



RHÖN-KLINIKUM
Campus Bad Neustadt
Medizinische Exzellenz aus Tradition



1. Epilepsiesymposium

Fortbildungsveranstaltung

für Ärzte, Therapeuten, Betroffene, Angehörige und Interessier

Samstag • 20. April 2024 • 09.00 Uhr – 13.00 Uhr

Wann darf ich bei Epilepsie Auto fahren?

Günter Krämer

Neurozentrum Bellevue, Zürich

Interessenkonflikte

- **Ko-Vorsitzender der Fühlerscheinkommission der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie**
- **sonstige Mitglieder:**
 - Ulrich Specht, Bethel (Ko-Vorsitzender)
 - Thomas Bast, Kehl-Kork
 - Martin Holtkamp, Berlin
 - Andreas Schulze-Bonhage, Freiburg
 - Rupprecht Thorbecke, Bethel
 - Randi von Wrede, Bonn
 - Ralph Francois, Bielefeld (juristische Beratung)

Führerschein-Kommission der DGfE

Günter Krämer

Ulrich Specht

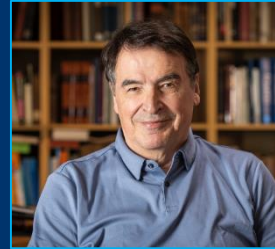
Thomas Bast

Martin Holtkamp

Andreas Schulze-Bonhage

Rupprecht Thorbecke

Randi von Wrede



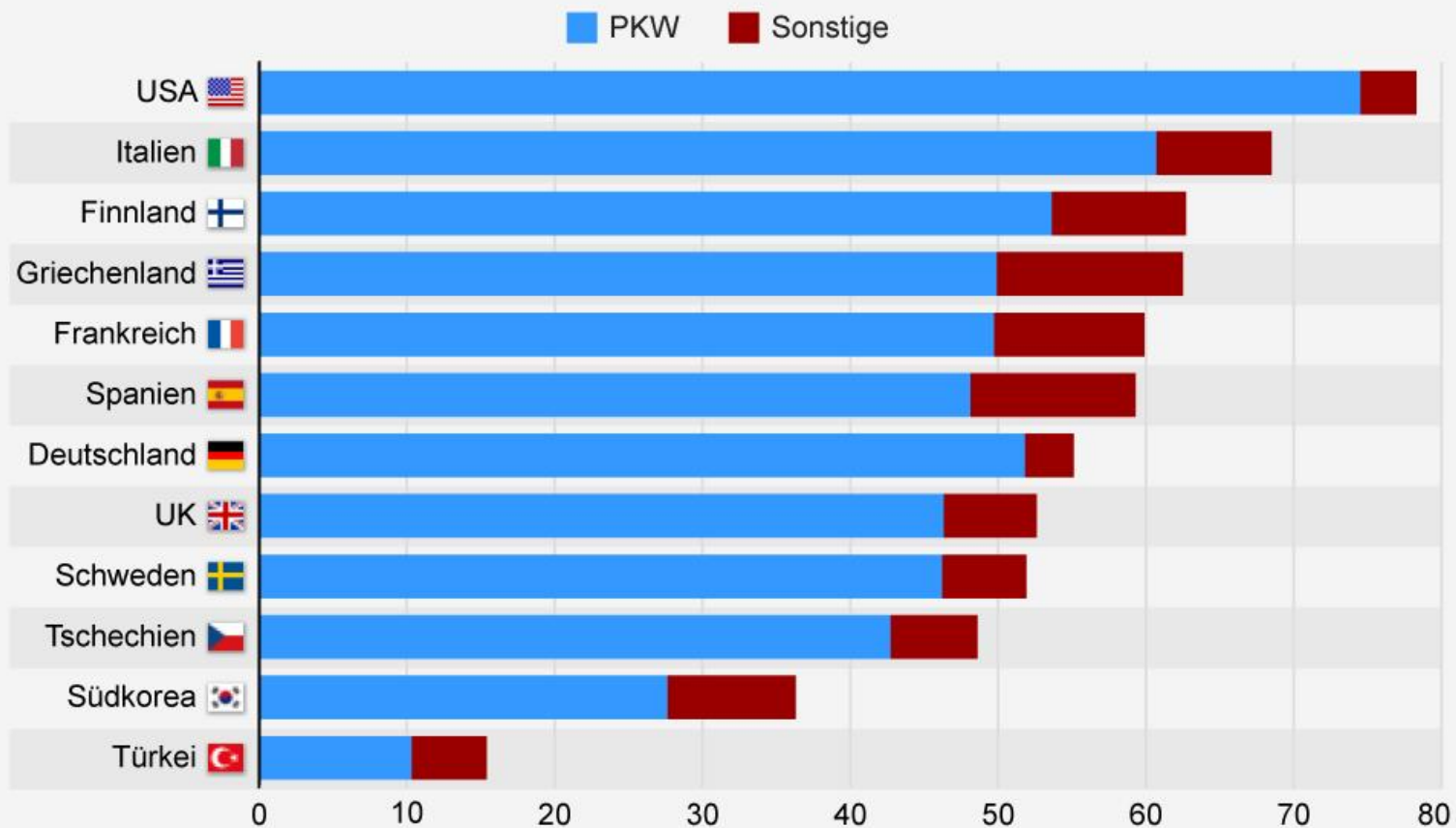


<http://www.gesetze.de/kep-content/uploads/2012/02/autoland.png>

Freie Fahrt für freie Bürger

