



AMKO

Ärztlicher Mobilitätsklub Österreichs



VERKEHRSMEDIZINISCHES SYMPOSIUM

16.10.26

09:30-15:30 UHR



HOTSPOTS

in der Verkehrsmedizin

Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg, Haus C

Anmeldung:



Wissenschaftliche Leitung:

a. Univ-Prof. Dr. Ilsemarie Kurzthaler-Lehner

FREIER EINTRITT

6 DFP-Punkte für "sonstige Fortbildung"

4 BÖP-Fortbildungseinheiten

Programm

HOTSPOTS in der Verkehrsmedizin



AMKO
Arztlicher Mobilitätsklub Österreichs



09:30 Uhr
Begrüßung

Claudius Ratschew - Präsident des AMKO
Harald Hertz - Vize-Ehrenpräsident des ÖAMTC

Moderation

Ilsemarie Kurzthaler-Lehner und Wolfgang Staffen

09:45 - 11:05 Uhr
Vorträge

Alexander Kunz: Schlafstörungen und Schlafmedikation im Fokus
der Verkehrssicherheit

Fabio Rossini: Epilepsie und KI im Fokus der Verkehrssicherheit

11:15-11:30 Uhr

PAUSE

11:40 - 13:00 Uhr
Vorträge

Michaela Defrancesco: Autofahren mit Demenz - altes Dilemma trotz
neuer Therapien

Thomas Vanicek: ADHS im Erwachsenenalter - Symptomatik und
aktuelle Therapiekonzepte

13:00 - 14:00 Uhr

MITTAGSPAUSE mit Buffet

14:00 - 15:30 Uhr
Vorträge

Moderation

Steffan Kerbl

Marion Seidenberger: ÖAMTC-Studie zum Thema "Ablenkung"

Thomas Stottan: Der moderne Mensch im Kontext des vernetzten
Fahrzeugs

Matthias Wolf: Aufmerksamkeit und Ablenkung aus juristischer Perspektive

Steffan Kerbl: Zusammenfassung und Ausblick

HOTSPOTS IN DER VERKEHRSMEDIZIN

Verkehrsmedizinisches Symposium
Hybridveranstaltung – Teilnahme vor Ort oder online



AMKO
Ärztlicher Mobilitätsklub Österreich



Freitag, 16.10.2026,
09:30-15.30 Uhr

Veranstalter:

Ärztlicher Mobilitätsklub Österreichs (AMKO), Zweigverein
des Österr. Automobil-, Motorrad- und Touring Clubs (ÖAMTC)

Tagungsort:

Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Haus C, Strubergasse 22, 5020 Salzburg

Öffentliche Verkehrsmittel:

Bus 2: Haltestelle "Gaswerk-gasse", Bus 4: Haltestelle "Stadtwerk Lehen", Bus 7: Haltestelle
"Strubergasse", S-Bahn-Linie: S2, S3: Haltestelle "Salzburg-Mülln-Altstadt"

Parkgarage:

STADTWERK Tiefgarage, Strubergasse, 5020 Salzburg
Reduzierte Ausfahrtstickets beim Kongressbüro vor Ort erhältlich

Fortbildungsanerkennung:

Die Veranstaltung ist für das Diplom-Fortbildungs-Programm der Österreichischen
Ärztelammer mit Fortbildungspunkten für das Fach "Sonstige Fortbildung" approbiert.
BÖP-Fortbildungseinheiten beantragt.

Organisation und Anmeldung:

Martina Schuster, AMKO-Tagungsbüro, 1010 Wien, Weihburggasse 9/3/22
Tel.: 01 512 18 21, E-Mail: martina.schuster@amko.at
Anmeldeformular auf www.amko.at, KEINE TEILNAHMEGEBÜHR



ReferentInnen und ModeratorInnen

Hotspots in der Verkehrsmedizin

16.10.2026

DEFRANCESCO Michaela, OÄ. Assoz.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. univ.
Fachärztin für Psychiatrie
E-Mail: michaela.defrancesco@i-med.ac.at

HERTZ Harald, Univ.-Prof. Dr. med. univ.
Vize-Ehrenpräsident des ÖAMTC
E-Mail: haraldhertz@me.com

KERBL Steffan, Ing.
ÖAMTC-Technik
E-Mail: steffan.kerbl@oeamtc.at

KUNZ Alexander, OA Dr. med. univ.
Facharzt für Neurologie
E-Mail: a.kunz@salk.at

KURZTHALER-LEHNER Ilsemarie
Ao. Univ.-Prof. Dr.ⁱⁿ med. univ.
Fachärztin für Psychiatrie u. Neurologie
E-Mail: ilsemarie.kurzthaler@i-med.ac.at

RATSCHEW Claudius, MR DDr.
Präsident des AMKO
E-Mail: c_ratschew@hotmail.com

ROSSINI Fabio, OA Dr. med. univ.
Facharzt für Neurologie
E-Mail: f.rossini@salk.at

SEIDENBERGER Marion, Mag.
Verkehrspsychologin, ÖAMTC
E-Mail: marion.seidenberger@oeamtc.at

STAFFEN Wolfgang, Assoc.Prof. Univ.-Doz. Dr. med. univ.
Facharzt für Neurologie
E-Mail: W.Staffen@salk.at

