

ZH_VERWALTUNGSGERICHT VB.2014.00153 vom 26. Mai 2014

ZH Verwaltungsgericht, 2014-05-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_verwaltungsgericht__VB.2014.00153

FR: ZH_VERWALTUNGSGERICHT VB.2014.00153 du 26 mai 2014

IT: ZH_VERWALTUNGSGERICHT VB.2014.00153 del 26 maggio 2014

Regeste

Verkehrsmedizinische Auflagen | Verkehrsmedizinische Auflagen: Alkohol- und Nikotinabstinenz. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann die Wiedererteilung des Führerausweises nach einem Sicherungsentzug wegen Alkoholmissbrauchs je nach den konkreten Umständen noch für mehrere Jahre an Auflagen geknüpft werden. Aufgrund der kurzen Periode kann die Aufhebung der betreffenden Auflage ohne nähere Prüfung des Einzelfalls abgelehnt werden (E. 3.2.2). Wenn das verkehrsmedizinische Gutachten ohne nähere Begründung eine totale Nikotinabstinenz empfiehlt, obwohl der Beschwerdeführer laut der pneumologischen Untersuchung an keiner Lungenerkrankung (mehr) leidet und seine Hustensynkopen trotz gelegentlichem Pfeifenrauchen über einen längeren Zeitraum nicht mehr aufgetreten waren, erscheint es insofern als lückenhaft. Nachdem keine gefestigte Praxis zu Abstinenzauflagen bei Rauchern besteht, erweist sich die Sachlage jedenfalls als unzureichend geklärt, um eine derart einschneidende Massnahme zu verhängen (E. 4.3.5). Teilweise Gutheissung und Rückweisung.

Erwägungen

E. 3

Der Beschwerdeführer wendet sich gegen die Auflagen und rügt eine unrichtige bzw. ungenügende Feststellung des Sachverhalts durch die Vorinstanz. Gemäss Leitfaden "Verdachtsgründe für fehlende Fahreignung" für Justiz- und Polizeibehörden habe es in Bezug auf die Vorfälle und den Verdacht auf Alkoholmissbrauch gar keinen genügenden Grund für eine Untersuchung gegeben. Eine solche wäre nur angezeigt gewesen, wenn das zweite FiaZ-Ereignis innerhalb von fünf Jahren unter einem Alkoholeinfluss von 1,6 Promille oder höher stattgefunden hätte. Der Konsum von zwei bis fünf Dezilitern Rotwein an ungefähr zwei Tagen pro Woche könne keinesfalls als Hang zum Alkoholmissbrauch qualifiziert werden. Ausserdem lägen die beiden Vorfälle zeitlich nicht weit auseinander. Ohnehin machten die belasten Umstände (Fremdgehen der Konkubinatspartnerin) den zweiten Vorfall zumindest nachvollziehbar. Gemäss Bericht des IRMZ vom 13. November 2012 sei er schliesslich zu einer mindestens sechsmonatigen Alkoholtotalabstinenz verpflichtet worden, woran er sich auch gehalten habe. Aus medizinischer Sicht habe somit kein Grund bestanden, ihn erneut zur Einhaltung einer totalen Alkoholabstinenz zu verpflichten. Eine zeitlich unbefristete Auflage sei unverhältnismässig. Es hätte sich höchstens gerechtfertigt, ihm die Auflage zu machen, sein Fahrzeug nur in absolut nüchternem Zustand zu benützen.

E. 3.1

Gemäss Art. 16d Abs. 1 lit. a des Strassenverkehrsgesetzes vom 19. Dezember 1958 (SVG) wird der Lernfahr- oder Führerausweis einer Person auf unbestimmte Zeit entzogen, wenn sie an einer Sucht leidet, welche die Fahreignung ausschliesst.

