

Fahreignung und kardiovaskuläre Erkrankungen

AUSGABE 2, OKTOBER 2024

Genehmigt am 24.10.2024 durch die Sektion Verkehrsmedizin der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin
und am 31.10.2024 durch die Qualitätskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie.



Schweizerische
Gesellschaft
für Rechtsmedizin
SGRM

Société Suisse
de Médecine Légale
SSML

Società Svizzera
di Medicina Legale
SSML



Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Für die Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie:

Dr. med. Marc Buser, HOCH Health Ostschweiz, Kantonsspital, St. Gallen

Dr. med. Stefan Christen, Stadtpital Zürich, Waid

Prof. Dr. med. Beat Schär, Universitätsspital, Basel

Für die Schweizerische Gesellschaft für Rechtsmedizin:

Dr. med. Maurice Fellay, Hôpital du Valais, Sierre

Dr. med. Matthias Pfäffli, Institut für Rechtsmedizin, Bern

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	5
2	GESETZLICHE GRUNDLAGEN	5
3	TABELLEN	7
	Tabelle 1: Fahreignung bei Synkopen	8
	Tabelle 2: Fahreignung bei Herzinsuffizienz	9
	Tabelle 3: Fahreignung bei koronarer Herzkrankheit	10
	Tabelle 4: Fahreignung bei bradykarden Arrhythmien	11
	Tabelle 5: Fahreignung bei supraventrikulären Arrhythmien	12
	Tabelle 6: Fahreignung bei ventrikulären Arrhythmien	13
	Tabelle 7: Fahreignung bei Devices (PM, ICD, CRT)	14
	Tabelle 8: Fahreignung bei weiteren kardiovaskulären Erkrankungen	15
4	LITERATUR	16
5	ANHANG: ÜBERSICHT DER FÜHRERAUSWEISKATEGORIEN	17

1 EINLEITUNG

Kardiovaskuläre Erkrankungen sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Gleichzeitig hat der motorisierte Strassenverkehr im privaten und beruflichen Setting einen hohen Stellenwert. Vor diesem Hintergrund erstellte eine Arbeitsgruppe der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie SGK und der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin SGRM 2019 Richtlinien zur Fahreignung bei kardiovaskulären Erkrankungen. Um den wissenschaftlichen Fortschritt abbilden zu können, erfolgte 2024 eine Revision dieser Richtlinien.

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 und 2023. Deren Tabellen wurden gemäss der im Kapitel «Literatur» 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 Linkschenkelblock, 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 sub-

summierten Erkrankungen bedingt sein, so bei den symptomatischen kongenitalen Herzerkrankungen (GUH) 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 jeglichen Geschlechts gleichermaßen gemeint. Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet.

2 GESETZLICHE GRUNDLAGEN

Fahreignung (Art. 14 Abs. 2 SVG)

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

- das Mindestalter erreicht hat,
- 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 nach Anhang 1 erfüllen.

Medizinische Mindestanforderungen gemäss Anhang 1 VZV

1. Gruppe	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 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.	Keine bedeutsamen Rhythmusstörungen. Bei Herzerkrankung normaler Belastungstest*.
	Keine Blutdruckanomalie, die durch eine Behandlung nicht normalisiert werden kann.

* 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.

Führerausweiskategorien der 1. und 2. Gruppe

1. Gruppe	2. Gruppe
<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - Führerausweis-Kategorien C und D - Führerausweis-Unterkategorien C1 und D1 - Bewilligung zum berufsmässigen Personentransport - Verkehrsexperten

Eine detaillierte Beschreibung der Führerausweiskategorien findet sich im Anhang.

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 Fachtitel «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 Berufsheimnisses 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 Sicherheitsaufklärung, welche gemäss Obligationenrecht im Auftragsverhältnis zwischen Arzt und Patienten begründet ist.

Binnenschifffahrt (Art. 82 Abs. 5 BSV)

Inhaber eines Schiffsführerausweises der Kategorie B (Fahrgastschiffe) und C (Güterschiffe mit Maschinenantrieb, Schubschiffe und Schlepper) müssen die medizinischen Mindestanforderungen gemäss Anhang 1 VZV für 2. Gruppe erfüllen.

Für die Schiffsführerausweise der Kategorie A (Motorboot) und D (Segelschiff) müssen bezüglich Sehvermögen resp. Gehör die medizinischen Mindestanforderungen gemäss Anhang 1 VZV für die 1. Gruppe resp. die 2. Gruppe erfüllt werden. Die weiteren Mindestanforderungen werden vom Gesetzgeber nicht explizit genannt, in der Praxis werden jedoch die Mindestanforderungen für die 1. Gruppe beachtet.

