

Sicheres Fahren mit Herzleiden

Fahreignung im Straßenverkehr bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Professor Dr. med. Hermann H. Klein, Idar-Oberstein



SONDERDRUCK

Gut fürs Herz.

Deutsche
Herzstiftung



IMPRESSUM

Sonderdruck Fahreignung (SD04)
Stand Februar 2020

HERAUSGEBER

Deutsche Herzstiftung e. V.
Bockenheimer Landstr. 94-96
60323 Frankfurt am Main

Tel.: 069 955128-0
Fax: 069 955128-313

info@herzstiftung.de
www.herzstiftung.de

TEXT

Professor Dr. med. Hermann H. Klein, Idar-Oberstein

REDAKTION

Prof. Dr. med. Thomas Meinertz, Chefredakteur
Claudia Eberhard-Metzger, Stellvertretende Chefredakteurin

GESTALTUNG

Stefanie Schaffer, www.visuellelogik.de

BILDNACHWEIS

© Adobe Stock: Titel JackF; S. 5 M.Dörr & M.Frommherz;
S. 7 Peter Maszlen

LITERATUR

Klein HH, Sechtem U, Trappe HJ: Fahreignung im Straßenverkehr bei kardiovaskulären Erkrankungen. Dtsch Arztebl Int 2017;114:692-702, DOI: 10.3238/arztebl.2017.0692.

„Ich bin herzkrank: Wann darf ich nicht mehr ans Steuer?“

Professor Dr. med. Hermann H. Klein, Idar-Oberstein

Diese Übersicht zur Fahreignung bei häufigen Herz-Kreislauf-Erkrankungen will Patienten informieren und sensibilisieren. In erster Linie sollten Herzpatienten ihren Arzt beziehungsweise Kardiologen ansprechen und sich individuell beraten lassen.

Was der Gesetzgeber sagt

In der Fahrerlaubnisverordnung heißt es: „Wer sich infolge körperlicher oder geistiger Beeinträchtigungen nicht sicher im Verkehr bewegen kann, darf am Verkehr nur teilnehmen, wenn Vorsorge getroffen ist, dass er andere nicht gefährdet“. Die Anlage 4 der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) beschreibt für verschiedene Erkrankungen – darunter auch Herz- und Gefäßkrankheiten – , wann bei einer Krankheit keine oder nur eine bedingte Fahreignung besteht. Die aktuellen Leitlinien der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) und die Verordnung zur Fahreignung bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen datieren vom 24. Mai 2018. Auf diesen europaweit geltenden Vorschriften basieren die derzeitigen Leitlinien der Bundesanstalt für Straßenwesen und die Anlage 4 der FeV (siehe auch Kasten „Sicheres Fahren – Risikoanalyse“ auf Seite 6).

Kontrollverlust am Steuer – mögliche Ursachen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen können einen Kontrollverlust am Steuer mit der möglichen Folge eines Unfalls auslösen. Der Grund dafür ist meist eine

plötzlich verminderte Durchblutung des Gehirns. Dazu kommt es aufgrund eines Blutdruckabfalls, der mit und ohne Herzrhythmusstörungen auftreten kann. Auch eine schwere körperliche Beeinträchtigung, etwa bei ausgeprägter Herzschwäche oder in der Erholungsphase nach einer großen Operation, kann das sichere Führen eines Fahrzeuges verhindern.

Herzrhythmusstörungen und Fahreignung

Die Herzfrequenz (Herzschlag/Puls pro Minute) ist keine feste Größe: Wie häufig das Herz schlägt, ist abhängig von den Anforderungen des Körpers, so steigt die Herzfrequenz bei Belastung, im Schlaf sinkt sie. In Ruhe schlägt das Herz bei einem erwachsenen Menschen 60- bis 100-mal pro Minute. Bei weniger als 50 Herzschlägen in der Minute besteht ein langsamer Puls (Bradykardie), bei mehr als 100 Schlägen ein schneller Puls (Tachykardie).

