



Mobilität

kennt keinen Ruhestand

Warum alt sein nicht bewegungslos machen muss

Die Gesundheit ist ein hohes Gut, die Teilhabe am sozialen Leben auch. Befragt nach dem, was im Alter am wichtigsten sei, stehen diese beiden Aspekte ganz oben (vgl. Wilde VZ2/13, S. 22). Neben Lebensbedingungen und Lebensverhältnissen bestimmen die Aspekte Alter, Geschlecht, genetische Dispositionen, Lebensstil und Verhaltensweisen sowie die sozialen Netzwerke die Gesundheit eines Menschen (Richter/Hurlmann, 2011). Gesundheit und die Teilhabe am sozialen Leben beeinflussen sich gegenseitig und finden ihren Ausdruck in der individuellen Mobilität. Damit wird zugleich deutlich, dass eben gerade diejenigen Bereiche, die in der individuellen Verantwortung liegen – nämlich Lebensstil, Verhaltensweisen und der Aspekt des sozialen Eingebundenseins – einen wesentlichen Beitrag dazu leisten können, die Mobilität bei zunehmendem Alter zu gewährleisten. Gleichzeitig steigen faktisch der Anteil der Senioren innerhalb der Gesamtbevölkerung und damit auch der Anteil der Unfallverursacher und Unfallopfer

unter den Senioren. Im nachfolgenden Artikel werden hierzu Zusammenhänge ebenso wie mögliche Unfallpräventionen erläutert.

So schlicht und so wirksam: Übungsstunden

Übungsstunden nehmen wir in vielen Bereichen des Lebens; aber unsere Mobilität üben wir nicht. Wir glauben, dass wir das können – ein Leben lang. Wir gönnen uns kein Update für neue Verkehrszeichen oder glauben, dass die Betriebsanleitungen für Assistenzsysteme ausreichend sind. Selbst dann noch, wenn wir bereits erste Fehler gemacht haben und unter Stress geraten sind.

Doch Angebote sind durchaus vorhanden:

- Fahrschulen bieten begleitetes Fahren als sogenannte Rückmeldefahrten und das Üben von schwierigen Situationen an.
- Es gibt Verkehrssicherheitstage der Kommunen zusammen mit Polizei oder Verkehrswacht und

die Möglichkeit, einen Fahrsimulator auszuprobieren.

- Und es gibt Verkehrsanbieter für Radfahr- oder Pedelec-Schulungen, Busfahrtrainings, Rollatorentage, um nur einige Beispiele zu nennen.

Die Akteure in der Verkehrssicherheitsarbeit sind zahlreich. Doch daran liegt es sicher nicht, dass die Mehrheit der Bevölkerung die Notwendigkeit des Übens, des lebenslangen Lernens in puncto Mobilität nicht wahrnimmt. Es darf vermutet werden, dass das Statussymbol Mobilität, insbesondere das Autofahren, so hoch ist, dass nicht gerne zugegeben wird, wenn man die Technik oder bestimmte Situationen nicht oder nicht mehr gut beherrscht.

Folgt man jedoch dem Gedanken, dass die individuelle Verantwortung einen wesentlichen Beitrag dazu leistet, die Mobilität mit zunehmendem Alter zu gewährleisten, kann die Schlussfolgerung nur heißen, das Verhalten zu trainieren. Das betrifft nicht nur das Autofahren. Denn das Risiko, als älterer Fußgänger oder Radfahrer zu ver-



unglücken, wird oft unterschätzt. Es gilt, das Bewusstsein für die Zusammenhänge zu schärfen. Diesen Aspekt hat die Westfälische Provinzial Versicherung mit der Kampagne „Mobilität kennt keinen Ruhezustand“ aufgegriffen. Mit einer Ausstellung und begleitender Broschüre für ältere Verkehrsteilnehmer, aber auch deren Angehörige, wird Bewusstsein geweckt und es werden gleichzeitig Lösungen aufgezeigt.

