Urteilskopf

129 II 82

8. Auszug aus dem Urteil des Kassationshofes i.S. X. gegen Kantonsgericht von Graubünden (Verwaltungsgerichtsbeschwerde) 6A.48/2002 vom 9. Oktober 2002

Regeste (de):
Art. 14 Abs. 2 lit. c, Art. 16 Abs. 1 und Art. 17 Abs. 1bis SVG, Art. 30 Abs. 1 VZV; Sicherungsentzug des Führerausweises, Anforderungen an die Abklärung der Trunksucht.

Begriff der Trunksucht im verkehrsmedizinischen Sinne (E. 4).

Ein Gutachten, das die Fahreignung wegen Trunksucht allein gestützt auf einen pathologischen CDT-Wert, den Rückfall des Täters und seine Bestreitung eines Alkoholmissbrauchs verneint, bildet keine hinreichende Grundlage für die Anordnung eines Sicherungsentzugs (E. 6).

Regeste (fr):
Art. 14 al. 2 let. c, art. 16 al. 1 et art. 17 al. 1bis LCR, art. 30 al. 1 OAC; retrait de sécurité du permis de conduire, exigences quant à la preuve de l'alcoolisme.

Notion d'alcoolisme au sens de la médecine de la circulation routière (consid. 4).

Une expertise niant l'aptitude à conduire pour cause d'alcoolisme, fondée uniquement sur une valeur CDT pathologique, sur la récidive et sur le fait que l'auteur conteste tout abus d'alcool, ne suffit pas pour ordonner un retrait de sécurité (consid. 6).

Regesto (it):
Art. 14 cpv. 2 lett. c, art. 16 cpv. 1 e art. 17 cpv. 1bis LCStr, art. 30 cpv. 1 OAC; revoca a scopo di sicurezza della licenza di condurre, esigenze in materia di prova dell'alcolismo.

Nozione di alcolismo ai sensi della medicina della circolazione stradale (consid. 4).

Una perizia che nega l'idoneità alla guida a causa dell'alcolismo, fondata unicamente su un valore CDT patologico, sulla recidiva e sul fatto che l'autore contesta ogni abuso alcolico, non è sufficiente per ordinare una revoca a scopo di sicurezza (consid. 6).

Sachverhalt ab Seite 82

BGE 129 II 82 S. 82

A.- Im Zuge einer europaweiten Kampagne gegen das Fahren in angetrunkenem Zustand wurde X. am 20. April 2001, um 07.25 Uhr, als Lenker seines Personenwagens in St. Moritz von der Kantonspolizei Graubünden angehalten und kontrolliert. Da Anzeichen

von Angetrunkenheit vorlagen und der durchgeführte Atemlufttest positiv ausfiel, wurde X. ins Spital Oberengadin in Samedan zur Entnahme einer Blutprobe gefahren. Deren Analyse durch das Institut für Rechtsmedizin des Kantonsspitals St. Gallen ergab eine - auf die 35 Minuten zurückliegende Trunkenheitsfahrt rückgerechnete - Blutalkoholkonzentration von minimal 1,68 und maximal 2,11 Gewichtspromille. X. hatte sich bereits im Jahre 1998 des Fahrens in angetrunkenem Zustand (mit einem minimalen Blutalkoholgehalt von 0,99 Promille) schuldig gemacht, weswegen ihm das Strassenverkehrsamt des Kantons Graubünden mit Verfügung vom 18. Juni 1998 den Führerausweis für die Dauer von 2 Monaten entzogen hatte.

B.- Das Kreisamt Oberengadin verurteilte X. mit Strafmandat vom 23. August 2001 wegen Fahrens in angetrunkenem Zustand in Anwendung von Art. 91 Abs. 1 SVG zu 60 Tagen Gefängnis, mit bedingtem Strafvollzug unter Auferlegung einer Probezeit von 3 Jahren, und zu einer Busse von Fr. 600.-. Das Strafmandat ist in Rechtskraft erwachsen.

