KHK > Autofahren - Reisen

Das Wichtigste in Kürze

Patienten mit starkem Bluthochdruck, nach Herzinfarkt und mit Herzleistungsschwächen auch in Ruhe dürfen in der Regel kein Auto führen. Der Arzt ist dazu verpflichtet, Patienten entsprechend aufzuklären. Oft sind regelmäßige ärztliche Kontrollen über einen längeren Zeitraum notwendig.

Urlaube und Reisen sollten gut geplant werden und das Herz nicht belasten.

Grundsätzliches

Grundsätzlich ist ein Arzt dazu **verpflichtet,** Patienten, die aufgrund ihrer Krankheit kein Auto führen können, darauf hinzuweisen. Die Fahreignung ist vor allem dann beeinträchtigt, wenn die Leistungsfähigkeit insgesamt erheblich beeinträchtigt ist oder wenn ein Herzproblem vorliegt, das dazu führen kann, dass es zu einem plötzlichen Kontrollverlust am Steuer kommt. Wenn mehrere Herzerkrankungen vorliegen, sind immer die strengeren Auflagen zu beachten.

Die folgenden Informationen über einige Herzprobleme sind den „Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung" der Bundesanstalt für Straßenwesen entnommen. Kostenloser Download unter www.bast.de > Publikationen > Regelwerke > Verhalten und Sicherheit > Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung > zum Download.

Ausführlich gehen die Leitlinien der BAST zur Fahreignung auf Patienten mit verschiedenen Herzerkrankungen ein.

Die Fahreignung wird für Kraftfahrzeuge der Gruppe 1 und 2 (Lkw und Personenbeförderung) getrennt beurteilt, Näheres unter Fahrerlaubnisgruppen.

Wann ist Autofahren bei KHK erlaubt?

Auszüge aus den Leitsätzen der Begutachtungsleitlinien, Seiten 19–24:

Herzrhythmusstörungen mit verlangsamter Herzfrequenz (Bradykardie)

Gruppe 1	**Gruppe 2**
Es besteht **keine** Fahreignung, wenn anamnestisch Synkopen (kurze Bewusstlosigkeit) vorliegen, die auf noch vorhandene Rhythmusstörungen zurückzuführen sind.	Es besteht **keine** Fahreignung, • wenn anamnestisch Synkopen vorliegen, die auf noch vorhandene Rhythmusstörungen zurückzuführen sind. • wenn ein atrioventrikulärer Block vorliegt (AV-Block III, AV-Blocks Mobitz II sowie alternierende Rechts- und Linksschenkelblock). Bei einem AV-Block funktioniert die Signalweiterleitung zwischen Vorhof und Herzkammer nicht richtig.

Für **beide Gruppen** gilt: Nach wirksamer Therapie mit Medikamenten oder Schrittmacher und nach kardiologischer Nachuntersuchung **kann** die Fahreignung gegeben sein. Nach Schrittmacher-Therapie sind die entsprechenden Auflagen zu berücksichtigen.

Herzrhythmusstörungen mit gesteigerter Herzfrequenz

Behandelt werden hier „tachykarde supraventrikuläre und ventrikuläre Herzrhythmusstörungen", also eine Herzrhythmusstörung mit gesteigerter Herzfrequenz, die ihre Ursache im Vorhof oder oberhalb der Herzkammern hat.

Gruppe 1	**Gruppe 2**

© 2026 beta Institut gemeinnützige GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg

Es besteht **keine** Fahreignung, • wenn anamnestisch Synkopen (kurze Bewusstlosigkeit) vorliegen, die auf noch vorhandene Rhythmusstörungen zurückzuführen sind. • bei strukturellen Herzerkrankungen und anhaltenden Kammertachykardien (VTs, zu schneller Herzschlag in der Herzkammer).	Es besteht **keine** Fahreignung, • wenn anamnestisch Synkopen vorliegen, die auf noch vorhandene Rhythmusstörungen zurückzuführen sind. • bei strukturellen Herzerkrankungen und anhaltenden Kammertachykardien (VTs). • nach Indikation eines Defibrillators, also wenn die Herzkrankheit so ausgeprägt ist, dass ein Defibrillator implantiert werden muss. Bei polymorphen nicht-anhaltenden Kammertachykardien (NSVTs) wird nach einer kardiologischen Untersuchung individuell entschieden.

Für **beide Gruppen** gilt: Nach wirksamer Therapie und kardiologischer Nachuntersuchung **kann** die Fahreignung im Einzelfall wieder gegeben sein.

