

# **SG\_VERWALTUNGSREKURSKOMMISSION IV-2014/120 vom 20. Oktober 2009**

Sg Verwaltungsrekurskommission, 2009-10-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV-2014\\_120](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV-2014_120)

FR: SG\_VERWALTUNGSREKURSKOMMISSION IV-2014/120 du 20 octobre 2009

IT: SG\_VERWALTUNGSREKURSKOMMISSION IV-2014/120 del 20 ottobre 2009

## **Regeste**

Art. 16d Abs. 1 lit. a SVG (SR 741.01). Eine instabile Diabetes-Einstellung in Verbindung mit einem vermehrten Alkoholkonsum stellt einen erheblichen Risikofaktor für weitere Hypoglykämien dar. Verneinung der Fahreignung und Bestätigung des Sicherungszugs. Sollte sich in der Zwischenzeit eine Besserung bzw. eine Behebung des Mangels eingestellt haben, wäre dies erst im Rahmen einer allfälligen Wiedererteilung des Führerausweises zu prüfen (Verwaltungsrekurskommission, Abteilung IV, 26. Februar 2015, IV-2014/120).

## **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 25. August 2014 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 Rekurs ist umstritten, ob die Vorinstanz die Fahreignung des Rekurrenten gestützt auf das verkehrsmedizinische Gutachten des IRM vom 18. Juni 2014 zu Recht verneinte. a) Zur Begründung seiner Beschwerde macht der Rekurrent im Wesentlichen geltend, die Anordnung einer verkehrsmedizinischen Abklärung setze konkrete Anhaltspunkte dafür voraus, dass der fragliche Lenker mehr als jede andere Person der Gefahr ausgesetzt sei, sich in einem Zustand ans Steuer zu setzen, der das sichere Führen nicht mehr gewährleiste. Bei ihm hätten keine verdichteten Hinweise auf eine fehlende Fahrfähigkeit bestanden. Er habe die Anweisung für Diabetiker befolgt. Auslöser des Kontrollverlusts über das Fahrzeug sei eine Unterzuckerung gewesen. Der Atemalkoholtest sei negativ ausgefallen. Abklärungen zum Alkoholkonsum seien daher nicht angezeigt gewesen. Entgegen der Aussage im Bericht von Dr. A sei der Rekurrent dem Termin im März 2014 nicht unentschuldig ferngeblieben, sondern von seiner Tochter krankheitshalber abgemeldet worden. Die zum Unfall führende Unterzuckerung habe nachweislich im Zusammenhang mit einem kurz zuvor neu verordneten langwirksamen Insulinpräparat gestanden. Mittlerweile sei eine anderweitige Insulintherapie angeordnet worden. Diese werde vom Rekurrenten eingehalten, was durch deutlich bessere Werte nachgewiesen werden könne. Die Ausführungen von Dr. A zum Alkoholkonsum des Rekurrenten seien im Konjunktiv formuliert und stellten reine Annahmen dar. Die im Gutachten angeführten Werte, welche angeblich auf einen Alkoholkonsum hinwiesen, könnten auch anderweitig, z.B. durch

