

SG_VERWALTUNGSREKURSKOMMISSION IV-2012/104 vom 20. Mai 2009

Sg Verwaltungsrekurskommission, 2009-05-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV-2012_104

FR: SG_VERWALTUNGSREKURSKOMMISSION IV-2012/104 du 20 mai 2009

IT: SG_VERWALTUNGSREKURSKOMMISSION IV-2012/104 del 20 maggio 2009

Regeste

Art. 16d Abs. 1 lit. a SVG (SR 741.01), Art. 11 Abs. 1 lit. a und b VZV (SR 741.51). Eine fehlende Fahreignung kann sich aus Umständen ergeben, die einzeln die Fahreignung nicht ausschliessen, aber in Verbindung miteinander zu deren Ausschluss führen. Bestätigung eines Sicherungsentzugs wegen Schwäche der Farbwahrnehmung im Rotbereich, fehlenden Stereosehens, schlecht eingestellter Diabetes-Erkrankung sowie massiven Übergewichts und damit verbundener Atemnot bereits im Ruhezustand (Verwaltungsrekurskommission, Abteilung IV, 10. Januar 2013, IV-2012/104).

Erwägungen

E. 1

Die Eintretensvoraussetzungen sind von Amtes wegen zu prüfen. Die Verwaltungsrekurskommission ist zum Sachentscheid zuständig. Die Befugnis zur Rekurerhebung ist gegeben. Der Rekurs vom 18. September 2012 ist rechtzeitig eingereicht worden und erfüllt in formeller und inhaltlicher Hinsicht die gesetzlichen Anforderungen (Art. 41 lit. g bis , 45, 47 und 48 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege, sGS 951.1, abgekürzt: VRP). Auf den Rekurs ist einzutreten.

E. 2

Im Rekursverfahren ist umstritten, ob die Vorinstanz dem Rekurrenten den Führerausweis gestützt auf das vertrauensärztliche Zeugnis vom 7. August 2012 zu Recht wegen mangelnder Fahreignung aus medizinischen Gründen auf unbestimmte Zeit entzogen hat. a) Bestehen Zweifel an der körperlichen oder psychischen Fahreignung eines Fahrzeugführers, sind medizinische, psychologische oder psychiatrische Abklärungen vorzunehmen (Art. 11b Abs. 1 lit. a und b der Verordnung über die Zulassung von Personen und Fahrzeugen zum Strassenverkehr, SR 741.51, abgekürzt: VZV). Wird dabei festgestellt, dass die gesetzlichen Voraussetzungen für die Erteilung nicht oder nicht mehr bestehen, muss der Führerausweis entzogen werden (Art. 16 Abs. 1 des Strassenverkehrsgesetzes, SR 741.01, abgekürzt: SVG). In diesen Fällen dient der Entzug des Ausweises der Sicherung des Verkehrs vor ungeeigneten Fahrzeugführern (Sicherungsentzug). Es soll die zu befürchtende Gefährdung der Verkehrssicherheit durch einen ungeeigneten Fahrzeugführer in der Zukunft verhindert werden; es geht nicht darum, den Betroffenen wegen einer begangenen Verkehrsregelverletzung zu bestrafen. Der Entzug setzt keine schuldhaftes Widerhandlung im Strassenverkehr voraus (BGE 1C_74/2011 vom 17. Mai 2011, E. 2.2). Wegen fehlender Fahreignung wird einer Person der Führerausweis entzogen, wenn ihre körperliche und geistige Leistungsfähigkeit nicht oder nicht mehr ausreicht, ein Motorfahrzeug sicher zu führen (Art. 16d Abs. 1 lit. a SVG). Grundsätzlich müssen die