Fahrzeugdichte im "Autoland" Deutschland durchschnittlich

Anzahl der Personen- und Nutzfahrzeuge pro 100 Einwohner



Quelle: OECD Stand 2010



statista ZEITUNG ONLINE

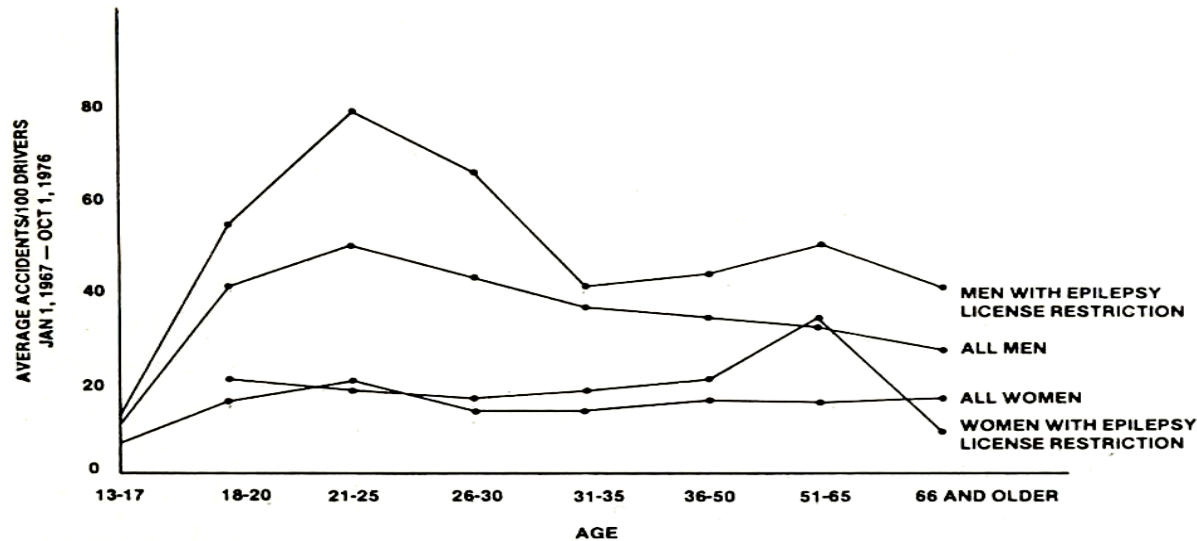
Ursachen tödlicher Verkehrsunfälle (USA; 1995-1997)

<u>Unfallursache</u>	<u>1995</u>	<u>1996</u>	<u>1997</u>
Junge Fahrer (< 25)	10694	10665	10379
Alkoholprobleme	13881	13557	12870
<u>Insgesamt</u>	<u>43884</u>	<u>44186</u>	<u>44012</u>

Ursachen tödlicher Verkehrsunfälle (USA; 1995-1997)

<u>Unfallursache</u>	<u>1995</u>	<u>1996</u>	<u>1997</u>
Epileptische Anfälle	82	80	97
Andere Krankheiten			
Diabetes mellitus	127	148	156
kardiovaskulär	1746	1822	1831
Junge Fahrer (< 25)	10694	10665	10379
Alkoholprobleme	13881	13557	12870
<u>Insgesamt</u>	<u>43884</u>	<u>44186</u>	<u>44012</u>

Unfallrate von Männern +/- Epilepsie versus Frauen +/- Epilepsie



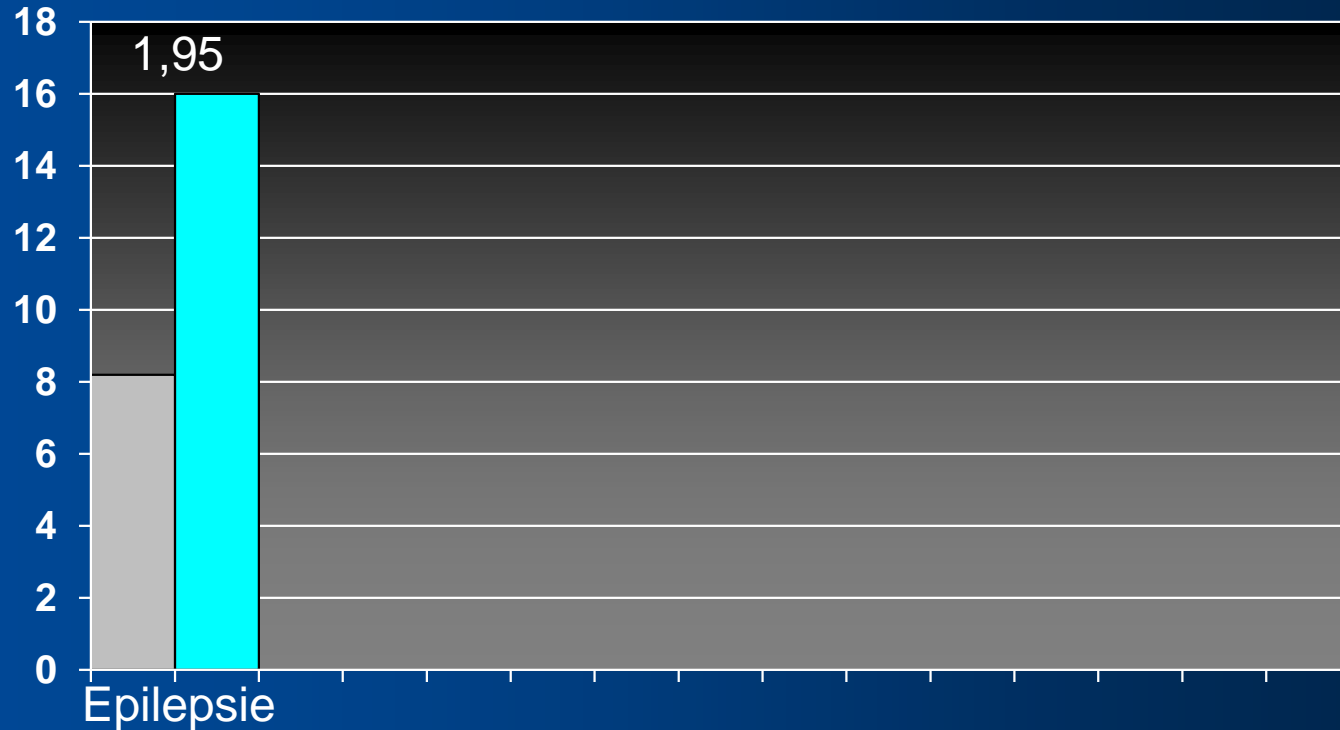
Comparison of accident rates by age and sex for all licensed Washington drivers and for drivers with an epilepsy license restriction. (From Plan for a Nationwide Action on Epilepsy [1].)

