

Fahreignung und kardiovaskuläre Erkrankungen: gemeinsame Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin

Genehmigt am 5.5.2019 durch die Qualitätskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie und am 9.5.2019 durch die Sektion Verkehrsmedizin der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin

Buser Marc^{ac}, Christen Stefan^{ad}, Schär Beat^{ae}, Fellay Maurice^{bf}, Pfäffli Matthias^{bg}

^a Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie

^b Schweizerische Gesellschaft für Rechtsmedizin

^c Kantonsspital St. Gallen

^d Stadtspital Waid, Zürich

^e Universitätsspital Basel

^f Hôpital du Valais, Sierre

^g Institut für Rechtsmedizin, Bern

Einleitung

Kardiovaskuläre Erkrankungen sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Gleichzeitig hat der motorisierte Strassenverkehr im privaten und beruflichen Setting einen hohen Stellenwert. Richtlinien zur Fahreignung bei kardiovaskulären Erkrankungen drängen sich somit auf.

Diese Richtlinien folgen in ihrer *Grundstruktur* der Pocket-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie Herz- und Kreislaufforschung e.V. «Fahreignung bei kardiovaskulären Erkrankungen», Update 2018. Deren Tabellen wurden gemäss der im Literaturverzeichnis aufgeführten Dokumente, Schweiz-spezifischen Überlegungen und unter Berücksichtigung des Schweizer Verkehrsrechts angepasst. Hinsichtlich der wissenschaftlichen Grundlagen wird auf die Literatur verwiesen (namentlich [1, 2]).

Diese Richtlinien beziehen sich auf die vom Gesetzgeber aufgestellten Mindestanforderungen für Fahrzeuglenker. Diese Mindestanforderungen gelten – da Bundesrecht – schweizweit. Nicht berücksichtigt werden können allfällige zusätzliche Vorgaben von einzelnen Transportunternehmen, die über die rechtlichen Mindestanforderungen hinausgehen.

Die vorliegenden Richtlinien sind tabellenübergreifend zu verwenden: So sind beispielsweise beim Vorliegen einer

koronaren Herzkrankheit, begleitet von einer Herzinsuffizienz und einem Linksschenkelblock, [Tabelle 2](#) «Fahreignung bei Herzinsuffizienz», [Tabelle 3](#) «Fahreignung bei koronarer Herzkrankheit» sowie [Tabelle 4](#) «Fahreignung bei bradykarden Arrhythmien» zu berücksichtigen.

Der in den Tabellen verwendete Begriff «Einzelfallbeurteilung» bedeutet, dass die Arbeitsgruppe keine generelle Empfehlung zur Fahreignung abgibt. Das kann beispielsweise durch die Heterogenität der in einer Tabellenzeile subsummierten Erkrankungen bedingt sein, so bei den symptomatischen kongenitalen Herzerkrankungen (GUCH) in [Tabelle 8](#). Die Beurteilung der Fahreignung hat in solchen Fällen fallspezifisch unter Berücksichtigung der Ausprägung der Erkrankung, des Funktionsniveaus des Betroffenen und der Prognose zu erfolgen. Die allzeit sichere Verkehrsteilnahme muss dabei gewährleistet sein. Die Mindestanforderungen gemäss Anhang 1 VZV sind in der Beurteilung immer zu beachten (siehe Abschnitt «Gesetzliche Grundlagen»). Im Zweifelsfall kann immer ein Verkehrsmediziner zur Beurteilung beigezogen werden.

In diesen Richtlinien sind stets Personen männlichen und weiblichen Geschlechts gleichermaßen gemeint. Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet.

