

## Die Gefahren der Blutalkoholbestimmung und -beurteilung\*.

Von

GOTTFRIED JUNGMICHEL (Göttingen).

Es ist eine Eigenart unserer gerichtsärztlichen Tätigkeit, daß wir die Ergebnisse naturwissenschaftlicher Untersuchungsmethoden ante forum verwenden und sie dem Verständnis des Richters näherbringen müssen. Gelingt uns dies im Einzelfall, so kann „sich das Gericht dem überzeugenden Gutachten des Sachverständigen anschließen“ und macht dann unsere Feststellungen zum Inhalt seines Urteils. Auf Grund unserer Untersuchungen wird so der Angeklagte verurteilt, die Klage abgewiesen, die Versicherungssumme nicht ausbezahlt usw.

Ist das Ansehen des Sachverständigen nach jahrelanger Zusammenarbeit mit dem Gericht gewachsen, so wird dieses so gut wie nie dem Gutachter Bedenken entgegenbringen. Um so größer aber ist die Enttäuschung aller Beteiligten, wenn das „objektive“ Ergebnis der sachverständigen Feststellungen nicht nur nicht in Einklang mit dem bisherigen Ergebnis der Beweisaufnahme zu bringen ist, sondern sogar unzutreffend sein muß. Dann sind aber sowohl dieses Gericht als auch — infolge des heute so schnellen Bekanntwerdens derartiger Ereignisse — weitere Instanzen sofort geneigt, die angewandte Untersuchungsmethode abzulehnen und möglicherweise dem Sachverständigen in Zukunft grundsätzlich zu mißtrauen.

Die Älteren unter uns wissen, ein wie harter Kampf vor etwa 25 Jahren ausgefochten werden mußte, um nach bekanntgewordenen Fehlbestimmungen den Blutgruppen und Faktoren die ihrer Bedeutung gemäße Anerkennung zu verschaffen und diese durch weitere Forschung bis heute zu erhalten. In einer sehr ähnlichen Lage befinden wir uns jetzt bezüglich der Blutalkoholbestimmung und -beurteilung.

Ich will daher nicht über die Gefahren der Blutalkoholbestimmung für den Untersuchten, sondern über die Gefahren dieser Methode sprechen, die in ihr selbst und für den Sachverständigen gegeben sind. Wenn ich dazu eine gewisse Berechtigung zu haben glaube, so nicht deshalb, weil ich mich mit diesen Fragen beschäftigt habe, sondern weil ich heute ja nur gutachtlich an sie herangebracht werde und nicht praktisch tätig bin. Es könnte mir also nicht der Vorwurf gemacht werden, ich spräche „pro domo“. Mir liegt aber sehr viel daran, daß ein Untersuchungsverfahren und die aus seinen Ergebnissen gezogenen Folgerungen, die sich seit Jahrzehnten praktisch bewährt haben, nicht von Unerfahrenen und etwa aus rein materiellen Gründen zum Schaden der gesamten Sachverständigentätigkeit und Rechtsprechung in Mißkredit gebracht werden.

---

\* Vortrag, anläßlich der Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin in München 1952.

Mit B. MUELLER muß ich mich — wie bereits 1938 — auch heute wieder für die Blutentnahme durch Venülen einsetzen. Soweit ich unterrichtet bin, werden nur noch in Berlin Capillaren zur Blutentnahme verwendet. Nach einer brieflichen Mitteilung des Leitenden Polizeiarztes Dr. WELTZIEN, Berlin, scheitert die Einführung der Venüle in Berlin an der Kostenfrage; außerdem hätten sich die Capillaren in Berlin eingebürgert: „es hat sich auch nur ein Fehler von 0,1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> bis zu einem Ausnahmefall von 0,28<sup>0</sup>/<sub>00</sub> ergeben.“ Ich glaube aber doch, daß trotzdem der Venüle unbedingt der Vorzug gegeben werden müßte, schon allein, um die Bestimmung wiederholen zu können. Aus diesen und anderen Gründen wurden von mir die untersuchten Proben noch monatelang nach der Einsendung im Eisschrank aufbewahrt.