Problem: junge Männer (< 25 J)



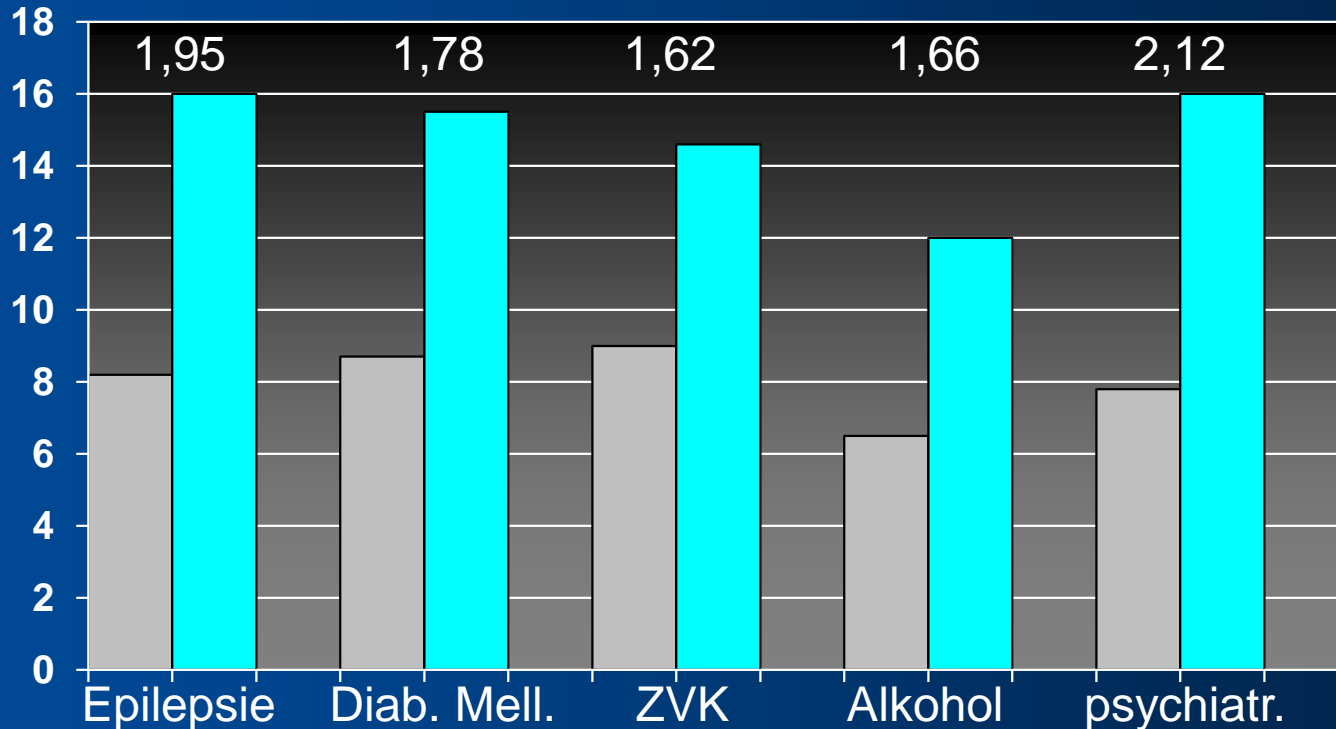
<https://www.augsburger-allgemeine.de/incoming/Meckern-jpg-id19574641.html?aid=23641676>

Häufigkeit von Verkehrsunfällen Epilepsie vs. andere Krankheiten



Waller JA. Chronic medical conditions and traffic safety.
Review of the California experience. *N Engl J Med* 1965; 273: 1413–1420

Häufigkeit von Verkehrsunfällen Epilepsie vs. andere Krankheiten



Waller JA. Chronic medical conditions and traffic safety.
Review of the California experience. *N Engl J Med* 1965; 273: 1413–1420

Akzeptables Risiko

Final report: 3 April 2005

Epilepsy and Driving in Europe

A report
of the

Second European Working Group on Epilepsy and Driving,
an advisory board to the Driving Licence Committee of the European Union.

Members:

Mr Joël Valmain	European Commission, DG TREN.
Dr Jaume Burcet Darde	Spain.
Dr Bernhard Gappmaier	Austria.
Dr John Kirker	Ireland.
Prof Guenter Kraemer	Germany.
Dr Nicole Marksches	Germany.
Dr Mikael Ojala	Finland.
Dr Eric Schmedding	Belgium. President
Dr Anders Sundqvist	Sweden.
Dr Elena Valdés	Spain.
Prof Hervé Vespigniani	France.
Dr Graham Wetherall	United Kingdom. Secretary
Dr Jörgen Worm-Petersen	Denmark.