Correspondence:

Prof. Dr. med. Beat Schär,
Universitätsspital Basel,
Klinik für Kardiologie, Petersgraben 4, CH-4031
Basel,
Beat.Schaer[at]usb.ch

Gesetzliche Grundlagen

Fahreignung (Art. 14 Abs. 2 SVG)

Ein Motorfahrzeugführer muss über Fahreignung verfügen. Diese ist gegeben, falls der Motorfahrzeugführer

– das Mindestalter erreicht hat,

Abkürzungen:

Abs.	Absatz (Rechtswesen)
Art.	Artikel (Rechtswesen)
ATP	anti-tachykardes Pacing
AV	atrioventrikulär
AVNRT	AV-nodale Reentry-Tachykardie
AVRT	atrioventrikuläre Reentry-Tachykardie
CCS	Stadieneinteilung der Angina pectoris gemäss Canadian Cardiovascular Society
CCS I	Angina pectoris-Symptomatik nur bei schwerer körperlicher Belastung
CCS II	Angina pectoris-Symptomatik bereits bei moderater körperlicher Belastung bzw. leichte Einschränkung der alltäglichen ("ordinary") Aktivität
CCS III	Angina pectoris-Symptomatik schon bei leichter körperlicher Belastung bzw. deutliche Einschränkung der alltäglichen Aktivität
CCS IV B	Angina pectoris-Symptomatik bereits in Ruhe
CRT-P	kardiale Resynchronisationstherapie ohne zusätzliche Defibrillatorfunktion
CRT-D	kardiale Resynchronisationstherapie mit zusätzlicher Defibrillatorfunktion
D-Teil	Defibrillatorfunktion eines CRT-D
EKG	Elektrokardiogramm
GUCH	angeborener Herzfehler (grown-up congenital heart disease)
ICD	implantierbarer Cardioverter Defibrillator
KHK	koronare Herzkrankheit
LVEF	linksventrikuläre Ejektionsfraktion
LVOT	linksventrikulärer Ausflusstrakt (left ventricular outflow tract)
MET	metabolisches Äquivalent (metabolic equivalent of task)
NYHA	Stadieneinteilung der Herzinsuffizienz gemäss New York Heart Association
NYHA I	Herzkrankung ohne körperliche Limitation. Alltägliche körperliche Belastung verursacht keine inadäquate Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris
NYHA II	Herzkrankung mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe. Alltägliche körperliche Belastung verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris
NYHA III	Herzkrankung mit höhergradiger Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei gewohnter Tätigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe. Geringe körperliche Belastung verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris
NYHA IV	Herzkrankung mit Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und in Ruhe. Bettlägerigkeit
PCI	perkutane Koronarintervention (percutaneous coronary intervention)
PM	Schrittmacher (pacemaker)
RVOT	rechtsventrikulärer Ausflusstrakt (right ventricular outflow tract)
SA	sinuatrial
SVG	Strassenverkehrsgesetz
VZV	Verkehrszulassungsverordnung
WPW	Wolff-Parkinson-White

– die erforderliche körperliche und psychische Leistungsfähigkeit zum sicheren Führen von Motorfahrzeugen hat,
– frei von einer Sucht ist, die das sichere Führen von Motorfahrzeugen beeinträchtigt und

– nach seinem bisherigen Verhalten Gewähr bietet, als Motorfahrzeugführer die Vorschriften zu beachten und auf die Mitmenschen Rücksicht zu nehmen (sog. charakterliche Eignung).

Medizinische Mindestanforderungen (Art. 7 Abs. 1 VZV)

Wer einen Lernfahr-, Führerausweis oder eine Bewilligung zum berufsmässigen Personentransport erwerben will, muss die medizinischen Mindestanforderungen gemäss Anhang 1 VzV erfüllen:

1. Gruppe

Keine Erkrankungen mit einem erhöhten Risiko des Auftretens von anfallartigen Schmerzzuständen, Anfällen von Unwohlsein, einer Verminderung der Hirndurchblutung mit Leistungseinschränkungen oder Bewusstseinsveränderungen oder anderen dauernd oder anfallartig auftretenden Beeinträchtigungen des Allgemeinbefindens. Keine erhebliche Blutdruckanomalie.

2. Gruppe

Keine Erkrankungen mit einem erhöhten Risiko des Auftretens von anfallartigen Schmerzzuständen, Anfällen von Unwohlsein, einer Verminderung der Hirndurchblutung mit Leistungseinschränkungen oder Bewusstseinsveränderungen oder anderen dauernd oder anfallartig auftretenden Beeinträchtigungen des Allgemeinbefindens.