medizinischen Mindestanforderungen – bezogen auf die jeweilige Fahrkategorie – gemäss Anhang 1 VZV erfüllt sein (Art. 25 Abs. 3 lit. a SVG, Art. 7 Abs. 1 VZV). Die Fahreignung ausschliessende Gründe sind unter anderem ein eingeschränktes Seh- und Hörvermögen, Störungen des Gleichgewichts, Bewegungsbehinderungen, Herz- und Gefässkrankheiten, Zuckerkrankheit, Hirn- und Rückenmarksstörungen, Lungen- und Bronchialerkrankungen (R. Schaffhauser, Grundriss des schweizerischen Strassenverkehrsrechts, Band I, 2. Aufl. 2002, Rz. 323). Der Entzug wird grundsätzlich auf unbestimmte Dauer ausgesprochen (Art. 16d Abs. 1 Ingress SVG). Der auf unbestimmte Zeit entzogene Führerausweis kann bedingt und unter Auflagen wiedererteilt werden, wenn eine allfällige gesetzliche oder verfügte Sperrfrist abgelaufen ist, und die betroffene Person die Behebung des Mangels nachweist, der die Fahreignung ausgeschlossen hat (Art. 17 Abs. 3 SVG). Da ein Sicherungsentzug stark in den Persönlichkeitsbereich eingreift, ist eine genaue Abklärung der persönlichen Verhältnisse des Betroffenen in jedem Fall und von Amtes wegen vorzunehmen. Das Ausmass der notwendigen behördlichen Nachforschungen richtet sich nach den Umständen des Einzelfalls und liegt im pflichtgemässen Ermessen der Entzugsbehörde (vgl. BGE 129 II 82 E. 2.2). Die Beweismittel unterliegen der freien richterlichen Beweiswürdigung (Art. 21 Abs. 3 in Verbindung mit Art. 58 Abs. 1 VRP).

b) Die Vorinstanz stützt die angefochtene Verfügung auf das vertrauensärztliche Zeugnis vom 7. August 2012, welches dem Rekurrenten die Eignung zum Führen von Motorfahrzeugen zurzeit abspricht.

aa) Der Rekurrent ist 163 cm gross und 115 kg schwer; dies ergibt einen Körpermassindex (BMI) von 44,5. Der Vertrauensarzt stellte eine kognitiv leichte und eine körperliche Einschränkung fest. Die Demenz-Detektion (DemTect) legte den Verdacht einer beginnenden Demenz nahe. Der Visus des rechten Auges lag bei 0,1 und derjenige des linken Auges bei 0,7. Das rechte Auge war zudem getrübt und die linke Pupille nach einem Glaukom asymmetrisch. Die Pupillenreaktion war seitengleich, es lagen keine Motilitätsstörungen vor und das Gesichtsfeld betrug beidseitig mehr als 130 Grad. Das stereotaktische Sehen war aufgehoben und es lag eine Rot-Grün-Schwäche vor. Bis auf einen hypersonoren Klopfeschall, eine sehr adipöse Bauchdecke und eine kleine Nabelhernie war der internistische und orthopädische Status unauffällig (act. 10/12).

bb) Das vertrauensärztliche Zeugnis vom 7. August 2012 kommt zum Schluss, dass beim Rekurrenten eine Adipositas (sog. Fettleibigkeit) mit einer Sauerstoff-Unterversorgung vorliege, die im Dezember 2011 eine Intubation erforderlich gemacht habe. Aufgrund seines Übergewichts verfüge er – vor allem auch in Ruhesituationen – nicht über eine ausreichende Atmung. Ausserdem habe er ein Glaukom mit Linsentrübung beider Augen, wobei das linke Auge bereits operiert worden sei. Da er auf dem rechten Auge praktisch nichts sehe, reiche das Sehvermögen mit dem linken Auge nicht aus. Ausserdem habe er eine Rot-Grün-Schwäche und kein Stereosehen. Schliesslich sei die diabetische Erkrankung (Diabetes mellitus Typ 2) nicht optimal eingestellt und es stehe eine Einstellung auf Insulin an. Insgesamt könne auch nach einer Operation des zweiten Auges die Fahreignung wegen der anderen Einschränkungen nicht befürwortet werden. Vor einer erneuten Beurteilung müsse das zweite Auge operiert werden, das Sehvermögen sich verbessert haben, das Gewicht deutlich (mindestens 15 kg) reduziert, der Diabetes besser eingestellt und die fragliche Demenz von einem Facharzt abgeklärt werden (act. 10/12 ff.).

cc) Der Rekurrent macht geltend, das Augenlicht sei operiert worden, sodass er wieder zu 100% sehen könne. Sein Augenarzt Dr.med. L bestätigte mit Schreiben vom 18. September 2012, die Sehschärfe des Rekurrenten betrage nach einer beidseitigen Kataraktoperation 0,9 und die Gesichtsfeldausseugrenzen seien regelrecht. Er erfülle aus augenärztlicher Sicht daher die