Medikamenteneinnahme, begründet sein. Aus dem Nachweis, dass der Rekurrent vor der Begutachtung Alkohol konsumiert habe, dürfe nicht auf einen Alkoholüberkonsum geschlossen werden. Indem die Vorinstanz trotz dieser Einwände ohne Weiteres von der Richtigkeit und Vollständigkeit des Gutachtens ausgegangen sei, habe sie den Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt. Dem Rekurrenten könne keine Unfähigkeit der Trennung zwischen Alkoholkonsum und Strassenverkehr unterstellt werden. Bei beiden Unfällen sei er ohne Alkohol unterwegs gewesen. Wenn die übrigen Laborwerte keine Erhöhung zeigten, reiche ein pathologischer CDT-Wert allein für die Annahme einer Alkoholabhängigkeit nicht aus. Der erhöhte GGT-Wert könne auch durch die Medikamenteneinnahme bedingt sein. Die persönlichen Verhältnisse seien sodann nicht gründlich überprüft worden. Die Einholung verschiedener Arztberichte reiche dazu nicht aus. Das Gutachten sei daher falsch bzw. zumindest unvollständig. Vorliegend könne auch nicht von einem Zusammenspiel medizinischer Beeinträchtigungen ausgegangen werden. Seit 2. August 2014 halte der Rekurrent nachweislich und freiwillig eine Alkoholabstinenz ein. Er halte sich an die verfügbaren Auflagen und sei kooperativ. Da kein Suchtproblem bestehe, seien Alkoholabstinenz wie auch Suchtberatung fehl am Platz. Ebenso sei kein Bericht über eine zentrale Gesichtsfelduntersuchung nötig. Es beständen keine nicht kompensierbaren Ausfälle. Die im Rekursverfahren eingeholten Unterlagen hätten der Vorinstanz bei ihrer Entscheidung nicht zur Verfügung gestanden und dürften daher nicht berücksichtigt werden. Die Blutzucker-Langzeitwerte bewegten sich in den Monaten Oktober bis Dezember 2014 genau im angestrebten Bereich. b) Eine Grundvoraussetzung für die Erteilung des Führerausweises ist die Fahreignung. Dieser Begriff umschreibt die körperlichen und geistigen Voraussetzungen, um ein Fahrzeug im Strassenverkehr sicher lenken zu können. Die Fahreignung muss grundsätzlich dauernd vorliegen (BGE 133 II 384 E. 3.1). Der Führerausweis ist zu entziehen, wenn festgestellt wird, dass die gesetzlichen Voraussetzungen zur Erteilung nicht oder nicht mehr bestehen (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 schuldhafte Widerhandlung im Strassenverkehr voraus (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 1C\_74/2011 vom 17. Mai 2011 E. 2.2). Bestehen Zweifel an der Fahreignung einer Person, so wird diese einer Fahreignungsuntersuchung unterzogen, namentlich bei Meldung eines Arztes, dass eine Person wegen einer körperlichen oder psychischen Krankheit, wegen eines Gebrechens oder wegen einer Sucht Motorfahrzeuge nicht sicher führen könne (Art. 15d Abs. 1 lit. e SVG). Die Aufzählung der Gründe in Art. 15d Abs. 1 SVG, in welchen Fällen die Fahreignung abzuklären ist, ist nicht abschliessend (vgl. Botschaft des Bundesrates zur Änderung des Strassenverkehrsgesetzes vom 31. März 1999, in: BBl 2010 S. 8500). Die Anordnung einer verkehrsmedizinischen Untersuchung bei zweifelhafter Fahreignung ist sodann in Art. 11b Abs. 1 lit. a VZV ausdrücklich geregelt. Sie dient der Abklärung, ob die medizinischen Mindestanforderungen gemäss Art. 7 Abs. 1 VZV erfüllt sind. Die blosse Anordnung einer verkehrsmedizinischen Abklärung der Fahreignung (im Hinblick auf die Prüfung eines allfälligen Sicherungsentzuges) setzt konkrete Anhaltspunkte dafür voraus, dass der fragliche Inhaber des Führerausweises mehr als jede andere Person der Gefahr ausgesetzt ist, sich in einem Zustand ans Steuer eines Fahrzeuges zu setzen, der das sichere Führen