Alter und Unfälle – Fakten und Hintergründe

Es ist unbequem, aber relevant:

Die Zahl der älteren Unfallbeteiligten steigt wieder an. Im Jahr 1991 waren 5,4 Prozent aller Unfallbeteiligten mit Personenschaden über 65 Jahre alt (Ortlepp 2013). Bereits 15 Jahre später (2006) waren es 9,6 Prozent (dto.) und 2016 nach ADAC-Angaben schon 12,6 Prozent.

Auch die Unfallschwere mit Beteiligung älterer Menschen nimmt zu:

Bei 100 Unfällen mit tödlichem Ausgang beträgt der Anteil derer, die älter als 65 Jahre alt sind, etwa ein Fünftel (22 Personen) bei Pkw-Unfällen und mehr als die Hälfte bei Radfahrern oder Fußgängern (**Grafik 1**).

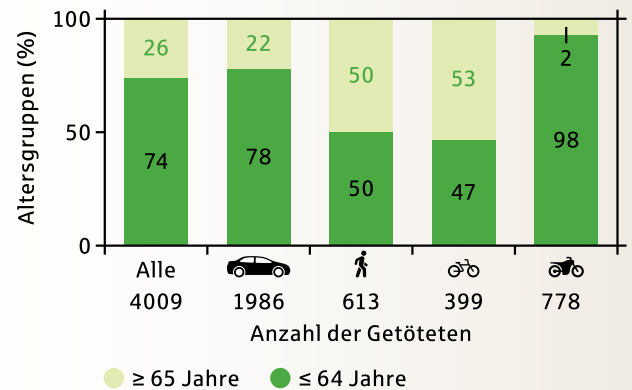
Es muss bei all diesen Daten jedoch berücksichtigt werden, dass in der Regel in den zugrunde liegenden Unfallstatistiken weder die Länge und Dauer der zurückgelegten Strecken noch die kombinierte Nutzung von Verkehrsmitteln berücksichtigt werden. So ist jede Pkw-Nutzung mit einem Fußweg vom / zum Parkplatz verbunden und die Zahl der sogenannten Stolperunfälle auf öffentlichen Wegen mit zum Teil gravierenden Folgen für ältere Menschen ist überproportional hoch. Diese werden jedoch als einzelne Unfälle erfasst und nicht als Unfall in einer Wegekette verschiedener Verkehrsmittelnutzung. Der Zu-

sammenhang zwischen „Stolperunfall“ und Autonutzung kann dann leicht übersehen werden und zu nicht wirksamen Rückschlüssen führen (Claus u. a. 2017, S. 126).

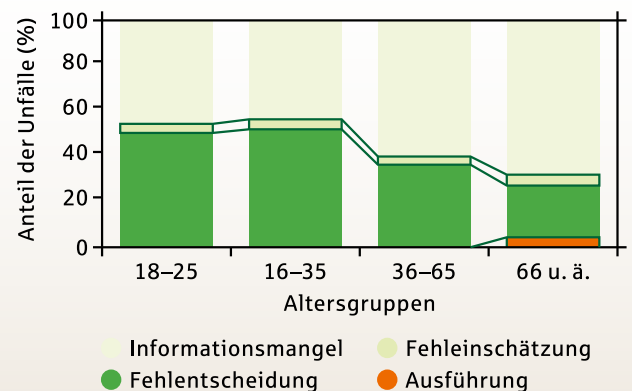
Dennoch gibt es Zusammenhänge, die statistisch relevant nachgewiesen werden können. Jüngere Menschen sind risikofreudiger und verursachen so eher Unfälle aufgrund von Fehlentscheidungen (Rudinger, Kocherscheid 2011, S. 15). Ältere Menschen nutzen hingegen ihre oft langjährige Fahrerfahrung und vermeiden beispielsweise zu hohe Geschwindigkeiten oder Nachtfahrten. Aus der psychologischen Forschung ist bekannt, dass die individuelle Einschätzung eines Risikos zunächst recht konstant bleibt und damit auch die Bewertung, das Risiko einzugehen oder abzulehnen (sogenannte Risiko-

homöostase). Das hat zur Folge, dass gewohntes Verhalten wiederholt wird, und zwar so lange, bis entweder der persönlich empfundene Druck zu hoch ist und die Einsicht des Lernmüssens entsteht oder etwas Gravierendes passiert. So gehören das Ausführen von Fahrmanövern und fehlende Informationen zu den größten Unfallrisiken von älteren Verkehrsteilnehmern (**Grafik 2**).