STOTTAN Thomas
CEO bei AUDIO MOBIL
E-Mail: Thomas.Stottan@audio-mobil.com

VANICEK Thomas, Prim. Priv.-Doz. DDr.
Facharzt für Psychiatrie
E-Mail: thomas.vanicek@gesundheitsverbund.at

WOLF Matthias, Mag.
ÖAMTC Rechtsdienste

Demenz, ADHS, Epilepsie & Co.: Wenn Krankheiten die Fahrtüchtigkeit beeinflussen

AMKO lädt zum verkehrsmedizinischen Symposium "Hotspots in der Verkehrsmedizin" am 16. Oktober 2026 in Salzburg

Individuelle Mobilität bedeutet mehr, als mit dem Fahrzeug von A nach B zu gelangen. Sie steht für Selbstständigkeit, Freiheit und gesellschaftliche Teilhabe. Doch wie wirken sich Erkrankungen wie Demenz, ADHS, Epilepsie oder Schlafstörungen auf die Fahrtüchtigkeit aus? Welche Rolle spielen moderne Therapien und Medikamente? Und wie lassen sich individuelle Mobilitätsbedürfnisse mit den Anforderungen der Verkehrssicherheit vereinbaren?

Diesen Fragen widmet sich das verkehrsmedizinische Symposium "Hotspots in der Verkehrsmedizin", das der Ärztliche Mobilitätsklub Österreichs (AMKO) gemeinsam mit dem ÖAMTC am 16. Oktober 2026 an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg veranstaltet. Im Mittelpunkt stehen aktuelle Herausforderungen bei der Beurteilung der Fahreignung sowie die Auswirkungen neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen auf die sichere Teilnahme am Straßenverkehr.

Interdisziplinärer Blick auf die Fahreignung

Die Beurteilung der Fahrtüchtigkeit ist häufig komplex und erfordert eine differenzierte Betrachtung medizinischer, psychologischer und rechtlicher Faktoren. Ziel des Symposiums ist es, aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zusammenzuführen und einen interdisziplinären Blick auf verkehrsmedizinische Fragestellungen zu ermöglichen. Renommierte Expert:innen beleuchten unter anderem die Auswirkungen von Schlafstörungen, Demenz, Epilepsie und ADHS auf Aufmerksamkeit, Reaktionsvermögen und Fahreignung. Neben den jeweiligen Krankheitsbildern stehen auch moderne Therapieansätze und deren Einfluss auf die Verkehrssicherheit im Fokus.

Ein weiterer Schwerpunkt widmet sich der Aufmerksamkeit im Straßenverkehr. Expert:innen aus Verkehrspsychologie, Fahrzeugtechnik und Recht diskutieren, wie Ablenkung entsteht, welche Folgen sie für die Verkehrssicherheit hat und welche Herausforderungen die zunehmende Vernetzung moderner Fahrzeuge mit sich bringt. Zudem werden Ergebnisse einer ÖAMTC-Studie zum Thema Ablenkung vorgestellt.

Das Symposium verdeutlicht, dass die Beurteilung der Fahreignung das Zusammenspiel unterschiedlicher Disziplinen erfordert. Nur durch die gemeinsame Betrachtung medizinischer, psychologischer, technischer und rechtlicher Aspekte lassen sich die Auswirkungen von Erkrankungen, Therapien und neuen Entwicklungen auf die Verkehrssicherheit umfassend bewerten.

Schlafstörungen und Schlafmedikation im Fokus der Verkehrssicherheit

Vortrag von OA Dr. Alexander Kunz

Autofahren und Führerschein bei Schlafstörungen und Insomnie sind ein wichtiges Thema, weil Schlafstörungen die Aufmerksamkeit, Reaktionszeit und das Risiko für Unfälle deutlich erhöhen können. Drei häufig diskutierte Erkrankungen mit relevantem Einfluss auf die Fahrtüchtigkeit sind Insomnie, Narkolepsie und das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom (OSAS). Zu jedem dieser Krankheitsbilder kurz die Charakteristika, wie sie im Schlaflabor diagnostiziert werden, und wie die tagesschläfrigkeit gemessen wird – mit besonderem Blick auf die Epworth Sleepiness Scale (ESS) – sowie Hinweise zur Bedeutung für die Fahrerlaubnis.

Insomnie

- Charakteristik: Insomnie bedeutet Schwierigkeiten beim Einschlafen, Durchschlafen oder eine nicht erholsame Nachtruhe mit daraus resultierender Beeinträchtigung am Tag (Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Stimmungsschwankungen).
- Diagnostik im Schlaflabor: Bei Verdacht auf primäre Insomnie ist in vielen Fällen eine ausführliche Anamnese, Schlafstagebuch und ggf. Aktigraphie ausreichend. Eine vollstationäre Polysomnographie (PSG) wird eher eingesetzt, wenn andere Schlafstörungen ausgeschlossen werden sollen, wenn eine komorbide Erkrankung vermutet wird oder wenn Insomnie ungewöhnlich ausgeprägt ist. Die PSG zeichnet EEG, EOG, EMG, Atmung, Sauerstoffsättigung und Körperlage auf und hilft, andere Ursachen für Schlafstörungen (z. B. Schlafapnoe, periodische Beinbewegungen) auszuschließen.
- Relevanz für Autofahren: Chronische Schlaflosigkeit kann die Fahrtüchtigkeit mindern, vor allem durch verminderte Aufmerksamkeit und erhöhte Müdigkeit am Tag. Medikamentöse Schlafmittel können zusätzlich die Fahrtüchtigkeit am Folgetag beeinträchtigen; Hinweise zur Wartezeit nach Einnahme sind wichtig.