Consultants:

Prof D Chadwick	UK
Prof Van Donselaar	The Netherlands
Prof Ettore Beghi	Italy
Dr Marc de Krom	The Netherlands
Mrs Maria Teresa Sanz-Villegas	European Commission, DG TREN

The SEWGED had meetings on 5th May 2004; 20th October 2004; 19th and 20th January 2005 and 2nd and 3rd March 2005.

- Beurteilung der Fahreignung beruht in der Neurologie und bei anderen Erkrankungen auf der Risikoabschätzung für eine bestimmte Patientengruppe mit einem für die Gesellschaft noch akzeptablen Risiko
- Mit Hilfe der sogenannten „Risk of Harm Formula“ akzeptables Anfallsrisiko für Berufsfahrer und für Privat-Fahrer berechnet
- Empfehlung auf EU-Ebene, das **akzeptable Anfallsrisiko** für **PKW-Fahrer** auf maximal **20%** und für **LKW- bzw. Berufsfahrer** auf maximal **2%** pro Jahr festzulegen

Aktuell (noch) gültige Leitlinien

Begutachtungs- Leitlinien zur Kraftfahrereignung

Stand:
2. November 2009

Berichte der
Bundesanstalt für Straßenwesen

Mensch und Sicherheit Heft M 115

bast

Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung

bearbeitet von
Dr. med. Nicole Grämann
Dr. med. Martina Albrecht
Bundesanstalt für Straßenwesen

Stand: 01.06.2022

Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung vom 27. Januar 2014 (Verkehrsblatt S. 110) Fassung vom 17.02.2021 (Verkehrsblatt S. 198), in Kraft getreten am 01.06.2022 mit der Fünfzehnten Verordnung zur Änderung der Fahrerlaubnis-Verordnung und anderer straßenverkehrsrechtlicher Vorschriften (Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 11 vom 25. März 2022)

Berichte der
Bundesanstalt für Straßenwesen
Mensch und Sicherheit Heft M 115

https://www.bast.de/BASSt_2017/DE/Verkehrssicherheit/Fachthemen/BLL/Begutachtungsleitlinien.pdf?__blob=publicationFile&v=17

Störung
Erstmaliger, unprovocierter Anfall ohne Anhalt für eine beginnende Epilepsie
Erstmaliger, provoziertes Anfall mit vermeidbarem Auslöser
Epilepsie

ulze-Bonhage

Störung	Gruppe 1	Gruppe 2
Erstmaliger, unprovoked Anfall ohne Anhalt für eine beginnende Epilepsie	Keine Kraftfahreignung für 6 Monate	Keine Kraftfahreignung für 2 Jahre
Erstmaliger, provoked Anfall mit vermeidbarem Auslöser	Keine Kraftfahreignung für minimal 3 Monate	Keine Kraftfahreignung für minimal 6 Monate
Epilepsie	<p>In der Regel keine Kraftfahreignung; Ausnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 1-jährige Anfallsfreiheit (auch mit medikamentöser Therapie) • Keine eignungs ausschließenden Nebenwirkungen der Therapie 	<p>In der Regel keine Kraftfahreignung; Ausnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 5-jährige Anfallsfreiheit ohne medikamentöse Therapie

Störung	Gruppe 1	Gruppe 2
Persistierende Anfälle ohne zwangsläufige Einschränkung der Krafftahreignung		15
Anfallsrezidiv bei bestehender Fahreignung nach langjähriger Anfallsfreiheit		
Beendigung einer antiepileptischen Therapie		

Störung	Gruppe 1	Gruppe 2
Persistierende Anfälle ohne zwangsläufige Einschränkung der Krafftahreignung	<ul style="list-style-type: none"> • Ausschließlich an den Schlaf gebundene Anfälle nach mindestens 3-jähriger Beobachtungszeit • Ausschließlich einfache fokale Anfälle ohne Bewusstseinsstörung und ohne motorische, sensorische oder kognitive Behinderung nach mindestens 1-jähriger Beobachtungszeit 	Keine Krafftahreignung
Anfallsrezidiv bei bestehender Fahreignung nach langjähriger Anfallsfreiheit	Krafftahreignung nach 6 Monaten wieder gegeben (falls keine Hinweise auf erhöhtes Wiederholungsrisiko). Bei vermeidbaren Provokationsfaktoren 3 Monate Fahrpause	Keine Krafftahreignung
Beendigung einer antiepileptischen Therapie	Keine Krafftahreignung für die Dauer der Reduzierung des letzten Medikamentes sowie die ersten 3 Monate ohne Medikation (Ausnahmen in gut begründeten Fällen möglich)	Keine Krafftahreignung

Entwicklung der Führerschein-Leitlinien bei Epilepsie 2022/2023

2009	Letzte Bearbeitung der Führerscheinleitlinien bei Epilepsie
2/2022	Neue Führerschein-Kommission der Dt. Gesellschaft für Epileptologie (DGfE)
23.3.2022	Video-Konferenz (1) der Führerschein-Kommission
12/2022	1. Entwurf Leitlinien bei Epilepsie (G. Krämer/U. Specht)
1/2 2023	Video-Konferenzen (2) und (3) der Führerschein-Kommission
1-3 2023	Video-Konferenz (3) Führerschein-Kommission und präfinaler Entwurf
4-5/2023	Kollegiale Rückmeldungen durch je 5 Neurologen & Epileptologen
5.6.2023	Finaler Entwurf an Vorstand der DGfE
9.6.2023	Entwurf an die Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt)
→	Abstimmung BASt ↔ Bundeministerium für Digitales und Verkehr u.a. Ministerien