C.- Das Strassenverkehrsamt des Kantons Graubünden verfügte am 23. Mai 2001 wegen ernsthafter Zweifel an der Fahreignung von X. einen vorsorglichen Führerausweisentzug auf unbestimmte Dauer und wies diesen an, sich zwecks Abklärung einer allfälligen Trunksucht einer spezialärztlichen Untersuchung zu unterziehen. Gestützt auf ein verkehrsmedizinisches Gutachten der Psychiatrischen Klinik Beverin vom 9. Oktober 2001 entzog das Strassenverkehrsamt des Kantons Graubünden X. mit Verfügung vom 21. November 2001 den Führerausweis gestützt auf Art. 16 Abs. 1, Art. 14 Abs. 2 lit. c i.V.m. Art. 17 Abs. 1bis SVG und Art. 30 der Verordnung vom 27. Oktober 1976 über die Zulassung von Personen und Fahrzeugen zum Strassenverkehr (VZV; SR 741.51) auf unbestimmte Zeit, mindestens für 16 Monate ab dem 12. September 2001. Die Wiedererteilung des Führerausweises machte es vom Nachweis einer kontrollierten und lückenlosen Alkoholabstinenz während mindestens 16 Monaten sowie von einer spezialärztlichen Fahreignungsprüfung der Psychiatrischen Klinik Beverin abhängig. Ferner behielt es die Anordnung einer neuen Führerprüfung ausdrücklich vor. Hiegegen führte X. Verwaltungsbeschwerde, welche das Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartement Graubünden mit Verfügung vom 18. Februar 2002 abwies. Eine gegen diesen Entscheid erhobene Berufung wies das Kantonsgericht von Graubünden, Kantonsgerichtsausschuss, mit Urteil vom 17. April 2002 ab, soweit es darauf eintrat.

D.- X. führt Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Bundesgericht mit dem Antrag auf Aufhebung des angefochtenen Urteils. Ferner beantragt er, der Führerausweis sei ihm maximal für die Dauer von 12 Monaten, allenfalls von 14 Monaten oder nach Ermessen des Bundesgerichts, im Sinne eines Warnungsentzuges zu entziehen, unter Anrechnung der bisherigen Entzugsdauer seit dem 20. April 2001. Eventualiter sei die Sache zur neuen Entscheidung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Das Bundesgericht heisst die Beschwerde gut, soweit es darauf eintritt.

Erwägungen

Aus den Erwägungen:

2.

2.1 Gemäss Art. 14 Abs. 2 lit. c SVG darf der Führerausweis nicht erteilt werden, wenn der Bewerber dem Trunke oder anderen die Fahrfähigkeit herabsetzenden Süchten ergeben ist. Wird nachträglich festgestellt, dass die gesetzlichen Voraussetzungen zur Erteilung nicht oder nicht mehr bestehen, ist der Führerausweis zu entziehen (Art. 16 Abs. 1 SVG). Ein solcher Sicherungsentzug dient gemäss Art. 30 Abs. 1 VZV der Sicherung des Verkehrs vor Fahrzeuglenkern, die aus medizinischen oder charakterlichen Gründen, wegen Trunksucht oder anderen Süchten oder wegen einer anderen Unfähigkeit zum Führen von Motorfahrzeugen nicht geeignet sind.

2.2 Der Sicherungsentzug wegen Trunksucht oder anderer Suchtkrankheiten wird gemäss Art. 14 Abs. 2 lit. c i.V.m. Art. 17 Abs. 1bis SVG auf unbestimmte Zeit angeordnet und mit einer Probezeit von mindestens einem Jahr verbunden. Nach Ablauf der Probezeit kann der Ausweis bedingt und unter angemessenen Auflagen wieder erteilt werden; in der Regel wird hiefür der Nachweis der Heilung durch eine mindestens einjährige kontrollierte Abstinenz verlangt. Der Sicherungsentzug greift damit tief in den Persönlichkeitsbereich des Betroffenen ein. Nach der Rechtsprechung ist daher in jedem Fall und von Amtes wegen eine genaue Abklärung der persönlichen Verhältnisse und insbesondere der Trinkgewohnheiten bzw. der Konsumgewohnheiten anderer Drogen des Betroffenen vorzunehmen. Das Ausmass der notwendigen behördlichen Nachforschungen, namentlich die Frage, ob ein medizinisches Gutachten eingeholt werden soll, richtet sich nach den Umständen des Einzelfalles und liegt im pflichtgemässen Ermessen der Entzugsbehörde. Bei Drogensucht ist die Entzugsbehörde in aller Regel verpflichtet, ein gerichtsmedizinisches Gutachten einzuholen. Ein Verzicht auf eine spezialärztliche Begutachtung ist nur