Keine bedeutsamen Rhythmusstörungen. Bei Herzkrankung normaler Belastungstest (die Formulierung «normaler Belastungstest» wird in den vorliegenden Richtlinien wie folgt definiert: keine Angina pectoris, keine relevanten Arrhythmien, körperliche Belastbarkeit >4 METs; pathologisches EKG mit bildgebendem Ischämietest abgeklärt).

Keine Blutdruckanomalie, die durch eine Behandlung nicht normalisiert werden kann.

Führerausweiskategorien der 1. und 2. Gruppe

1. Gruppe

- Führerausweis-Kategorien A und B
- Führerausweis-Unterkategorien A1 und B1
- Führerausweis-Spezialkategorien F, G und M
- Führerausweis-Unterkategorie D1, falls Beschränkung auf 3.5 t

2. Gruppe

- Führerausweis-Kategorien C und D
- Führerausweis-Unterkategorien C1 und D1
- Bewilligung zum berufsmässigen Personentransport
- Verkehrsexperten

Eine detaillierte Beschreibung der Führerausweiskategorien findet sich in Anhang 1.

Tabelle 1: Fahreignung bei Synkopen.

		1. Gruppe	2. Gruppe
Vasovagale Synkope	Einmalige vasovagale Synkope, nicht im Sitzen/ beim Fahren	Fahreignung	Fahreignung
	Rezidivierende vasovagale Synkopen oder einmalige vasovagale Synkope im Sitzen/beim Fahren	Fahreignung, Wartefrist 1 Monat ab letztem Ereignis	Einzelfallbeurteilung, Wartefrist minimal 3 Monate ab letztem Ereignis
Synkope mit auslösenden, behebbaren Faktoren (z.B. Schmerz, Anämie, Fieber, Dehydratation)		Fahreignung, sobald auslösender Faktor behoben	Fahreignung, sobald auslösender Faktor behoben
Synkope bei Brady- oder Tachyarrhythmien		Siehe Tabellen 4, 5 und 6	Siehe Tabellen 4, 5 und 6
Unklare Synkope ohne Prodromi, die eine adäquate Schutzreaktion des Patienten erlauben		Fahreignung, Wartefrist 3 Monate ab letztem Ereignis	Nicht fahreignung, bis Diagnose gestellt und Therapie eingeleitet. Bei fehlender Diagnose Wartefrist minimal 12 Monate ab letztem Ereignis

Tabelle 2: Herzinsuffizienz (beliebige Ätiologie).

	1. Gruppe	2. Gruppe
NYHA I	Fahreignung	Fahreignung, falls LVEF >35% und Belastungstest normal plus *
NYHA II	Fahreignung	Fahreignung, falls LVEF >35% plus *
NYHA III	Fahreignung, falls stabil und kompensiert	Nicht fahreignung
NYHA IV	Nicht fahreignung	Nicht fahreignung
Herzunterstützendes System (left ventricular assist device)	Einzelfallbeurteilung	Nicht fahreignung
Status nach Herztransplantation	Fahreignung nach erfolgreicher Rekonvaleszenz	Fahreignung, falls NYHA I oder II und LVEF>35%, Wartefrist 3 Monate plus*

* keine Angina pectoris, keine relevanten Arrhythmien, körperliche Belastbarkeit >4 METs. Pathologisches EKG mit bildgebendem Ischämietest abgeklärt.

Tabelle 3: Fahreignung bei koronarer Herzkrankheit.

	1. Gruppe	2. Gruppe
Akutes Koronarsyndrom (konservative und invasive Therapie)	Fahreignung, Wartefrist 1 Woche sofern keine Ruhebeschwerden (nicht CCS IV)	Fahreignung, falls asymptomatisch, LVEF >35% und Belastungstest normal plus *, Wartefrist 6 Wochen
Elektive PCI	Fahreignung	Fahreignung
Koronare Bypassoperation	Fahreignung nach erfolgreicher Rekonvaleszenz	Fahreignung, falls NYHA I oder II, LVEF>35% und Belastungstest normal plus *, Wartefrist 3 Monate
Stabile koronare Herzkrankheit	Fahreignung, sofern keine Ruhebeschwerden (nicht CCS IV)	Fahreignung, falls asymptomatisch, LVEF >35%, jährlicher Belastungstest normal plus *

* keine Angina pectoris, keine relevanten Arrhythmien, körperliche Belastbarkeit >4 METs. Pathologisches EKG mit bildgebendem Ischämietest abgeklärt (siehe auch [Tabelle 2](#) «Fahreignung bei Herzinsuffizienz»).