nicht mehr gewährleistet (vgl. BGE 127 II 122 E. 3c; 124 II 559 E. 3d, je mit Hinweisen). Ein verkehrsmedizinisches Gutachten drängt sich immer dann auf, wenn die konkreten Umstände hinreichend verdichtete Hinweise darauf liefern, dass die betroffene Person die medizinischen Mindestanforderungen nicht mehr erfüllt. Nicht geeignet, ein Fahrzeug zu führen, ist namentlich, wer nicht oder nicht mehr über die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit verfügt, um ein Motorfahrzeug sicher zu führen (Art. 16d Abs. 1 lit. a SVG), wer an einer Sucht leidet, welche die Fahreignung ausschliesst (lit. b), oder wer aufgrund seines bisherigen Verhaltens nicht Gewähr bietet, dass er künftig beim Führen eines Motorfahrzeugs die Vorschriften beachten und auf die Mitmenschen Rücksicht nehmen wird (lit. c). Unter Art. 16d Abs. 1 lit. a SVG fallen alle physischen und psychischen Gründe, welche die Fahreignung ausschliessen. Grundsätzlich müssen die medizinischen Mindestanforderungen – bezogen auf die jeweilige Fahrkategorie – gemäss Anhang 1 der Verkehrszulassungsverordnung (SR 741.51, abgekürzt: 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 sowie Lungen- und Bronchialerkrankungen (R. Schaffhauser, Grundriss des schweizerischen Strassenverkehrsrechts, Band I, 2. Aufl. 2002, Rz. 323). 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). Im Bereich der eigentlichen Alkoholsüchterkrankung rechtfertigt sich die Ablehnung der Fahreignung bereits bei Vorliegen eines verkehrsrelevanten Alkoholmissbrauchs. Letzterer liegt vor, wenn das Führen von Motorfahrzeugen und ein die Fahreignung beeinträchtigender Alkoholkonsum nicht hinreichend sicher getrennt werden können oder zu erwarten ist, dass die untersuchte Person zukünftig ein Motorfahrzeug unter Alkoholeinfluss lenken wird, oder als Folge eines unkontrollierten Alkoholkonsums Beeinträchtigungen vorliegen, die das sichere Führen eines Motorfahrzeuges in Frage stellen. Die Beurteilung der Fahreignung bei Alkoholproblemen beruht folglich nicht ausschliesslich auf einem Suchtnachweis, sondern berücksichtigt auch die übrigen gesetzlich festgelegten Anforderungen (Urteil der Verwaltungsrekurskommission IV-2012/99 vom 10. Januar 2013 E. 2b/aa, in: [www.gerichte.sg.ch](http://www.gerichte.sg.ch)). Von Bedeutung kann zudem das Zusammenwirken von medizinischen Beeinträchtigungen sein, auch wenn die einzelnen Faktoren für sich genommen keine fehlende Fahreignung zu begründen

vermöchten. Eine fehlende Fahreignung kann sich demnach auch aus der Verbindung von Umständen ergeben, die einzeln die Fahreignung nicht ausschliessen (BGer 6A.5/2004 vom 17. Mai 2004 E. 3.3). Der Sicherungsentzug 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).

c) Nach dem von der Expertengruppe Verkehrssicherheit für die Administrativ-, Justiz- und Polizeibehörden herausgegebenen Leitfaden vom 26. April 2000 liegt im Zusammenhang mit einer Bewusstseinsstörung ein Verdachtsgrund für fehlende Fahreignung vor, wenn eine Person gemäss Mitteilung der Polizei im Verkehr auffällig geworden ist, ohne dass Anzeichen von Alkohol- oder Betäubungs- oder Arzneimitteln festzustellen waren. Mögliche Ursachen für eine kurze Bewusstseinsstörung, eine Absenz oder ein ähnliches Vorkommnis können Krankheiten wie Epilepsie oder Diabetes sein. Dem Rapport der Kantonspolizei Aargau vom 10. März 2014 ist zu entnehmen, dass die Bewusstseinsstörung des Rekurrenten, die zum Verkehrsunfall vom 18. Februar 2014 führte, auf eine Unterzuckerung zurückzuführen war. Zudem gab der Rekurrent damals an, er habe erst wenige Tage zuvor (am 14. Februar 2014) eine neue tägliche Insulindosis verschrieben bekommen (act. 11/51 ff.). Obschon der Rekurrent sich gemäss eigenen Angaben zwei Stunden vor Fahrbeginn sechs Einheiten Insulin gespritzt hatte, wies er im Zeitpunkt des Unfalls nur noch einen Wert von 2.2 mmol/l auf. Offenbar war die bei ihm bestehende Diabetes mellitus-Erkrankung damals nicht adäquat behandelt. Dass die Vorinstanz unter diesen Umständen eine verkehrsmedizinische Untersuchung anordnete, ist daher nicht zu beanstanden. Hinzu kommt, dass der Rekurrent mit E-Mail vom 16. April 2014 einer solchen Untersuchung ausdrücklich zustimmte (act. 11/40) und die entsprechende Verfügung nicht anfocht, weshalb darauf im heutigen Zeitpunkt nicht mehr zurückzukommen ist.