Wenn das Herz zu langsam schlägt

Bei einer Herzfrequenz unter 30 Schlägen pro Minute (oder wenn das Herz mehrere Sekunden lang nicht schlägt) kann Bewusstlosigkeit auftreten, weil das Gehirn nicht mehr ausreichend mit

Blut versorgt wird. In solchen Fällen wird – sofern keine vorübergehende Ursache für die Herzrhythmusstörung festgestellt wurde – ein Herzschrittmacher implantiert. Wenn der Schrittmacher ordnungsgemäß arbeitet, sind Gruppe-1-Fahrer (siehe Kasten „Sicheres Fahren“ auf Seite 6) mit langsamem Herzschlag nach der Implantation als fahrgeeignet anzusehen. Bei Gruppe-2-Fahrern ist Fahreignung eine Woche nach der Versorgung mit einem Herzschrittmacher anzunehmen. Ausnahme: Muss der Herzschrittmacher ständig arbeiten, da der Herzrhythmus des Patienten permanent zu langsam ist oder weil der Betroffene den Schrittmacher wegen plötzlicher Bewusstlosigkeit erhalten hat, besteht die Fahreignung für Gruppe-2-Fahrer erst vier Wochen nach der Schrittmacherimplantation. Die strengeren Auflagen für Gruppe-2-Fahrer berücksichtigen auch das Risiko, dass sich Elektroden des Schrittmachers verlagern. Dazu kann es in der ersten Zeit nach der Implantation kommen.

Wenn das Herz zu schnell schlägt

Auch eine zu hohe Herzfrequenz kann zu einer Minderdurchblutung des Gehirns und infolgedessen zu Schwindel oder plötzlicher kurzfristiger Bewusstlosigkeit führen. Ab welcher Herzfrequenz es zur Bewusstlosigkeit kommt, ist im Einzelfall schwer vorherzusagen: Damit zu rechnen ist bei über 200 Schlägen pro Minute. Ist die Funktion der Herzkammern eingeschränkt, kann auch schon früher Bewusstseinsverlust eintreten. Wenn ein zu schneller Herzschlag vorliegt, der zu Bewusstlosigkeit führen kann, besteht keine Fahreignung – weder für Fahrer der Gruppe 1, noch für Fahrer der Gruppe 2. Nach erfolgreicher Therapie und regelmäßigen Kontrolluntersuchungen kann für beide Fahrergruppen wieder Fahreignung bestehen.

Nach der Implantation eines Defibrillators

Ein schneller Herzschlag, der in einer Herzkammer seinen Ursprung hat (Kammertachykardie), kann lebensbedrohlich sein. Eine Kammertachykardie kann in Kammerflimmern übergehen: Das Herz „flimmert“ mit über 300 Schlägen pro Minute, der

Herzmuskel kann kein Blut mehr in das Gefäßsystem pumpen, der Blutdruck sinkt auf nicht mehr messbare Werte. Unter diesen Bedingungen ist innerhalb von zehn Sekunden mit Bewusstlosigkeit zu rechnen. Kann die Herzrhythmusstörung nicht umgehend mit einem Elektroschock (Defibrillation) behoben werden, endet sie tödlich. Zu Kammerflimmern kann es beispielsweise bei einem akuten Herzinfarkt oder infolge eines Herzinfarkts kommen. Bei gesunden Herzen tritt die gefährliche Herzrhythmusstörung so gut wie nie auf.