Abweichen von den medizinischen Mindestanforderungen (Art. 7 Abs. 3 VZV)

Die kantonale Behörde kann von den medizinischen Mindestanforderungen abweichen, wenn der Gesuchsteller über die Fahreignung nach Art. 14 Abs. 2 SVG verfügt und ein Arzt mit der Anerkennung der Stufe 4 dies bestätigt (Arzt Stufe 4 = Arzt mit Facharztstitel «Verkehrsmediziner SGRM»).

Führerausweis mit Beschränkungen (Art. 34 VZV)

Fahrzeuglenkern, welche die medizinischen Mindestanforderungen nicht mehr vollständig erfüllen, kann der Führerausweis z.B. örtlich (sog. «Rayon»), zeitlich oder auf bestimmte Strassentypen beschränkt werden. Eine Beschränkung ist nur möglich, wenn die sichere Verkehrsteilnahme weiterhin gewährleistet ist. Beschränkungen des Führerausweises müssen von einem Arzt Stufe 4 beurteilt werden.

Ärztliches Melderecht bei Verdacht auf fehlende Fahreignung (Art. 15d Abs. 3 SVG)

Ärzte dürfen – ohne sich einer Verletzung des ärztlichen Berufsgeheimnisses schuldig zu machen – Personen, bei denen Zweifel an der Fahreignung bestehen, der zuständigen kantonalen Strassenverkehrsbehörde oder der Aufsichtsbehörde für Ärzte melden.

Ärztliche Aufklärungspflicht

Unabhängig vom ärztlichen Melderecht ist ein Arzt verpflichtet, seinen Patienten über die Fahreignung aufzuklären. Dies ist Teil der Sicherungsaufklärung, welche gemäss Obligationenrecht im Auftragsverhältnis zwischen Arzt und Patienten begründet ist.

Literatur

Für die vorliegenden Empfehlungen wurde folgende Literatur berücksichtigt:

- 1 Deutsche Gesellschaft für Kardiologie Herz- und Kreislau fforschung e. V., Pocket-Leitlinie: Fahreignung bei kardio-vaskulären Erkrankungen, Update 2018 (https://leitlinien.dgk.org/files/2018_Pocket_Leitlinien_Fahreignung_Internetversion.pdf)
- 2 Klein HH, Krämer A, Pieske BM, Trappe HJ, de Vries H. Positionspapier Fahreignung bei kardiologischen Erkrankungen. Der Kardiologe. 2010;4:441–73. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12181-010-0308-9>.
- 3 Driver and Vehicle Licensing Agency. Assessing fitness to drive – a guide for medical professionals, Version August 2018 (https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/736938/assessing-fitness-to-drive-a-guide-for-medical-professionals.pdf)
- 4 Brignole M, Moya A, de Lange FJ, Deharo JC, Elliott PM, Fanciulli A, et al.; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. Eur Heart J. 2018;39(21):1883–948 . <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehy037>. PubMed.

Tabelle 4: Fahreignung bei bradykarden Arrhythmien.

