

SG_VERWALTUNGSREKURSKOMMISSION IV-2014/49 vom 20. Dezember 2012

Sg Verwaltungsrekurskommission, 2012-12-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV-2014_49

FR: SG_VERWALTUNGSREKURSKOMMISSION IV-2014/49 du 20 décembre 2012

IT: SG_VERWALTUNGSREKURSKOMMISSION IV-2014/49 del 20 dicembre 2012

Regeste

Art. 16d Abs. 1 lit. a SVG (SR 741.01). Bestätigung eines Sicherungsentzugs nach zwei zeitlich nicht weit auseinander liegenden Vorfällen mit Bewusstseinsstörungen unbekannter Herkunft. In solchen Fällen ist in der Regel eine Fahrabstinenz von zwölf Monaten einzuhalten. Nur wenn weitere Störungen während dieser Zeit nicht mehr vorkommen, ist die Fahreignung wieder zu bejahen (Verwaltungsrekurskommission, Abteilung IV, 27. November 2014, IV-2014/49).

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 9. April 2014 (Poststempel) 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

Der Rekurrent bringt vor, es sei bis heute nicht erwiesen, dass anlässlich des Unfalls vom 20. Dezember 2012 eine Bewusstseinsstörung vorgelegen habe. Das Strafverfahren laufe noch, und die Umstände des Unfalls seien nicht rechtskräftig festgestellt worden. Dementsprechend sei – wenn überhaupt – von einem Warnungs- und nicht von einem Sicherungsentzug auszugehen. Es trifft zu, dass die Administrativbehörde grundsätzlich an die Feststellungen in einem Strafurteil gebunden ist. Sie darf von den Sachverhaltsfeststellungen des Strafrichters nur unter bestimmten, von der Rechtsprechung bezeichneten Umständen abweichen (vgl. Urteil des Bundesgerichts [BGer] 1C_135/2008 vom 13. August 2008 E. 2.3.1). Entsprechend ist die Administrativbehörde gehalten, in der Regel den Ausgang des Strafverfahrens abzuwarten. Im vorliegenden Fall schilderte der Rekurrent den Unfallhergang gegenüber der Polizei wie folgt (act. 11/22): "(...) Environ 2 minutes plus tard, j'ai senti que je transpirais au front. J'ai essuyé mon front avec la main. Je n'ai aucun souvenir de l'accident. Je ne sais pas ce qui s'est passé. Je n'ai pas mangé avant l'accident. J'ai seulement bu un café. J'ai repris mes esprits au moment où j'ai entendu quelqu'un qui tapait contre la portière de ma cabine (...)". Gegenüber dem Gutachter des IRM bestätigte er später, ihm sei übel geworden und er wäre kurz "weg" gewesen. Dabei sei es zum Unfall gekommen. Unter diesen Umständen musste die Vorinstanz weitere Abklärungen treffen, denn die vom Rekurrenten geschilderten Vorkommnisse erweckten ernsthafte Zweifel an seiner Fahreignung. Angesichts des grossen Gefährdungspotentials,

welches dem Führen eines Motorfahrzeugs – insbesondere eines Anhängerzuges – eigen ist, erlauben schon Anhaltspunkte, die den Fahrzeugführer als besonderes Risiko für die anderen Verkehrsteilnehmer erscheinen lassen, den vorsorglichen Ausweisentzug zu Sicherungszwecken nach Art. 16d des Strassenverkehrsgesetzes (SR 741.01, abgekürzt: SVG). Eine schuldhaftige Widerhandlung im Strassenverkehr setzt diese Administrativmassnahme nicht voraus (vgl. Philippe Weissenberger, Kommentar Strassenverkehrsgesetz, Zürich/St. Gallen 2011, Art. 16d N 3 ff.), denn sie hat Sicherungscharakter und unterscheidet sich dadurch wesentlich vom Warnungsentzug. Letzterer steht nur dann zur Diskussion, wenn die Anlasstat keinen ernsthaften Zweifel an der Fahreignung des Lenkers erweckt (vgl. BGer 1C_331/2014 vom 28. August 2014 E. 4.3). Die Vorinstanz war folglich nicht gehalten, den Entscheid des Strafrichters abzuwarten. Ob es überhaupt zu einer strafrechtlichen Verurteilung kommt, ist vor diesem Hintergrund nicht entscheidend. Eine solche hätte auf den Sicherungsentzug gemäss Art. 16 Abs. 1 SVG nur insofern einen Einfluss, als dieser, wenn er rechtmässig verfügt worden war, mit einer Sperrfrist verbunden würde (vgl. Art. 16d Abs. 2 SVG).