E. 3.1.1

Trunksucht liegt nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vor, wenn jemand regelmässig so viel Alkohol konsumiert, dass seine Fahreignung vermindert wird und er diese Neigung zum übermässigen Alkoholgenuss durch seinen eigenen Willen nicht zu überwinden oder zu kontrollieren vermag (BGr, 1. Mai 2007, 6A.8/2007, E. 2.1; BGE 129 II 82 E. 4.1, beide auch zum Folgenden) Auf eine fehlende Fahreignung darf geschlossen werden, wenn die Person nicht mehr in der Lage ist, Alkoholkonsum und Strassenverkehr ausreichend zu trennen, oder wenn die naheliegende Gefahr besteht, dass sie im akuten Rauschzustand am motorisierten Strassenverkehr teilnimmt. Der Begriff der Sucht im Verkehrsrecht deckt sich nicht mit dem medizinischen Begriff der Alkohol- oder Drogenabhängigkeit. Ein Sicherungsentzug ist grundsätzlich auch bei suchtgefährdeten Personen möglich, bei denen ein die Verkehrssicherheit beeinträchtigender regelmässiger Alkohol- oder Drogenmissbrauch vorliegt.

E. 3.1.2

Der Beschwerdegegner begründete den Sicherungsentzug vom 29. November 2012 mit der mangelnden Fahreignung des Beschwerdeführers infolge einer Alkohol- und Gesundheitsproblematik. Er stützte sich dabei auf die verkehrsmedizinische Untersuchung vom 13. November 2012, welche sich vorderhand aufgrund der verkehrsrelevanten Alkoholproblematik gegen die Fahreignung ausgesprochen hatte. Die Entzugsverfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Eine erneute Überprüfung der im Erlasszeitpunkt vorherrschenden Sachlage ist damit ausgeschlossen (vgl. VGr, 16. Mai 2012, VB.2012.00218, E. 3.1). Es ist folglich davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer im Moment des Sicherungsentzugs eine verkehrsrelevante Alkoholproblematik im Sinn von Art. 16d Abs. 1 lit. a bzw. Art. 14 Abs. 2 lit. c SVG vorlag. Ob der Beschwerdegegner einen rechtsgenügenden Anlass hatte, die verkehrsmedizinische Untersuchung anzuordnen, bildet nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens (vgl. VGr, 17. Oktober 2012, VB.2012.00601, E. 5).

E. 3.2.1

Der auf unbestimmte Zeit entzogene Lernfahr- oder Führerausweis kann bedingt und unter Auflagen wiedererteilt werden, wenn eine allfällige gesetzliche oder behördlich verfügte Sperrfrist abgelaufen ist und die betroffene Person die Behebung des Mangels nachweist, der die Fahreignung ausgeschlossen hat (Art. 17 Abs. 3 SVG). Für den Nachweis der Heilung wird in der Regel eine mindestens einjährige kontrollierte Abstinenz oder Remission (Rückgang von Krankheitserscheinungen) verlangt (BGer, 24. August 2011, 1C_220/2011, E. 2; BGE 129 II 82 E. 2.2). Dem Beschwerdeführer wurde der Führerausweis bereits nach knapp neun Monaten seit dem definitiven Sicherungsentzug unter Auflagen wiedererteilt.

E. 3.2.2

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts (BGr, 23. März 2010, 1C_342/2009, E. 2.4) kann die Wiedererteilung des Führerausweises nach einem Sicherungsentzug wegen Alkoholmissbrauchs je nach den konkreten Umständen noch für mehrere Jahre an Auflagen geknüpft werden. Es geht davon aus, dass die dauerhafte Überwindung der Sucht einer