		1. Gruppe	2. Gruppe
Sinusknotendysfunktion (SA-Blockierung, Sinusarrest)	Asymptomatisch	Fahreignung	Fahreignung, falls Pausen <6 s. Ansonsten fahreignung nach PM-Implantation (siehe Tabelle 7)
	Symptomatisch	Fahreignung nach PM-Implantation (siehe Tabelle 7)	Fahreignung nach PM-Implantation (siehe Tabelle 7)
AV-Block I		Fahreignung	Fahreignung
AV-Block II (Wenckebach, Mobitz I)		Fahreignung	Fahreignung
AV-Block II (Mobitz II)	Paroxysmal, im Schlaf	Fahreignung	Fahreignung
	Im Wachzustand, unabhängig ob paroxysmal oder permanent und unabhängig von Symptomen	Fahreignung nach PM-Implantation (siehe Tabelle 7)	Fahreignung nach PM-Implantation (siehe Tabelle 7)
AV-Block III (angeboren)		Fahreignung, falls asymptomatisch	Fahreignung nach PM-Implantation (siehe Tabelle 7)
AV-Block III (erworben), unabhängig von Symptomen		Fahreignung nach PM-Implantation (siehe Tabelle 7)	Fahreignung nach PM-Implantation (siehe Tabelle 7)
Rechtsschenkelblock/ Isolierter Hemiblock		Fahreignung	Fahreignung
Linksschenkelblock		Fahreignung	Fahreignung nach Echokardiographie
Andere bifaszikuläre Blockbilder mit normaler PQ-Zeit		Fahreignung	Fahreignung
Andere bifaszikuläre Blockbilder mit verlängerter PQ-Zeit		Fahreignung, falls asymptomatisch	Fahreignung, falls asymptomatisch

Tabelle 5: Fahreignung bei supraventrikulären Arrhythmien.

		1. Gruppe	2. Gruppe
Regelmässige supraventrikuläre Tachykardien (AVNRT, AVRT, ektope atriale Tachykardien, Vorhofflattern)	Ohne erhebliche Symptome*	Fahreignung	Fahreignung
	Mit erheblichen Symptomen*	Fahreignung nach Radiofrequenzablation, Wartefrist 4 Wochen und kardiologische Kontrolle erfolgt	Fahreignung nach Radiofrequenzablation, Wartefrist 4 Wochen und kardiologische Kontrolle erfolgt
Ventrikuläre Präexzitation («WPW», ohne Tachykardieanamnese)		Fahreignung	Fahreignung
Vorhofflimmern	Ohne erhebliche Symptome*	Fahreignung	Fahreignung
	Mit erheblichen Symptomen*	Fahreignung nach effektiver Therapie (medikamentös, interventionell, Herzschrittmacher), Wartefrist 4 Wochen und kardiologische Kontrolle erfolgt	Fahreignung nach effektiver Therapie (medikamentös, interventionell, Herzschrittmacher), Wartefrist 4 Wochen und kardiologische Kontrolle erfolgt

* starker Schwindel, Präsynkope, Synkope

Tabelle 6: Fahreignung bei ventrikulären Arrhythmien.

		1. Gruppe	2. Gruppe
Keine strukturelle Herzerkrankung, keine Ionenkanalerkrankung (typischerweise aus dem RVOT oder dem LVOT stammend)			
Ventrikuläre Extrasystolen		Fahreignung	Fahreignung
Nicht-anhaltende Kammetachykardie (>3 Schläge, >120/min, <30 s) ohne erhebliche Symptome*		Fahreignung	Einzelfallbeurteilung
Anhaltende Kammetachykardie (>30 s) ohne erhebliche Symptome*		Fahreignung	Einzelfallbeurteilung
Nicht-anhaltende und anhaltende Kammetachykardie mit erheblichen Symptomen*		Fahreignung nach effektiver Therapie (Medikamente, Ablation), Wartefrist 4 Wochen und kardiologische Kontrolle erfolgt	Fahreignung nach effektiver Therapie (Medikamente, Ablation), Wartefrist 4 Wochen und kardiologische Kontrolle erfolgt
Idiopathisches Kammerflimmern		Siehe Tabelle 7	Nicht fahreignung
Strukturelle Herzerkrankung (typischerweise bei KHK oder dilatativer Kardiomyopathie)			
Ventrikuläre Extrasystolen		Fahreignung	Fahreignung
Anhaltende Kammetachykardie mit/ohne Symptome oder Kammerflimmern		Siehe Tabelle 7	Nicht fahreignung (siehe Tabelle 7)
Nicht anhaltende Kammetachykardie	Ohne erhebliche Symptome*	Fahreignung	Einzelfallbeurteilung
	Mit erheblichen Symptomen*	fahreignung nach effektiver Therapie (Medikamente, Ablation, ICD), Wartefrist 3 Monate und kardiologische Kontrolle	nicht fahreignung (siehe Tabelle 7)