Es sind also vielmehr typische Situationen, die gehäuft zu Unfällen führen. Nach Rudinger/Kocherscheid (2013, S. 15) geschehen „drei Viertel der von älteren Fahrern verursachten Unfälle (...) an oder innerhalb von Kreuzungen“. Das muss zu denken geben. Doch sind nicht nur die Planer und Gestalter von Kreuzungsbereichen, Linksabbiegern oder Auf-/Abfahrten in der Pflicht. ▶



Grafik 1 | Eigener Entwurf auf Basis GDV-Daten 2016



Grafik 2 | Eigener Entwurf auf Basis Daten Vollrath 2013



Drei Fragen an Roman Kolbe, Leiter Aktuariat Komposit der Westfälischen Provinzial Versicherung AG

schadenprisma

Herr Kolbe, bislang las und hörte man hauptsächlich von der Risikogruppe der jungen Fahrer, die überproportional am Unfallgeschehen beteiligt sind. Wie steht es um ältere Fahrer?

ROMAN KOLBE

Ja, auch die älteren Fahrer stellen eine Risikogruppe dar. In der Kraftfahrtversicherung berechnen wir jährlich einen neuen Tarif, der den aktuellen Schadenbedarf berücksichtigt. Hier beobachten wir schon seit Jahren in der Kraftfahrt-Haftpflicht und Vollkasko stabile Ergebnisse:

Jüngere Fahrer und ältere Fahrer stellen hinsichtlich des Schadenbedarfs exponierte Risiken dar – sicherlich aus unterschiedlichen Gründen. Dabei ist grob gesagt das Risiko eines 18-jährigen Fahrers in etwa so hoch wie das eines 75-jährigen Fahrers. Für Fahrer mit einem Alter über 75 Jahre steigen die Schadenbedarfe noch weiter.

schadenprisma

Bedeutet dies, dass ältere Fahrer grundsätzlich auch höhere Tarifbeiträge bezahlen müssen?

ROMAN KOLBE

Nicht unbedingt. Dagegen wirkt unter anderem die Schadenfreiheitsklasse. Ältere Fahrer befinden sich in der Regel in höheren Schadenfreiheitsklassen mit niedrigeren Beitragssätzen. Jüngere Fahrer können diese Schadenfreiheitsklasse aufgrund ihres jungen Alters noch gar nicht erfahren haben.

Auch weitere Tarifmerkmale können dagegenwirken, etwa eine geringe jährliche Kilometerfahrleistung, ein jüngeres Fahrzeugalter bei Erwerb oder ein Einfamilienhausbesitz. In der Teilkaskoversicherung gibt es kein Schadenfreiheitssystem, hier fallen die Schadenbedarfsindizes übrigens deutlich und stetig mit dem Alter.

schadenprisma

Wie wirkt sich die zunehmende Anzahl älterer Menschen im Straßenverkehr für einen großen Versicherer aus?

ROMAN KOLBE

Die demografische Entwicklung macht sicherlich auch vor der Kraftfahrtversicherung nicht halt. Versicherungstechnisch haben wir das Thema durch die jährliche Neukalkulation und Überprüfung gut im Griff.

