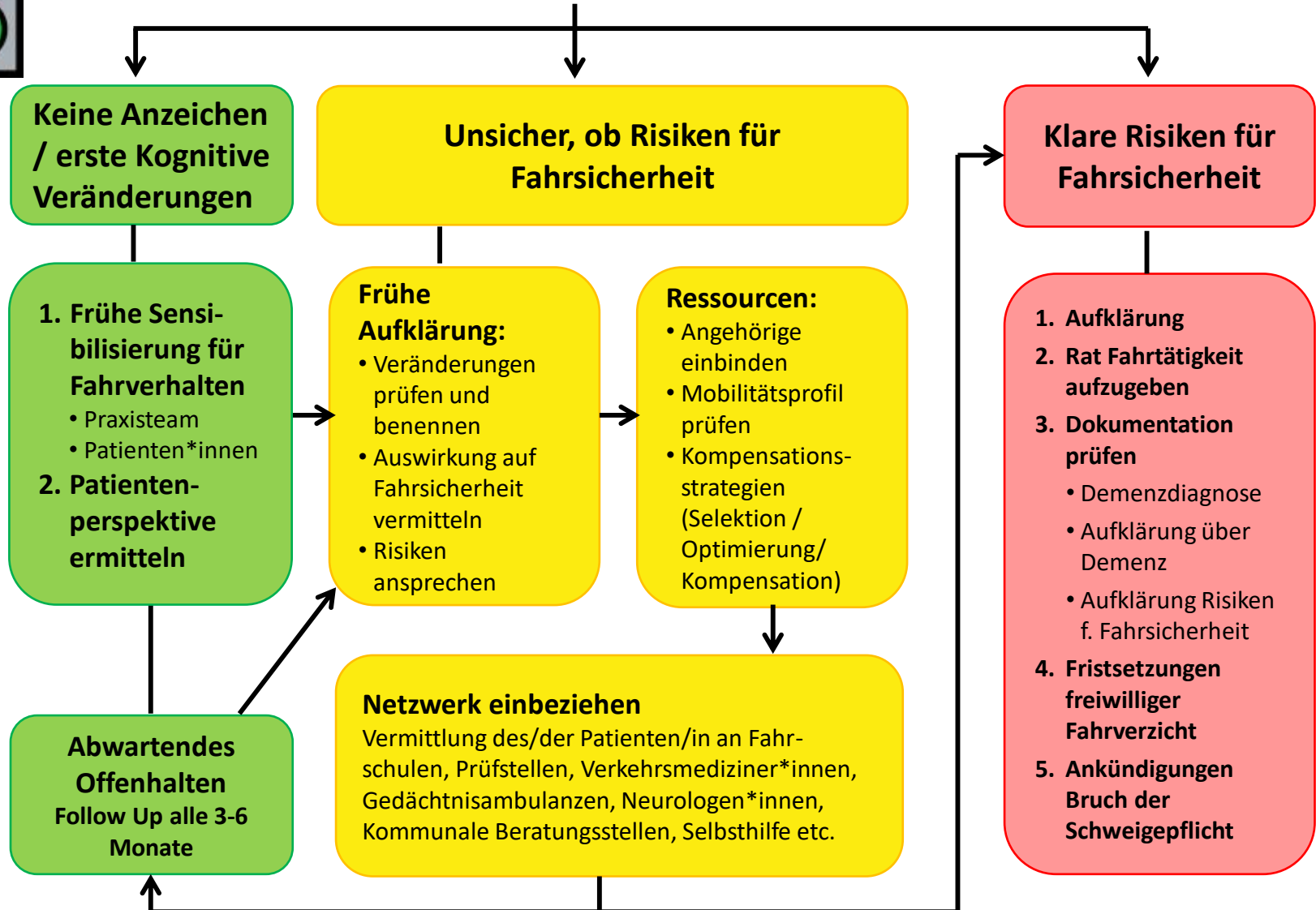
Vermittlung des/der Patienten/in an Fahr-
schulen, Prüfstellen, Verkehrsmediziner*innen,
Gedächtnisambulanzen, Neurologen*innen,
Kommunale Beratungsstellen, Selbsthilfe etc.





Kontakt mit Patient*in mit kognitiven Einschränkungen / Demenzverdacht

Kurze Check-Liste „Fahrverhalten – erst Ansprache“



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/>

Langfassung: https://www.familien-medizin.org/wp-content/uploads/2018/08/2018_Demenz_EmpfehlungAutofahrenLangfassung_online.pdf

Kurzfassung: https://www.familien-medizin.org/wp-content/uploads/2018/08/2018_Demenz_EmpfehlungAutofahren_Kurzfassung_online.pdf

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

Problem

- Aktualität der Vorgehensempfehlung
- Stand 2017
- Regionale Ansprechpartner:innen fehlen

Wir brauchen Hausarztpraxen für die Forschung!!!

- Solche und viele andere Fragestellungen und Probleme lassen sich nur mit und in Hausarztpraxen bearbeiten – mit Medizinischen Fachangestellten, Ärzt:innen, Patient:innen und Angehörigen gemeinsam.
- Ohne Forschung in der Praxis wird an der realen Versorgung vorbeigeforscht und -entwickelt!
- Werden Sie Teil des Hausärztlichen Forschungspraxennetzes Nordrhein-Westfalen (HAFO.NRW)!
- Infos und Kontakt: www.hafo.nrw



Vielen Dank
für die Einladung und
Ihre Aufmerksamkeit!

bei Fragen, Kritik & Ideen:
mp@hhu.de