* starker Schwindel, Präsynkope, Synkope

- Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, De Bonis M, Hamm C, Holm PJ, et al.; ESC Scientific Document Group. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. Eur Heart J. 2017;38(36):2739–91 . <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehx391>. PubMed.
- Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al.; ESC Scientific Document Group. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2016;37(27):2129–200 . <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>. PubMed.
- Priori SG, Blomström-Lundqvist C, Mazzanti A, Blom N, Borggrefe M, Camm J, et al.; ESC Scientific Document Group. ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. Eur Heart J. 2015;36(41):2793–867 . <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehv316>. PubMed.
- Brignole M, Auricchio A, Baron-Esquivias G, Bordachar P, Boriani G, Breithardt OA, et al.; ESC Committee for Practice Guidelines (CPG); Document Reviewers. 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy: the Task Force on cardiac pacing and resynchronization therapy of the European Society of Cardiology (ESC). Developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association (EHRA). Eur Heart J. 2013;34(29):2281–329 . <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehz150>. PubMed.

Tabelle 7: Fahreignung bei Devices (PM, ICD, CRT).

		1. Gruppe	2. Gruppe
PM			
PM-Implantation oder PM-Wechsel	Mit Synkopen in der Anamnese	Fahreignung, Wartefrist 1 Woche	Fahreignung, Wartefrist 3 Monate und kardiologische Kontrolle erfolgt. Falls nur PM-Wechsel: Wartefrist 2 Wochen.
	Ohne Synkopen in der Anamnese	Fahreignung, Wartefrist 1 Woche	Fahreignung, Wartefrist 4 Wochen und kardiologische Kontrolle. Falls nur PM-Wechsel: Wartefrist 2 Wochen.
ICD			
Primärprävention		Fahreignung, Wartefrist 1 Woche	Nicht fahreignung
Sekundärprävention		Fahreignung, Wartefrist 3 Monate	Nicht fahreignung
Nach einmaligem, adäquatem Schock		Fahreignung, Wartefrist 3 Monate	Nicht fahreignung
ATP einer Kammer-tachykardie	Mit erheblichen Symptomen*	Fahreignung, Wartefrist 3 Monate	Nicht fahreignung
	Ohne erhebliche Symptome*	Fahreignung	Nicht fahreignung
Nach inadäquatem Schock		Fahreignung nach Beseitigung der zugrundeliegenden Ursache	Nicht fahreignung
Nach Aggregatswechsel		Fahreignung, Wartefrist 1 Woche	Nicht fahreignung
Nach Sondenwechsel		Fahreignung, Wartefrist 1 Woche	Nicht fahreignung
Verweigerung eines ICD	Primärpräventiv	Fahreignung	Nicht fahreignung
	Sekundärpräventiv	Fahreignung, Wartefrist 7 Monate nach letztmaliger ventrikulärer Arrhythmie	Nicht fahreignung
CRT-D bei nicht-ischämischer Kardiopathie in der Primärprävention		Fahreignung, Wartefrist 1 Woche	Fahreignung, falls eine anhaltende (im Allgemeinen >6 Monate) Verbesserung der LVEF auf >50% dokumentiert ist und der D-Teil deaktiviert wird

* starker Schwindel, Präsynkope, Synkope

Tabelle 8: Fahreignung bei weiteren kardiovaskulären Erkrankungen.