Entwurf Führerschein-Leitlinien 2023

Änderungs-/Präzisierungspunkte

- Beurteilung durch Fachärzte; ggfs. besondere Epilepsie-Expertise
- „Wesentliches“ Risiko von Anfallsrezividen: Operationalisierung
- Akut symptomatischer Anfall mit zerebraler Läsion
- Erster unprovoked Anfall mit Hinweisen auf ein erhöhtes Anfallsrisiko
- Anfälle ausschließlich aus dem Schlaf: 2 Konstellationen
- Änderung der anfallssuppressiven Medikation bei Anfallsfreiheit
- Beendigung einer anfallssuppressiven medikamentösen Therapie
- Epilepsie, Gruppe 2: 10 Jahre ohne Medikation anfallsfrei

Vorschlag für Neue FS-Leitlinien: Beurteilende Ärzte und Intervalle

- Bei Fahrerlaubnisinhabern sind eine fachärztliche Untersuchung sowie fachärztliche Nachuntersuchungen in zunächst jährlichen Abständen erforderlich. Ab einer dreijährigen Anfallsfreiheit ist das Intervall zwischen den Nachuntersuchungen im Regelfall zu verlängern.

Vorschlag für Neue FS-Leitlinien: Beurteilende Ärzte und Intervalle

- Als Fachärztinnen und Fachärzte im Rahmen dieser Leitlinie gelten Ärztinnen und Ärzte für Neurologie, für Neurologie und Psychiatrie, für Nervenheilkunde oder für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie. In besonderen Beurteilungssituationen ist eine zusätzliche Expertise erforderlich, wie sie in Epilepsiezentren, Epilepsie-Ambulanzen oder Epilepsie-Schwerpunktpraxen vorgehalten wird.

Erstmaliger unprovocierter Anfall ohne Hinweise auf ein **wesentlich** erhöhtes Rezidivrisiko

Unter folgenden Voraussetzungen besteht Fahreignung nach **6 Monaten** (Gruppe 1):

- Kein weiterer Anfall (mit oder ohne anfallssuppressive Medikation)
- Eine fachärztliche Abklärung (inkl. EEG und MRT des Kopfes) hat keine Hinweise auf ein **grundsätzlich erhöhtes Risiko im Sinne einer beginnenden Epilepsie** (z.B. epilepsietypische Aktivität im EEG oder eine potenziell epileptogene Läsion im MRT).

Entwurf Führerschein-Leitlinien 2023

Änderungs-/Präzisierungspunkte

2009: Wer epileptische Anfälle erleidet, ist nicht in der Lage, den Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden, solange ein wesentliches Risiko von Anfallsrezidiven besteht.

Entwurf 2024: Wer epileptische Anfälle hat, ist in der Regel nicht in der Lage, den Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden, solange ein wesentliches Risiko von Anfallsrezidiven besteht. Als „wesentlich“ für Gruppe 1 gilt ein Rezidivrisiko von 20% oder mehr und für die Gruppe 2 von mehr als 2% im Folgejahr.

Erstmaliger unprovocierter Anfall

ohne Hinweise auf ein $\geq 20\%$ iges Rezidivrisiko im nächsten Jahr

Unter folgenden Voraussetzungen besteht Fahreignung nach **6 Monaten** (Gruppe 1):

- Kein weiterer Anfall (mit oder ohne anfallssuppressive Medikation)
- Eine fachärztliche Abklärung (inkl. EEG und MRT des Kopfes) hat keine Hinweise auf ein $\geq 20\%$ iges **Rezidivrisiko im nächsten Jahr** ergeben (z.B. epilepsietypische Aktivität im EEG oder eine potenziell epileptogene Läsion im MRT).

Erstmaliger unprovocierter Anfall

mit Hinweisen auf ein $\geq 20\%$ iges Rezidivrisiko im nächsten Jahr

Unter folgenden Voraussetzungen besteht Fahreignung nach **12 Monaten** (Gruppe 1):

- Kein weiterer Anfall (mit oder ohne anfallssuppressive Medikation)
- Eine fachärztliche Abklärung (inkl. EEG und MRT des Kopfes) hat Hinweise auf ein $\geq 20\%$ iges **Rezidivrisiko im nächsten Jahr** ergeben (z.B. epilepsietypische Aktivität im EEG oder eine potenziell epileptogene Läsion im MRT).

Erstmaliger provoziertes Anfall

ohne dauerhaft nachweisbare zerebrale Läsion

Anfall, der ausschließlich durch eine akute, identifizierbare und vorübergehende toxische oder metabolische Störung verursacht worden ist.

Erstmaliger provoziertes Anfall ohne dauerhaft nachweisbare zerebrale Läsion

Unter folgenden Voraussetzungen besteht Fahreignung nach **3 Monaten** (Gruppe 1):

- Kein weiterer Anfall
- Nachweis einer plausiblen auslösenden Bedingung/Ursache für den Anfall (z.B. Intoxikation). **Schlafentzug ist bei Menschen ohne Epilepsie kein plausibler Anfallsauslöser.**
- Diese anfallsauslösende Bedingung/Ursache ist nicht mehr gegeben, und es ist nicht mit ihrem erneuten Auftreten zu rechnen.
- Eine fachärztliche Abklärung (inkl. EEG und MRT des Kopfes) hat keine Hinweise auf ein $\geq 20\%$ iges Rezidivrisiko im nächsten Jahr (z.B. epilepsietypische Aktivität im EEG oder eine potenziell epileptogene Läsion im MRT) ergeben. **Bei Hinweisen auf eine genetische Prädisposition (z.B. Epilepsie bei Familienangehörigen ersten Grades) sind wiederholte EEG-Ableitungen oder ein Langzeit-EEG erforderlich.**
- Bei einem Anfall im Rahmen eines schädlichen Gebrauchs oder einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (z.B. Alkohol, Amphetamine) ist eine **zusätzliche psychiatrische/suchtmedizinische** Begutachtung erforderlich.