Narkolepsie

- Charakteristik: Narkolepsie ist durch übermäßige Tagesschläfrigkeit, unwillkürliche Schlafattacken und bei Typ 1 zusätzlich durch Kataplexie (plötzlicher Muskeltonusverlust) gekennzeichnet. Narkolepsie erhöht das Unfallrisiko deutlich, weil Einschlafattacken plötzlich auftreten können.
- Diagnostik im Schlaflabor: Zentrale Verfahren sind die über Nacht durchgeführte Polysomnographie, um andere Ursachen auszuschließen, und anschließend der Multiple Sleep Latency Test (MSLT) am folgenden Tag. Der MSLT misst die Zeit bis zum Einschlafen in mehreren standardisierten Nickerchen und dokumentiert das Auftreten von Sleep-onset REM-Periods. Außerdem werden Anamnese, Fragebögen und ggf. Bestimmung spezieller Biomarker (z. B. Hypokretin-1 im Liquor) berücksichtigt.
- Relevanz für Autofahren: Bei aktiver Narkolepsie mit nicht ausreichend kontrollierter Tagesschläfrigkeit besteht ein hohes Unfallrisiko; in vielen Ländern sollten Patienten ihre Fahrtüchtigkeit mit dem behandelnden Arzt besprechen, und es können Beschränkungen oder besondere Nachweise der Therapiekontrolle nötig sein.

Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS)

- **Charakteristik:** OSAS ist gekennzeichnet durch wiederholte Atemwegsverschlussereignisse während des Schlafs mit wiederholten Hypoxien und Schlaffragmentierung. Häufige Symptome sind lautes Schnarchen, Atemaussetzer, morgendliche Kopfschmerzen und ausgeprägte Tagesschläfrigkeit. OSAS geht mit einem erhöhten Risiko für Verkehrsunfälle einher.
- **Diagnostik im Schlaflabor:** Goldstandard ist die nächtliche Polysomnographie, die Atemereignisse (Apnoen/Hypopnoen), Sauerstoffsättigung, arousals und Schlafarchitektur erfasst. Als Alternative oder Ergänzung werden ambulante Schlafapnoe-Tests (Home Sleep Apnea Testing) und in manchen Fällen Auto-CPAP-Einstellungen genutzt. Die Schwere wird häufig anhand des Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) beurteilt.
- **Relevanz für Autofahren:** Wegen des nachgewiesenen erhöhten Unfallrisikos haben zahlreiche Länder Regelungen, die besagen, dass Personen mit moderater bis schwerer OSAS und signifikanter Tagesschläfrigkeit nicht oder nur unter Nachweis wirksamer Therapie (z. B. CPAP-Compliance) uneingeschränkt fahren sollten. Eine wirksame Behandlung reduziert nachweislich das Unfallrisiko.

Messung der Tagesschläfrigkeit – Epworth Sleepiness Scale (ESS) und weitere Tests

- **Epworth Sleepiness Scale (ESS):** Die ESS ist ein weit verbreiteter, einfacher Selbstfragebogen zur Einschätzung der normalen Tagesschläfrigkeit. Patientinnen und Patienten bewerten die Wahrscheinlichkeit einzuschlafen in acht alltäglichen Situationen auf einer Skala von 0 bis 3; die Summe ergibt einen Wert von 0 bis 24. Höhere Werte deuten auf stärkere Tagesschläfrigkeit hin; häufig werden Werte ab ca. 10–11 als auffällig betrachtet, wobei Cut-offs je nach Kontext variieren. Die ESS ist nützlich als Screening- und Verlaufsinstrument, misst aber subjektive Schläfrigkeit und kann durch Selbsteinschätzung verfälscht sein.
- **Objektive Tests:** Neben der ESS gibt es objektive Messungen wie den Multiple Sleep Latency Test (MSLT), der die Einschlaf latenz unter standardisierten Bedingungen misst, und den Maintenance of Wakefulness Test (MWT), der die Fähigkeit zum Wachbleiben prüft. Diese Tests werden vor allem bei Verdacht auf krankhafte Tagesschläfrigkeit (z. B. Narkolepsie) oder zur Abklärung der Fahrtüchtigkeit eingesetzt.
- **Bedeutung für Fahrzeugtauglichkeit:** Kombination aus Anamnese, ESS, objektiven Tests und gegebenenfalls Fahrsimulationen oder Unfallanamnese gibt das beste Bild über das individuelle Risiko. Für behördliche Entscheidungen können die Anforderungen und akzeptierten Nachweise zwischen Ländern unterschiedlich sein.

Konsequenzen für den Führerschein und praktische Empfehlungen

- **Rechtliche und administrative Regelungen** variieren zwischen Ländern; insbesondere OSAS ist in vielen Staaten in Fahrerlaubnis-Richtlinien aufgenommen worden, oft mit der Bedingung, dass bei signifikanter Tagesschläfrigkeit eine effektive Behandlung und deren Dokumentation vorliegen muss.
- **Für Betroffene gilt allgemein:** offene und ehrliche Besprechung mit dem behandelnden Arzt, Dokumentation des Befundes und der Therapie sowie gegebenenfalls Beratung durch Verkehrsmediziner. Unkontrollierte starke Tagesschläfrigkeit, häufige Einschlafattacken oder mangelnde Wirkung der Therapie stellen ein deutliches Sicherheitsrisiko dar und können rechtliche Folgen bei einem Unfall haben.