**TABELLE 1:
FAHREIGNUNG BEI SYNKOPEN**

	1. Gruppe	2. Gruppe
Vasovagale Synkope – einmalige vasovagale Synkope, nicht im Sitzen/beim Fahren	fahrgeeignet	fahrgeeignet
– rezidivierende vasovagale Synkopen oder einmalige vasovagale Synkope im Sitzen/beim Fahren	fahrgeeignet, 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)	fahrgeeignet, sobald auslösender Faktor behoben	fahrgeeignet, 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, welche eine adäquate Schutzreaktion des Patienten erlauben	fahrgeeignet, Wartefrist 3 Monate ab letztem Ereignis	nicht fahrgeeignet bis Diagnose gestellt und Therapie eingeleitet. Bei fehlender Diagnose Wartefrist minimal 12 Monate ab letztem Ereignis

**TABELLE 2:
HERZINSUFFIZIENZ (BELIEBIGE AETIOLOGIE)**

	1. Gruppe	2. Gruppe
NYHA I	fahrgeeignet	fahrgeeignet, falls LVEF > 35% plus*
NYHA II	fahrgeeignet	fahrgeeignet, falls LVEF > 35% plus*
NYHA III	fahrgeeignet, falls stabil und kompensiert	nicht fahrgeeignet
NYHA IV	nicht fahrgeeignet	nicht fahrgeeignet
Herzunterstützendes System (left ventricular assist device)	Einzelfallbeurteilung	nicht fahrgeeignet
Status nach Herztransplantation	fahrgeeignet nach erfolgreicher Rekonvaleszenz	fahrgeeignet, 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)	fahrgeeignet, Wartefrist 1 Woche sofern keine Ruhebeschwerden (nicht CCS IV)	fahrgeeignet, falls NYHA I oder II und LVEF >35% und Belastungstest normal plus**, Wartefrist 4 Wochen
Elektive PCI	fahrgeeignet	fahrgeeignet
Koronare Bypassoperation	fahrgeeignet nach erfolgreicher Rekonvaleszenz	fahrgeeignet, falls NYHA I oder II und LVEF >35% und Belastungstest normal plus**, Wartefrist 3 Monate
Stabile koronare Herzkrankheit	fahrgeeignet, sofern keine Ruhebeschwerden (nicht CCS IV)	fahrgeeignet, falls NYHA I oder II und LVEF >35%, jährlicher Belastungstest normal plus**

* Myokardinfarkt Typ 1 und 2, MINOCA, Takotsubo-Kardiomyopathie

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

**TABELLE 4:
FAHREIGNUNG BEI BRADYKARDEN ARRHYTHMIEN**

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

**TABELLE 5:
FAHREIGNUNG BEI SUPRAVENTRIKULÄREN ARRHYTHMIEN**

	1. Gruppe	2. Gruppe
Regelmässige supraventrikuläre Tachykardien (AVNRT, AVRT, ektope atriale Tachykardien, Vorhofflattern) – ohne erhebliche Symptome*	fahrgeeignet	fahrgeeignet
	– mit erheblichen Symptomen*	fahrgeeignet nach Radiofrequenzablation, Wartefrist 4 Wochen und kardiologische Kontrolle erfolgt
Ventrikuläre Präexzitation («WPW», ohne Tachykardieanamnese)	fahrgeeignet	fahrgeeignet
Vorhofflimmern (bradykard oder tachykard) – ohne erhebliche Symptome*	fahrgeeignet	fahrgeeignet
	– mit erheblichen Symptomen*	fahrgeeignet 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	fahrgeeignet	fahrgeeignet
Nicht-anhaltende Kammertachykardie (>3 Schläge, >120/min, <30 s) ohne erhebliche Symptome*	fahrgeeignet	Einzelfallbeurteilung
Anhaltende Kammertachykardie (>30 s) ohne erhebliche Symptome*	fahrgeeignet	Einzelfallbeurteilung
Nicht-anhaltende und anhaltende Kammertachykardie mit erheblichen Symptomen*	fahrgeeignet nach effektiver Therapie (Medikamente, Ablation), Wartefrist 4 Wochen und kardiologische Kontrolle erfolgt	fahrgeeignet nach effektiver Therapie (Medikamente, Ablation), Wartefrist 4 Wochen und kardiologische Kontrolle erfolgt
Idiopathisches Kammerflimmern	siehe Tabelle 7	nicht fahrgeeignet
Strukturelle Herzerkrankung (typischerweise bei KHK oder dilatativer Kardiomyopathie)		
Ventrikuläre Extrasystolen	fahrgeeignet	fahrgeeignet
Anhaltende Kammertachykardie mit/ohne Symptome oder Kammerflimmern	siehe Tabelle 7	nicht fahrgeeignet (siehe Tabelle 7)
Nicht anhaltende Kammertachykardie – ohne erhebliche Symptome*	fahrgeeignet	Einzelfallbeurteilung
– mit erheblichen Symptomen*	fahrgeeignet nach effektiver Therapie (Medikamente, Ablation, ICD), Wartefrist 3 Monate und kardiologische Kontrolle	nicht fahrgeeignet (siehe Tabelle 7)

* starker Schwindel, Präsynkope, Synkope

**TABELLE 7:
FAHREIGNUNG BEI DEVICES (PM, ICD, CRT)**

	1. Gruppe	2. Gruppe
PM		
PM-Implantation oder PM-Wechsel – ohne Synkopen in der Anamnese	fahrgeeignet, Wartefrist 1 Woche	fahrgeeignet, Wartefrist 4 Wochen und kardiologische Kontrolle. Falls nur PM-Wechsel: Wartefrist 2 Wochen.
– mit Synkopen in der Anamnese	fahrgeeignet, Wartefrist 1 Woche	fahrgeeignet, Wartefrist 3 Monate und kardiologische Kontrolle erfolgt. Falls nur PM-Wechsel: Wartefrist 2 Wochen.
ICD/CRT-D		
Primärprävention (ischämische/dilatative Kardiopathie)	fahrgeeignet, Wartefrist 1 Woche	nicht fahrgeeignet, ausser falls unter Therapie eine anhaltende (im Allgemeinen > 6 Monate) Verbesserung der LVEF auf > 50% dokumentiert ist und der D-Teil deaktiviert wird*
Sekundärprävention	fahrgeeignet, Wartefrist 3 Monate	nicht fahrgeeignet
Nach einmaligem, adäquatem Schock	fahrgeeignet, Wartefrist 3 Monate	nicht fahrgeeignet
ATP einer Kammertachykardie oder Kammertachykardie unterhalb der Therapiezone – ohne erhebliche Symptome**	fahrgeeignet	nicht fahrgeeignet
– mit erheblichen Symptomen**	fahrgeeignet, Wartefrist 3 Monate	nicht fahrgeeignet
Nach inadäquatem Schock	fahrgeeignet nach Beseitigung der zugrundeliegenden Ursache	nicht fahrgeeignet
Nach Aggregatswechsel	fahrgeeignet, Wartefrist 1 Woche	nicht fahrgeeignet
Nach Sondenwechsel	fahrgeeignet, Wartefrist 1 Woche	nicht fahrgeeignet
Verweigerung eines ICD – primärpräventiv	fahrgeeignet	nicht fahrgeeignet
– sekundärpräventiv	fahrgeeignet, Wartefrist 7 Monate nach letztmaliger ventrikulärer Arrhythmie	nicht fahrgeeignet
Life Vest	nicht fahrgeeignet	nicht fahrgeeignet

* ausser genetische Hochrisikosituationen (siehe ESC-Kardiomyopathie-Guidelines 2023) und in Tabelle 8 speziell erwähnte Kardiomyopathien mit anderweitigen Empfehlungen

