

23 Verkehrsmedizinische Begutachtung kardialer Krankheitsbilder

H. G. GIERETZ

Wertet man verschiedene Statistiken aus, so lässt sich feststellen, dass kardiale Erkrankungen etwa 20 % der Black-Outs und/oder Synkopen zu Grunde liegen, welche die Ursache für einen krankheitsbedingten Verkehrsunfall waren.

Hierbei handelte es sich am häufigsten um plötzlich einsetzende Herzrhythmusstörungen (meist tachykarde Herzrhythmusstörungen), oft auf dem Boden einer stenosierenden koronaren Herzkrankheit mit Ausbildung eines Myokardinfarkts.

Bei der Bewertung der Fahrtauglichkeit muss unterschieden werden, ob es sich um einen privaten Kraftfahrer (Gruppe I) oder um einen Berufskraftfahrer (Gruppe II) handelt.

Während der private Kraftfahrer durchschnittlich 16 000 Kilometer im Jahr zurücklegt, kommt ein Berufskraftfahrer laut vorliegenden Statistiken auf Werte zwischen 135 000 und 140 000 Kilometer pro Jahr.

Die Berufskraftfahrer, welche lediglich etwa 2 % der Gesamtgruppe aller Kfz-Lenker darstellen, sind für etwa 5–6 % der insgesamt gefahrenen Kilometer verantwortlich; sie sind nur in etwa 2 % aller Verkehrsunfälle verwickelt, jedoch für 7–8 % aller tödlichen Verkehrsunfälle verantwortlich (genauere Risikoberechnung siehe JUNG 2007).

In *Tabelle 1* werden die verkehrsmedizinisch relevanten Krankheitsbilder aufgeführt.

Tabelle 1: Verkehrsmedizinisch relevante Krankheitsbilder

1. Herzrhythmusstörungen
 - Bradykarde Herzrhythmusstörungen
 - Tachykarde Herzrhythmusstörungen
2. Koronare Herzkrankheit
3. Angeborene und/oder erworbene Herzklappenfehler
4. Kardiomyopathien
5. Hypertonie
6. Hypotonie
7. Synkopen

Herzrhythmusstörungen

Sowohl plötzlich einsetzende bradykarde als auch tachykarde Herzrhythmusstörungen können zu Bewusstseinsverlusten führen, welche die Ursache für einen Verkehrsunfall darstellen können.

Bradykarde Herzrhythmusstörungen

Symptomatische bradykarde Herzrhythmusstörungen bedingen eine Schrittmacherimplantation, nach erfolgreicher Implantation des Schrittmacheraggregats kann der Fahrer der Gruppe I – klinische Beschwerdefreiheit vorausgesetzt – nach etwa einer Woche wieder sein Kfz steuern. Ein Berufskraftfahrer (Gruppe II) muss einen Monat pausieren. Es versteht sich von selbst, dass Schrittmacherpatienten regelmäßigen Kontrolluntersuchungen unterliegen, bei denen die Schrittmacherfunktion und Elektrodenfunktion geprüft werden, wobei folgende Intervalle empfohlen werden:

- unmittelbar postoperativ
- nach 10 Tagen bei Entfernung der Fäden
- nach 30 Tagen zur besonderen Kontrolle des Einwachsens der Elektroden
- nach 3 Monaten
- ab dann: alle 6 Monate
- bei nachlassender Batteriekapazität müssen die Intervalle dann wieder verkürzt werden, wobei die modernen Schrittmacheraggregate bei der Kontrolluntersuchung verlässliche Angaben zur Restlaufzeit liefern, sodass nach und nach dann – mit ausreichender Sicherheitsmarge – die Kontrolluntersuchungen angesetzt werden müssen.

Tachykarde Herzrhythmusstörungen

Von einer Tachykardie spricht man, wenn Frequenzen über 100 Schläge/Minute erreicht werden, wobei zu unterscheiden ist, ob es sich um Rhythmusstörungen auf Vorhoffebene (Vorhofflattern, Vorhofflimmern); AV-Knoten-nahe Rhythmusstörungen (z. B. AV-Knoten-Reentry-Tachykardie), um tachykarde Herzrhythmusstörungen aufgrund von Präexzitationssyndromen (z. B. WPW-, LGL-, Maheim-Syndrom), oder um ventrikuläre Tachykardien handelt.

Beim Vorhofflimmern, welches die häufigste Rhythmusstörung darstellt, muss gefordert werden, dass, wenn schon kein stabiler Sinusrhythmus mehr zu erzielen ist, die mittlere Kammerfrequenz kleiner gleich 80 Schläge/Minute beträgt, damit dem Fahrer das Führen seines Kfz (Gruppe I und Gruppe II) wieder erlaubt werden kann.

Ob dieses Ziel durch medikamentöse oder durch interventionelle Maßnahmen erzielt wird, ist dabei nicht von Belang.

Patienten mit anderen Herzrhythmusstörungen auf Vorhofebene können nach erfolgreicher Beseitigung der Tachykardie, sei es durch eine Medikation oder durch eine Katheter-Ablation wieder uneingeschränkt ein Kfz führen.

Bei ventrikulären Tachykardien müssen strengere Kriterien an die (Wieder-) Erteilung der Fahrerlaubnis gestellt werden, da diese Art von Herzrhythmusstörungen meist auf dem Boden einer schweren organischen Herzerkrankung auftreten. Neben einer medikamentösen Behandlung kann heute durch die Implantation eines Kardioverter-Defibrillators (ICD) eine erfolgreiche Therapie, ansonsten potenziell tödlicher Herzrhythmusstörungen gewährleistet werden.

Das Thema Fahrtauglichkeit bei Patienten mit implantiertem ICD gewinnt durch die zunehmende Implantation dieser Geräte immer mehr an Bedeutung.

Nach erfolgreicher Implantation eines ICD kann ein Kraftfahrer der Gruppe I – eine stabile Herzfunktion vorausgesetzt – nach sechs Monaten wieder sein Kfz führen. Für den Berufskraftfahrer gilt, dass die Anforderungen zum Führen eines Kfz der Gruppe II nach ICD-Implantation nicht mehr gegeben sind.

In *Tabelle 2* werden die Empfehlungen zur Fahrtauglichkeit bei Patienten mit implantiertem ICD beschrieben:

Tabelle 2: Empfehlung zur Fahrtauglichkeit von ICD-Patienten nach JUNG (2007)

Kategorie	Patienten	Empfehlungen
I	Prophylaktische Implantation	6 Monate
II	Alle anderen ICD-Patienten	Fahrverbot für einen bestimmten Zeitraum
A	Niedriges Risiko: kein Rezidiv	6 Monate
B	Mittleres Risiko: Patienten mit gut tolerierter KT	Bis zum Nachweis der Symptombfreiheit unter ICD-Therapie
III	Hohes Risiko: instabile KT	Generelles Fahrverbot

Zur Beurteilung der Fahrtauglichkeit bei Patienten mit implantierten kardialen Resynchronisationssystem (CRT-Patienten) liegen noch keine genauen Daten vor, da die kardiale Resynchronisationstherapie jedoch immer die Implantation eines ICD mit beinhaltet, können auf diese Patienten die gleichen Empfehlungen angewandt werden, wie bei Patienten mit implantiertem Kardioverter-Defibrillator.