E. 3

Im Rekurs ist umstritten, ob die Vorinstanz die Fahreignung des Rekurrenten gestützt auf die verkehrsmedizinischen Gutachten des IRM St. Gallen vom 25. September 2013 und 24. Januar 2014 nach Art. 16d Abs. 1 lit. a SVG zu Recht verneinte. Sie begründete die Verfügung mit zwei nicht geklärten Bewusstseinsverlusten und einer aufgrund einer früheren Alkoholabhängigkeit bestehenden Gefährdung durch Alkohol. a) Ausweise und Bewilligungen sind zu entziehen, wenn festgestellt wird, dass die gesetzlichen Voraussetzungen zur Erteilung nicht oder nicht mehr bestehen (Art. 16 Abs. 1 SVG). Art. 16d SVG regelt den Führerausweisentzug wegen fehlender Fahreignung. 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). Im Bereich der eigentlichen Alkoholsucherkrankung 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 [VRKE] IV-2012/99 vom 10. Januar 2013 E. 2b/aa, in: www.gerichte.sg.ch). Unter Art. 16d Abs. 1 lit. a SVG fallen demgegenüber alle physischen und psychischen Gründe, welche die Fahreignung ausschliessen. 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 aus der Verbindung von Umständen ergeben, die einzeln die Fahreignung nicht ausschliessen (BGer 6A.5/2004 vom 17. Mai 2004 E. 3.3). Gemäss Art. 17 Abs. 3 SVG kann der auf unbestimmte Zeit

entzogene Lernfahr- oder Führerausweis 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. Die an die Wiedererteilung des Führerausweises regelmässig geknüpften Auflagen sind Nebenbestimmungen, die dazu dienen, Unsicherheiten beim Nachweis Rechnung zu tragen, dass der jeweilige Fahreignungsmangel tatsächlich behoben ist und die Fahrfähigkeit der betroffenen Person stabil ist. Auflagen müssen den konkreten Umständen angepasst und verhältnismässig sein (Weissenberger, a.a.O., Art. 17 N 10).

b) Der Gutachter stützte seine Beurteilung auf die Vorgeschichte, die Angaben des Rekurrenten, die Befunde der körperlichen Untersuchung, das Ergebnis des Selbstbeurteilungsbogens "AUDIT", die Resultate der Laboruntersuchungen und auf Fremdauskünfte. Damit berücksichtigte er die wesentlichen Aspekte und traf die notwendigen Abklärungen (BGE 129 II 82 E. 6.2.2).

aa) Im Gutachten vom 25. September 2013 wurde ausgeführt, beim Rekurrenten seien in den letzten Monaten zwei unklare Bewusstseinsstörungen aufgetreten. Beim ersten Vorfall im Dezember 2012 sei es zu einem Verkehrsunfall gekommen. Der Rekurrent habe berichtet, Übelkeit verspürt zu haben und kurz "weg" gewesen zu sein. Beim zweiten Ereignis im Juni 2013 seien neurologische Auffälligkeiten beobachtet worden. Die daraufhin eingeleiteten Abklärungen hätten keine klare Ursache ergeben. Aus kardiologischer Sicht werde eine sogenannte vasovagale Bewusstseinsstörung (Synkope) – dabei handle es sich um eine Störung der Regulation der Blutverteilung durch das vegetative Nervensystem mit entsprechender Minderdurchblutung des Gehirns – als mögliche Ursache diskutiert. Aufgrund der vorliegenden Angaben zur Krankenvorgeschichte des Rekurrenten bestehe offenbar eine Arteriosklerose, d.h. eine Verkalkung der Körperschlagadern, weswegen vor einigen Jahren eine Bypass-Operation im Bereich der Bauchschlagader und Oberschenkel Schlagader erforderlich gewesen sei. Der Rekurrent werde zwar mit einem den Cholesterinspiegel senkenden Mittel und Blutverdünner behandelt, sei im Übrigen aber gesund. Eine derartige Gefässverengung in Form einer Verkalkung der Gefässwände trete gewöhnlich nicht lokalisiert, sondern generalisiert auf. Eine Arteriosklerose könne zu einem Bluthochdruck und/oder zu Gefässlichtungseinengungen, z.B. Hirngefässe, oder einer Herzgefässerkrankung mit der Folge von Hirndurchblutungsstörungen führen. Aufgrund der Angaben des Spitals in C habe sich der Rekurrent bei der Hospitalisierung bewusstseinsklar gezeigt und einen stabilen Blutdruck aufgewiesen. Dem Bericht der Notfallequipe seien keine Hinweise auf gravierende gesundheitliche Störungen nach dem Unfall vom 20. Dezember 2012 zu entnehmen. Eine kurzfristige Hirndurchblutungsstörung könne sich aber einer späteren Erfassung entziehen. Von daher bleibe die Ursache für das Unfallereignis bzw. der Synkope unklar. Zu dieser Einschätzung sei auch der verkehrsmedizinische Vertrauensarzt gelangt. Nach einer zweiten Bewusstseinsstörung sei der Rekurrent im Juni 2013 ins Spital S eingeliefert worden. Dort habe sich ein unklares neurologisches Zustandsbild gezeigt. Die Verkalkung der Halsschlagadern sei nur mässig und ohne Relevanz gewesen. Zudem seien keine relevanten Herzrhythmusstörungen gemessen worden. Die Klinik habe deshalb eine vasovagale Ursache in Betracht gezogen. Es stelle sich jedoch die Frage, ob die anlässlich der radiologischen Untersuchung im Spital S festgestellten mikroangiopathischen Glioseherde (gefässbedingte Gewebeuntergänge ähnlich einer Narbenbildung) in der Nähe der Hirnkammern eine Erklärung für die Bewusstseinsstörung darstellten. Letztlich sei auch nach diesem zweiten Vorfall keine eindeutige Diagnose gestellt worden. In einer derartigen Situation könne die Fahreignung aus verkehrsmedizinischer Sicht für mindestens ein Jahr nicht befürwortet werden. Falls in