- Therapie und Kontrolle senken oft das Risiko: Bei OSAS reduziert eine adäquate CPAP-Therapie das Unfallrisiko; bei Narkolepsie kann medikamentöse Therapie und Verhaltensanpassung die Schläfrigkeit mindern. Bei Insomnie helfen nichtmedikamentöse Therapien (z. B. kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie), und die Auswahl von Schlafmitteln sollte die Fahrtauglichkeit berücksichtigen.

Kurz zusammengefasst

- Schlafstörungen können die Fahrtüchtigkeit gefährden; Insomnie, Narkolepsie und OSAS haben unterschiedliche Mechanismen und Diagnostikwege.
- Im Schlaflabor sind Polysomnographie, MSLT und ggf. MWT zentrale Untersuchungen; Aktigraphie und Schlaftagebücher ergänzen die Diagnostik.
- Die Epworth Sleepiness Scale ist ein einfaches Screeninginstrument für Tagesschläfrigkeit; objektive Tests ergänzen die Beurteilung.

Für die Fahrerlaubnis sind Schwere der Erkrankung, Ausmaß der Tagesschläfrigkeit, Behandelbarkeit und dokumentierter Therapieeffekt entscheidend;

Dr. Alexander Kunz

Oberarzt der Universitätsklinik für Neurologie

Christian Doppler Klinik

Ignaz Harrerstr. 79

5020 Salzburg

Tel.: +43 57255- 0

Handout: Epilepsie und KI im Fokus der Verkehrssicherheit

Rund **80.000** Menschen in Österreich leben mit Epilepsie, etwa **3.000** kommen pro Jahr neu dazu .

3–5 % der Bevölkerung erleben mindestens einmal einen epileptischen Anfall; von Epilepsie spricht man erst bei wiederholten Anfällen bzw. bei einzelnen unprovokierten Anfällen mit erhöhtem Rezidivrisiko.

Etwa **zwei Drittel** der Betroffenen werden mit Medikamenten anfallsfrei.

Wie kann künstliche Intelligenz zur Behandlung von Epilepsie beitragen?

Welche Rolle spielt künstliche Intelligenz insbesondere bei der Beurteilung der Fahrtauglichkeit von Menschen mit Epilepsie oder epileptischen Anfällen?

Grundsätzlich lassen sich vier Anwendungsbereiche unterscheiden, die verschiedenen Phasen in der Behandlung eines Epilepsiepatienten entsprechen:

- Diagnose von Epilepsie

In diesem Fall ermöglichen Softwareprogramme zur Erkennung von Anfällen oder epileptiformen Aktivitäten eine schnelle Auswertung großer Datenmengen und unterstützen so den Diagnostiker.

- Erkennung von Anfällen. Eine sehr wichtige Rolle spielen dabei sogenannte Wearables, mit denen sich Surrogatmarker für epileptische Anfälle auch außerhalb des Krankenhauskontexts identifizieren lassen.

- Anfallmanagement und Prävention von Anfällen am Steuer, beispielsweise durch die Erkennung von übermäßiger Müdigkeit während der Fahrt

- Rolle von selbstfahrenden Autos. Eine Zukunftsperspektive, die potenziell in der Lage ist, die Folgen eines Kontrollverlusts über das Fahrzeug zu vermeiden

Zu den Problemen dieses neuen Bereichs gehören unter anderem

- Zuverlässigkeit: Es ist nicht möglich, Fehlalarme und die Nicht-Erkennung von Angriffen gleichzeitig zu vermeiden.
- Verantwortung und Fairness: Wer übernimmt die Verantwortung im Falle von Fehlern? Werden bestimmte Gruppen durch die Algorithmen benachteiligt

Autofahren mit Demenz - altes Dilemma trotz neuer Therapien

Vortragende: Assoz.-Prof. Dr.med.univ.Michaela DeFrancesco, MMSc, PhD
Univ.-Klinik für Psychiatrie I, Leiterin Gedächtnissprechstunde, Medizinische Universität
Innsbruck

HOTSPOTS in der Verkehrsmedizin 2026, Salzburg am 16.10.2026

Die Anzahl von Menschen mit Demenz steigt aufgrund der demographischen Entwicklung stetig an. In Österreich leben derzeit etwa 170.000 Menschen mit einer Form von Demenz. Es wird prognostiziert, dass sich diese Zahl bis 2050 verdoppelt. Die Demenz bei Alzheimer Erkrankung (AE) ist mit 65-70% die häufigste Form.

Die in den letzten Jahren zugelassenen Therapien mit monoklonalen Amyloidantikörpern (MAK) für Menschen mit frühklinischer Alzheimer Erkrankung und leichtgradiger Alzheimer Demenz stellen eine neue krankheitsmodifizierende Therapiestrategie - wenn auch nur mit sehr enger Indikation und für wenige PatientInnen - dar. Neue Analysemöglichkeiten von Blut-basierten Biomarkern wie phosphoryliertem Tau Protein (z.B: pTau217) eröffnen potentielle mikroinvasive diagnostische Möglichkeiten der AE.