ausnahmsweise, etwa in Fällen offensichtlicher, schwerer Drogenabhängigkeit, gerechtfertigt (BGE 127 II 122 E. 3b; BGE 126 II 185 E. 2a und 361 E. 3a; BGE 120 Ib 305 E. 4b, je mit Hinweisen).

3.

3.1 Die Vorinstanz gelangt gestützt auf das Gutachten der kantonalen Psychiatrischen Klinik Beverin vom 9. Oktober 2001 zum Schluss, der Beschwerdeführer sei nicht geeignet, ein Motorfahrzeug sicher zu führen. Zwar verneine das Gutachten eine Alkoholsucht im medizinischen Sinne. Doch bescheinige es dem Beschwerdeführer ein verkehrsmedizinisch relevantes Alkoholproblem. Dies reiche für einen Sicherungsentzug auf unbestimmte Zeit aus. Denn der Begriff der Trunksucht im strassenverkehrsrechtlichen Sinne decke sich nicht notwendig mit dem medizinischen Begriff der Alkoholsucht. Das Gutachten gründe auf den vom Strassenverkehrsamt Graubünden zur Verfügung gestellten Unterlagen, den Ergebnissen einer psychiatrischen Untersuchung, dem schriftlichen und mündlichen Bericht des Hausarztes sowie den Resultaten der Laboruntersuchungen. Es beruhe mithin auf einer fundierten Entscheidungsgrundlage, und seine fachliche Qualität sei in keiner Weise anzuzweifeln. Insgesamt erscheine die Diagnose des Gutachtens als nachvollziehbar und bilde das Resultat einer vertrauenswürdigen fachärztlichen Abklärung. Es bestehe daher kein Anlass für die Einholung eines Obergutachtens. Entbehrlich sei auch eine Befragung des Hausarztes, zumal sowohl dessen schriftlicher Bericht als auch dessen mündliche Ausführungen im Gutachten berücksichtigt worden seien.

3.2 Das Gutachten der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Beverin vom 9. Oktober 2001 stützt sich auf die Angaben des Beschwerdeführers zu seiner Biographie, seiner gesundheitlichen Situation, zum Alkoholkonsum und zu den Trunkenheitsfahrten sowie auf den psychischen und körperlichen Befund. Es kommt zum Schluss, eine Alkoholabhängigkeit im Sinne der internationalen Klassifikation psychischer Störungen der WHO (ICD-10 Kapitel V [F]; F1x.2) liege beim Beschwerdeführer nicht vor. Denn es seien lediglich zwei der sechs Kriterien erfüllt, und zur Diagnose eines Alkoholabhängigkeitssyndroms müssten drei oder mehr Kriterien gleichzeitig vorhanden sein. Aufgrund der Umstände, dass der Beschwerdeführer innerhalb von drei Jahren zwei Mal

wegen Fahrens in angetrunkenem Zustand verurteilt wurde und der CDT-Wert einen aktiven Alkoholkonsum von mehr als 60 Gramm reinen Alkohols pro Tag ergab, sei aber davon auszugehen, dass er immer wieder gewohnheitsmässig getrunken habe und sich aus dieser Gewohnheit nicht

BGE 129 II 82 S. 86

aus eigener Willenskraft habe lösen können. Die ihm unterbreiteten Fragen beantwortete der Gutachter folgendermassen: Der Beschwerdeführer sei nicht trunksüchtig im Sinne der medizinischen Diagnose nach ICD-10. Es habe auch kein schädlicher Gebrauch der psychotropen Substanz Alkohol nachgewiesen werden können. Aufgrund der Tatsachen, dass der Beschwerdeführer in seinen Angaben nicht vollumfänglich glaubhaft erschien, dass der CDT-Wert eindeutig pathologisch war und der Beschwerdeführer innert dreier Jahre zwei Mal angetrunken fuhr, sei aber davon auszugehen, dass ein verkehrsmedizinisch relevantes Alkoholproblem vorliege. Der Beschwerdeführer sei nicht zu jedem Zeitpunkt in der Lage, Fahren und Trinken zu trennen. Es bestehe somit ein überproportionales Risiko, dass er sich erneut alkoholisiert ans Steuer eines Autos setzen werde.

3.3 Der Beschwerdeführer wendet hiegegen ein, seine Leberwerte gemäss Laborbericht seien normal gewesen. Der CDT-Marker weise erst bei einem Wert über 6% auf einen täglichen Konsum reinen Alkohols von mehr als 60 Gramm während mehr als einer Woche hin. Es sei unbestritten, dass der CDT-Test falsche Ergebnisse liefern könne. Ob bei ihm etwaige Störfaktoren vorlägen, sei - trotz der normalen Leberwerte und des Ausschlusses der Diagnose einer Alkoholabhängigkeit - nicht geprüft worden. Insbesondere habe der Gutachter seine früheren Krankheiten, namentlich die frühere Hepatitiserkrankung nicht abgeklärt und es unterlassen, Auskünfte in seinem persönlichen beruflichen und familiären Umfeld einzuholen. Auch sei der CDT-Wert nur ein einziges Mal gemessen worden. Bei der gegebenen Sachlage hätten weitere Tests und Untersuchungen durchgeführt werden müssen. Schliesslich sei auch der Strafrichter von einer günstigen Prognose ausgegangen und habe ihm den bedingten Strafvollzug gewährt. Aus diesen Gründen hätte der Antrag auf ein Zweitgutachten gutgeheissen, mindestens aber hätte ihm Gelegenheit zur Stellung von Ergänzungsfragen eingeräumt werden müssen.

4.

4.1 Der Sicherungsentzug gemäss Art. 14 Abs. 2 lit. c i.V.m. Art. 17 Abs. 1bis SVG setzt das Vorliegen einer Sucht voraus. Trunksucht wird bejaht, wenn der Betreffende regelmässig so viel Alkohol konsumiert, dass seine Fahrfähigkeit vermindert wird und er diese Neigung zum übermässigen Alkoholgenuss durch den eigenen Willen nicht zu überwinden oder zu kontrollieren vermag. Er muss mithin in einem Masse abhängig sein, dass er mehr als jede andere

BGE 129 II 82 S. 87

Person der Gefahr ausgesetzt ist, sich in einem Zustand ans Steuer eines Fahrzeugs zu setzen, der das sichere Führen nicht mehr gewährleistet. Nach der Rechtsprechung darf auf fehlende Fahreignung geschlossen werden, wenn der Betroffene nicht mehr in der Lage ist, Alkohol- bzw. Drogenkonsum und Strassenverkehr ausreichend zu trennen, oder wenn die nahe liegende Gefahr besteht, dass er im akuten Rauschzustand am motorisierten Strassenverkehr teilnimmt (BGE 127 II 122 E. 3c S. 126). Der Suchtbegriff des Verkehrsrechts deckt sich somit nicht mit dem medizinischen Begriff der Alkoholabhängigkeit. Wie die Vorinstanz zu Recht annimmt, erlaubt dieses Verständnis der Trunksucht, auch bloss suchtgefährdete Personen, bei denen aber jedenfalls ein Alkohol-

missbrauch vorliegt, vom Führen eines Motorfahrzeugs fern zu halten (vgl. SCHAFFHAUSER, Grundriss des schweizerischen Strassenverkehrsrechts, Bd. III: Die Administrativmassnahmen, Bern 1995, N. 2098; ROLF SEEGER, Fahreignung und Alkohol, in: Probleme der Verkehrsmedizin, hrsg. vom Institut für Rechtsmedizin der Universität Zürich, 1999, S. 10).