Erstmaliger provoziertes Anfall mit dauerhaft nachweisbarer zerebraler Läsion

Dies ist ein Anfall, der auf eine akute, identifizierbare und vorübergehende zerebrale Störung zurückzuführen ist, die zu einer dauerhaft nachweisbaren zerebralen Läsion geführt hat (z.B. bei ischämischem Infarkt oder bei Schädel-Hirn-Trauma).

Erstmaliger provoziertes Anfall mit dauerhaft nachweisbarer zerebraler Läsion

Da die Art von zerebralen Läsionen bei akut-symptomatischen Anfällen heterogen ist und mit sehr unterschiedlichen Anfalls-Rezidivrisiken einhergeht, ist für die Festlegung der Dauer der fehlenden Fahreignung eine **Beurteilung durch eine Fachärztin/einen Facharzt mit besonderer epileptologischer Expertise** erforderlich. Die notwendige anfallsfreie Zeit kann zwischen 3 Monaten (z.B. ischämischer Infarkt mit günstiger Risikokonstellation) und 12 Monaten (z.B. Herpes-Enzephalitis, Abszess) liegen. Folgende weitere Voraussetzungen müssen gegeben sein:

- Kein weiterer Anfall (mit und ohne anfallssuppressive Medikation)
- Nachweis einer plausiblen Anfallsursache (z.B. ischämischer Infarkt)
- Eine fachärztliche Abklärung (inkl. EEG und MRT des Kopfes) hat keine Hinweise auf ein $\geq 20\%$ iges Rezidivrisiko im nächsten Jahr (z.B. epilepsietypische Aktivität im EEG, anderweitige vorbestehende zerebrale Schädigung) ergeben.

Siehe „SeLECT“-Score (inkl. gleichnamiger App)

SeLECT-Score 2.0

Sinka L, Abraira L, Imbach LL et al Association of mortality and risk of epilepsy with type of acute symptomatic seizure after ischemic stroke and an updated prognostic model. JAMA Neurol 2023; 80: 605–613

Research **Original Investigation**

Association of Mortality and Risk of Epilepsy With Type of Acute Symptomatic Seizure After Ischemic Stroke

Table 3. Comparison of the Original SeLECT Scoring System and the Modified SeLECT Score Including Acute Symptomatic Status Epilepticus (SeLECT 2.0)

Original SeLECT	No. of points	SeLECT 2.0	No. of points
NIHSS score 4-10	1	NIHSS score 4-10	1
NIHSS score ≥ 11	2	NIHSS score ≥ 11	2
Large-artery atherosclerosis	1	Large-artery atherosclerosis	1
Any acute symptomatic seizure	3	Short acute symptomatic seizure	3
		Acute symptomatic status epilepticus	7
Cortical involvement	2	Cortical involvement	2
Territory of MCA involvement	1	Territory of MCA involvement	1
Maximum	9	Maximum	13

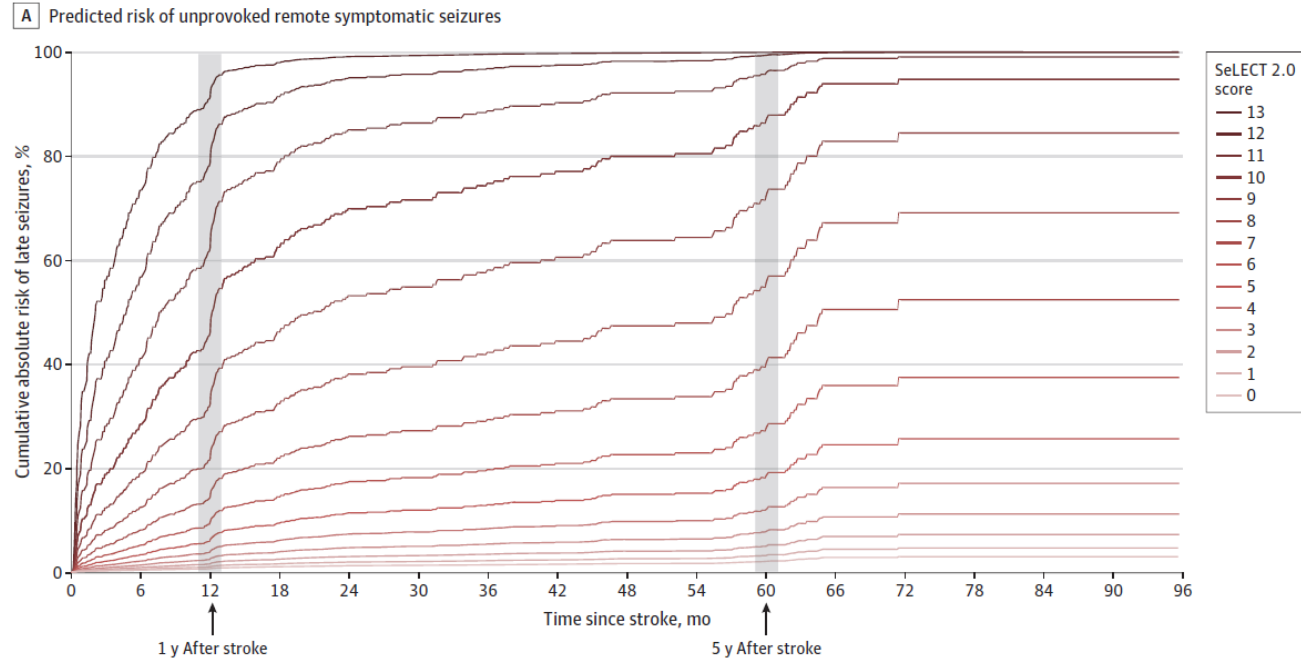
Abbreviations: MCA, middle cerebral artery; NIHSS, National Institutes of Health Stroke Scale.