Mit steigender Anzahl von Menschen mit demenziellen Erkrankungen in hohem Lebensalter, spielt auch das Thema der aktiven Teilnahme am Straßenverkehr dieser eine zunehmend wichtige Rolle. In den letzten Jahrzehnten stiegen, parallel zur demographischen Entwicklung, durch neue Verkehrsmittel (E-Roller, E-Bikes etc.) und einem erhöhten Verkehrsaufkommen die Risiken und Gefahren im Straßenverkehr.

Trotz dem wissenschaftlichen Fortschritt und neue Therapieformen, fehlt es weiterhin an klaren Regelungen zum Thema „Autofahren in hohem Lebensalter und mit demenziellen Erkrankungen“ in Österreich.

Körperliche wie kognitive Fähigkeiten, die für die Fahrtauglichkeit wesentlich sind, nehmen auch bei einem physiologischen Altern zunehmend ab. Kommt eine demenzielle Erkrankung hinzu, wird die Fahrtauglichkeit noch weiter reduziert.

In den derzeitigen Leitlinien (S3-Leitlinien Demenzen-2026) wird bei Menschen mit mittelschwerer oder schwerer Demenz von einer nicht mehr gegebenen Fahreignung ausgegangen. Bei Menschen im leichtgradigen Stadium, wird eine regelmäßige ärztliche Beurteilung empfohlen. Da auch das leichtgradige Demenzstadium in Abhängigkeit der Ätiologie der demenziellen Erkrankung sehr unterschiedlich sein kann, ist die Beurteilung der Fahreignung basierend auf einer Stadieneinteilung vielfach unzureichend und nicht sinnvoll.

Im Vortrag sollen einerseits die neuen therapeutischen und diagnostischen Möglichkeiten besonders der Alzheimer-Erkrankung vorgestellt werden. Auch wird auf physiologische Altersveränderungen und demenzbedingter Veränderungen mit deren Auswirkungen auf die Fahreignung eingegangen. Insgesamt betrachtet, ist eine Strategie zur Erhöhung der Fahrsicherheit auch im hohen Lebensalter und mit einer demenziellen Erkrankung, das Thema „aktive Teilnahme am Straßenverkehr“ früh anzusprechen. Es ist wesentlich, Menschen aktiv auf mögliche Risikofaktoren hinzuweisen und Hinweise auf eine reduzierte Fahreignung gezielt zu erheben sowie zu erfragen. Besonders für Menschen mit Demenz ist es wichtig, alternative Transportmittel früh in den Alltag zu implementieren. Auch zu letztgenannten Themen, werden im Vortrag Vorschläge und Strategien präsentiert.

ADHS und Fahreignung

Die psychiatrische Perspektive – vom Diagnoserisiko zur individuellen Beurteilung

Priv.-Doz. DDr. Thomas Vanicek · Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Klinik Floridsdorf (WIGEV)

ADHS persistiert bei einem relevanten Teil der Betroffenen bis ins Erwachsenenalter, wird dort aber häufig spät erkannt – oft erst über Komorbiditäten, berufliche Schwierigkeiten oder eben Verkehrsauffälligkeiten. Der Vortrag verbindet den aktuellen Wissensstand zum Unfallrisiko mit der Frage, was Diagnostik und Behandlung zur Verkehrssicherheit beitragen können.

1. Erhöhtes Risiko – aber keine Pauschalaussage

- Mehr Verkehrsverstöße, ca. 2,5-fach erhöhtes Unfallrisiko und Tendenz zur Selbstüberschätzung (Sobanski et al., 2008). Die FSG-GV kennt keine ADHS-spezifische Regelung; **aus der Diagnose allein folgt keine fehlende Fahreignung.**
- In der verkehrspsychologischen Untersuchung wird der Leistungsstandard meist erreicht; kritisch ist eher die **Bereitschaft zur Verkehrsanpassung** (Impulskontrolle, wiederholte Delikte, Substanzkonsum). Risikotreiber sind oft Komorbiditäten: Substanzkonsum, affektive Störungen, Schlafstörungen mit Tagesschläfrigkeit.

2. Welche Gutachten – und in welchen Fällen?

- **Wer entscheidet:** die Führerscheinbehörde (Bescheid), gestützt auf das **amtsärztliche Gutachten**. Dieses beruht bei Bedarf auf einem **psychiatrischen Gutachten** (formal: fachärztliche Stellungnahme) und/oder einem **verkehrspsychologischen Gutachten** (verkehrspsychologische Untersuchung). Psychiatrische und psychologische Gutachten sind Entscheidungsgrundlagen, keine Entscheidungen.
- **Anlässe (FSG-GV):** Verdacht auf eine eignungsrelevante psychische Erkrankung (§ 13 Abs. 1); Verdacht auf Abhängigkeit (§ 14 Abs. 1); Lenken in beeinträchtigtem Zustand – zusätzlich verkehrspsychologisches Gutachten (§ 14 Abs. 3); Dauermedikation mit potenziell fahrrelevanten Mitteln (§ 14 Abs. 4); frühere Abhängigkeit, mit Kontrolluntersuchungen (§ 14 Abs. 5); Nachuntersuchung nach Ablauf einer Befristung.

3. Was gehört ins psychiatrische Gutachten?

- Beschreibend: Fragestellung, Datengrundlage, Diagnose und Verlauf, aktueller Befund, fahrrelevante Symptome, Medikation und Adhärenz, Komorbidität und Substanzkonsum, Krankheitseinsicht.
- Beurteilend und empfehlend: ob Erscheinungsformen vorliegen, die eine Beeinträchtigung des Fahrverhaltens erwarten lassen (§ 13 FSG-GV); ggf. Empfehlungen zu Befristung, Kontrollen oder verkehrspsychologischer Testung. **Die Eignungsentscheidung treffen Amtsarzt und Behörde.**

4. Medikation als Teil der Lösung

- Methylphenidat verbesserte in Studien fahrrelevante Leistungen wie Daueraufmerksamkeit und visuomotorische Koordination unter Belastung (Sobanski et al., 2008). In einer US-Registerstudie (> 2,3 Mio. Betroffene) war das Unfallrisiko in Monaten mit Medikation um 38 % (Männer) bzw. 42 % (Frauen) niedriger als ohne (Chang et al., JAMA Psychiatry 2017) – eine Assoziation, kein Kausalbeweis.
- Bei Dauermedikation mit potenziell fahrrelevanten Mitteln ist die Lenkberechtigung nach befürwortender fachärztlicher Stellungnahme möglich (§ 14 Abs. 4 FSG-GV). Aufklärung und Dokumentation: Einstellungs- und Umstellungsphasen, Wirkdauer und abendlicher Wirkverlust, Adhärenz, Beikonsum.
- Subjektive Symptomlinderung durch Cannabis ersetzt keine Behandlung; Missbrauch oder Abhängigkeit schließen die Fahreignung aus (§ 14 FSG-GV).

5. Positiver Drogentest unter verordneten Stimulanzien

- Unter Lisdexamfetamin bzw. Dexamfetamin ist ein amphetamin-positiver Harntest ein erwartbar richtig-positiver Befund. Für Methylphenidat gibt es keine belastbare Evidenz für Kreuzreaktionen in Amphetamin-Immunoassays (Jensen & Breindahl, ADHD Atten Def Hyp Disord 2019). Ein Vortest unterscheidet nicht zwischen verordneter und illegaler Einnahme und belegt keine Beeinträchtigung.
- Nach VwGH-Judikatur (Ra 2025/02/0164, zu Methadon) ist die ärztliche Verschreibung für § 5 Abs. 1 StVO unerheblich; **maßgeblich ist, ob die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt war** – festzustellen durch ärztliche Untersuchung, ggf. Blutanalyse. Bei Eignungszweifeln kann die Behörde zusätzlich eine amtsärztliche Untersuchung veranlassen. Praxis: Verordnungsnachweis mitführen.

6. Take-home-Messages

- **ADHS ≠ Fahruntauglichkeit** – entscheidend sind Symptomatik, Komorbidität, Behandlung und Verhalten im Einzelfall; konsequente Behandlung ist auch Verkehrssicherheit.
- Gutachter:innen beschreiben und empfehlen – entschieden wird von Amtsarzt und Behörde.

ÖAMTC-Studie zum Thema „Ablenkung und Unachtsamkeit“

von Mag. Marion Seidenberger

Ablenkung und Unachtsamkeit gehören zu den häufigsten Ursachen für Verkehrsunfälle mit Personenschaden. In Österreich lag im Vorjahr der Anteil dafür bei 34,1%; lt. Einschätzung der Polizeiorgane ist dies die vermutete Hauptunfallursache Nummer 1; gefolgt von „Vorrangverletzungen“ mit 23,2%, auf Rang 3 befindet sich die Rubrik „nicht angepasste Geschwindigkeit“ mit anteilig 13,5%.

Im Straßenverkehr genügen oft schon wenige Sekunden der Unaufmerksamkeit, um eine kritische Situation oder einen Unfall zu verursachen. Die Ablenkungsquellen lassen sich dabei in verschiedene Kategorien einteilen, die alle Verkehrsteilnehmenden gleichermaßen betreffen.

Essen, Trinken und Rauchen: Das Hantieren mit Lebensmitteln, Getränken oder Zigaretten schränkt nicht nur die Konzentration ein, sondern sorgt auch dafür, dass mindestens eine Hand nicht am Lenker oder Lenkrad ist.

Smartphone- und Mediennutzung: Das Senden von Bildern, das Schreiben von Nachrichten, das Telefonieren (auch mit Freisprecheinrichtung), das Auswählen von Musik-Playlists oder das Tippen im Navigationssystem, etc. binden sowohl die visuelle als auch die mentale Aufmerksamkeit.

Interaktion mit Mitfahrenden: Intensive Gespräche, Streitigkeiten oder das Kümern um Kinder und Haustiere auf der Rückbank oder am Beifahrersitz, lenken den Blick und die Konzentration vom Verkehrsgeschehen ab.

Nach Dingen kramen: manche Personen suchen während des Lenkens nach diversen Dingen z.B. Brillen, Taschentüchern, Kaugummis, Unterlagen, Kosmetika, etc., die in diversen Taschen, Fächern oder mehr oder minder „offen“ herumliegen und mehr oder minder gut rasch zur Hand sind.

Äußere Reize: Auffällige Werbung, Unfälle auf der Gegenfahrbahn (Gaffer-Effekt) oder die Suche nach Hausnummern und freien Parkplätzen führen dazu, dass der Blick zu lange von der Straße abgewendet wird.

Mentale Ablenkung: Starke Emotionen wie Ärger, Stress, Sorgen oder auch extreme Müdigkeit und Tagträumen verlangsamen die Reaktionszeit massiv, selbst wenn der Blick starr auf die Straße gerichtet ist (sogenannter „Blindflug“).