Behandlung und Kontrolle während 4–5 Jahren bedarf und hat nicht beanstandet, die Wiedererteilung grundsätzlich von einer dreijährigen verkehrsmedizinisch kontrollierten Totalabstinenz abhängig zu machen. Gemäss Feststellung der Vorinstanz gelingt dem Beschwerdeführer der Nachweis der Alkoholtotalabstinenz erst ab Mitte Februar 2013 (vgl. E. 4b des Rekursentscheids). Nach einer so kurzen Periode kann die Aufhebung der betreffenden Auflage ohne nähere Prüfung des Einzelfalls abgelehnt werden (vgl. BGr, 1. März 2005, 6A.77/2004, E. 2.1). Dies würde selbst dann gelten, wenn man auf die Aussage des Beschwerdeführers abstellt, wonach er letztmals am Silvester 2012 zum Anstossen Alkohol konsumiert habe. Die Auflagen betreffend Alkoholtotalabstinenz (Disp.-Ziff. 2 lit. a, b und e) erweisen sich zudem nicht als unverhältnismässig, zumal die Verkehrssicherheit ein gewichtiges öffentliches Interesse darstellt, das angesichts der hohen Rückfallgefahr bei Alkoholmissbrauch gegenüber dem privaten Interesse des Beschwerdeführers Vorrang hat. Daran vermag auch der von ihm eingereichte Hausarztbericht von Dr. med. C vom 10. bzw. 19. Juli 2013 nichts zu ändern. Die Verfügung vom 23. August 2013 und der angefochtene Rekursentscheid sind insofern nicht zu beanstanden.

E. 4

Ferner wendet sich der Beschwerdeführer gegen die ihm auferlegte Nikotinabstinenz (Disp.-Ziff. 2 lit. d der Verfügung vom 23. August 2013). Die Vorinstanz habe den Hausarztbericht vom 10. Juli 2013, wonach an die Adresse des Beschwerdeführers keine verkehrsmedizinischen Auflagen zu machen seien, zu Unrecht als unerheblich betrachtet. Der Bericht stehe auch im Einklang mit der pneumologischen Untersuchung vom 28. Oktober 2013 am Spital E, der in seinem Lungenbereich bereits im August 2013 keinerlei Krankheitssymptome festgestellt habe. Entsprechend entbehre die Auflage der Nikotinabstinenz unter medizinischen Gesichtspunkten einer aktenmässigen Grundlage. Eine rein abstrakte Gefährdung durch den Nikotinkonsum und Herz-Kreislaufkrankheiten rechtfertige keinen Eingriff in seine Persönlichkeit.

E. 4.1

Die Nikotinabhängigkeit als solche stellt nach gerichtsnotorischer Erfahrung keine Suchterkrankung im Sinn von Art. 14 Abs. 2 lit. c bzw. Art. 16d Abs. 1 lit. b SVG dar, welche die Fahreignung generell ausschliesst oder besondere Auflagen erfordern würde. Allerdings kann der Tabakkonsum im Einzelfall gesundheitliche Probleme verursachen und dadurch die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit des Lenkers derart einschränken, dass dieser nicht mehr in der Lage ist, ein Motorfahrzeug sicher zu führen (Art. 16d Abs. 1 lit. a SVG).

E. 4.1.1

Um Schwächen hinsichtlich der Fahrtauglichkeit zu kompensieren, können Führerausweise befristet, beschränkt oder mit Auflagen verbunden werden (vgl. Art. 17 Abs. 3 SVG; BGE 131 II 248 E. 6.2, auch zum Folgenden). Verkehrsmedizinische Auflagen tangieren das Grundrecht der persönlichen Freiheit und müssen verhältnismässig sein (Art. 10 Abs. 2 und Art. 36 Abs. 3 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999; BGE 125 II 289 E. 2b). Erforderlich ist, dass sich die Fahreignung nur mit dieser Massnahme aufrechterhalten lässt. Zudem müssen die Auflagen erfüll- und kontrollierbar sein (René Schaffhauser, Grundriss des schweizerischen Strassenverkehrsrechts, Bd. I: Grundlagen, Verkehrszulassung und Verkehrsregeln, Bern 2002, Rz. 362). Beim Entscheid

über die Erforderlichkeit von Auflagen sind die Sicherheitserfordernisse des Strassenverkehrs zu berücksichtigen, ebenso die Fortschritte, die der Betroffene bisher, also in der Zeit des (vorsorglichen) Sicherungszugs, gegebenenfalls gemacht hat (VGr, 15. Juni 2005, VB.2004.00554, E. 3.3, auch zum Folgenden). Die Prognose künftigen Verhaltens ist naturgemäss mit Unsicherheiten behaftet (Schaffhauser, Bd. III, Rz. 2224 f., auch zum Folgenden). Es gilt abzuklären, ob angenommen werden darf, dass der Betroffene mit dieser bedingten Wiedererteilung kein deutlich grösseres Risiko für die Verkehrsgemeinschaft darstellt als andere. Die Wiedererteilung unter Auflagen trägt diesen Unsicherheiten Rechnung, indem sie den Betroffenen wieder am Strassenverkehr teilnehmen lässt, ihn aber periodisch kontrolliert, um bei wieder auftretenden Eignungsmängeln umgehend die entsprechenden Massnahmen ergreifen zu können.

E. 4.1.2

Die streitbetroffene Auflage der Nikotin(total)abstinenz stellt einen erheblichen Eingriff in das Grundrecht auf persönliche Freiheit dar; dies nicht zuletzt deshalb, weil sie zeitlich unbegrenzt statuiert wurde und eine spätere Aufhebung nicht in Aussicht steht: Aufgrund des medizinischen Befunds (gewisse Prädisposition für hustenbedingte Ohnmachtsanfälle trotz deutlich verbesserter Herzleistung und längerer Karenz ohne Vorfälle) ist es jedenfalls nicht ersichtlich, ob und unter welchen Umständen der Beschwerdegegner die angeordnete Auflage lockern würde (vgl. E. 6 des Rekursentscheids). Dass die für den Februar 2014 angesetzte Kontrolluntersuchung zu einem anderen Ergebnis geführt hätte, wird von keiner Seite behauptet. Im Extremfall hätte die Auflage in der angeordneten Form zur Folge, dass der Beschwerdeführer sein Leben lang entweder auf das Rauchen oder auf das Autofahren komplett verzichten müsste. Es fragt sich, ob sich eine solche Auflage noch mit der Verkehrssicherheit rechtfertigen lässt und verhältnismässig ist.

E. 4.2.1

In seiner verkehrsmedizinischen Begutachtung vom 13. August 2013 kam das IRMZ in Bezug auf den Nikotinkonsum zu folgender Beurteilung: Ende Mai 2012 habe sich der Beschwerdeführer in einer schlechten gesundheitlichen Verfassung befunden, bedingt durch seine langjährige Herz-Kreislaufkrankung. Wenig später habe er einen Stent erhalten, sodass die Herz-Kreislauf-Funktion aktuell genügend sei und von einer genügenden Leistungsfähigkeit ausgegangen werden könne. Er leide nicht an Schwindel oder Ohnmachtsanfällen. Die dreimalig beschriebenen Ohnmachtsanfälle Ende Mai 2012 müssten im Zusammenhang gesehen werden mit der damals sehr eingeschränkten Herzleistung mit zusätzlich bestehendem starkem Nikotinabusus und dadurch bedingtem Husten. Der Beschwerdeführer habe seinen Nikotinkonsum eingestellt, rauche jedoch noch selten Pfeife. In der Zwischenzeit habe sich auch die Pumpfunktion des Herzens wieder verbessert, sodass nun seit rund einem Jahr keine Hustenprobleme mehr aufgetreten seien. Da eine gewisse Prädisposition für hustenbedingte Ohnmachtsanfälle bestehe, sei es künftig notwendig, dass der Beschwerdeführer den Nikotinkonsum (auch seltenes Pfeifenrauchen) einstelle. Dementsprechend empfahl das IRMZ die Einhaltung einer Nikotinabstinenz.

E. 4.2.2

Die Ohnmachtsanfälle (Synkopen) ereigneten sich nach Angaben des Beschwerdeführers alle zwischen dem 25. und dem 29. Mai 2012, mithin rund eine Woche vor seinem subakuten Myokardinfarkt vom 4. Juni 2012. Zu dieser Zeit sei er starker Raucher gewesen und habe 3–4 Packungen Zigaretten pro Tag geraucht. Wegen des Herzens habe er

zusätzlich auch stets Wasser auf der Lunge gehabt. Man habe die Bewusstseinsstörungen auf den starken Husten in Verbindung mit dem starken Rauchen und auf die damals vollständig verschlossene rechte Herzkranzarterie zurückgeführt. Seit er mit dem Rauchen aufgehört habe und die Herzkranzgefässe wieder gut durchblutet seien (4. Juni 2012), habe er keine Bewusstseinsstörungen mehr erlitten. Gemäss Bericht von Dr. med. D, Facharzt FMH für Neurologie, vom 25. Oktober 2012 sind die dreimaligen Synkopen am ehesten auf einen vagovasalen Mechanismus zurückzuführen. Auslösefaktor sei immer Husten gewesen, zweimal kurz nach dem Aufstehen. Dies deute möglicherweise auch auf eine leichte orthostatische Komponente hin. Nach dem Sistieren des stärkeren Zigarettenkonsums habe auch der Husten aufgehört; es sei zu keinen weiteren Synkopen mehr gekommen.

E. 4.2.3

Aus den Untersuchungsberichten geht demnach hervor, dass der Beschwerdeführer im Anschluss an seinen Herzinfarkt Anfang Juni 2012 seinen übermässig starken Zigarettenkonsum eingestellt hat und bis zur verkehrsmedizinischen Begutachtung am 13. August 2013 nur noch selten Pfeife rauchte. Hustenbedingte Synkopen oder andere Bewusstseinsstörungen sind bei ihm seit Ende Mai 2012 trotz des gelegentlichen Tabakkonsums (wohl noch bis Mitte 2013) nicht mehr aufgetreten. Die erwähnten Synkopen ereigneten sich alle im Vorfeld des vom Beschwerdeführer erlittenen Herzinfarkts, keine davon während des Lenkens eines Fahrzeugs. Nach dem Einsetzen von drei Stents und positiven Verhaltensänderungen (Alkoholtotalabstinenz, starke Reduktion des Nikotinkonsums, Gewichtabnahme, häufige Bewegung) hat sich sein allgemeiner Gesundheitszustand deutlich verbessert (vgl. E. 5a und 6 des Rekursentscheids). Er befindet sich gemäss Bericht des Spitals E vom 31. Mai 2013 in kompensiertem kardialen Zustand mit gut eingestellten Blutdruckwerten ohne Hinweise auf eine Progression der koronaren Herzkrankheit, womit aus kardiologischer Sicht die Fahrtauglichkeit gewährleistet sei. Die pneumologische Untersuchung vom 28. Oktober 2013 bescheinigt dem Beschwerdeführer hinsichtlich der Lungenfunktion einen Normalbefund, ohne Anzeichen auf einen Kollaps der kleinen Atemwege oder ein Lungenemphysem.

E. 4.3

Von einem Gutachten, das durch die zuständige Behörde eingeholt wird, soll beim Entscheid nicht ohne triftige Gründe abgewichen werden. Besteht kein Anlass, an der Unabhängigkeit und Sachkunde der beauftragten Fachpersonen zu zweifeln, so ist namentlich von den tatsächlichen Feststellungen des Gutachtens nur dann abzuweichen, wenn dieses nicht klar begründet ist oder wenn es Irrtümer, Lücken oder Widersprüche aufweist (vgl. VGr, 29. Juni 2011, VB.2011.00152, E. 4.3.3; 4. Mai 2005, VB.2005.00009, E. 2.1 und 2.4). In ihrer rechtlichen Würdigung dagegen sind die zuständigen Bewilligungsbehörden und auch das Verwaltungsgericht frei (VGr, 10. März 2014, VB.2013.00616, E. 3.2).

E. 4.3.1

Wie dargelegt, geht das verkehrsmedizinische Gutachten vom 13. August 2013 trotz Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustand bzw. der positiven Verhaltensänderung des Beschwerdeführers und der darauf folgenden vorfallfreien Zeit von einer "gewissen Prädisposition" des Beschwerdeführers für hustenbedingte Ohnmachtsanfälle aus. Weshalb ungeachtet der längeren Karenz ohne Synkopen eine komplette Einstellung des Nikotinkonsums (auch des gelegentlichen Pfeifenrauchens) angezeigt sei, wird im

Gutachten nicht näher begründet. Die Vorinstanz führt hierzu aus, dass das Nikotin durch das gelegentliche Pfeifenrauchen weiterhin einen schädlichen Einfluss auf den Körper habe (E. 5b des Rekursentscheids). Im Vergleich zu Nichtraucher litten Pfeifenraucher häufiger an chronischen, die Atemwege verengenden Lungenkrankheiten, Durchblutungsstörungen des Herzens und des Hirns sowie an verschiedenen Krebsarten. Es sei offensichtlich, dass bei der Veranlagung des Beschwerdeführers, durch nikotinbedingte Hustenanfälle Bewusstseinsausfälle zu erleiden, nur eine gänzliche Nikotinabstinenz die Sicherheit biete, weitere Synkopen zu vermeiden. Aufgrund des hohen Suchtpotenzials von Nikotin sei zudem ungewiss, inwiefern der Beschwerdeführer längerfristig in der Lage sei, lediglich gelegentlich Pfeife zu rauchen. Nur der komplette Rauchstopp verhindere einen Rückfall in den häufigeren Konsum.

E. 4.3.2

Bei der Hustensynkope handelt es sich um ein Syndrom, nicht um eine Erkrankung (Hans-Thomas Haffner/Matthias Graw, Hustensynkope als Unfallursache, in: Blutalkohol – Alcohol, Drugs and Behavior, Vol. 27 No. 2. März 1990, S. 110 ff., auch zum Folgenden). Sie kommt laut den Autoren des Fachbeitrags vor bei Patienten mit obstruktiven Lungenerkrankungen und Lungenemphysem. Auch wenn die Vorstellungen über die pathophysiologischen Mechanismen zur Hustensynkope nicht ganz einheitlich seien, bestehe kaum Zweifel an der führenden Rolle hämodynamischer [= den Blutfluss betreffender] Faktoren. Betroffen seien meist starke Raucher, die gern und häufig Alkohol tranken. Als Ursache wird die verminderte Auswurfleistung des Herzens (infolge Blutrückflussbehinderung in den Hohlvenen durch die Drucksteigerung im Brustkorb) und Liquordrucksteigerung (infolge Stauung in den intrakraniellen und -spinalen Venen) angegeben (vgl. <http://www.gesundheit.de/lexika/medizin-lexikon/hustensynkope>). Die therapeutischen Möglichkeiten beschränkten sich auf die Behandlung der zugrundeliegenden Lungen- bzw. Atemwegserkrankung mit gegebenenfalls grosszügiger Indikationsstellung für Antitussiva und Bronchodilatoren, sowie auf allgemeine Massnahmen wie Atemgymnastik, Gewichtsreduktion, Nikotin- und Alkoholabstinenz. Obwohl Patienten, bei denen Hustensynkopen aufträten, zum Führen von Kraftfahrzeugen nicht geeignet seien, sei jeder Fall in Abhängigkeit von Schweregrad und Prognose der zugrundeliegenden Lungen- oder Atemwegserkrankung individuell zu behandeln (Haffner/Graw, S. 113, auch zum Folgenden). Kriterien bildeten dabei die regelmässige ärztliche Betreuung und Anfallsfreiheit für einen gewissen Zeitraum vor Wiedererteilung der Fahrerlaubnis.

E. 4.3.3

Nach Art. 7 Abs. 1 der Verkehrszulassungsverordnung vom 27. Oktober 1976 muss derjenige, der einen Führerausweis (wieder)erwerben will, die medizinischen Mindestanforderungen nach Anhang 1 erfüllen. Die Anforderungen richten sich nach den entsprechenden Führerausweiskategorien und sind für Berufsfahrer (Gruppen 1 und 2) erheblich strenger. Begründet werden die höheren Anforderungen einerseits mit der Notwendigkeit einer sehr grossen Leistungsreserve (lange Fahrdauer, faktischer Fahrzwang), andererseits mit dem hohen Schädigungspotenzial von grossen und schweren Gefährten und der hohen Verantwortung beim berufsmässigen Transport von Personen oder gefährlichen Gütern (vgl. Dr. med. Rolf Seeger, IRMZ, Kardiologische Erkrankungen und Fahreignung, S. 1, <https://www.hirslandenprofessional.ch/mediaFiles/live/41593.pdf>). Aus dem gesetzgeberischen Konzept wird somit ersichtlich, dass ein gewisses Restrisiko im

Zusammenhang mit körperlichen Beeinträchtigungen bei Personen der Gruppe 3 (Führerausweiskategorien A, B, A1, B1, F, G und M) eher hinzunehmen ist. So schliesst etwa Ziff. 7 "Herz und Gefässe" des Anhangs 1 lediglich Personen mit "hochgradigen Kreislaufstörungen" von sämtlichen Führerausweiskategorien aus. Im Übrigen statuiert der Anhang für Fahrer der 3. Gruppe unter dem Titel "Atmungsorgane" (Ziff. 6) überhaupt keine spezifischen Anforderungen, während für die Gruppen 1 und 2 diverse Lungenerkrankungen als Ausschlussgründe genannt werden.

E. 4.3.4

Die in der verkehrsmedizinischen Literatur vertretenen Fachmeinungen zur Fahreignung von Personen mit Synkopen beruhen ebenfalls auf einer differenzierten Risikoabschätzung: Gemäss Handbuch der verkehrsmedizinischen Begutachten der Arbeitsgruppe Verkehrsmedizin der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin, Bern 2005, S. 76, kommt eine Zulassung zum Strassenverkehr nach einer anfallartig auftretenden Bewusstseinsstörungen nur infrage, wenn weitere Vorfälle (durch eine entsprechende Therapie) zuverlässig vermeidbar sind. Nach unklaren Bewusstseinsstörungen sei eine Fahrkarenz von in der Regel 12 Monaten Dauer einzuhalten. Ist die Ursache der Synkope bekannt, soll laut Dr. med. Rolf Seeger, IRMZ, eine Fahrkarenz bis zur erfolgreichen Therapie eingehalten werden; falls keine Therapie möglich sei, sei das Risiko im Rahmen der verkehrsmedizinischen Abklärung abzuschätzen (Präsentation "Probleme der Fahreignung bei internistischen Krankheiten", S. 30, <https://www.luks.ch/uploads/media/FahreignungSeeger.pdf>). Für kürzere Karenzfristen vor Wiedererteilung des Führerausweises spricht sich – im Anschluss an die Empfehlungen des "Task Force Reports" der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie betreffend "Fahrtauglichkeit und Herzerkrankung" – die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie aus: Während bei "ersten/einfachen" vasovagalen Synkopen nicht berufsmässigen Fahrzeugführern keine Restriktionen aufzuerlegen seien, hätten diese bei "schwerwiegenden" Synkopen (häufiges Auftreten oder Auftreten in einer Hochrisikoumgebung bzw. bei "Hochrisiko"-Patienten rezidivierend oder unvorhersehbar) eine Karenz von mindestens drei Monaten einzuhalten. Für schwerwiegende Situationssynkopen sei die Fahrtauglichkeit bis zur Diagnose und Durchführung einer geeigneten Therapie nicht gegeben (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Pocket-Leitlinien, Kommentar zur ESC-Guideline: Diagnostik und Therapie von Synkopen [2001/2004], S. 24). Nicht berufsmässigen Fahrzeugführern sollten generell nur minimale und auch nur vorübergehende Restriktionen auferlegt werden (a. a. O., S. 18).