** starker Schwindel, Präsynkope, Synkope

**TABELLE 8:
FAHREIGNUNG BEI WEITEREN KARDIOVASKULÄREN ERKRANKUNGEN**

	1. Gruppe	2. Gruppe
Herzklappenerkrankungen (exklusive Aortenstenose)		
– asymptomatisch	fahrgeeignet	fahrgeeignet, falls LVEF > 35% und keine schwere Mitralklappenstenose
– symptomatisch	Beurteilung gemäss Tabelle 2	fahrgeeignet, falls NYHA I oder II und LVEF > 35% und keine schwere Mitralklappenstenose
– nach Herzklappenoperation	fahrgeeignet nach erfolgreicher Rekonvaleszenz	fahrgeeignet, falls NYHA I oder II und LVEF > 35%, Wartezeit 3 Monate
Aortenstenose (aortal, subaortal, supraaortal)		
– asymptomatisch	fahrgeeignet	fahrgeeignet, falls leichte bis mittelschwere Stenose, regelmässige (jährliche) Reevaluation
– symptomatisch	nicht fahrgeeignet	nicht fahrgeeignet
– nach Herzklappenoperation	fahrgeeignet nach erfolgreicher Rekonvaleszenz	fahrgeeignet, falls NYHA I oder II und LVEF > 35%, Wartezeit 3 Monate
Kongenitale Herzerkrankungen (GUCH)		
– asymptomatisch	fahrgeeignet	Beurteilung gemäss Tabellen 1, 2, 4, 5, 6 und 7
– symptomatisch	Einzelfallbeurteilung	Einzelfallbeurteilung
Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie (ARVC)	Beurteilung gemäss Tabelle 2, 6 und 7	Beurteilung gemäss Tabelle 2, 6 und 7
Hypertrophe Kardiomyopathien (HCM)	Beurteilung gemäss Tabelle 1, 2, 6 und 7	Beurteilung gemäss Tabelle 1, 2, 6 und 7 nicht fahrgeeignet, falls gemäss HCM-Risk Score ICD-Implantation empfohlen
Kardiale Amyloidose und weitere Speicherkrankheiten	Beurteilung gemäss Tabelle 2, 6 und 7	Beurteilung gemäss Tabelle 2, 6 und 7
Kardiale Sarkoidose	Beurteilung gemäss Tabelle 2, 4, 6 und 7	Beurteilung gemäss Tabelle 2, 4, 6 und 7
Angeborenes Long-QT-Syndrom Brugada-Syndrom	fahrgeeignet falls ICD-Indikation: siehe Tabelle 7	Einzelfallbeurteilung nicht fahrgeeignet, falls ICD-Indikation
Arterielle Hypertonie	fahrgeeignet, falls keine zerebrale Symptomatik oder Sehstörungen (maligne Hypertonie) vorliegen	fahrgeeignet, falls systolische Blutdruckwerte < 180 mmHg oder diastolische Blutdruckwerte < 110 mmHg unter Therapie und keine zerebrale Symptomatik oder Sehstörungen (maligne Hypertonie) vorliegen
Pulmonale Hypertonie	fahrgeeignet, falls NYHA I–III	fahrgeeignet, falls NYHA I–II und keine Dauersauerstofftherapie
Thorakales Aortenaneurysma	fahrgeeignet, falls Diameter ≤ 6,5 cm (bikuspidale Aortenklappe/Marfansyndrom: Einzelfallbeurteilung)	fahrgeeignet, falls Diameter ≤ 5,5 cm (bikuspidale Aortenklappe/Marfansyndrom: Einzelfallbeurteilung)

4

LITERATUR

Für die vorliegenden Empfehlungen wurde folgende Literatur berücksichtigt:

1. Deutschen Gesellschaft für Kardiologie Herz- und Kreislaufforschung e. V., Pocket-Leitlinie: Fahreignung bei kardiovaskulären Erkrankungen, Version 2023
<https://leitlinien.dgk.org/2023/pocket-leitlinie-fahreignung-bei-kardiovaskulaeren-erkrankungen-version-2023/>
2. Driver and Vehicle Licensing Agency, Assessing fitness to drive – a guide for medical professionals, Version February 2024
<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/66c8b0d0e39a8536eac052f4/assessing-fitness-to-drive-august-2024.pdf>
3. ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J* 2018;39:1883–1948
4. 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur Heart J*
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab395>
5. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>
6. 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad195>
7. 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. *Eur Heart J*
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac262>
8. 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. *Eur Heart J*
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab364>
9. Vijgen J, Botto G, Camm J, Hoijer CJ, Jung W, Le Heuzey JY, Lubinski A, Norekvål TM, Santomauro M, Schalij M, Schmid JP, Vardas P. Consensus statement of the European Heart Rhythm Association: updated recommendations for driving by patients with implantable cardioverter defibrillators. *Europace* 2009;11:1097-107
10. Canadian Cardiovascular Society 2023 Guidelines on the Fitness to Drive, *Canadian Journal of Cardiology* – (2023) 1e24

5

ANHANG: ÜBERSICHT DER FÜHRER AUSWEISKATEGORIEN

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 3500 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 3500 kg nicht übersteigt.
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 3500 kg, aber nicht mehr als 7500 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 nicht übersteigt.
C	Motorwagen – ausgenommen jene der Kategorie D – mit einem zulässigen Gesamtgewicht von mehr als 3500 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 nicht übersteigt 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.

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

IMPRESSUM

Schweizerische Gesellschaft für Rechtsmedizin SGRM
Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie SGK
April 2025

Büro Z, Bern
Gestaltung & Layout

Alle Rechte vorbehalten.
© SGRM