Die unterschätzte Gefahr bei all den Dingen: der Bremsweg verlängert sich drastisch, die Sturzgefahr erhöht sich (E-Scooter, Fahrrad), Gegenverkehrsbereiche werden oftmals lange und starküberragend befahren, eine „neue Fahrlinie“ wird kreierte, ebenso zeigt sich in der Ablenkungsphase ein „variables“ Fahrtempo – mal langsam trödelnd, mal wieder flotter, all dies haben wir bei unseren Echtfahrttests mit Ablenkungsaufgaben im Fahrtechnikzentrum objektiv erfassen und belegen können.

Wer bei einer Geschwindigkeit von 50 km/h nur für 3 Sekunden seine Blicke auf andere Dinge abwendet, legt in dieser Zeit knapp 42 Meter im absoluten Blindflug zurück. Passiert in diesem Moment ein unvorhersehbares Ereignis (z. B. ein Kind, das auf die Fahrbahn läuft, oder ein plötzliches Bremsmanöver des Vordermanns), wird erst nach diesen 42 Metern überhaupt reagiert.

Möglicherweise unterschätzen viele Personen, wie viel Zeit ablenkende Dinge wirklich benötigen und dass manche Handlungsabläufe von einer ablenkenden Tätigkeit in die andere übergeht.

Welche Schlussfolgerungen ergeben sich daraus?

- In Summe sind das Risikobewusstsein und die Vorbildwirkung noch immer nicht ausreichend ausgeprägt – diverse Ablenkungen während der Fahrt ziehen die Aufmerksamkeit vom Verkehrsgeschehen ab. Dies gilt auch für Rad- und E-Scooterlenker und Lenkerinnen.
- Es sollte klar sein, dass fahrfremde Nebentätigkeiten beim Lenken große Gefährdungen anderen Verkehrsteilnehmern gegenüber und auch bei sich selbst auslösen können.
- Ablenkungen jeglicher Art kosten Reaktionszeit, verändern die Fahrdynamik, benötigen viel mehr Fahrflächen, unterbinden das Einhalten von Vorschriften, erschweren zeitgerecht die (Sicherheits)Kommunikation (z.B.: vergessene Blinker- oder Handzeichen) und erhöhen bei Zweirädern die Sturzgefahr.
- Nebentätigkeiten, so „banal“ sie auch wirken, sollte man beim Fahren meiden - keinesfalls darauf vertrauen, dann in kritischen Situationen rasch und gut reagieren zu können.

Der moderne Mensch im Kontext des vernetzten Fahrzeugs

Vortrag von Thomas Stottan

Das vernetzte Fahrzeug beschäftigt aktuell jede Sparte der Automobilindustrie. Wie aber positioniert es sich im Hinblick auf die aktuell bestehende Mobilität?

Eine der größten Gefahrenquellen stellt nach wie vor die Ablenkung bei der Bedienung eines Automobils dar - von Experten aktuell häufig diskutiert und statistisch belegt. Wie gelingt es der Automobilindustrie Bediensicherheit herzustellen?

Thomas Stottan spricht über HMI-Lösungen und Validierungspotenziale.

Für die flächendeckende Ausrollung automatisierten Fahrens bedarf es, neben zahlreichen infrastrukturellen Anpassungen (5G-Standard, u.a.), eine intuitive Nutzbarkeit der sich häufenden elektronischen Systeme innerhalb der Fahrzeugarchitektur.

Automatisiertes Fahren erfordert eine moderne, einfach bedienbare Kommunikationstechnik, die den Menschen dort abholt, wo er steht.

Ziel ist die „Humanisierung der Technik, nicht die Technisierung des Menschen“, so die Devise von AUDIO MOBIL Gründer Thomas Stottan. Es gilt das Vertrauen des Menschen für eine hochautomatisierte Welt des Fahrens zu gewinnen.

Die Forderung nach einer optimierten, intuitiven Nutzbarkeit von elektronischen Systemen steht im Raum – und damit auch die Forderung nach einheitlichen Prüfungsverfahren zur Messung von Ablenkungspotential bei Bediensystemen. Ein Großteil der Unfälle geschieht nach wie vor als Folge von Unaufmerksamkeit oder Ablenkung. Welche Form der Evaluierung ist sinnvoll und welche einheitlichen Prüfverfahren liefern bei der Messung visueller Ablenkung bei Fahraufgaben in einem assistierten oder hochautomatisierten Fahrzeug fundierte Ergebnisse?

Thomas Stottan erläutert in seinem Vortrag Motivation und Hintergründe am Beispiel der ÖNORM V 5090. Er gibt detaillierte Einblicke, wie die Formvorgabe zu einer allgemeinen und effektiven Erhöhung der Bediensicherheit in Straßenfahrzeugen beitragen kann.



Thomas Stottan, Austrian Standards Vorsitzender des Komitees „Ablenkung und Bediensicherheit in Straßenfahrzeugen“ sowie CEO des renommierten Automotive-Zulieferers AUDIO MOBIL, das er 1989 gründete.

Mit Bediensicherheit in komplexen Systemen beschäftigt sich Stottan seit vielen Jahren. Er konnte mehrfach mit richtungsweisenden Innovationen bei xFCD sowie im HMI-Bereich in der Automobilindustrie auf sich aufmerksam machen und sein Wissen in Fachexpertisen und Publikationen einfließen lassen.