„ Wer sich infolge körperlicher oder geistiger Beeinträchtigungen nicht sicher im Verkehr bewegen kann, darf am Verkehr nur teilnehmen, wenn Vorsorge getroffen ist, dass er andere nicht gefährdet. “

Anlage 4 der Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV)

Hat ein Patient einen Herzstillstand durch Kammerflimmern überlebt, besteht häufig ein medizinischer Grund (Indikation) für die Implantation eines Defibrillators. Dieses Gerät überwacht kontinuierlich den Herzrhythmus, erkennt Kammerflimmern und beendet die lebensbedrohliche Herzrhythmusstörung, indem es gezielt Stromstöße abgibt (Elektroschock). Einen plötzlichen Kontrollverlust am Steuer kann der Defibrillator nicht sicher verhindern: Etwa 20 Prozent der Patienten, die die Schockbehandlung eines Defibrillators benötigen, sind zum Zeitpunkt der Defibrillation bereits bewusstlos. Für Fahrer der Gruppe 2 bedeutet das: Besteht die Indikation für einen Defibrillator, ist die Fahreignung in der Regel nicht mehr gegeben.

Bei Fahrern der Gruppe 1 ist beim Beurteilen der Fahreignung zu unterscheiden, ob die Indikation für den Defibrillator der Primär- oder Sekundärprävention des plötzlichen Herztodes entspricht. Wenn der Betroffene vor der Implantation zwar eine ausgeprägte Herzschwäche, aber keine lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörung hatte (Primärprävention), kann davon ausgegangen



werden, dass die Fahreignung etwa ein bis zwei Wochen nach der Versorgung mit dem Defibrillator wieder besteht. Bestand vor der Implantation jedoch eine bedrohliche Herzrhythmusstörung oder lag gar eine Wiederbelebung bei Kammerflimmern vor (Sekundärprävention), ist die Fahreignung frühestens drei Monate nach dem Ereignis wieder gegeben.

Hat der Defibrillator eine bedrohliche Herzrhythmusstörung mithilfe eines Schocks beendet, muss der Patient auf jeden Fall weitere drei Monate auf das Autofahren verzichten; während dieser Zeit dürfen keine erneuten bedrohlichen Herzrhythmusstörungen oder eine Bewusstlosigkeit auftreten. Lehnt ein Patient die medizinisch sinnvolle Implantation eines Defibrillators als Sekundärprävention des plötzlichen Herztodes ab, muss er ebenfalls drei Monate auf das Autofahren verzichten; es darf in dieser Zeit nicht erneut zu einer bedrohlichen Herzrhythmusstörung oder zu Bewusstlosigkeit kommen.

Grundsätzlich sollten sich Fahrer mit implantiertem Defibrillator im Straßenverkehr sehr defensiv verhalten, da ein plötzlicher Kontrollverlust am Steuer nicht vorherzusehen ist. Bei plötzlichem Unwohlsein oder dem Gefühl, gleich bewusstlos zu werden, sollte das Fahrzeug umgehend angehalten werden.

Wenn Bewusstlosigkeit aufgetreten ist

Ein plötzlicher Blutdruckabfall mit Bewusstlosigkeit (Synkope) kann auch ohne Herzrhythmusstörung auftreten. Bei der Suche nach der Ursache hat der Arzt unterschiedliche Erkrankungen auszuschließen: Sie können für den Patienten bedrohlich (beispielsweise hochgradig verengte Herzklappen) oder weniger bedrohlich sein (etwa ein zu niedriger Blutdruck, wie er bei der Bluthochdruckbehandlung gelegentlich auftreten kann).

Konnte eine bedrohliche Ursache für eine erstmals aufgetretene Bewusstlosigkeit ausgeschlossen werden, besteht für Fahrer der Gruppe 1 und 2 weiterhin Fahreignung. Kommt es erneut zu Bewusstlosigkeit, ist die Fahreignung für Gruppe-2-Fahrer so lange nicht mehr gegeben, bis die Ursache gefunden und behoben ist. Gruppe-1-Fahrer müssen bei einer zweiten unklaren Bewusstlosigkeit für ein halbes Jahr auf das Autofahren verzichten.