Figure 2. Predicted Risk of Remote Symptomatic Seizures According to the Updated SeLECT 2.0 Score

SeLECT-Score 2.0

Sinka L, Abraira L, Imbach LL et al Association of mortality and risk of epilepsy with type of acute symptomatic seizure after ischemic stroke and an updated prognostic model. JAMA Neurol 2023; 80: 605–613

Figure 2. Predicted Risk of Remote Symptomatic Seizures According to the Updated SeLECT 2.0 Score



Anfallsfreiheit bei Epilepsie

Unter folgenden Voraussetzungen besteht Fahreignung nach **12 Monaten** (Gruppe 1):

- Kein weiterer Anfall (mit oder ohne anfallssuppressive Medikation)
- Epilepsietypische Potenziale im EEG schließen eine Fahreignung nicht aus. Finden sich im EEG allerdings epilepsietypische Auffälligkeiten, die milden Anfällen entsprechen können (z.B. generalisierte Spike-Wave-Entladungen von mehr als 3 Sekunden Dauer, ausgeprägte fotoparoxysmale Reaktion, EEG-Anfallsmuster), die das Führen eines Kraftfahrzeuges beeinträchtigen können, muss durch geeignete Untersuchungsmethoden (z.B. Video-EEG-Monitoring) die Fahreignung untersucht werden.
- Bei Anfallsfreiheit nach einem epilepsiechirurgischen Eingriff sind mögliche operationsbedingte fahrrelevante Funktionsstörungen zu beachten.

Fahreignung trotz persistierender Anfälle

Bei **zwei Konstellationen** besteht Fahreignung (Gruppe 1):

1. Anfälle ausschließlich aus dem Schlaf heraus:

- 1.1. Es besteht nach einer Verlaufsbeobachtung von **einem Jahr** Fahreignung, wenn bei der Person nie Anfälle aus dem Wachen aufgetreten sind.
- 1.2. Es besteht nach einer Verlaufsbeobachtung von **zwei Jahren** Fahreignung, wenn bei der Person früher Anfälle auch aus dem Wachen aufgetreten sind

2. Bewusst erlebte (einfach-) fokalen Anfälle mit folgenden Merkmalen:

- Keine Beeinträchtigung der Reaktions- und Handlungsfähigkeit sowie keine für das Führen eines Kraftfahrzeugs relevante motorische, sensorische oder kognitive Beeinträchtigung. Diese Voraussetzungen müssen durch eindeutige Fremdbeobachtung (in Zweifelsfällen durch ein Video-EEG-Monitoring) gesichert sein und dürfen sich nicht allein auf die Patientenangaben stützen.
- Seit mindestens 1 Jahr keine semiologisch anderen Anfälle.

Anfallsrezidiv bei bestehender Fahreignung

Anfallsrezidiv nach > 3-jähriger Anfallsfreiheit

Fahreignung (Gruppe 1) unter folgenden Voraussetzungen:

1. Nach 6 Monaten:

- Kein weiterer Anfall.
- Fachärztliche Abklärung ohne Aspekte für ein erhöhtes Rezidivrisiko (wie z.B. Änderung der Anfallssemiologie oder Progredienz in der Bildgebung).

2. Nach 3 Monaten:

- Kein weiterer Anfall.
- Fachärztliche Abklärung ohne Aspekte für ein erhöhtes Rezidivrisiko (wie z.B. Änderung der Anfallssemiologie oder Progredienz in der Bildgebung).
- Nachweis einer plausiblen anfallsauslösenden Bedingung
- Diese anfallsauslösende Bedingung ist nicht mehr gegeben, und es ist nicht mit ihrem erneuten Auftreten zu rechnen.

Änderung der anfallssuppressiven Medikation bei Anfallsfreiheit

Wird bei einer anfallsfreien Person mit Epilepsie, die aktuell fahrgeeignet ist, ein ärztlich verordneter Substanzwechsel und/oder eine Dosisreduktion ihrer anfallssuppressiven Medikation vorgenommen, so muss fachärztlich beurteilt werden, ob für bis zu 3 Monate keine Fahreignung besteht.

Beendigung (Absetzen) einer anfallssuppressiven Medikation

- Bei schrittweiser Beendigung einer anfallssuppressiven Medikation bei einem anfallsfreien kraftfahrgeeigneten Menschen bleibt die Fahreignung bestehen, wenn das Risiko eines Anfallsrezidivs im Jahr nach der Beendigung auf Basis einer geeigneten Beurteilung niedriger als 20% ist (Gruppe 1).
- Ist das Rezidivrisiko höher, ist die Kraftfahreignung für die Dauer der Reduzierung der Dosis des letzten anfallssuppressiven Medikamentes sowie für die ersten 3 Monate ohne medikamentöse Therapie nicht gegeben.
- In der Beurteilungspraxis hat sich dabei das auf einer umfangreichen Meta-Analyse beruhende Internet-Tool www.epilepsypredictiontools.info bewährt. Damit lässt sich das 2-Jahres-Rezidivrisiko abschätzen. Multipliziert man diese Zahl mit 0,75, so erhält man das 1-Jahres-Rezidivrisiko.