4.2 Nach der neueren Rechtsprechung des Bundesgerichts ist bei einer Person, bei der die Blutalkoholkonzentration 2,5 und mehr Promille beträgt, eine medizinische Fahreignungsuntersuchung anzuordnen, auch wenn sie während der letzten fünf Jahre vor der aktuellen Trunkenheitsfahrt keine einschlägige Widerhandlung begangen hat. Das Bundesgericht nahm an, wer eine derart hohe Blutalkoholkonzentration aufweise, verfüge über eine so grosse Alkoholtoleranz, dass in aller Regel auf eine Alkoholabhängigkeit geschlossen werden müsse (BGE 126 II 185 E. 2d und e). Zum selben Ergebnis ist es bei einem Lenker gelangt, der ein erstes Mal mit mindestens 1,74 Promille gefahren ist und sich rund ein Jahr später wiederum des Fahrens in angetrunkenem Zustand, mit einer Blutalkoholkonzentration von mindestens 1,79 Promille, schuldig gemacht hat (BGE 126 II 361 E. 3c).

4.3 Bei der Frage, von welchem Blutalkoholgehalt im Verfahren des Sicherungsentzugs auszugehen ist, findet der Grundsatz der Unschuldsvermutung - anders als beim Schuldspruch wegen Fahrens in angetrunkenem Zustand und beim Warnungsentzug, der eine schuldhafte Verletzung einer Verkehrsregel voraussetzt, angesichts der unterschiedlichen Zielsetzung keine Anwendung (BGE 122 II 359 E. 2c). Daraus ergibt sich, dass der Maximalwert der beim Beschwerdeführer gemessenen Blutalkoholkonzentration durchaus Bedeutung erlangen kann. In diesem Sinne ist das Bundesgericht

denn auch in zwei früheren Entscheiden zum Sicherungsentzug wegen Trunksucht von einer mittleren Blutalkoholkonzentration ausgegangen (BGE 125 II 396, Sachverhalt A und E. 2b; Urteil des Bundesgerichts 6A.106/2001 vom 26. November 2001, E. 3c/bb).

5.

5.1 Die Blutalkoholbestimmung des Instituts für Rechtsmedizin des Kantonsspitals St. Gallen ergab einen auf die Trunkenheitsfahrt rückgerechneten minimalen Alkoholisierungsgrad des Beschwerdeführers von 1,68 Promille und einen Maximalwert von 2,11 Promille. Als Zeitpunkt des Ereignisses bzw. der Trunkenheitsfahrt wird 07.25 Uhr, als Zeitpunkt des Trinkendes (gestützt auf die Aussagen des Beschwerdeführers) 00.00 Uhr angegeben.

5.2 Aufgrund der Anzeichen, namentlich des ärztlichen Untersuchungsbefunds anlässlich der Blutentnahme und der hohen Blutalkoholkonzentration, die - wollte man sie auf das Trinkende zurückrechnen - Werte von rund 2,2 Promille (minimales Analyseergebnis, längstmögliche Resorptionszeit, stündlicher Abbauwert von 0,1 Promille) bis 3,5 Promille (maximales Analyseergebnis, kürzestmögliche Resorptionszeit, maximaler stündlicher Abbauwert von 0,2 Promille und Sicherheitszuschlag von 0,2 Promille) ergeben würden (vgl. KLAUS FOERSTER, Störungen durch psychotrope Substanzen, in: Venzlaff/Foerster, Psychiatrische Begutachtung, 3. Aufl. 2000, S. 165; PETER HENTSCHEL, Trunkenheit, Fahrerlaubnisentziehung, Fahrverbot, 8. Aufl. 2000, N. 90 ff.), muss hier von einer auffälligen Alkoholtoleranz (Giftfestigkeit) des Beschwerdeführers ausgegangen werden. Das ergibt sich auch, wie im Schrifttum vorgebracht wird, aus dem Umstand, dass bei Blutalkoholkonzentrationswerten über 1,6 Promille - namentlich bei Fehlen adäquater Ausfallerscheinungen - eine regelmässige, häufig schwere gesundheitliche Belastungen nach sich ziehende Alkoholaufnahme von wesent-

lich mehr als 80 Gramm Alkohol täglich über längere Zeiträume anzunehmen ist (EGON STEPHAN, Trunkenheitsdelikte im Verkehr, AJP 1994 S. 453; vgl. auch Leitfaden "Verdachtsgründe fehlender Fahreignung" der Expertengruppe Verkehrssicherheit des Eidgenössischen Departementes für Umwelt, Verkehr, Energie und Kommunikation vom 26. April 2000, S. 4). Bei dieser Sachlage ist nicht zu beanstanden, dass die Behörden dem Beschwerdeführer vorsorglich den Führerausweis entzogen und seine Fahreignung abgeklärt haben. Dies wird vom Beschwerdeführer auch nicht in Frage gestellt.

6. Zu prüfen ist im Folgenden, ob die Vorinstanz die Fahreignung des Beschwerdeführers zu Recht verneint bzw. ob das eingeholte

verkehrsmedizinische Gutachten eine hinreichend verlässliche Grundlage für diesen Entscheid bildet.

6.1 Das Gutachten begründet die Annahme eines verkehrsmedizinisch relevanten Problems beim Beschwerdeführer im Wesentlichen mit seiner mangelnden Glaubwürdigkeit, mit dem zweimaligen Fahren in angetrunkenem Zustand innerhalb von drei Jahren und dem in der Laboruntersuchung ermittelten CDT-Wert. Im Einzelnen ergab die Laboruntersuchung der Leberwerte gemäss Gutachten für die gamma-GT einen Wert von 50 U/l (Units pro Liter), für die GOT einen solchen von 46 U/l und für die GPT von 31 U/l. Diese Werte interpretierte der Gutachter als grenzwertig, aber noch in der Norm. Die Messung des CDT ergab einen Wert von 6%, welchen der Experte nach dem geltenden Referenzbereich als pathologisch wertete. Nach seiner Auffassung deutet dies auf einen Konsum von täglich mehr als 60 Gramm reinen Alkohols während der letzten drei Wochen vor dem Test hin.

6.2

6.2.1 Die Abklärung eines gesundheitsschädlichen Alkoholkonsums erfordert zunächst eine Laboruntersuchung, bei der die biologischen Alkohol(missbrauchs)marker CDT, MCV, gamma-GT, GOT (AST) und GPT (ALT) gemessen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 6A.111/2000 vom 20. März 2001, E. 4c und d; vgl. auch Leitfaden "Verdachtsgründe fehlender Fahreignung", S. 17, Anhang 3). In der medizinischen Literatur wird die Messung des konventionellen Markers gamma-GT (Gamma-Glutamyl-Transferase; GGT) als der heute am häufigsten eingesetzte Einzeltest zur Diagnostik übermässigen Alkoholkonsums beschrieben. Erhöhte Werte gelten - namentlich bei gleichzeitiger pathologischer Erhöhung anderer leberzellspezifischer Enzyme (GOT [AST], GPT [ALT]) - als Ausdruck einer Schädigung der Leberzellen. Der Marker ist daher ein indirekter Indikator für überhöhten Alkoholkonsum, da eine Organschädigung vorliegen muss, ehe im Blut ein Anstieg der gamma-GT-Werte sichtbar wird (LUTZ G. SCHMIDT, Biologische Marker des Alkoholismus und alkohollassoziierter Organschäden, in: Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten, hrsg. von M. V. Singer und S. Teyssen, Berlin/Heidelberg 1999, S. 124 f.; TILMAN WETTERLING/CLEMENS VELTRUP, Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen, Berlin etc. 1997, S. 11 f.). Als Nachweis eines längeren übermässigen Alkoholkonsums (über die Dauer von etwa sechs Wochen bei einem täglichen Konsum von 60 Gramm Alkohol) gilt auch die Erhöhung des MCV-Werts (mittleres korpuskuläres Erythrozytenvolumen [rote Blutkörperchen]).