dieser Zeit keine weitere Störung auftrete, sei der Fall neu zu beurteilen. Im Weiteren habe der Rekurrent nach eigenen Angaben vor 20 bis 25 Jahren erhebliche Mengen Alkohol konsumiert und sich im Spital Q stationär therapieren lassen. Deshalb sei von einer früheren Alkoholabhängigkeit gemäss ICD-10 auszugehen (vgl. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, ICD-Code, in: www.icd-code.de). In der Folgezeit habe der Rekurrent nach eigenen Angaben während mehrerer Jahre keinen Alkohol mehr konsumiert. Die anlässlich der hausärztlichen Blutuntersuchungen von März und Juni 2013 gemessenen GGT-, MCV- und CDT-Werte hätten auf einen erhöhten Alkoholkonsum hingewiesen. Das CDT stelle einen spezifischen und rasch auf Alkohol reagierenden Parameter dar, der bei einem täglichen Konsum von 50 - 80 Gramm Alkohol im Verlaufe von ein bis zwei Wochen über den Normbereich ansteige. Ein solches Konsumverhalten stelle eine nicht unwesentliche Belastung des Herzens dar und könne unter Umständen das Auftreten von Herzrhythmusstörungen begünstigen. Im Juni 2013, drei Monate nach dem festgestellten erhöhten CDT-Wert, sei ein unauffälliger CDT-Wert bei erhöhten GGT- und MCV-Werten gemessen worden. Die Erhöhung der beiden letztgenannten Parameter könne alkoholbedingt gewesen oder durch Medikamente verursacht worden sein. Da sich die GGT- und MCV-Werte bis zur Blutanalyse im Juli 2013 normalisiert hätten, sei auf rückläufige Parameter zu schliessen und ihr früherer Anstieg – gleich wie der CDT-Wert – auf den Alkoholkonsum zurückzuführen. Für die Reduktion des Alkoholkonsums spreche auch die Haaranalyse mit einem EtG-Wert von 12 pg/mg (Probenahme: 15. Juli 2013). Aufgrund der Gesamtbewertung sei aktuell trotzdem von einer nicht unerheblichen Alkoholgefährdung auszugehen. Der Rekurrent habe regelmässig und nicht unerhebliche Mengen Alkohol zu sich genommen; nach eigenen Angaben zwei- bis dreimal pro Woche je 5 bis 10 Deziliter Bier. Zwar hätten sich keine Hinweise auf einen fortbestehenden Alkoholüberkonsum ergeben, unter Berücksichtigung der früheren Alkoholproblematik und der beiden unklaren Bewusstseinsstörungen sei aus verkehrsmedizinischer Sicht die Fahreignung indes nicht zu befürworten. c) Der Rekurrent bringt im Wesentlichen vor, die gering erhöhten Blutwerte könnten – müssten aber nicht – alkoholbedingt sein. Das Ergebnis der Haaranalyse spreche dagegen. Fest stehe, dass er seinen Alkoholkonsum seit mehr als 20 Jahren im Griff habe. Dass nun eine Alkoholgefährdung geltend gemacht werde, sei deshalb nicht nachvollziehbar. Im Weiteren sei bis heute nicht erwiesen, dass anlässlich des Unfalls eine Bewusstseinsstörung vorgelegen habe. Die Unfallursache sei nicht geklärt. Ebenso unklar sei, weshalb ihm anlässlich der Gartenarbeit im Juni 2013 schwindlig geworden sei. Allenfalls habe es sich um eine vasovagale Bewusstseinsstörung gehandelt. Nach derartigen Vorfällen sei die Fahreignung in der Regel bald wieder zu befürworten. Eine Karenzzeit von sechs Monaten sei angemessen, weil die Störung lediglich in spezifischen Situationen auftrete – so habe er sich kurz vor dem Unfall unwohl gefühlt und geschwitzt – und sich durch zweckmässiges Verhalten vermeiden lasse. Sowohl das Gutachten vom 25. September 2013 als auch die Stellungnahme des Gutachters vom 24. Januar 2014 seien deshalb weder in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge noch in den daraus gezogenen Schlussfolgerungen einleuchtend und nachvollziehbar. Da er nun bereits von mehreren Ärzten untersucht worden sei und bis heute weder eine neurologische noch eine kardiologische Ursache für die Bewusstseinsverluste gefunden worden seien, sei vom Wahrscheinlichsten auszugehen, und das sei eine vasovagale Synkope. Zudem habe er seit Juni 2013 – mithin seit neun Monaten – keine weitere derartige Störung mehr erlitten. Die Karenzzeit von sechs Monaten sei folglich bereits im Verfügungszeitpunkt abgelaufen gewesen. Somit sei nicht