„ Beim Beurteilen der Fahreignung müssen mitunter noch weitere Erkrankungen berücksichtigt werden. In erster Linie sollten sich Patienten an ihren Arzt oder Kardiologen wenden. “

Eine kurze Bewusstlosigkeit kann auch einmal bei einer Blutentnahme auftreten. Ein solcher Umstand beeinflusst die Fahreignung nicht – sofern eine bedeutsame Erkrankung als Grund ausgeschlossen ist. Um die Fahreignung bei wiederholter Bewusstlosigkeit einzuschätzen, ist der Betroffene unbedingt auf ärztlichen Rat angewiesen. Sehr häufig verspüren Patienten vor dem Ereignis Schwindel, Schwäche, Unwohlsein oder Herzrasen. Treten solche Beschwerden auf, sollte die Autofahrt unterbrochen werden, bis sich der Zustand gebessert hat.

Nach einem Herzinfarkt

Zum Herzinfarkt (akutes Koronarsyndrom) kommt es nach dem Verschluss einer Herzarterie. Häufige Komplikationen des Infarktes sind Herzrhythmusstörungen und Herzschwäche. Lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen treten besonders in der frühen Phase eines Infarkts auf. Wenn Fahrer der Gruppe 1 die akute Phase eines Herzinfarktes komplikationslos überstanden haben und keine Zeichen einer Herzschwäche zeigen, ist die Fahreignung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wieder gegeben. Gruppe-2-Fahrer müssen in den ersten sechs Wochen nach dem Herzinfarkt auf das Autofahren verzichten: Für sie besteht keine Fahreignung. Hat sich aufgrund des Herzinfarktes eine bedeutende Herzschwäche (Auswurffraktion der linken Herzkammer, kurz EF, unter 35 Prozent) eingestellt und bleibt sie trotz Therapie bestehen, ist dauerhaft von fehlender Fahreignung auszugehen.

Koronare Herzerkrankung und Bypassoperation

Die koronare Herzerkrankung ist eine chronische Erkrankung des Herzens aufgrund verengter Herzkranzgefäße (Koronararterien). Sind die Verengungen sehr ausgeprägt, klagen die Patienten bei Belastung häufig über Brustschmerzen. Die anfallsartigen Schmerzen (Angina pectoris, Brustenge) werden mit Medikamenten, mit einem interventionellen Eingriff (Katheterbehandlung) oder chirurgisch (Bypass) behandelt. Gruppe-1-Fahrer mit stabiler Angina pectoris – in Ruhe treten keine Beschwerden auf – sind in der Regel fahrgeeignet. Wurde es notwendig, den Brustkorb chirurgisch zu öffnen, sollten Fahrer der Gruppe 1 zwei bis vier Wochen lang auf das Autofahren verzichten und ruckartige Bewegungen vermeiden. Fahrer der Gruppe 2 sind nach einem interventionellen Eingriff in den ersten vier Wochen nicht fahrgeeignet; nach einer Herzoperation besteht für Gruppe-2-Fahrer erst wieder nach vollständiger Erholung (etwa drei Monate) Fahreignung.

Sicheres Fahren – Risikoanalyse

Den Leitlinien zum Begutachten der Kraftfahreignung bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen liegt die „**Risk of Harm Formula**“ der Kanadischen Gesellschaft für Kardiologie zugrunde. Nach dieser Formel besteht für einen Fahrer der **Gruppe 1** (normaler PKW-Fahrer) dann keine Fahreignung, wenn bei einer üblichen Zeit am Steuer (etwa 0,5 Stunden pro Tag) das Risiko für einen plötzlichen Kontrollverlust 20 bis 40 Prozent und mehr pro Jahr beträgt. Ein Fahrer der **Gruppe 2** (LKW-Fahrer oder Personentransportfahrer) ist nicht fahrgeeignet, wenn das Risiko für einen plötzlichen Kontrollverlust bei üblicher Zeit am Steuer (etwa acht Stunden pro Tag) höher als ein bis zwei Prozent pro Jahr eingeschätzt wird.