Erstmaliger provoziertes Anfall ohne dauerhaft nachweisbare zerebrale Läsion (Gruppe 2)

Unter folgenden Voraussetzungen besteht Fahreignung nach **6 Monaten**):

- Kein weiterer Anfall
- Keine Einnahme einer anfallssuppressiven Medikation in den letzten 6 Monaten
- Nachweis einer plausiblen anfallsauslösenden Bedingung/Ursache für den Anfall (z.B. Intoxikation). Schlafentzug ist bei Menschen ohne Epilepsie kein plausibler Anfallsauslöser.
- Diese anfallsverursachende Bedingung ist nicht mehr gegeben, und es ist nicht mit einem erneuten Auftreten zu rechnen.
- Eine fachärztliche Abklärung (inkl. EEG und MRT des Kopfes) hat keine Hinweise auf ein nennenswert erhöhtes Risiko für ein Anfallsrezidiv (z.B. epilepsietypische Aktivität im EEG oder eine potenziell epileptogene Läsion im MRT) ergeben. Bei Hinweisen auf eine genetische Prädisposition, (z.B. Epilepsie bei Familienangehörigen ersten Grades) sind wiederholte EEG-Ableitungen oder ein Langzeit-EEG erforderlich.

Erstmaliger provoziertes Anfall mit dauerhaft nachweisbarer zerebraler Läsion (Gruppe 2)

Da die Art von zerebralen Läsionen bei akut-symptomatischen Anfällen heterogen ist und mit sehr unterschiedlichen Anfalls-Rezidivrisiken einhergeht, ist für die Festlegung der Dauer der fehlenden Fahreignung Beurteilung durch eine Fachärztin/einen Facharzt mit besonderer epileptologischer Expertise erforderlich. Die notwendige anfallsfreie Zeit kann zwischen 2 Jahren (z.B. ischämischer Infarkt mit günstiger Risikokonstellation) und bis zu 10 Jahren (z.B. Herpes-Enzephalitis, Abszess) liegen. Folgende weitere Voraussetzungen müssen gegeben sein:

- Kein weiterer Anfall
- Keine Einnahme einer anfallssuppressiven Medikation in dem jeweiligen Zeitraum (2-10 J.)
- Nachweis einer plausiblen Anfallsursache (z.B. ischämischer Infarkt)
- Eine fachärztliche Abklärung (inkl. EEG und MRT des Kopfes) hat keine Hinweise auf ein nennenswert erhöhtes Anfallsrisiko (z.B. epilepsietypische Aktivität im EEG, anderweitige vorbestehende zerebrale Schädigung) ergeben. et al. Lancet Neurology 2018

Erstmaliger unprovocierter Anfall

ohne Hinweise auf ein nennenswert erhöhtes Rezidivrisiko

Unter folgenden Voraussetzungen besteht Fahreignung nach **2 Jahren (Gruppe 2)**:

- Kein weiterer Anfall
- Keine Einnahme einer anfallssuppressiven Medikation in den letzten 2 Jahren
- Eine fachärztliche Abklärung (inkl. EEG und MRT des Kopfes) hat keine Hinweise auf ein nennenswert erhöhtes Risiko für ein Anfallsrezidiv (z.B. epilepsietypische Aktivität im EEG oder eine potenziell epileptogene Läsion im MRT) ergeben.

Erstmaliger unprovocierter Anfall mit Hinweisen auf ein erhöhtes Rezidivrisiko (Gruppe 2)

Finden sich in der neurologischen Abklärung Hinweise auf ein nennenswert erhöhtes Anfallsrisiko (z.B. epilepsietypische Aktivität im EEG oder eine potenziell epileptogene Läsion im MRT), so gelten die Vorgaben für Epilepsie

FS Gruppe 2 (LKW) Epilepsie

Bei Vorliegen einer Epilepsie bleibt die Kraftfahreignung im Allgemeinen dauerhaft ausgeschlossen.

Als Ausnahme gilt eine 10-jährige Anfallsfreiheit ohne anfallssuppressive Medikation.

Entwurf Führerschein-Leitlinien 2023

Fazit

- Differenzierung => Individualisierung
- Konkretisierung
- Evidenz-Basierung
 - Anpassung bei neuen Befundkonstellationen
- Komplexe Beurteilungssituationen => höhere Anforderungen an die fachärztliche Qualifikation
 - Epilepsie-Expertise

Wann darf ich bei Epilepsie Auto fahren ?



G. Krämer, R. Thorbecke, T. Porschen

Epilepsie und Führerschein

EUR 7,80 | broschiert | 157 S. | zahlreiche Tabellen & Grafiken | 2011 | ISBN 978-3-936817-73-7

▶ **Bestellen**

- Kurzttext
- Inhalt
- Autor
- Rezension

- Gesetzliche Bestimmungen
- Aktuelle Begutachtungs-Leitlinien und Hinweise zur Anwendung
- Aufgaben, Pflichten und Rechte von Ärzten
- Pflichten und Rechte von Patienten
- Mobilitätshilfen bei fehlender Fahreignung und Tipps für den Alltag

Besten Dank fürs Zuhören