Spannend wird sein, wie erste fundierte Erfahrungen aus Fahrerassistenzsystemen aussehen. Erfahrungsgemäß tun sich ältere Menschen eher schwer in dem Umgang mit neuer Technik – seien es Rückfahrkameras, Spurhalteassistenten oder weitere sensorunterstützte Systeme. Hier treffen Mensch und Maschine aufeinander und beides ist heute – gerade bei älteren Personen – noch nicht ideal aufeinander abgestimmt. Vermutlich wird sich aber auch hier die Technik dem Menschen besser anpassen – und auch der Mensch der Technik. Wenn sich dies so realisiert, dann erwarten wir langfristig einen Rückgang in der Schadenfrequenz, ggf. auch in der Schadenhöhe.

INTERVIEW



Einflussfaktor Gesundheit

Für das Fahren sind elementare Fähigkeiten unerlässlich, wie das Sehen, das Hören, die Konzentration und das Reagieren können, die leider alle mit zunehmendem Alter, wenn auch individuell verschieden, nachlassen. Diese Prozesse verlaufen schleichend, sodass die überwiegende Mehrheit der älteren Menschen zunächst Vermeidungs- oder Kompensationsstrategien entwickelt, um mobil zu bleiben. Damit werden Gefahren und Risiken zwar reduziert, das zieht jedoch gleichzeitig die ersten Einschränkungen nach sich: Fahrten bei Dunkelheit oder bei sehr schlechtem Wetter werden vermieden, ebenso längere Fahrtstrecken. Die älteren Menschen gewöhnen sich an, insgesamt langsamer zu fahren und nutzen vor allem bekannte Strecken. Auffallend ist, dass sehr lange auf Seh-, Hör- und Reaktionstests verzichtet wird.

Es wird also eine Reduzierung der Mobilität in Kauf genommen, anstatt Hilfen zu suchen. Dies darf jedoch nicht zum Rückschluss führen, dass dadurch weniger Unfälle passieren, denn das ist wie dargestellt nicht der Fall. Es gibt gesteigerte Unfallzahlen bei den über 65-Jährigen, trotz aller Vermeidungsstrategien, die ältere Menschen anwenden. Hinzu kommt, dass kurze Autostrecken keinesfalls weniger gefährlich sind als etwas längere; denn tatsächlich sind Strecken unter zehn Kilometern deutlich stärker unfallbelastet. Zieht man in Betracht, dass die Mehrheit der Wegestrecken älterer Menschen in einem Radius von zwei bis zehn Kilometern liegt, wird die Bedeutung der Fahrfähigkeit und damit der Zusammenhang zwischen allgemeinem Gesundheitszustand und Reaktionsfähigkeit besonders deutlich.

Die subjektive Einschätzung des eigenen Fahrvermögens ist unabhängig vom Alter immer eher zu positiv. Man glaubt sehr gern, dass man selbst ein geringeres Un-

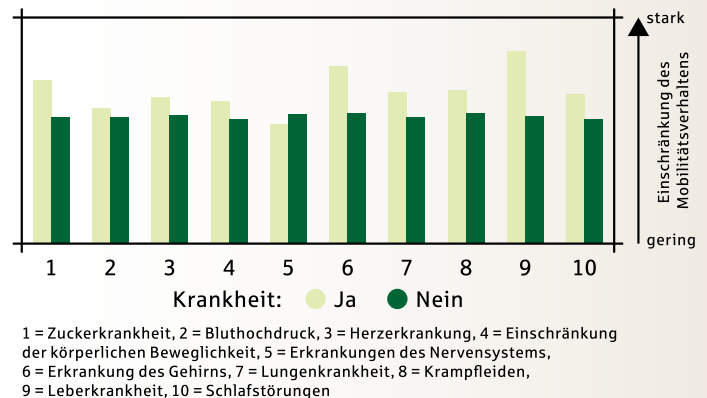
fallrisiko hat als Gleichaltrige oder eben noch Ältere. Der Schritt hin zu einer systematischen und umfassenden Überprüfung des eigenen Könnens und gesundheitlichen Vermögens ist mit empfundenen Hemmschwellen versehen. Emotionalität ist eine starke Kraft – die hier Veränderungen entgegenwirkt. Häufig fehlen jedoch schlicht Informationen über Möglichkeiten, aber auch über die Sinnhaftigkeit in Bezug auf die persönliche Verkehrssicherheit.