d) Die Vorinstanz hat dem Rekurrenten den Führerausweis gestützt auf das verkehrsmedizinische Gutachten des IRM vom 18. Juni 2014 aus medizinischen Gründen auf unbestimmte Zeit entzogen. Es liegt somit kein Sicherungsentzug wegen Alkoholabhängigkeit vor, weshalb die entsprechenden Rügen des Rekurrenten dazu nicht verfangen. Das Gutachten erweist sich daher insbesondere hinsichtlich der Abklärung der persönlichen Verhältnisse nicht als unvollständig (vgl. BGE 129 II 82 E. 6.2.2.). Da es nicht darum ging, ob der Rekurrent an einer Trunksucht im Sinn des Strassenverkehrs leidet, mussten seine Trinkgewohnheiten etc. auch nicht abgeklärt werden.

aa) Die Gutachterin stützte ihre Beurteilung auf die Vorgeschichte, die Angaben des Rekurrenten, die Befunde der körperlichen Untersuchung, die Resultate der Laboruntersuchungen sowie auf diverse Fremdauskünfte. Die Blutuntersuchung ergab mit 147 U/l (<65 U/l) für die Gamma-Glutamyltranspeptidase (GGT) und 3.7% (<2.6%, HPLC-Methode) für das Carbohydrat-Deficient Transferrin (CDT) erhöhte Werte. Der mittlere Blutzuckerwert betrug 8.4 mmol/l. Die Urinprobe war positiv auf das Alkoholabbauprodukt Ethylglucuronid (EtG). Der Rekurrent habe berichtet, dass er seit einer wahrscheinlich