Schrittmacher

Gruppe 1	**Gruppe 2**
Fahreignung nach Schrittmacherimplantation oder Schrittmacherwechsel ist gegeben.	Die **Fahreignung** ist gegeben • 1 Woche nach Schrittmacherimplantation ohne Schrittmacherabhängigkeit und ohne Synkopen (kurze Bewusstlosigkeit) in der Anamnese sowie nach Aggregatwechsel. • nach 4 Wochen bei Synkopen, bei Schrittmacherabhängigkeit und nach Elektrodenwechsel.

Für **beide Gruppen** gilt: Eine adäquate Schrittmacherfunktion und eine entsprechende Wundheilung müssen kardiologisch bestätigt werden. Regelmäßige kardiologische Kontrolluntersuchungen sind notwendig.

Implantierter Defibrillator (ICD)

Gruppe 1	**Gruppe 2**
Die **Fahreignung** ist gegeben • nach 1–2 Wochen, wenn der ICD primärpräventiv implantiert wurde. • frühestens nach 3 Monaten, wenn der ICD sekundärpräventiv implantiert wurde. • frühestens 3 Monate nach einer adäquaten Schockauslösung, d.h.: Der Defibrillator hat infolge einer Herzrhythmusstörung korrekt ausgelöst. • nach einem inadäquaten Schock (der Defibrillator hat falsch ausgelöst) nur dann, wenn solche Schocks sicher verhindert werden.	Bei ICD **in der Regel keine** Fahreignung.

Eine adäquate ICD-Funktion und eine entsprechende Wundheilung müssen kardiologisch bestätigt werden. Die Funktion des ICDs muss regelmäßig kardiologisch kontrolliert werden.

Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie)

„Ein kausaler Zusammenhang zwischen erhöhtem Blutdruck und Auftreten von Verkehrsunfällen ist nicht gesichert. Die Empfehlungen für das Führen eines Fahrzeuges bei erhöhtem Blutdruck beruhen alleine auf klinischer Erfahrung. ..."

Für **Gruppe 1 und 2** gilt dasselbe:

Bei einem malignen Hypertonus (Erhöhung des systolischen Blutdrucks ≥ 180 mmHg oder des diastolischen Blutdrucks ≥ 110 mmHg, verbunden mit drohender oder progressiver Organschädigung, z.B. zerebrale Symptome oder Sehstörungen) besteht **keine** Fahreignung.

Bei der Blutdrucktherapie sollte darauf hingewiesen werden, dass eine medikamentöse/interventionelle Behandlung des Bluthochdrucks durch Blutdruckabfall zum Kontrollverlust am Steuer führen kann. Blutdruckwerte ≥ 180 mmHg systolisch und/oder ≥ 110 mmHg diastolisch (Grad 3 Hypertension) können die Fahreignung in Frage stellen. Fachärztliche Untersuchungen und regelmäßige ärztliche Kontrollen sind notwendig.

Akutes Koronarsyndrom (ACS)

Unter das akute Koronarsyndrom (ACS) fallen Herzinfarkte (sog. ST-Streckenhebungsinfarkt (STEMI) und Nicht-ST-Streckenhebungsinfarkt (NSTEMI)) und die instabile Angina pectoris.

© 2026 beta Institut gemeinnützige GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg

Das Risiko, an einem ACS zu sterben, ist in den ersten Tagen nach dem Ereignis am höchsten und nimmt danach stetig ab. Das entscheidende Kriterium für die Prognose ist die linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LV-EF = der Prozentsatz des Blutvolumens, der von einer Herzkammer (Ventrikel) während einer Herzaktion ausgeworfen wird). Als prognostisch besonders ungünstig wird eine LV-EF unter 35 % angesehen. Für die Beurteilung der Fahreignung wird nicht zwischen einem ersten und weiteren ACS differenziert.

Gruppe 1	Gruppe 2
Nach komplikationslosem Verlauf (LV-Ejektionsfraktion über 35 %) ist die **Fahreignung** nach Entlassung aus der Klinik gegeben.	In den ersten 6 Wochen nach ACS liegt **keine** Fahreignung vor. Bei einer LV-Ejektionsfraktion über 35 % **kann** die Fahreignung nach 6 Wochen wieder gegeben sein.
Liegt die LV-EF bei maximal 35 % oder bestand eine akute dekompensierte Herzinsuffizienz (= Herzschwäche, bei der nicht mehr genug Blut gepumpt wird) im Rahmen eines akuten Herzinfarkts (STEMI/NSTEMI), **kann** die Fahreignung 4 Wochen nach dem Ereignis wieder gegeben sein. Eine kardiologische Untersuchung ist erforderlich.	Bei einer LV-EF von maximal 35 % liegt **keine** Fahreignung vor. Der Einzelfall ist unter Berücksichtigung eventueller Auflagen zu beurteilen. Eine kardiologische Untersuchung ist erforderlich.