ersichtlich, weshalb er weiterhin nicht fahrfähig sein sollte, zumal der Sicherungszug einem Berufsverbot gleichkomme. d) Sowohl die Ärzte des Spitals S als auch der Gutachter des IRM St. Gallen zogen eine vasovagale Bewusstseinsstörung in Betracht, sahen sich jedoch ausser Stande, eine gesicherte Diagnose zu stellen. Der Gutachter des IRM St. Gallen lokalisierte bei der körperlichen Untersuchung keine verkehrsmedizinisch relevanten Besonderheiten und hielt fest, im vorliegenden Fall sei nicht ohne Weiteres von einer vasovagalen Synkope auszugehen. Er verwies auf die vorhandene Verkalkung der Körperschlagadern (Arteriosklerose), die mit cholesterinsenkenden und blutverdünnenden Medikamenten behandelt werde. Die Arteriosklerose könne zu Bluthochdruck und zu Gefässlichtungseinengungen oder einer Herzgefässerkrankung und in der Folge zu Hirndurchblutungsstörungen führen. Eine derartige gesundheitliche Störung sei nach dem Unfall jedoch nicht nachgewiesen worden. Ebenso sei unklar, ob die anlässlich der Untersuchung im Spital S festgestellten unspezifischen mikroangiopathischen Glioseherde ("Narbenbildungen") ursächlich für die Ohnmachtsanfälle gewesen seien. Der Gutachter setzte sich sodann mit der Frage auseinander, ob der Unfall vom 20. Dezember 2012 die Folge eines Sekundenschlafs aus nicht krankhafter Ursache hätte sein können. Er verneinte dies, weil es an den dafür typischen Faktoren (langer Arbeitstag, bekannte Fahrstrecke, monotone Verkehrssituation, vorgängiger Stress) gefehlt habe. Die medizinischen Ursachen der beiden Bewusstseinsstörungen sind folglich nach wie vor nicht bekannt. Ob es sich um eine vasovagale Synkope handelte – wie der Rekurrent vermutet –, ist unklar. Ebenso steht nicht fest, ob die Störungen durch den Konsum von Alkohol begünstigt wurden und wenn ja, in welchem Ausmass. Gelingt es nicht, die Gründe für einen solchen Vorfall zu eruieren, ist eine Fahrabstinenz von in der Regel 12 Monaten Dauer einzuhalten. Nur wenn weitere Störungen in dieser Zeit nicht mehr vorgekommen sind, ist die Fahreignung wieder zu bejahen (R. Seeger, Neurologische Erkrankungen und Fahreignung, in: Handbuch der verkehrsmedizinischen Begutachtung, 1. Aufl. 2005, S. 76). Dies war beim Rekurrenten jedoch nicht der Fall. Bereits am 7. Juni 2013 kam es zu einer weiteren nicht erklärbaren Bewusstseinsstörung. Dass die Vorinstanz angesichts der beiden kurz nacheinander aufgetretenen Ereignisse gestützt auf das Gutachten des IRM St. Gallen von der Gefahr einer weiteren Bewusstseinsstörung ausging, ist nachvollziehbar, zumal aufgrund der unklaren Diagnose keine Behandlungsmöglichkeit besteht. Sie entzog dem Rekurrenten den Führerausweis deshalb zu Recht auf unbestimmte Zeit und machte die Wiedererteilung folgerichtig von einer mindestens einjährigen regelmässigen ärztlichen Kontrolle abhängig. Die Massnahme erscheint verhältnismässig, weil es auch im Interesse des Rekurrenten liegt, die Ursachen der sowohl für ihn als auch für die übrigen Verkehrsteilnehmer gefährlichen Ohnmachtsanfälle zu klären. Als Chauffeur muss ihm die grosse Bedeutung einer guten körperlichen Verfassung im Strassenverkehr klar sein (vgl. Anhang zur Verordnung über die Zulassung von Fahrzeugführern und Fahrzeugführerinnen zum Personen- und Gütertransport auf der Strasse, SR 741.521). Zu prüfen bleibt, ob die Anordnung der Kontrolle des Alkoholkonsumverhaltens mittels Haaranalyse angemessen ist. e) Aufgrund des vom Vertrauensarzt am 21. März 2013 gemessenen erhöhten CDT-Wertes (Carbohydrate Deficient Transferrin) von 1.9% ging der Gutachter zu Recht von einer gewissen Gefährdung durch Alkohol aus. Je nach Testverfahren gilt ein Grenzwert von 3% bzw. 6% als pathologisch (BGE 129 II 82 E. 6.2.1). Die Normbereichsgrenze liegt bei 1.3% (vgl. R. Aderjan, Marker missbräuchlichen Alkoholkonsums, Klinische und rechtliche Bedeutung, Stuttgart 2000, S. 89). Dieser Wert sank später auf 0.9% (14. Juni 2013) bzw. 1.2% (15. Juli 2013). Die beiden mit CDT korrelierenden (vgl. Aderjan, a.a.O., S. 90)

Blutmarker GGT (Gamma-Glutamyltransferase) und MCV (mittleres korpuskuläre Erythrozytenvolumen) wurden wie folgt gemessen: 14. Juni 2013: GGT 105 U/l, MCV 97 fl; 15. Juli 2013: GGT 37 U/l, MCV 94 fl. Beim GGT liegt der Normwert für Männer bei < 60 U/l, beim MCV bei 92 bis 100 fl (Aderjan, a.a.O., S. 16, Soyka/Küfner, Alkoholismus, Missbrauch und Abhängigkeit, 6. Aufl. 2008, S. 295). Angesichts der unterschiedlichen Normalisierungsdauer dieser Werte (GGT 2-5 Wochen, CDT ca. 2 Wochen, MCV 1-3 Monate; vgl. Soyka/Küfner, a.a.O., S. 295) ist die Feststellung im Gutachten, die frühere Erhöhung der Werte sei aufgrund dieser Umstände auf den Alkoholkonsum zurückzuführen, nachvollziehbar, zumal auch der im Juni 2013 gemessene MCV-Wert von 97 fl auf einen überdurchschnittlichen Alkoholkonsum schliessen lässt (R. Seeger, Fahreignung und Alkohol, in: Probleme der Verkehrsmedizin, hrsg. vom Institut für Rechtsmedizin der Universität Zürich, 1999, S. 13). Daran ändert nichts, dass der EtG-Messwert (Ethylglucuronid) vom 15. Juli 2013 bei 12 pg/mg (0-3 cm ab Haut) lag und auf einen moderaten Alkoholkonsum hindeutete (vgl. VRKE IV-2014/10 vom 28. Mai 2014 E. 2b/cc, in: www.gerichte.sg.ch). Diese Messung erfasste nur die drei der Analyse vorangegangenen Monate. Über das Trinkverhalten im März 2013 bzw. in der Zeit davor sagte sie nichts aus. Angesichts dieser Messresultate, der ungeklärten Bewusstseinsverluste und der früheren Alkoholabhängigkeit des Rekurrenten erscheint die Feststellung des Gutachters, es bestehe eine gewisse Gefährdung durch Alkohol, plausibel. Ins Gewicht fällt dabei, dass der Rekurrent angab, wöchentlich zwei- bis dreimal ein bis zwei grosse Flaschen Bier zu trinken; dies entspricht rund zwei bis fünf Stangen. Ein überdurchschnittlicher Alkoholkonsum von täglich 50 bis 80 Gramm Alkohol (80 Gramm entsprechen rund 8 bis 10 Stangen Bier; vgl. Schweizerische Gesellschaft für Ernährung, Merkblatt Alkohol, November 2011, unter: www.sge-ssn.ch) stellt gemäss Gutachter eine nicht unwesentliche Belastung des Herzens dar und kann bei akuten Bewusstseinsstörungen eine bedeutende Rolle spielen (vgl. R. Seeger, "Blackout" am Steuer, in: Jahrbuch zum Strassenverkehrsrecht 2010, S. 26). Damit erscheint auch die angeordnete Kontrolle des Alkoholkonsumverhaltens des Rekurrenten angemessen. Eine Trunksucht bzw. ein verkehrsrelevanter Alkoholmissbrauch wurden jedoch nicht nachgewiesen. Dem Rekurrenten ist nicht vorzuwerfen, er sei unfähig, Alkohol und Strassenverkehr ausreichend zu trennen. Entsprechend liesse sich ein Sicherungsentzug alleine aus diesem Grunde nicht rechtfertigen (vgl. BGE 129 II 82 E. 4.1). Es müsste hinreichend dargetan sein, dass der Rekurrent seine Neigung zum übermässigen Alkoholgenuss durch den eigenen Willen nicht zu überwinden oder zu kontrollieren vermag (BGer 1C_150/2010 vom 25. November 2010 E. 5.3). Dies war beim Rekurrenten – soweit aus den Akten ersichtlich – nicht der Fall. Vielmehr lässt das Resultat des Selbstbeurteilungsfragebogens "AUDIT" (Resultat: 5 Punkte) auf einen moderaten Alkoholkonsum schliessen. Danach ist eine Alkoholabhängigkeit erst ab einer Punktzahl von acht und mehr wahrscheinlich. f) Zusammenfassend ergibt sich, dass die Vorinstanz dem Rekurrenten den Führerausweis zu Recht wegen mangelnder Fahreignung auf unbestimmte Zeit entzog. Nicht zu beanstanden sind zudem die Bedingungen für die Aufhebung des Entzugs, wobei die Vorinstanz nicht festlegte, in welchen Intervallen die angeordnete ärztliche Behandlung zu erfolgen hat. Die Betreuungsintensität liegt dementsprechend in der Verantwortung des Hausarztes, der – allenfalls unter Beizug eines Facharztes – zu bestätigen haben wird, dass es während zwölf Monaten zu keinen weiteren Bewusstseinsstörungen gekommen ist. Aus der Verfügung geht zudem nicht hervor, wann bzw. in welchen zeitlichen Abständen die Haaranalysen vorzunehmen sind. Der Rekurrent darf jedoch erwarten, dass die medizinisch bedingten

Auflagen in der Entscheidungsformel genau umschrieben werden. Er soll wissen, unter welchen Umständen er wieder zum Verkehr zugelassen wird (vgl. dazu BGE 104 Ib 179 E. 3c). Demnach ist von nur einer Haaranalyse im Rahmen der verkehrsmedizinischen Neubeurteilung auszugehen.

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 sind die amtlichen Kosten dem Rekurrenten aufzuerlegen (Art. 95 Abs. 1 VRP). Eine Entscheidgebühr von Fr. 1'700.–, davon Fr. 200.– für die Zwischenverfügung vom 6. Juni 2014, erscheint angemessen (vgl. Art. 7 Ziff. 121 und Ziff. 122 der Gerichtskostenverordnung, sGS 941.12). Der Kostenvorschuss von Fr. 1'500.– ist anzurechnen. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf Entschädigung der ausseramtlichen Kosten (Art. 98 bis VRP). Entscheid: 1. Der Rekurs wird abgewiesen. 2. Einer allfälligen Beschwerde wird die aufschiebende Wirkung entzogen. 3. Der Rekurrent hat die amtlichen Kosten von Fr. 1'700.– zu bezahlen. Der Kostenvorschuss von Fr. 1'500.– wird angerechnet.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.