		1. Gruppe	2. Gruppe
Herzklappenerkrankungen (exklusive Aortenstenose)	Asymptomatisch	Fahreignung	Fahreignung, falls LVEF >35% und keine schwere Mitralklappenstenose
	Symptomatisch	Beurteilung gemäss Tabelle 2	Fahreignung, falls NYHA I oder II, LVEF >35% und keine schwere Mitralklappenstenose
	Nach Herzklappenoperation	Fahreignung nach erfolgreicher Rekonvaleszenz	Fahreignung, falls NYHA I oder II und LVEF >35%, Wartezeit 3 Monate
Aortenstenose (aortal, subaortal, supraaortal)	Asymptomatisch	Fahreignung	Fahreignung, falls leichte bis mittelschwere Stenose, regelmässige (jährliche) Reevaluation
	Symptomatisch	Nicht fahreignung	Nicht fahreignung
	Nach Herzklappenoperation	Fahreignung nach erfolgreicher Rekonvaleszenz	Fahreignung, falls NYHA I oder II und LVEF >35%, Wartezeit 3 Monate
Kongenitale Herzerkrankungen (GUCH)	Asymptomatisch	Fahreignung	Fahreignung
	Symptomatisch	Einzelfallbeurteilung	Einzelfallbeurteilung
Hypertrophe Kardiomyopathien	Asymptomatisch	Fahreignung	Nicht fahreignung, falls Richtlinien eine ICD-Implantation empfehlen
	Symptomatisch	Beurteilung gemäss Tabelle 1 und 2	Nicht fahreignung
Angeborenes Long-QT-Syndrom		Fahreignung falls ICD-Indikation: siehe Tabelle 7	Einzelfallbeurteilung nicht fahreignung, falls ICD-Indikation
Brugada-Syndrom		Fahreignung falls ICD-Indikation: Tabelle 7	Einzelfallbeurteilung nicht fahreignung, falls ICD-Indikation
Arterielle Hypertonie		Fahreignung, falls keine zerebrale Symptomatik oder Sehstörungen (maligne Hypertonie) vorliegen	Fahreignung, falls systolische Blutdruckwerte <180 mmHg oder diastolische Blutdruckwerte <110 mmHg unter Therapie und keine zerebrale Symptomatik oder Sehstörungen (maligne Hypertonie) vorliegen
Pulmonale Hypertonie		Fahreignung, falls NYHA I-III	Fahreignung, falls NYHA I-II und keine Dauersauerstofftherapie
Thorakales Aortenaneurysma		Fahreignung, falls Diameter ≤6.5 cm (Marfansyndrom ≤5.5 cm)	Fahreignung, falls Diameter ≤5.5 cm (Marfansyndrom ≤5.0 cm)

9 Vijgen J, Botto G, Camm J, Hoijer CJ, Jung W, Le Heuzey JY, et al.; Task force members. Consensus statement of the European Heart Rhythm Association: updated recommendations for driving by patients with implantable cardioverter defibrillators. *Europace*. 2009;11(8):1097–107. <http://dx.doi.org/10.1093/europace/eup112>. [PubMed](#).

10 Simpson C, Dorian P, Gupta A, Hamilton R, Hart S, Hoffmaster B, et al.; Canadian Cardiovascular Society Consensus Conference. Assess-

ment of the cardiac patient for fitness to drive: drive subgroup executive summary. *Can J Cardiol*. 2004;20(13):1314–20. [PubMed](#).

11 Ross D, Essebag V, Sestier F, Soder C, Thibault C, Tyrrell M, et al.; Canadian Cardiovascular Society Consensus Conference. Assessment of the cardiac patient for fitness to fly: flying subgroup executive summary. *Can J Cardiol*. 2004;20(13):1321–3. [PubMed](#).

- 12 Arbeitsgruppe Verkehrsmedizin der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin. Handbuch der verkehrsmedizinischen Begutachtung, Verlag Hans Huber, Bern, 2005

Anhang 1

Übersicht der Führerausweiskategorien

Für weitere Details wird auf die Website der Vereinigung der Strassenverkehrsämter asa, <https://fuehrerausweise.ch/ausweiskategorien>, verwiesen.