gesetzlichen Mindestanforderungen für das Führen eines Fahrzeugs der Gruppe 3 ohne Brille (act. 3). c) aa) Die Sehleistung muss so gross sein, dass ein Fahrzeuglenker auch bei schlechten Sichtverhältnissen (trüber Tag, Dämmerung, nachts oder bei starker Blendung) rechtzeitig eine verkehrsrelevante Situation erfassen und entsprechend reagieren kann. Die für die Orientierung im Strassenverkehr benötigten Informationen werden zu 90% mit dem Auge aufgenommen. Ein Fahrer mit verminderter Sehschärfe erkennt Hindernisse oder Gefahren später als ein Normalsichtiger. Relevant für die Orientierung im Strassenverkehr sind nicht nur einzelne Leistungen wie zum Beispiel die Sehschärfe, sondern das Zusammenspiel des gesamten Sehorgans in den Basisfunktionen Sehschärfe (Fernvisus), Gesichtsfeld, Dämmerungssehen und Blendeempfindlichkeit, räumliches Sehen (Stereosehen) sowie Augenstellung und -motilität (M. Schneeblei, Sehvermögen und Fahreignung, in: Handbuch der verkehrsmedizinischen Begutachtung, Bern 2005, S. 57). Der graue Star oder die Katarakt ist die Trübung der Augenlinse. Da es sich dabei um einen schleichend fortschreitenden Prozess handelt, fühlt sich der Betroffene häufig erst in einem späten Stadium beeinträchtigt. Beim Entstehen des grauen Stars verdickt sich die Augenlinse und wird trüb. Licht kann sie nur schwer durchdringen, und man sieht verschwommen. Die Umwelt erscheint unscharf und matt, verschleiert und verzerrt. Kontraste verlieren an Schärfe und Farben an Leuchtkraft. Die Katarakt führt zu Visusminderung und häufig zu einer reduzierten Dämmerungssehschärfe und erhöhter Blendeempfindlichkeit, besonders bei nächtlichem Autofahren. Ausserdem kann es zu Gesichtsfeldeinschränkungen, Diplopie (Doppelsehen) oder Störungen des Farbsehens kommen. Die Operation ist die einzige Möglichkeit der Therapie. Etwa 90% der Operierten erreichen nach der Operation Sehleistungen zwischen 50-100% (Visus 0,5-1,0; P. Vivell, in: Madea/Musshoff/Berghaus [Hrsg.], Verkehrsmedizin, 2. Aufl. 2012, S. 231 ff.). Beim Glaukom oder grünen Star handelt es sich um eine Gruppe von Erkrankungen, die zu einer Schädigung des Gesichtsfeldes führt. Da Zellen des Zentralnervensystems geschädigt werden, ist eine Wiederherstellung beeinträchtigter Areale nicht möglich. Die Gesichtsfeldausfälle bleiben dem Betroffenen lange verborgen, da das Gehirn Defekte mit mehr oder weniger sinnvollen Bildelementen ergänzt. Entscheidend für die Fahreignung sind das zentrale Gesichtsfeld im 30-Bereich sowie die peripheren Gesichtsfeldbereiche im horizontalen Meridian (Vivell, a.a.O., S. 239 f.). Intaktes Stereosehen hilft dem Fahrzeuglenker bei der Abschätzung von Entfernungen im Nahbereich um das Fahrzeug bis ca. 30-50 m Abstand. Bei fehlendem Stereosehen ist eine rasche und exakte Abstandsschätzung im Nahbereich nicht immer möglich. Beim Einparken, Rückwärtsfahren und bei engen Durchfahrten ist besondere Vorsicht geboten (Vivell, a.a.O., S. 244, 249). Die Einschätzung von Objekten in mehr als 200 m Entfernung erfolgt über die Wahrnehmung sekundärer Tiefenphänomene wie perspektivische Verkürzung, Verteilung von Licht und Schatten, Objektanordnung sowie scheinbare Grösse. Da das räumliche Sehen daher nur in der Nähe von Bedeutung ist, bestehen keine Mindestanforderungen an das Stereosehen für die 3. medizinische Gruppe (Schneeblei, a.a.O., S. 62 f.). Farbe liefert dem Fahrer wertvolle Zusatzinformationen in vielen Verkehrssituationen. Farbe hat Signalwirkung und verbessert unter geeigneten Umständen die Erkennbarkeit von relevanten Objekten im Verkehrsgeschehen erheblich. Wichtig ist vor allem die gute Erkennbarkeit von roten Signallichtern, z.B. von Positions- und Bremsleuchten vorausfahrender Fahrzeuge unter schlechten Sichtverhältnissen. Relevant für den Strassenverkehr ist daher eine Einschränkung der Farbwahrnehmung im Rotbereich (Vivell, a.a.O., S. 244). bb) Diabetiker sind in der Regel nur für die Fahrzeuge der 3. medizinischen