In verschiedenen Studien (u. a. von Holte und Albrecht 2004) ist das Unfallrisiko bei Krankheiten und Medikamenteneinnahmen untersucht worden. Dazu zählen

- Zuckerkrankheit
- Bluthochdruck
- Herzerkrankung
- Einschränkung der körperlichen Beweglichkeit
- Erkrankungen des Nervensystems
- Erkrankung des Gehirns
- Lungenkrankheit
- Krampfleiden
- Leberkrankheit
- Schlafstörungen

(Grafik 3)

Der Einfluss von Krankheiten auf das Unfallgeschehen wird allgemein unterschätzt. Krankheit als Unfallursache hat einen Anteil von rund einem Fünftel aller Unfälle. Das Risiko, dass Personen mit mehreren Krank-



Grafik 3 | Eigener Entwurf auf Basis der Studie

heiten Unfälle verursachen, ist 2,6-mal höher als das eines völlig Gesunden (dto.).

Einflussfaktor Medikament

Der Einfluss, den die Einnahme von Medikamenten auf die Fahrtüchtigkeit hat, wird in der Öffentlichkeit zu wenig diskutiert. Dabei ist für Menschen, die angstlösende oder schlaffördernde Medikamente einnehmen, das Unfallrisiko mittlerweile in zahlreichen Studien nachgewiesen. Die Einnahme von Schlaf- oder Schmerzmitteln ist weit verbreitet, auch ohne eine chronische Krankheitsgeschichte. Umso wichtiger ist die Aufklärung darüber, dass die Fahrtauglichkeit eingeschränkt sein kann und das Unfallrisiko mit der Einnahme dieser Mittel steigt – zumal viele dieser Mittel frei verkäuflich sind und eine Beratung durch den Arzt oder Apotheker nicht stattfindet. Nach Kittel (2013, S. 247) werden „drei bis zehn Prozent aller Unfälle (...) unter dem Einfluss von Medikamenten verursacht“.

Viele Medikamente wirken auf das zentrale Nervensystem ein. Eine nicht sachgemäße Einnahme, überhöhte Dosierungen oder die Kombination mit Alkohol sind dabei besonders gefährlich, weil Wirkungen unkontrolliert verstärkt werden können. Aber auch bei sachgemäßer Einnahme werden Neben- oder Wechselwirkungen bei Einnahme mehrerer Medikamente (sogenannte Polypharmazie) nicht beachtet. Das gilt ▶



grundsätzlich für jede Altersgruppe, jedoch nehmen ältere Menschen verstärkt und regelmäßiger Medikamente zu sich. Über 60 Prozent aller älteren Menschen über 65 Jahre nehmen regelmäßig zwei und mehr Medikamente ein (dto.). Sogar elf Prozent aller älteren Menschen nehmen regelmäßig Medikamente ein, die ein Führen eines Fahrzeugs ausschließen (dto.).

Unfallprävention 2 – Screening und Tests

Angesichts dieser Zahlen kann nur für Gesundheitstests geworben werden. Neben den auch an Verkehrssicherheitstagen immer wieder angebotenen Seh-, Hör- und Reaktionstests kann eine als Screening bezeichnete umfassende Untersuchung Aufschluss darüber geben, in welchen Bereichen Vorsicht geboten ist oder unterstützende Maßnahmen die eigene Mobilität erhalten können. Erste Pilotstudien weisen auf den Zusammenhang zwischen der Leistungsbeurteilung durch ein Screening und dem Fahrverhalten hin. Das Screening dient also der Vorbeugung von Unfällen und der Sicherheit. Es überprüft neben dem Fahrverhalten auch Gesundheitsparameter. Dazu zählen der allgemeine Gesundheitszustand, die Medikamenteneinnahme, die Funktionen der Wahrnehmung (Sehen, Hören etc.), die Funktionen des Denkens (z. B. Verstehenkönnen, Konzentration) und die motorischen Funktionen (Beweglichkeit, Reaktionsgeschwindigkeit).