Der Mensch steht für ihn im Mittelpunkt – das gilt auch für das automatisierte Fahren. Einfache, intuitiv bedienbare technische Lösungen für das Cockpit sind die Voraussetzung.

2008 prägte Stottan den Begriff der „Mobilität 3.0“. Stottan ist Träger zahlreicher Wirtschaftspreise und Auszeichnungen.

Aufmerksamkeit und Ablenkung aus juristischer Perspektive

Mag. Matthias Wolf

Ein Fahrzeuglenker muss das Verkehrsgeschehen so aufmerksam verfolgen, dass er erkennbare Gefahren wahrnehmen und rechtzeitig reagieren kann. § 3 StVO verlangt ständige Vorsicht und gegenseitige Rücksichtnahme. Nach § 58 Abs. 1 StVO darf ein Fahrzeug nur lenken, wer körperlich und geistig in der Lage ist, es zu beherrschen und die Verkehrsvorschriften einzuhalten. Das betrifft auch Übermüdung, Erkrankungen und beeinträchtigende Medikamentenwirkungen. Eine gültige Lenkberechtigung ersetzt die Prüfung der eigenen aktuellen Fahrfähigkeit nicht. Wer erkennbare Einschränkungen ignoriert und trotzdem fährt, muss sich dieses Verhalten unter Umständen vorhalten lassen.

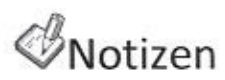
Für Mobiltelefone besteht ein ausdrückliches Verbot nach § 102 Abs. 3 KFG: Während des Fahrens sind Telefonieren ohne Freisprecheinrichtung und grundsätzlich jede andere Verwendung untersagt. Ausgenommen ist die Nutzung als Navigationssystem, wenn das Telefon im Wageninneren befestigt ist. Auch bei erlaubter Nutzung bleiben die allgemeinen Sorgfaltspflichten bestehen. Bei einer Anhaltung beträgt das Organmandat 100 Euro; bei verweigerter Zahlung oder Feststellung durch die gesetzlich vorgesehene bildgebende Verkehrsüberwachung drohen bis zu 140 Euro. In der Probezeit folgen Nachschulung und ein Jahr Probezeitverlängerung. Ein Verstoß gegen § 58 StVO ist im Grundfall mit bis zu 726 Euro bedroht.

Die Judikatur zeigt, weshalb Handyverbot und Unfallverantwortung getrennt zu prüfen sind. Der VwGH verneinte beim bloßen Aufheben eines heruntergefallenen Handys im Rotlichtstillstand eine verbotene Verwendung, weil keine gerätespezifische Funktion genutzt wurde (29.8.2023, Ra 2023/11/0101; bestätigt am 12.6.2025, Ra 2023/11/0133). Im Kaskofall eines Lenkers, der sich auf einem steilen, kurvenreichen Schotterweg nach seinem Handy bückte und verunfallte, hielt der OGH die Beurteilung als grob fahrlässig dagegen für vertretbar (30.3.2001, 7 Ob 59/01d). Maßgeblich sind die konkrete Situation und der jeweils anzuwendende Tatbestand.

Zivilrechtlich reicht grundsätzlich leichte Fahrlässigkeit für eine Schadenersatzpflicht nach § 1295 ABGB. Entscheidend ist, ob die schuldhafte Ablenkung den Schaden verursacht hat. Bei Personenschäden kommen insbesondere Heilungskosten, Schmerzensgeld und Verdienstentgang in Betracht. Ein Mitverschulden des Geschädigten kann zur Schadensteilung führen; daneben besteht die verschuldensunabhängige Halterhaftung nach dem EKHG mit ihren gesetzlichen Grenzen. Die Haftpflichtversicherung deckt grundsätzlich berechnete Ansprüche Dritter. Für den eigenen Fahrzeugschaden ist die Kaskodeckung zu prüfen: Bei grob fahrlässiger Herbeiführung durch den Versicherungsnehmer kann der Versicherer nach § 61 VersVG leistungsfrei sein, sofern keine entsprechende Mitversicherung vereinbart wurde.

Wird ein anderer Mensch verletzt, ist § 88 StGB zu prüfen. Im Grundtatbestand drohen bis zu drei Monate Freiheitsstrafe oder 180 Tagessätze Geldstrafe. Bei nicht grober Fahrlässigkeit entfällt die Strafbarkeit nach diesem Grundtatbestand, wenn weder die Gesundheitsschädigung noch die Berufsunfähigkeit mehr als 14 Tage dauert. Bei einem fahrlässig verursachten Todesfall sieht § 80 Abs. 1 StGB bis zu ein Jahr Freiheitsstrafe oder 720 Tagessätze vor, bei grober Fahrlässigkeit § 81 Abs. 1 bis zu drei Jahre Freiheitsstrafe. Handynutzung bedeutet nicht automatisch grobe Fahrlässigkeit. Sorgfaltsverletzung, Verschulden und der Zusammenhang mit den Unfallfolgen müssen nachgewiesen werden. Für dieselbe Tat sind auch die Subsidiaritätsregeln gegenüber der Verwaltungsstrafe zu beachten.

Für die Verkehrsmedizin ist gerade die Erkennbarkeit einer Beeinträchtigung wesentlich: Welche Warnzeichen bestanden, was wusste der Lenker und weshalb hat er die Fahrt dennoch begonnen oder fortgesetzt? Hier setzt seine rechtliche Verantwortung an.



Notizen