Gruppe fahrgeeignet. Es muss eine stabile Blutzuckereinstellung ohne schwere Hypoglykämien (Unterzuckerung) und ohne wesentliche Hyperglykämien (überhöhter Blutzucker) bestehen. Bei einer Unterzuckerung wird die Fahrfähigkeit aufgrund einer plötzlich und oft unvorhersehbaren Bewusstseinsbeeinträchtigung innert sehr kurzer Zeit massiv gestört oder gänzlich aufgehoben, sodass sich bei einem solchen Ereignis eine erhebliche Verkehrsgefährdung ergibt. Personen mit stark überhöhtem Blutzucker zeigen oftmals Symptome wie Schwäche, Übelkeit, Verlangsamung, gestörte Wahrnehmung und Schläfrigkeit, welche die Fahrfähigkeit ebenfalls deutlich beeinträchtigen. Zuckerkrankte Fahrzeuglenker, die unter einer Therapie mit Insulin stehen oder blutzuckersenkende und damit potentiell eine Hypoglykämie auslösende Tabletten (Sulfonylharnstoffe, Glinide) einnehmen, müssen in der Lage sein, eine Unterzuckerung während des Fahrens zuverlässig zu vermeiden. Dazu gehört die strikte Einhaltung bestimmter Verhaltensregeln, wie sie im Merkblatt für Fahrzeuglenker mit Diabetes mellitus festgehalten sind (vgl. R. Seeger, Diabetes Mellitus und Fahreignung, in: Handbuch der verkehrsmedizinischen Begutachtung, Bern 2005, S. 67 f. und S. 148). cc) Bei der Adipositas (Fettleibigkeit) handelt es sich um eine Ernährungs- und Stoffwechselkrankheit mit starkem Übergewicht, die durch eine über das normale Mass hinausgehende Vermehrung des Körperfettes mit krankhaften Auswirkungen gekennzeichnet ist. Adipositas erhöht das Risiko für arterielle Hypertonie (Bluthochdruck), Diabetes mellitus Typ 2 (Altersdiabetes, Zuckerkrankheit), Reflux, Herzinfarkte, Arteriosklerose, Schlaganfälle, Brustkrebs, Arthrose, degenerative Wirbelsäulenerkrankungen, Gallenblasenerkrankungen, Gicht und das Obstruktive Schlafapnoe-Syndrom. Ab einem BMI von 30 ist das Krankheitsrisiko deutlich erhöht. Adipositas ist darüber hinaus auch ein Risikofaktor für eine Verminderung der kognitiven Leistungsfähigkeit und für Demenzerkrankungen (M. Lenz et. al., Morbidität und Mortalität bei Übergewicht und Adipositas im Erwachsenenalter, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 40, <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=66141>; vgl. auch W. de Gruyter, Psychrembel Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, S. 22). d) Der Rekurrent liess im August dieses Jahres sein zweites Auge operieren. Die Sehschärfe beträgt mittlerweile beidseits 0,9 (act. 3). Er erfüllt damit die medizinische Mindestanforderung gemäss Anhang 1 VZV, wonach der Visus des einen Auges minimal 0,6 und der des anderen Auges minimal 0,1 betragen muss. Weiter haben die Glaukome noch keine relevanten Gesichtsfeldausfälle nach sich gezogen. Alleine deswegen dürfte die Fahreignung somit nicht verneint werden. Von Bedeutung ist vorliegend jedoch das Zusammenspiel der verschiedenen medizinischen Beeinträchtigungen, unter welchen der Rekurrent leidet. Eine fehlende Fahreignung kann sich aus Umständen ergeben, die einzeln die Fahreignung nicht ausschliessen, aber in Verbindung miteinander zu deren Ausschluss führen (BGE 6A.5/2004 vom 17. Mai 2005, E. 3.3). Obwohl die Sehschärfe mittlerweile wieder hergestellt worden ist, besteht weiterhin eine Schwäche der Farbwahrnehmung im Rotbereich und ein fehlendes Stereosehen, welches für sich genommen keine Ungeeignetheit zu begründen vermag. Hinzu kommt eine schlecht eingestellte Diabetes-Erkrankung, wobei eine Umstellung auf Insulin geplant ist. Die Umstellung auf Insulin führt beim Typ-2-Diabetes dabei häufig zu einer Erhöhung des Körpergewichtes, was wiederum zu einer höheren Insulinresistenz führen kann (vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Insulintherapie>). Schliesslich ist der Rekurrent mit einem BMI über 40 krankhaft übergewichtig, weshalb er bereits im Ruhezustand an Atemnot leidet und dadurch eine Sauerstoffunterversorgung und ein Aufmerksamkeitsdefizit vorliegen. Er zeigte dabei bereits mehrfach im Strassenverkehr die aus seinen Erkrankungen