Stabile Angina pectoris

Gruppe 1	Gruppe 2
In der Regel **Fahreignung** gegeben.	Bei symptomatischer Angina pectoris auf niedriger Belastungsstufe: **keine** Fahreignung.

Nach Einsatz eines Stents

Gruppe 1	Gruppe 2
Nach dem Einsetzen eines oder mehrerer Stents und gutem klinischen Ergebnis (fachärztliche Untersuchung) ist die **Fahreignung** gegeben.	4 Wochen nach dem Einsetzen eines oder mehrerer Stents mit gutem klinischem Ergebnis (fachärztliche Untersuchung) **kann** die Fahreignung wieder gegeben sein. Jährliche fachärztliche Kontrolluntersuchungen sind notwendig.

Koronare Bypassoperation

Gruppe 1	Gruppe 2
Die Fahreignung **kann** in Abhängigkeit von der Genesung (fachärztliche Untersuchung) 2–4 Wochen nach der Bypassoperation wieder gegeben sein.	Eine **Fahreignung** ist nach vollständiger Genesung einschließlich stabil verheiltem Brustbein (in der Regel 3 Monate nach der Operation) gegeben. Eine fachärztliche Untersuchung ist notwendig. Bei kompliziertem Verlauf nach der OP ist eine individuelle Einschätzung durch eine kardiologische Nachuntersuchung notwendig.

Herzinsuffizienz (Herzschwäche)

Bei der Herzinsuffizienz wird zwischen der primär systolischen Herzinsuffizienz mit reduzierter LV-EF (Erklärung siehe oben bei Akutes Koronarsyndrom) und der diastolischen Herzinsuffizienz mit erhaltener LV-EF über 50 % unterschieden. Da die leitliniengerechte Herzinsuffizienztherapie einen großen Einfluss auf die Prognose hat, ist die Therapietreue insbesondere bei Berufsfahrern bei der Einschätzung der Fahreignung unbedingt zu berücksichtigen.

Die Einteilung der Herzinsuffizienz erfolgt nach der New York Heart Association (NYHA) Klassifikation entsprechend der Leistungsfähigkeit der Patienten:

Gruppe 1	Gruppe 2
• NYHA I, II, III (wenn stabil): **Fahreignung** nach fachärztlicher Untersuchung. • NYHA III (instabil) und NYHA IV: **Keine** Fahreignung.	• NYHA I, II: Bei einer LV-EF über 35 % ist **Fahreignung** gegeben. Jährliche kardiologische Kontrolluntersuchungen sind notwendig. • NYHA III, IV: **Keine** Fahreignung.

© 2026 beta Institut gemeinnützige GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg

Urlaub und Reisen planen

Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) können Urlaubsreisen unternehmen. Grundsätzliche Voraussetzung ist, dass die Beschwerden stabil sind und die Leistungsfähigkeit, gemessen an den Urlaubsaktivitäten, ausreichend ist. Jeglicher Stress ist zu meiden.

Damit Reisen auch wirklich der Erholung dienen, sollten Patienten sich etwa 3 Wochen vor dem Urlaub vom behandelndem Arzt durchchecken lassen und Folgendes beachten:

- Große Höhenlagen: ab 1.500 Höhenmeter akklimatisieren, Lagen über 2.500 HM meiden.
- Extreme Kälte meiden, da Kälte bei KHK-Patienten ein Auslöser für ein akutes Ereignis, z.B. einen Herzinfarkt, sein kann.
- Starke Temperaturdifferenzen meiden, da sie wiederholt mehr Herzleistung fordern.
- Heiße und feuchte Regionen (Tropen, Sommerhitze) meiden.
- Stress meiden: Vorausschauende Urlaubsplanung ist wichtig, keine leistungsorientierten Aktivitäten unternehmen, Zeitdruck vermeiden.
- Aktivitäten und Urlaubsziel der persönlichen Leistungsfähigkeit anpassen. Wer z.B. zu Hause beim Treppensteigen Beschwerden hat, sollte keine bekanntermaßen hügeligen Städte und Gegenden zu Fuß erforschen.
- Lange Autofahrten sind möglich, wenn Pausen eingehalten werden. Medikamente wie Nitrate oder Beta-Blocker beeinträchtigen das Autofahren nicht.
- Flugreisen sind grundsätzlich möglich, wenn das Krankheitsgeschehen stabil ist und das Herz gut belastbar ist.
- Bei Langstreckenflügen mit dem Arzt die Notwendigkeit einer zusätzlichen Thrombosevorbeugung klären.
- Patienten mit Herzschrittmacher oder Defibrillator-Implantat (ICD) sollten das Kontrollpersonal am Flughafen darauf hinweisen, damit der Handscanner nicht über das Gerät fährt. Sie sollten eine ärztliche Bescheinigung oder eine (am besten englischsprachige) Bescheinigung zum implantierten Gerät mitführen.
- Medikamente in ausreichender Menge auf die Reise mitnehmen, Reservemenge zusätzlich immer im Handgepäck mitführen (im Flugzeug, bei Ausflügen), Notfallmedikamente (Nitrospray) nicht vergessen.
- Für einen eventuellen Notfall die letzten Befunde, den Medikamentenplan mit Angabe der Wirkstoffe (nicht nur Handelsnamen der Medikamente) und den Ausweis mit den Laborwerten der Blutgerinnung bei gerinnungshemmender Therapie mitnehmen.
- Sich vorher über die medizinische Betreuung (z.B. Klinik, Defi-Zentrum) am Urlaubsort informieren und sich die jeweilige Nummer des ansässigen Rettungsdienstes notieren.

Praxistipps

- Die **Einschränkung der Fahrtauglichkeit** betrifft vor allem Menschen, die beruflich ein Kraftfahrzeug führen. Bei einer medizinischen Reha wird die Leistungsfähigkeit im zuletzt ausgeübten Beruf beurteilt. Ggf. können weitere Maßnahmen, z.B. stufenweise Wiedereingliederung oder eine berufliche Reha, eingeleitet werden.
- Behandelnde Ärzte informieren über eine fehlende Fahreignung, eine Mitteilung an Behörden ist im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht nicht erlaubt. Wenn Sie eine nachgewiesene **Aufklärung über die fehlende Fahreignung missachten**, kann dies bei einem Unfall versicherungsrechtliche Konsequenzen haben.
- Machen Sie **bei Flügen Anti-Thrombose-Gymnastik**: Füße kreisen, Füße strecken und anziehen im Wechsel, Knie anheben, beugen und strecken, Beckenschaukel (auf dem Sitzhöcker vor und zurück rollen), Rücken strecken, regelmäßig aufstehen und gehen.
- **Ausführliche Informationen zum Reisen mit Herzkrankheit** finden Sie bei der Deutschen Herzstiftung unter www.herzstiftung.de > Ihre Herzgesundheit > Leben mit der Krankheit > Reisen als Herzpatient.
- Auf derselben Seite können Sie Folgendes kostenlos bestellen:
  - „Checkliste – Als Herzpatient sicher auf Reisen"
  - „Reisetipps für Herzkranke"
  - „Reise-Set" für Herzpatienten – mit Checkliste Reise-Vorbereitung, Notfallausweis und medizinischem Sprachführer für den Herznotfall im Ausland
- Veranstalter und Anbieter von **Reisen für Menschen mit Behinderungen** finden Sie über Ihr örtliches Reisebüro oder unter Behinderung > Urlaub und Freizeit.

Mobilitätshilfen für schwerbehinderte Menschen

Patienten mit anerkannter Schwerbehinderung können Mobilitätshilfen in Anspruch nehmen. Die nachfolgenden Links führen zu allgemeinen Informationen.

- Fahrdienste
- Kraftfahrzeughilfe (auch für Patienten ohne Grad der Behinderung (GdB) oder mit GdB unter 50)
- Kraftfahrzeugsteuer-Ermäßigung bei Schwerbehinderung
- Ermäßigungen bei öffentlichen Verkehrsmitteln (Behinderung > Öffentliche Verkehrsmittel)
- Hilfen im Flugverkehr: Behinderung > Flugverkehr
- Parkerleichterungen

© 2026 beta Institut gemeinnützige GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg

Verwandte Links

Führerschein

Koronare Herzkrankheit

KHK > Beruf

KHK > Behandlung

© 2026 beta Institut gemeinnützige GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg