

Was muss ich als Herzpatient beachten, um sicher Auto zu fahren?

Mit dieser Übersicht zur Fahreignung bei Herz-Kreislauf-Krankheiten wollen wir Patienten informieren und sensibilisieren. In erster Linie sollten sich Herzpatienten an ihren Arzt wenden und sich individuell von ihm 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 Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) beschreibt für verschiedene Erkrankungen, darunter auch Herz- und Gefäßkrankheiten, wann bei einer Krankheit keine oder wann 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. Diese EU-weit geltenden Vorschriften bilden die Basis der derzeitigen Leitlinien der Bundesanstalt für Straßenwesen und der Anlage 4 der FeV.

KONTROLLVERLUST AM STEUER – MÖGLICHE URSACHEN

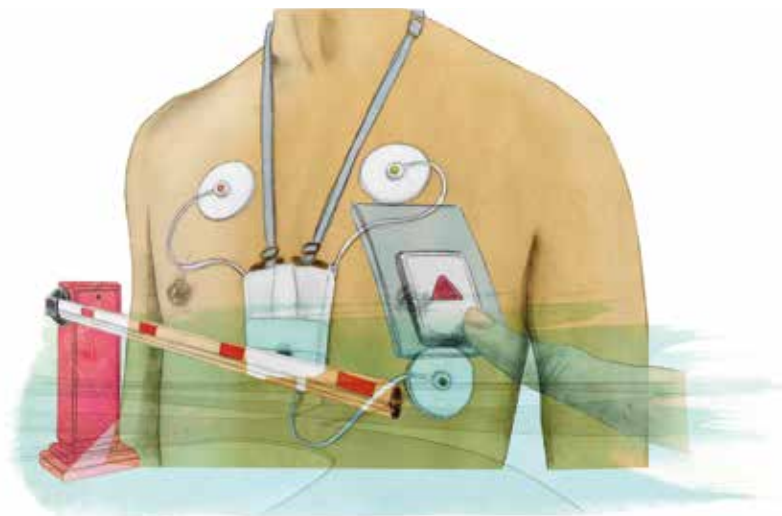
Herz-Kreislauf-Erkrankungen können einen Kontrollverlust am Steuer mit der möglichen Folge eines Unfalls auslösen. Der Grund dafür ist meist eine plötzlich verminderte Durchblutung des Gehirns aufgrund eines Blutdruckabfalls, der mit und ohne Herzrhythmusstörungen auftreten kann. Auch eine schwere körperliche 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 oft 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 Schlägen in der Minute besteht ein langsamer („Bradykardie“), bei mehr als 100 Schlägen ein schneller Puls („Tachykardie“).

Wenn das Herz zu langsam schlägt

Bei einer Herzfrequenz unter 30 Schlägen pro Mi-



„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)

nute (oder wenn das Herz mehrere Sekunden lang nicht schlägt) kann Bewusstlosigkeit aufgrund einer zu geringen Durchblutung des Gehirns auftreten. 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) 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 die 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 Herzfrequenzen über 200 Schlägen pro Minute. Ist die Funktion der Herzkammern eingeschränkt, können auch bereits weniger Schläge zum Bewusstseinsverlust führen. 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 effektiver 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 zu Kammerflimmern führen: Das Herz zuckt ungeordnet bei einer Herzfrequenz von weit über 300 Schlägen pro Minute. Unter diesen Bedingungen kann der Herzmuskel kein Blut mehr in das Gefäßsystem pumpen, der Blutdruck sackt auf nicht mehr messbare Werte ab. Aufgrunddessen ist

innerhalb von zehn Sekunden mit Bewusstlosigkeit zu rechnen. Wird die Herzrhythmusstörung nicht umgehend mithilfe eines Elektroschocks (Defibrillation) behoben, 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.

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 einen Elektroschock abgibt. Einen plötzlichen Kontrollverlust am Steuer kann der Defibrillator nicht sicher verhindern: Etwas 20 Prozent der Patienten, die die Schockbehandlung eines Defibrillators benötigen, sind zum Zeitpunkt der Schockabgabe 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 sogenannten Primär- oder Sekundärprävention des plötzlichen Herztodes entspricht. Wenn der Betroffene vor der Implantation zwar eine ausgeprägte Herzschwäche, aber keine lebensbedrohliche Herzrhythmusstörung hatte (Pri-