Auf dieser Risikoanalyse basieren im Wesentlichen die in diesem Sonderdruck genannten Empfehlungen zur Fahreignung. Da beim Beurteilen der Fahreignung mitunter noch weitere Erkrankungen berücksichtigt werden müssen, sollte sich der Patient in erster Linie von seinem Arzt oder Kardiologen beraten lassen. Die Anlage 4 der Fahrerlaubnisverordnung und die Leitlinien der Bundesanstalt für Straßenwesen zur Kraftfahreignung werden regelmäßig aktualisiert. Verbindlich sind immer die aktuellsten Vorschriften.



Bei Herzschwäche

Viele Herzkrankheiten können im fortgeschrittenen Stadium zu Herzschwäche (Herzinsuffizienz) führen. Das wichtigste Symptom der Herzschwäche ist Luftnot; auch bedrohliche Herzrhythmusstörungen werden wahrscheinlicher. Wurde wegen der Herzschwäche ein Defibrillator implantiert, gelten die dafür angegebenen Vorschriften. Ist die Herzschwäche so ausgeprägt, dass es bereits in Ruhe zu Luftnot kommt, ist weder für Fahrer der Gruppe 1 noch für Gruppe 2 eine Fahreignung gegeben. Bei weniger ausgeprägten Symptomen sind Fahrer der Gruppe 1 fahrgerecht. Für Fahrer der Gruppe 2 mit Herzschwäche gilt: Sie sind nicht fahrgerecht, wenn Luftnot bereits in Ruhe oder bei alltäglicher Belastung auftritt oder wenn die Auswurfraction (EF) der linken Kammer geringer als 35 Prozent ist.

Fahreignung bei Bluthochdruck

Bluthochdruck kann mit ausgeprägten Kopfschmerzen oder Sehstörungen einhergehen: Dann besteht für Fahrer der Gruppe 1 und 2 keine Fahreignung. Bei der Behandlung eines erhöhten Blutdrucks kann ein zu niedriger Blutdruck auftreten, der zum Kontrollverlust am Steuer führen kann – darüber sollten Patienten zu Beginn einer Bluthochdruckbehandlung informiert werden.

” Herz-Kreislauf-Erkrankungen können einen Kontrollverlust am Steuer mit der möglichen Folge eines Unfalls auslösen. Der Grund dafür ist meist eine plötzlich verminderte Durchblutung des Gehirns. “



Prof. Dr. med. Hermann Hubert Klein war von 1995 bis 2015 Chefarzt der Med. Klinik II (Schwerpunkt Kardiologie) des Lehrkrankenhauses Idar-Oberstein. Seit 2015 berät er Assistenzärzte im Kardiologischen Hintergrunddienst des Klinikum Warburg bei der Betreuung von Patienten mit kardiologischem Schwerpunkt.

Informieren + Vorbeugen +
Forschung fördern =
Deutsche Herzstiftung e. V.

Unterstützen Sie Aufklärung und
Herzforschung. Helfen Sie uns helfen!

Spendenkonto: Frankfurter Volksbank
IBAN DE 97 5019 0000 0000 1010 10
BIC FFVBDEFFXXX

Als unabhängige Patientenorganisation vertreten wir die Interessen der Herzpatienten. Wir klären über Herzkrankheiten auf und fördern die patientennahe Forschung. Mit unseren fundierten und für jedermann verständlichen Informationen bauen wir eine Brücke zwischen Herzpatienten, Angehörigen und Ärzten.

Werden Sie Mitglied!

Profitieren Sie von unserem umfangreichen Service-Angebot:
www.herzstiftung.de/aufnahmeantrag.html

Deutsche Herzstiftung e. V.

Bockenheimer Landstr. 94 - 96
60323 Frankfurt am Main

Tel.: 069 955128-0

Fax: 069 955128-313



info@herzstiftung.de
www.herzstiftung.de