E. 4.3.5

Wenn das verkehrsmedizinische Gutachten vom 13. August 2013 vor diesem Hintergrund ohne nähere Begründung eine totale Nikotinabstinenz empfiehlt, obwohl der Beschwerdeführer laut der pneumologischen Untersuchung an keiner Lungenerkrankung (mehr) leidet (vgl. vorn E. 4.2.3) und seine Synkopen trotz gelegentlichem Pfeifenrauchen über einen längeren Zeitraum nicht mehr aufgetreten waren, erscheint es insofern als lückenhaft. Nachdem im Unterschied zur Alkoholabstinenz keine gefestigte Praxis zu Abstinenzauflagen bei Rauchern besteht, erweist sich die Sachlage jedenfalls als unzureichend geklärt, um eine derart einschneidende Massnahme zu verhängen. Es ist nicht auszuschliessen, dass der Verkehrssicherheit bereits mit den vom Beschwerdeführer ohnehin regelmässig durchzuführenden ärztlichen Kontrollen (vgl. Disp.-Ziff. 2 lit. c der Verfügung vom 23. August 2013), allenfalls verbunden mit der zusätzlichen Auflage, den

Nikontinkonsum auf ein Minimum zu beschränken und bei auftretenden körperlichen Beschwerden umgehend einzustellen, genügt werden kann.

E. 4.3.6

Für die Beurteilung medizinischer Fachfragen ist das Verwaltungsgericht ebenso wie die Sicherheitsdirektion mangels spezifischer Sachverständigkeit jedoch nicht zuständig (vgl. BGr, 9. Februar 2007, 6P.223/2006, E. 2.5). Folglich ist die Angelegenheit zur weiteren Abklärung des Sachverhalts, gegebenenfalls unter Beizug eines Ergänzungs- oder Zweitgutachtens, und neuen Verfügung an den Beschwerdegegner zurückzuweisen (vgl. VGr, 23. November 2011, VB.2011.00387, E. 3.2; vgl. Kaspar Plüss, in: Alain Griffel [Hrsg.], Kommentar zum Verwaltungsrechtspflegegesetz des Kantons Zürich [VRG], 3. A., Zürich etc. 2014, § 7 N. 69 f.).

E. 5.1

Die Beschwerde erweist sich demnach als teilweise begründet. Der Rekursentscheid vom 6. Februar 2014 ist aufzuheben und die Angelegenheit an den Beschwerdegegner zur weiteren Abklärung des Sachverhalts im Hinblick auf die Nikotinabstinenz (Disp.-Ziff. 2 lit. d der Verfügung vom 23. August 2013) und die damit zusammenhängende Auflage der regelmässigen ärztlichen Kontrolle (Disp.-Ziff. 2 lit. c) zurückzuweisen. Der Beschwerdegegner wird dabei unter Berücksichtigung des aktuellen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers über die erforderlichen Massnahmen zur Wiedererteilung des Führerausweises zu entscheiden haben. Bis zur neuen Entscheidung bleiben die mit Verfügung vom 23. August 2013 erlassenen Auflagen weiterhin in Kraft (vgl. Präsidialverfügung vom 20. März 2014).

E. 5.2

Bei diesem Ausgang rechtfertigt es sich, die Kosten des Rekurs- und des Beschwerdeverfahrens dem Beschwerdeführer und dem Beschwerdegegner je zur Hälfte aufzuerlegen (§ 13 Abs. 2 VRG). Da der Beschwerdeführer nicht vollständig obsiegt, ist ihm auch für das Beschwerdeverfahren keine Parteientschädigung zuzusprechen (§ 17 Abs. 2 VRG).

E. 6

Im Rahmen der Rechtsmittelbelehrung ist darauf hinzuweisen, dass ein Rückweisungsentscheid nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts einen Zwischenentscheid darstellt, der nur angefochten werden kann, wenn die Voraussetzungen von Art. 93 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 erfüllt sind (BGE 133 II 409 E. 1.2, S. 402 unten).

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