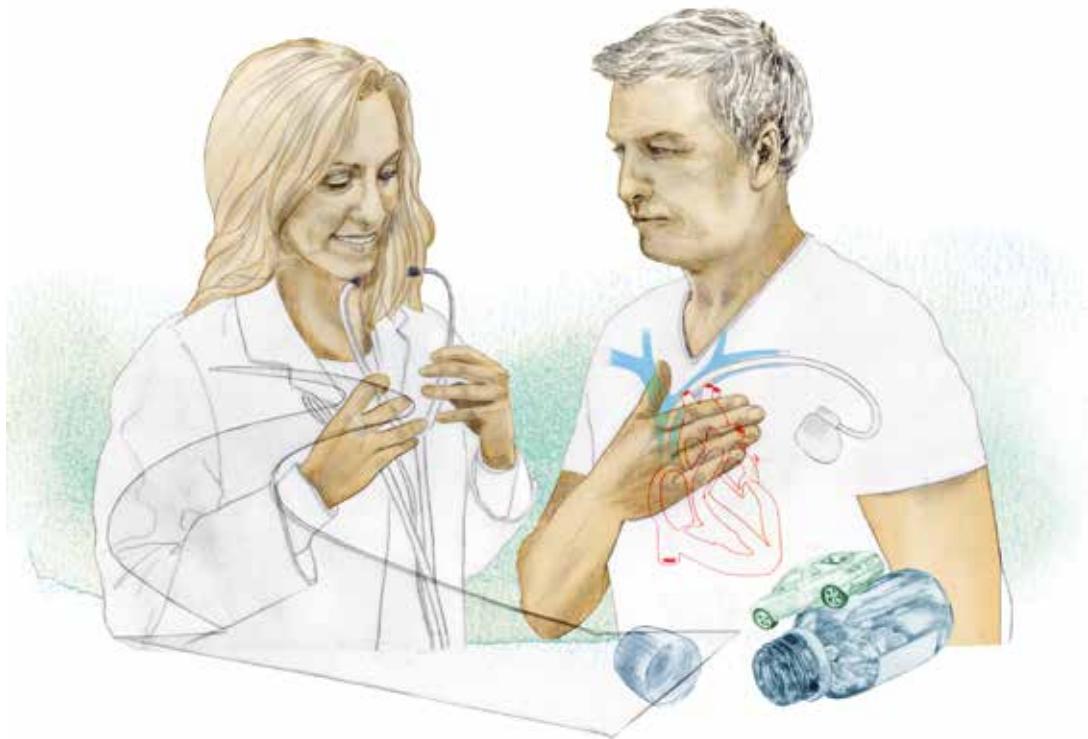
RISIKOANALYSE

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 fahreignungsfähig, 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 Beitrag dargestellten Empfehlungen zur Fahreignung. Da beim Beurteilen der Fahreignung mitunter noch weitere Erkrankungen berücksichtigt werden müssen, sollte sich der Patient in erster Linie von seinem behandelnden Arzt beraten lassen. Die Anlage 4 der Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) und die Leitlinien der Bundesanstalt für Straßenwesen zur Kraftfahreignung werden regelmäßig aktualisiert. Verbindlich sind immer die aktuellsten Vorschriften.



»Beim Beurteilen der Fahreignung müssen mitunter noch weitere Erkrankungen berücksichtigt werden.«

märprävention), kann davon ausgegangen werden, dass die Fahreignung etwa ein bis zwei Wochen nach der Versorgung mit dem Defibrillator wieder besteht. Bestand vor der Implantation aber 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 durch einen Schock beendet, muss auf jeden Fall weitere drei Monate auf das Autofahren verzichtet werden; 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.

Eine kurze Bewusstlosigkeit kann auch einmal bei einer Blutentnahme auftreten – ein solcher Umstand beeinflusst die Fahreignung nicht (wenn 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. Wichtigste Komplikationen des Infarktes sind Herzrhythmusstörungen und das Entstehen einer Herzschwäche. Lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen treten besonders in der frühen Phase eines Infarktes 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 bedeutsame Herzschwäche (Auswurfraction der linken Herzkammer, kurz EF, unter 35 Prozent) eingestellt und verbleibt sie trotz Therapie, ist dauerhaft von fehlender Fahreignung auszugehen.

KORONARE HERZERKRANKUNG UND BYPASSOPERATION

Die koronare Herzerkrankung ist eine chronische Erkrankung des Herzens, die durch verengte Herzkranzgefäße (Koronararterien) ausgelöst wird. Bei ausgeprägten Verengungen klagen die Patienten bei Belastung häufig über Brustschmerzen. Dieser anfallsartige Schmerz (Angina pectoris, „Brustenge“) wird mit Medikamenten, mit einem sogenannten 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 der Brustkorb chirurgisch eröffnet, sollten Fahrer der Gruppe 1 zwei bis vier Wochen lang auf das Autofahren verzichten und ruckartige Bewegungen des operierten Brustbeins vermeiden. Fahrer der Gruppe 2 sind in den ersten vier Wochen nach einem interventionellen Eingriff nicht fahrgeeignet; nach einer Herzoperation besteht Fahreignung für Gruppe-2-Fahrer erst wieder nach vollständiger Erholung (etwa drei Monate).

BEI HERZSCHWÄCHE

Viele Herzkrankheiten können im fortgeschrittenen Stadium zu Herzschwäche (Herzinsuffizienz) führen. Das wichtigste Symptom der Herzschwäche ist Luftnot; auch bedrohliche Herzrhythmusstörungen sind wahrscheinlich. Wurde wegen der Herzschwäche ein Defibrillator implantiert, gelten die dafür angegebenen Vorschriften. Ist die Herzschwäche so ausgeprägt, dass Luftnot bereits in Ruhe besteht, ist sowohl für Fahrer der Gruppe 1 wie der Gruppe 2 keine Fahreignung gegeben. Bei weniger ausgeprägten Symptomen sind Fahrer der Gruppe 1 fahrgeeignet. Für Fahrer der Gruppe 2 mit Herzschwäche gilt: Sie sind nicht fahrgeeignet, wenn Luftnot bereits in Ruhe oder bei alltäglicher Belastung auftritt oder wenn die Auswurfraction der linken Kammer (EF) 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.

Der Text ist eine Kurzfassung des Beitrags „Fahreignung im Straßenverkehr bei kardiovaskulären Erkrankungen“ von **Professor Dr. med. Hermann H. Klein**, Idar-Oberstein. Mitglieder können den Beitrag in voller Länge als Sonderdruck ab Februar 2020 anfordern unter der Nummer 069 955 128 400.