Wenn sowohl gamma-GT als auch MCV erhöht sind, wird ein exzessiver Alkoholkonsum als sehr wahrscheinliche Ursache angesehen (SEEGER, a.a.O., S. 13; SCHMIDT, a.a.O., S. 125). Als neuerer Marker zum Nachweis von chronischem Alkoholmissbrauch und namentlich zur Überwachung einer Alkoholabstinenz wird in den letzten Jahren zunehmend der Marker CDT (Carbohydrate Deficient Transferrin) im Blut gemessen. Der Test knüpft daran an, dass nach regelmässigem Alkoholgenuss von täglich mehr als 60 Gramm über eine relativ kurze Trinkdauer (etwa 14 Tage) im Blut vermehrt beschädigte Moleküle des eisentransportierenden Proteins Transferrin gefunden werden (teilweise oder vollständig fehlende Sialinsäurereste). Je nach Testverfahren wird CDT als Units pro Liter (U/l) angegeben oder wird der Anteil von CDT auf das gesamte Transferrin bezogen und als Prozentwert aufgeführt. Die Referenzwerte hängen von der Messmethode ab. Meist gelten Werte über 3% oder über 6%-CDT - jedenfalls bei Männern - als pathologisch (M. SOYKA/G. KOLLER, Klassifikation von Missbrauch und Abhängigkeit: Diagnostik aus psychiatrischer Sicht, in: M. Soyka [Hrsg.], Klinische Alkoholismusdiagnostik, Darmstadt 1999, S. 72; THOMAS GILG, Einsatzmöglichkeiten von CDT in der Rechts- und Verkehrsmedizin, in: M. Soyka [Hrsg.], Klinische Alkoholismusdiagnostik, Darmstadt 1999, S. 120). Als seltene Ursachen für falsche positive Resultate werden u.a. schwere Leberinsuffizienzen (primär biliäre Zirrhose, alkoholische oder viral bedingte Leberzirrhose, primäres Leberzellkarzinom oder chronisch aktive Hepatitis) genannt. Nach ca. einer bis drei Wochen Alkoholabstinenz normalisiert sich der CDT-Wert wieder. Die Halbwertszeit beträgt 14 Tage (SEEGER, a.a.O., S. 13; SCHMIDT, a.a.O., S. 126). In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass der CDT-Wert auf die Aussage beschränkt ist, dass in den vorangegangenen mindestens zwei bis drei Wochen ein regelmässiger und praktisch täglicher Alkoholkonsum von zumindest 50-60 Gramm erfolgte (THOMAS GILG, Rechtsmedizinische Aspekte von Alkohol und Alkoholismus, in: Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten, Hrsg. von M. V. Singer und S. Teyssen, Berlin/Heidelberg 1999, S. 548; ders., Einsatzmöglichkeiten von CDT in der Rechts- und Verkehrsmedizin, a.a.O., S. 121, 126 f.). Auf der anderen Seite zeigt der Alkohol(missbrauchs)marker kurze Alkoholexzesse nicht an (WETTERLING/VELTRUP, a.a.O., S. 14).

6.2.2 Nach dem Gutachten liegen beim Beschwerdeführer die gamma-GT und die anderen erhobenen Enzymwerte innerhalb der Norm. Das MCV wurde offenbar nicht gemessen. Der einzige erhöhte Wert