alkoholbedingten Bauchspeicheldrüsenentzündung im Jahr 2001 unter Diabetes mellitus leide, der von Anfang an mit Insulin behandelt worden sei. Folgeerkrankungen würden vom Rekurrenten verneint. Anfang 2014 sei es zu einer Lungenentzündung gekommen, die mit Cortison behandelt worden sei. Dadurch sei die Blutzuckereinstellung sehr schwierig geworden. Alle 14 Tage habe er ein neues Schema erhalten. In jener Zeit sei es zunächst zu Hyperglykämien, danach auch fünf- bis sechsmal monatlich zu Hypoglykämien gekommen. Üblicherweise würden Hypoglykämien maximal einmal pro Monat vorkommen. Er bemerke dies durch Übelkeit, Schwitzen und Zittern. Glukose habe er immer bei sich. Er wisse, dass er bei Autofahrten im Rhythmus von einer Stunde essen müsse. Wenn es ihm nicht gut gehe, halte er an, esse einen Zucker und warte eine halbe Stunde. Vor Fahrtritt messe er den Blutzucker stets, frühestens zwei Stunden vorher. Wenn er einen Wert von unter 7 mmol/l gemessen habe, fahre er nie los. Wegen Gliederschmerzen nehme er die Schmerzmittel Lyrica und Okycontin ein. Bezüglich Alkohols habe der Rekurrent berichtet, dass er früher extrem getrunken habe. Nachdem er eine Zeit lang abstinent gelebt habe, trinke er seit 2009 etwa alle 14 Tage ein Glas Wein oder ein Bier. Belastungstrinken komme nicht vor. Er habe den Konsum jetzt im Griff. Der letzte Konsum sei zehn Tage vor dem Untersuch gewesen. Es sei ihm bewusst, dass Alkohol den Blutzucker beeinflusse. In der körperlichen Untersuchung fielen Hautveränderungen an den Unterschenkeln und am Rücken auf. Zudem wurde ein deutlich erhöhter arterieller Blutdruck von 180/90 mmHg festgestellt. Beim Strichgang und beim Romberg-Stehversuch sei der Rekurrent ins Schwanken geraten. Der Blindgang sei unsicher gewesen und es habe sich ein leichtes, feinschlägiges Zittern der Hände gezeigt. In der Beurteilung führt die Gutachterin aus, entgegen den Angaben des Rekurrenten, wonach die Hypoglykämie am Unfalltag eine Ausnahmeerscheinung im Rahmen der Cortisonbehandlung der Lungenentzündung gewesen sei, könne dem Bericht der behandelnden Diabetologin Dr.med. A vom 11. Juni 2014 eine langjährige Problematik mit schwankenden Blutzuckerwerten entnommen werden. Immer wieder sei es zu Behandlungsunterbrüchen gekommen und es habe wiederholt Phasen mit unzureichender Blutzuckereinstellung gegeben. Nach wie vor seien die "nicht korrekte" Umsetzung der Basis-Bolus-Insulintherapie und insbesondere die schlecht darauf abgestimmte Ernährung aus endokrinologischer Sicht problematisch. Der letzte Blutzuckerlangzeitwert sei angesichts der schweren Hypoglykämie eher zu tief. Es bestehe nach wie vor eine sehr instabile Blutzuckereinstellung, weshalb von einem deutlichen Hypoglykämierisiko ausgegangen werden müsse. Die Verkehrsmedizinerin hält weiter fest, dieses Risiko sei vom Rekurrenten bagatellisiert worden. Die Trinkangaben zu seinem aktuellen Alkoholkonsum stimmten zudem nicht mit dem gemessenen erhöhten CDT-Wert überein, der konkret für einen Alkoholüberkonsum spreche. Auch die GGT-Erhöhung könne darauf zurückzuführen sein, sei alternativ aber auch aufgrund der Medikamenteneinnahme möglich. Ferner könne die Erhöhung des mittleren korpuskulären Erythrozytenvolumens (MCV) in den Monaten Oktober und November 2013 in Ermangelung einer anderweitigen medizinischen Erklärung mit einem Alkoholüberkonsum in Einklang gebracht werden. Dazu passe auch der Eindruck der betreuenden Diabetologin, wonach im Rahmen der Sprechstunde mehrfach ein Alkoholmundgeruch vermutet worden sei. Ein solches Verhalten weise auf einen erheblichen Kontrollverlust hin. Die im Rahmen der verkehrsmedizinischen Untersuchung festgestellten Auffälligkeiten (Schwanken beim Strichgang und Romberg-Stehversuch, unsicherer Blindgang, Zittern der Hände) könnten mit einem Alkoholüberkonsum im Zusammenhang stehen; eine Polyneuropathie könne aber auch eine andere Ursache haben oder situationsbedingt auftreten. Der positive