Ziele sind: Empfehlungen zum Verhalten oder die Feststellung von Trainingsbedarf, ggf. auch eine veränderte Medikation.

Unfallprävention 3 – nach einem Unfall

Fast vollständig von der Öffentlichkeit unbeachtet ist derzeit noch der Aspekt der Nachsorge nach einem Unfall als präventive Maßnahme zur Vermeidung weiterer Unfälle. Als Folge eines Unfalls können sich leichtere oder auch schwerere Formen anhaltender psychischer Belastung entwickeln (z. B. Phobien oder Belastungsstörungen). Die Früherkennung psychischer Belastungen ist aufgrund der guten Behandlungsmöglichkeiten und zur Vermeidung der Chronifizierung jedoch sehr wichtig. Unbehandelt können sie zu einem Risikofaktor im Straßenverkehr werden. Anhaltende Schreckhaftigkeit oder Angst beispielsweise dürfen nicht bagatellisiert werden, sie gehören behandelt.

Leider geschieht jedoch häufig genau das Gegenteil, indem Angst nach einem Unfall als „Unsicherheit“ heruntergespielt und als eben „typisch“ bezeichnet wird. Und mit der Bagatellisierung wächst die Scheu, einen Hausarzt oder einen Psychologen aufzusuchen.

Angst als Unfallursache steht jedoch an der Spitze der durch Krankheiten verursachten Unfälle. Hier ist also dringend Handlungsbedarf geboten.

Swantje-Angelika Küpper
(Dipl.-Geogr., Arbeits- und Organisationspsychologin)
K+K Küpper
Bonn

Ralf Tornau
Abteilung Schadenverhütung / Risikoberatung
Westfälische Provinzial Versicherung AG
Münster

Fazit

Es ist noch zu wenig in der allgemeinen Öffentlichkeit bekannt, welchen Einfluss die individuelle Gesundheit oder die Einnahme von Medikamenten auf das Fahrverhalten haben kann. Das damit verbundene Unfallrisiko wird überwiegend nicht gesehen oder bagatellisiert. Seit 2013 wird in der EU die Gültigkeit neuer Führerscheine auf zehn bis 15 Jahre befristet. Der Antrag auf Verlängerung der Gültigkeit ist in Deutschland nicht an eine medizinische und psychologische Untersuchung gebunden. Die Gesundheit und der damit verbundene Erhalt der Fahrfähigkeit obliegen der persönlichen Verantwortung.

Die Autoren sind daher davon überzeugt, dass es dringend eines breiteren Wissens über den Zusammenhang von Gesundheit und (Fahr-)Verhalten einerseits und unterstützenden Maßnahmen andererseits erfordert, um bei zunehmendem Anteil älterer Menschen in der Gesellschaft die Unfallrisiken zu senken. ■



QUELLEN

- Claus, M. et al, 2017: Wegeunfälle, in: Windemuth, D. et al (Hg.), Psychische Faktoren als Unfallrisiken, S. 126
- Holte, H. / Albrecht, M., 2004: Verkehrsteilnahme und -erleben im Straßenverkehr bei Krankheit und Medikamenteneinnahme. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Heft M 162
- Ortlepp, J., Vortragsdokumentation vom 13.11.2013
- Richter, M. / Hurrelmann, K., 2011: Determinanten von Gesundheit, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, S. 45–48
- Rudinger, G. / Kocherscheid, K., 2011: Ältere Verkehrsteilnehmer – Gefährdet oder gefährlich? Einführung, S. 15
- Wilde, M.: Mobilität und Alter, VZ 2/13, S. 22
- Windemuth, D., 2012: Sicherheitspsychologie, in: Eichendorf, W. und Hedtmann, J. (Hg.), Praxis-handbuch Verkehrsmedizin, S. 118