wurde, ausgehend von einem Referenzwert von < 2,6-3%, beim CDT festgestellt. Aus den obstehenden Erwägungen ergibt sich, dass ein pathologischer CDT-Wert allein noch nicht den Schluss auf eine Alkoholabhängigkeit erlaubt (vgl. E. 6.2.1). In diesem Sinne hat der Kassationshof in einem nicht publizierten Entscheid festgehalten, ein erhöhter CDT-Wert sei mit Zurückhaltung zu würdigen, namentlich wenn die übrigen Laborwerte keine pathologische Erhöhung zeigten und der Sachverständige eine Alkoholabhängigkeit im Sinne der ICD-10 verneine (Urteil des Bundesgerichts 6A.111/2000 vom 20. März 2001, E. 4d).
Bei einer solchen Konstellation kommt den weiteren, für den Nachweis der Trunksucht erforderlichen Abklärungen besondere Bedeutung zu. Dazu gehören etwa eine gründliche Prüfung der persönlichen Verhältnisse, welche namentlich die Einholung von Fremdberichten von Hausarzt, Arbeitgeber und Familienangehörigen etc. umfasst, eine einlässliche Aufarbeitung der konkreten Trunkenheitsfahrten, eine Alkoholanamnese, d.h. die Erforschung des Trinkverhaltens (Trinkgewohnheiten und Trinkmuster) des Betroffenen und seine subjektive Einstellung dazu, sowie eine umfassende, eigens vorzunehmende körperliche Untersuchung mit besonderer Berücksichtigung von alkoholbedingten Hautveränderungen etc. (vgl. Leitfaden "Verdachtsgründe fehlender Fahreignung", S. 17, Anhang 3; ferner SEEGER, a.a.O., S. 11 ff.). Solche verlässliche, die Laborwerte ergänzende zusätzliche Abklärungen wurden hier unterlassen oder nur in nicht ausreichendem Umfang getroffen. Wohl hat der Gutachter die Angaben des Beschwerdeführers zu seiner gesundheitlichen Situation, zum Alkoholkonsum und zu den Trunkenheitsfahrten festgehalten. Das blosse protokollartige Festhalten dieser Aussagen, ohne Vorhaltung etwa des bei der zweiten Fahrt in angetrunkenem Zustand gemessenen erheblichen Blutalkoholwerts, erlaubt aber keine besonderen Erkenntnisse. Keine Aussagekraft kommt auch dem Bericht

des Hausarztes über die körperliche Untersuchung des Beschwerdeführers zu. Dieser beschränkte sich einerseits darauf, auf einem Rezeptzettel handschriftlich festzuhalten, die Untersuchung habe keine pathologischen Veränderungen gezeigt, und andererseits darauf, auf telefonische Anfrage hin die Laborwerte durchzugeben. Bei dieser Sachlage gründet der Gutachter seinen Schluss letztlich lediglich auf den Umstand, dass der Beschwerdeführer zwei Mal in angetrunkenem Zustand gefahren ist und "in seinen Angaben nicht vollumfänglich glaubhaft erschien". Dies genügt nicht. Der Rückfall beim Fahren in angetrunkenem

Zustand allein lässt keinen zwingenden Rückschluss auf eine die Fahreignung ausschliessende Alkoholproblematik zu, auch wenn die Höhe der Blutalkoholkonzentration bei der Trunkenheitsfahrt, namentlich wenn sie, wie hier, auf normabweichende Trinkgewohnheiten hindeutet, durchaus einen wesentlichen Anhaltspunkt für eine Suchtproblematik bildet. Allerdings verleiht der erstmalige Rückfall auch nicht, wie der Beschwerdeführer wohl mit Blick auf die überkommene "10-Jahres-Regel" fälschlicherweise annimmt (vgl. BGE 104 Ib 46 E. 3a S. 48; SCHAFFHAUSER, a.a.O., N. 2105 ff.), einen Anspruch auf einen zweiten Warnungsentzug. Auf einen Alkoholmissbrauch lässt sich endlich auch nicht von der angeblichen Uneinsichtigkeit des Beschwerdeführers schliessen. Wenn das blosse Leugnen eines übermässigen unkontrollierten Alkoholkonsums ein Hinweis für eine Suchtproblematik wäre, müsste eine solche bereits feststehen. Das ist hier gerade nicht der Fall. Die Vorinstanz hätte daher nicht allein gestützt auf das eingeholte verkehrsmedizinische Gutachten die Fahreignung des Beschwerdeführers verneinen dürfen. Vielmehr hätte es für einen solchen Schluss weiterer Sachverhaltsfeststellungen bedurft. Die Beschwerde erweist sich insoweit als begründet. Dies führt zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids und Rückweisung der Sache an das Strassenverkehrsamt des Kantons Graubünden zur erneuten Abklärung der Fahreignung des Beschwerdeführers unter allfälliger Einholung eines Obergutachtens.