EtG-Befund im Urin am Tag des Untersuchs spreche für einen Alkoholkonsum innerhalb der letzten drei Tage vor dem Untersuch, wohingegen der Rekurrent von einem letzten Alkoholkonsum vor zehn Tagen berichtet habe. Es würden sich somit konkrete Hinweise auf ein Bagatellisieren der Trinkgewohnheiten ergeben. In der Zusammenschau mit der noch instabilen Diabetes-Einstellung stelle der Alkoholkonsum, insbesondere ein vermehrter Konsum, einen erheblichen Risikofaktor für weitere Hypoglykämien dar und könne die instabile Situation zumindest mit erklären. Die Gutachterin kam zum Schluss, dass die Fahreignung aus verkehrsmedizinischer Sicht wegen eines instabilen Diabetes mellitus mit Hypoglykämiegefahr bei zudem laborchemisch festgestelltem Alkoholüberkonsum nicht befürwortet werden könne. bb) Der Schluss der Verkehrsmedizinerin, wonach der Rekurrent im Zeitpunkt der Gutachtenserstellung an einem instabilen Diabetes mellitus mit Hypoglykämiegefahr litt, deckt sich mit den erhobenen Befunden sowie den eingeholten Fremdauskünften. Bei der Unterzuckerung vom 18. Februar 2014 handelte es sich nicht um ein einmaliges Ereignis, das durch die Medikamentenumstellung auf ein langzeitwirksames Insulinpräparat einige Tage zuvor ausgelöst wurde. Im Rekursverfahren wurde der im Gutachten auszugeweise erwähnte Bericht der behandelnden Diabetologin Dr.med. A vom 11. Juni 2014 (act. 20) beigezogen. Da die Gutachterin darauf abstellte, erweist sich die Verwendung dieses Berichts im Rekursverfahren ohne Weiteres als zulässig. Dr.med. A führt darin aus, dass der Rekurrent in der zweiten Hälfte des Jahres 2013 die diabetologische Sprechstunde nicht mehr aufgesucht hatte. Erst im Januar 2014 wurde er vom Pneumologen erneut zugewiesen, als er an einer Lungenentzündung litt. Aufgrund einer Steroid-Behandlung waren die Blutzuckerwerte damals entgleist. Es zeigte sich eine inkonsequente Umsetzung der Insulinbehandlung. Auch bei der Konsultation vom 14. Februar 2014 wurden stark schwankende Blutzuckerwerte mit wiederholten Hypoglykämien bis minimal 2.5 mmol/l festgestellt. Der Rekurrent selbst berichtete anlässlich der Begutachtung ebenfalls von vermehrten Unterzuckerungen anfangs 2014 im Zusammenhang mit der Behandlung der Lungenentzündung. Gemäss Angaben der Diabetologin seien die Blutzuckerwerte auch bei der nächsten Kontrolle im April 2014 weiterhin sehr schwankend gewesen. Es folgten weitere medikamentöse Umstellungen, die jedoch nicht den gewünschten Erfolg brachten. Die Fachärztin erachtete die nicht korrekte Umsetzung der Basis-Bolus-Insulintherapie und die darauf nicht abgestimmte Ernährung des Rekurrenten unverändert als problematisch. Eine Strukturierung scheine für ihn sehr schwierig zu sein. Die Blutzuckereinstellung sei daher nach wie vor sehr instabil mit stark schwankenden Blutzuckerwerten. Die Therapie-Compliance sei optimierungsbedürftig. Insgesamt müsse von einem deutlichen Hypoglykämierisiko ausgegangen werden. Allein aufgrund der nicht gut eingestellten Zuckererkrankung, verbunden mit der nicht optimalen Therapieadhärenz und Essenstruktur bestand damit im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung die erhöhte Gefahr einer erneut auftretenden Hypoglykämie, weshalb die Fahreignung nicht gegeben war. Als erschwerender Umstand kommt beim Rekurrenten der Alkoholkonsum hinzu. Ein vermehrter Alkoholkonsum stellt einen zusätzlichen erheblichen Risikofaktor für eine Hypoglykämie dar und trägt nicht zu einer stabilen Situation der Blutzuckerwerte bei. Da beim Rekurrenten in einem früheren verkehrsmedizinischen Gutachten eine Trunksucht im Sinn des Strassenverkehrsgesetzes festgestellt worden war und er mehrere Jahre lang eine Alkoholabstinenz einhalten musste, erwiesen sich entsprechende Abklärungen bei der aktuellen Untersuchung ohne Weiteres als zulässig; dies unabhängig davon, dass sich der aktuelle Vorfall ohne Alkoholeinfluss ereignet hatte. Gemäss eigenen Angaben konsumiert