Kategorie	Beschreibung
A1	Motorräder mit einem Hubraum von nicht mehr als 125 cm ³ und einer Motorleistung von höchstens 11 kW.
A beschränkt	Motorräder mit einer Motorleistung von nicht mehr als 35 kW und einem Verhältnis von Motorleistung und Leergewicht von nicht mehr als 0.20 kW/kg.
A	Motorräder mit einer Motorleistung von mehr als 35 kW und einem Verhältnis von Motorleistung und Leergewicht von mehr als 0.20 kW/kg.
B1	Klein- und dreirädrige Motorfahrzeuge mit einem Leergewicht von nicht mehr als 550 kg.
B	Motorwagen und dreirädrige Motorfahrzeuge mit einem Gesamtgewicht von nicht mehr als 3'500 kg und nicht mehr als acht Sitzplätzen ausser dem Fahrersitz. Mit einem Fahrzeug dieser Kategorie darf ein Anhänger mit einem Gesamtgewicht von nicht mehr als 750 kg mitgeführt werden. Fahrzeugkombinationen aus einem Zugfahrzeug der Kategorie B und einem Anhänger von mehr als 750 kg, sofern das Gesamtzugsgewicht 3'500 kg und das Gesamtgewicht des Anhängers das Leergewicht des Zugfahrzeuges nicht übersteigen.
BE	Fahrzeugkombinationen aus einem Zugfahrzeug der Kategorie B und einem Anhänger, die als Kombination nicht unter die Kategorie B fallen.
C1	Motorwagen – ausgenommen jene der Kategorie D – mit einem Gesamtgewicht von mehr als 3'500 kg, aber nicht mehr als 7'500 kg. Mit einem Motorwagen dieser Unterkategorie darf ein Anhänger mit einem Gesamtgewicht von nicht mehr als 750 kg mitgeführt werden.
C1E	Fahrzeugkombinationen aus einem Zugfahrzeug der Unterkategorie C1 und einem Anhänger mit einem Gesamtgewicht von mehr als 750 kg, sofern das Gesamtzugsgewicht 12'000 kg und das Gesamtgewicht des Anhängers das Leergewicht des Zugfahrzeuges nicht übersteigen.
C	Motorwagen – ausgenommen jene der Kategorie D – mit einem zulässigen Gesamtgewicht von mehr als 3'500 kg. Mit einem Motorwagen dieser Kategorie darf ein Anhänger mit einem Gesamtgewicht von nicht mehr als 750 kg mitgeführt werden.
CE	Fahrzeugkombinationen aus einem Zugfahrzeug der Kategorie C und einem Anhänger mit einem Gesamtgewicht von mehr als 750 kg.
D1	Motorwagen zum Personentransport mit mehr als acht, aber nicht mehr als 16 Sitzplätzen ausser dem Fahrersitz. Mit einem Motorwagen dieser Unterkategorie darf ein Anhänger mit einem Gesamtgewicht von nicht mehr als 750 kg mitgeführt werden.
D1E	Fahrzeugkombinationen aus einem Zugfahrzeug der Unterkategorie D1 und einem Anhänger mit einem Gesamtgewicht von mehr als 750 kg, sofern das Gesamtzugsgewicht 12'000 kg und das Gesamtgewicht des Anhängers das Leergewicht des Zugfahrzeuges nicht übersteigen und der Anhänger nicht zum Personentransport verwendet wird.
D	Motorwagen zum Personentransport mit mehr als acht Sitzplätzen ausser dem Fahrersitz. Mit einem Motorwagen dieser Kategorie darf ein Anhänger mit einem Gesamtgewicht von nicht mehr als 750 kg mitgeführt werden.
DE	Fahrzeugkombinationen aus einem Zugfahrzeug der Kategorie D und einem Anhänger mit einem Gesamtgewicht von mehr als 750 kg.
F	Motorfahrzeuge, ausgenommen Motorräder, mit einer Höchstgeschwindigkeit bis 45 km/h.
G	Landwirtschaftliche Motorfahrzeuge mit einer Höchstgeschwindigkeit bis 30 km/h, unter Ausschluss der Ausnahmefahrzeuge.
M	Motorfahrräder.
Berufsmässiger Personentransport	Berufsmässiger Personentransport mit Fahrzeugen der Kategorien B und C, der Unterkategorien B1 und C1 sowie der Spezialkategorie F.