resultierenden Symptome. Am 31. Mai 2009 lenkte er sein Fahrzeug in Schlangenlinien, obwohl er weder unter Alkohol- noch unter Drogeneinfluss stand. Bei der Kontrolle hinterliess er einen sehr geschwächten Eindruck und er atmete schwer (act. 10/51). Am 13. Mai 2009 verursachte er sodann eine Kollision mit einer Mauer. Auf einen unmittelbar nach dem Unfall anwesenden Augenzeuge machte der Rekurrent einen verwirrten Eindruck und er ging von einem Aussetzer beim Fahren aus, da der Unfall nicht anders erklärbar sei (act. 10/34). Schliesslich fuhr er am 28. April 2012 erneut in Schlangenlinien, weshalb er einem anderen Verkehrsteilnehmer aufgefallen war. Dabei bemerkte der Rekurrent seine Schlangenlinienfahrt selbst nicht, obwohl er mehrfach auf die Gegenfahrbahn geraten war. Der bei den Polizisten erweckte Eindruck liess bei ihnen sodann die Frage der Fahrtauglichkeit aufkommen (act. 10/3 f.). Alle diese Faktoren führen dazu, dass der Rekurrent im Strassenverkehr ein massives Risiko darstellt, weshalb die Fahreignung im jetzigen Zeitpunkt nicht befürwortet werden kann. e) Zusammengefasst ergibt sich, dass die Vorinstanz zu Recht auf das vertrauensärztliche Zeugnis vom 7. August 2012 abgestellt, die Fahreignung des Rekurrenten gestützt auf Art. 16d Abs. 1 lit. a SVG verneint und den Führerausweis auf unbestimmte Zeit entzogen hat. Der mit dem Sicherungszug verbundene Eingriff in die Persönlichkeitssphäre des Rekurrenten ist angesichts der auf dem Spiel stehenden öffentlichen Interessen der Sicherheit anderer Verkehrsteilnehmer erforderlich und angemessen und liegt nicht zuletzt auch in seinem eigenen, wohlverstandenen Interesse (vgl. BGE 6A.15/2000 vom 28. Juni 2000, E. 4). Es gibt keine mildere Massnahme, um ihn als Motorfahrzeugführer vom Strassenverkehr fernzuhalten. Solange der Rekurrent an krankhaftem Übergewicht leidet, der Blutzuckerspiegel nicht stabil eingestellt und er sich der mangelnden Fahreignung nicht bewusst ist, kann ihm der Führerausweis auch nicht unter Auflagen wiedererteilt werden. Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als recht- und verhältnismässig.

E. 3

Mit dem Sicherungszug soll sichergestellt werden, dass der Rekurrent zum Schutz der Sicherheit der übrigen Verkehrsteilnehmer vom Strassenverkehr ferngehalten wird. Dieser Zweck wäre gefährdet, wenn er während eines Beschwerdeverfahrens als Motorfahrzeugführer zum Strassenverkehr zugelassen würde. Einer allfälligen Beschwerde ist deshalb die vom Gesetz vorgesehene aufschiebende Wirkung zu entziehen (Art. 64 in Verbindung mit Art. 51 VRP).

E. 4

Zusammenfassend ergibt sich, dass der Rekurs abzuweisen ist. Dem Verfahrensausgang entsprechend sind die amtlichen Kosten dem Rekurrenten aufzuerlegen (Art. 95 Abs. 1 VRP). Eine Entscheidegebühr von Fr. 1'500.-- erscheint angemessen (vgl. Art. 7 Ziff. 122 der Gerichtskostenverordnung, sGS 941.12). Der Kostenvorschuss von Fr. 1'500.-- ist zu verrechnen. Entscheid: 1. Der Rekurs wird abgewiesen. 2. Einer allfälligen Beschwerde wird die aufschiebende Wirkung entzogen. 3. Der Rekurrent bezahlt die amtlichen Kosten von Fr. 1'500.-- unter Verrechnung des Kostenvorschusses von Fr. 1'500.--.