der Rekurrent alle zwei Wochen ein Glas Wein oder Bier, was im Zusammenhang mit dem Diabetes mellitus noch nicht als problematisch bezeichnet werden könnte. Diese Trinkangaben stehen jedoch im Widerspruch zum beim Untersuch vom 16. Mai 2014 deutlich erhöhten CDT-Wert von 3.7% (<2.6%). Im Gegensatz zum ebenfalls erhöhten GGT-Wert, der auch medikamentös bedingt sein kann, haben weder die Insulintherapie noch die Schmerzmittel einen Einfluss auf die Höhe des CDT-Werts. Um einen pathologischen CDT-Wert zu induzieren, reicht eine mehrwöchige Alkoholbelastung mit 60g Alkohol pro Tag (entspricht etwa vier alkoholischen Getränken pro Tag) in der Regel nicht aus (M. Soyka, Alkoholismusdiagnose in psychiatrischer und laborchemischer Sicht, in: R. Aderjan, Marker missbräuchlichen Alkoholismus, Stuttgart 2000, S. 40). Es ist daher nachvollziehbar, wenn die Gutachterin von einem Alkoholüberkonsum des Rekurrenten ausging. Auch beim Untersuch durch den Hausarzt am 18. August 2014 lag der CDT-Wert mit 3.0% noch über der Toleranzgrenze. Erst am 15. September 2014 sank er auf 1.5%. Dies würde mit der angeblich spätestens ab Anfang August 2014 eingehaltenen Alkoholabstinenz übereinstimmen. Wie vom Rekurrenten zutreffend ausgeführt wird, stellt die Tatsache, dass er wenige Tage vor der verkehrsmedizinischen Untersuchung Alkohol konsumiert hatte, kein Indiz für einen Alkoholüberkonsum dar. Auffällig ist jedoch, dass er diesbezüglich unzutreffende Angaben machte. Auf entsprechende Befragung der Gutachterin gab er an, letztmals vor zehn Tagen Alkohol konsumiert zu haben, was angesichts des festgestellten EtG im Urin nicht zutreffen kann. Die Angaben von Dr.med. A, wonach sie in der Sprechstunde mehrfach den Eindruck hatte, der Rekurrent habe einen Alkoholmundgeruch, wurden im Gutachten zutreffend wiedergegeben und weisen ebenfalls auf eine Alkoholproblematik hin. Da der festgestellte Alkoholüberkonsum zu einer erhöhten Hypoglykämiegefahr führt, lag im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung ein instabiler Diabetes mellitus vor, aufgrund dessen die Fahreignung des Rekurrenten zu verneinen war. Ob sich der Gesundheitszustand in der Zwischenzeit gebessert hat, ist nicht in diesem Verfahren zu prüfen, sondern von der Vorinstanz auf Einreichung eines Gesuchs um Wiedererteilung des Führerausweises hin. Die Vorinstanz hat daher zu Recht auf das nachvollziehbare und schlüssige verkehrsmedizinische Gutachten abgestellt und einen Sicherungsentzug aus medizinischen Gründen ausgesprochen, weshalb keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör vorliegt und der Rekurs im Hauptantrag abzuweisen ist. Nachdem die Fahreignung beim Rekurrenten aus medizinischen Gründen nicht gegeben ist, kommt auch eine Herausgabe des Führerausweises unter Auflagen nicht in Frage. Die Tatsache, dass Dr.med. A dem Rekurrenten Ende August und Mitte November 2014 eine deutliche verbesserte Therapieadhärenz und das Ausbleiben von schweren Hypoglykämien bescheinigte (vgl. act. 6), vermag daran nichts zu ändern. Massgebend für das Vorliegen des Fahreignungsmangels ist stets der Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung. Wenn danach eine Besserung bzw. eine Behebung des Mangels eintritt, so ist dies erst im Rahmen der Wiedererteilung zu berücksichtigen. In der Stellungnahme vom 31. Juli 2014 zum verkehrsmedizinischen Gutachten war noch nicht geltend gemacht worden, der Rekurrent halte freiwillig eine Alkoholabstinenz ein. Dies war denn auch erst seit 2. August 2014 der Fall. Von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs kann daher nicht die Rede sein.

### **E. 3**

a) Die Vorinstanz hat die Wiedererteilung des Führerausweises einerseits von einer regelmässigen hausärztlichen und diabetologisch-fachärztlichen Behandlung nach ärztlicher Massgabe abhängig gemacht. Diese Bedingung erscheint im Hinblick auf die Behebung des Eignungsmangels, namentlich die stabile Einstellung des Diabetes mellitus, wie auch

aufgrund der Hypertonie und der Schmerzbehandlung unbedingt als angezeigt. b) Ferner verlangt die Vorinstanz für die Wiedererteilung den Nachweis einer Alkoholabstinenz (gemäss Info-Blatt) mittels einer Haaranalyse in sechs Monaten sowie eine Fachtherapie durch die Suchtberatungsstelle. Auch diese Massnahmen stimmen mit den Empfehlungen im Gutachten überein und erweisen sich angesichts des Einflusses des Alkoholkonsums auf den Blutzuckerspiegel als zur Überwindung des Mangels grundsätzlich geeignet. Nachdem beim Rekurrenten jedoch weder eine Abhängigkeit noch eine erhöhte Suchtgefährdung nachgewiesen wurden, ist die Anordnung einer Fachtherapie durch die Suchtberatungsstelle nicht gerechtfertigt. Diesbezüglich ist die angefochtene Verfügung entsprechend abzuändern. c) Schliesslich muss der Rekurrent für die Aufhebung des Entzugs einen augenärztlichen Bericht über eine Gesichtsfelduntersuchung einreichen. Da das Gesichtsfeld des Rekurrenten gemäss Angaben seiner Augenärztin durch die herunterhängenden Oberlider eingeschränkt ist, erweist sich diese Anordnung im Hinblick auf eine weitere Verlaufskontrolle entgegen der Ansicht des Rekurrenten als angemessen und gerechtfertigt. d) Der Rekurrent beanstandet zu Recht das in Ziff. 2 der angefochtenen Verfügung angeführte Datum des 27. März 2014, ab welchem ihm das Recht aberkannt sei, Motorfahrzeuge aller Kategorien zu lenken. Nachdem ihm der Führerausweis unmittelbar nach dem Unfall vom 18. Februar 2014 polizeilich abgenommen wurde, müsste in Ziff. 2 richtigerweise jenes Datum stehen. Da diese zeitliche Angabe jedoch für eine allfällige Aufhebung des Sicherungsentzugs keine Bedeutung hat und es sich dabei um einen offensichtlichen Verschied handelt, wird auf eine förmliche Korrektur verzichtet.

#### **E. 4**

Die Massnahme des Sicherungsentzugs soll sicherstellen, dass der Rekurrent zum Schutz der Sicherheit der übrigen Verkehrsteilnehmer vom Strassenverkehr ferngehalten wird. Dieser Zweck wäre gefährdet, wenn der Rekurrent während eines Rechtsmittelverfahrens 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. 5**

Dem Verfahrensausgang entsprechend – der Rekurs ist mehrheitlich abzuweisen – sind die amtlichen Kosten dem Rekurrenten zu fünf Sechsteln und dem Staat zu einem Sechstel aufzuerlegen (Art. 95 Abs. 1 VRP). Eine Entscheidgebühr von Fr. 1'800.–, worunter Fr. 300.– für die Zwischenverfügung vom 21. Oktober 2014, erscheint angemessen (vgl. Art. 7 Ziff. 121 und Ziff. 122 der Gerichtskostenverordnung, sGS 941.12). Der Kostenvorschuss von Fr. 1'500.– ist zu verrechnen. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf Entschädigung der ausseramtlichen Kosten (Art. 98 bis VRP).  
Entscheid: 1. Ziff. 5 der Verfügung des Strassenverkehrsamts vom 7. August 2014 wird hinsichtlich des Nachweises einer Fachtherapie (Suchtberatung) als Bedingung für die Aufhebung des Entzugs aufgehoben; im Übrigen wird der Rekurs abgewiesen. 2. Einer allfälligen Beschwerde wird die aufschiebende Wirkung entzogen. 3. Der Rekurrent hat die amtlichen Kosten von Fr. 1'800.– zu fünf Sechsteln zu bezahlen unter Verrechnung des Kostenvorschusses in gleicher Höhe. Einen Sechstel der Kosten trägt der Staat.