Nicht selten werden Blutentnahmen bei Toten durch Herzpunktion vorgenommen (anstatt viel einfacher durch Eröffnung der Vena formalis) und dabei nicht saubere Geräte verwandt; sei es, daß die Spritzen doch noch in Alkohol aufbewahrt waren (nach MAASSEN und HANDLOSER in 18,5% und in etwa 35% sogar für die Besuchspraxis bei den von ihnen befragten Ärzten!), sei es, daß unsaubere Röhrchen oder mit Desinfektionsresten verschmutzte Korken benutzt wurden. So ist in einem Fall ein Wert von 2,43<sup>0</sup>/<sub>00</sub> A.i.B. gefunden worden, obwohl nach einwandfreien Ermittlungen kein Alkohol getrunken sein konnte. Möglicherweise waren bei dem tödlichen Unfall eine ausgedehnte innere Zerreißung (Magen, Zwerchfell, Herzbeutel, Herz) erfolgt und bei der „Herzpunktion“ blutig verfärbter Mageninhalt aufgesogen; es war von dem Verunglückten vor dem Tode viel Obst gegessen worden. Eine „alkoholbedingte Bewußtseinsstörung“ im Sinne § 3,5 AUVB konnte daher nicht angenommen werden.

In einem anderen Fall waren 2,9<sup>0</sup>/<sub>00</sub> nach WIDMARK ermittelt worden. Hier konnte in der Berufungsinstanz durch glaubwürdige Zeugenaussagen gleichfalls der Nachweis erbracht werden, daß der Angeklagte zur Zeit des Unfalles „praktisch alkoholfrei“ gewesen sein mußte. In der 1. Instanz hatte der junge Sachverständige gemeint, daß der durch den Unfall herbeigeführte Schock den Angeklagten völlig und dauernd ernüchtert hätte, und daß die unter Eid erfolgten Zeugenaussagen falsch sein müßten. Dieses durch die Tagespresse schnell bekanntgewordene Ereignis hatte zu einer Anfrage dahin geführt, ob noch weitere Fehlbestimmungen des Institutes bekanntgeworden wären. Übrigens hatte der gleiche Sachverständige bei einem vor etwa 10 Jahren nach Billroth II-Operierten die Ergebnisse der Untersuchungen von MANZ unberücksichtigt gelassen, dafür aber ohne psychiatrische Kenntnisse die Voraussetzungen des § 51, Abs. 2 StGB. sofort bejaht. Das Gericht war diesem Gutachten nicht gefolgt.

In einer weiteren, sehr eingehend in der Tagespresse besprochenen Verhandlung hatte der Chemiker angegeben, daß nur „von Zeit zu Zeit“ bei der Untersuchung Alkoholtestlösungen eingeschaltet würden. Ferner hatte hier die Rückrechnung auf die Menge der genossenen Getränke sowie nachträglich festgestellte „Kontrollen“ des Untersuchten zu erheblichen Schwierigkeiten geführt.

In einem Gutachten mußte ich mich eingehend darüber äußern, ob der von einem ärztlichen Privatinstitut gefundene Wert von  $2,71\text{‰}$  richtig sein konnte. Ich habe auf Grund der mir von dem Untersucher selbst gegebenen schriftlichen und mündlichen Aufklärung für diesen Fall die Frage bejaht, obwohl in einem früheren Verfahren von dem gleichen Institut in einer Untersuchungsreihe bei drei Personen folgende Werte gefunden waren:  $3,25\text{‰}$ ,  $3,95\text{‰}$  und  $5\text{‰}$ , ohne daß die Eigenheit des Falles berücksichtigt, noch überhaupt auf die „Tötlichkeit“ mindestens des letzten Wertes aufmerksam gemacht worden war. Aus den Urteilsgründen zitiere ich: „... Der Sachverständige (der nach seinen späteren Angaben diese Untersuchungen nicht selbst durchgeführt hatte) hielt es nicht für ausgeschlossen, daß der außergewöhnliche Alkoholgehalt auf einen Mangel der bei der Durchführung des Untersuchungsverfahrens verwandten Lösungsmittels zurückzuführen sei.“ — Hierher gehört eine Beobachtung, wo 2 jüngere Ärzte einen nach WIDMARK ermittelten Wert mit „ $0,01\text{‰}$ “ angaben. Das ist ebenso eine unbewußt vorgetäuschte Genauigkeit der durchgeführten Untersuchungen, wie wenn ein anderer Sachverständiger 3 Stellen hinter dem Komma als sein Ergebnis anführt.

Ein anderer Sachverständiger hatte die Angaben im Protokollbogen bezüglich Diabetes übersehen und mußte in der mündlichen Vernehmung sein früheres Urteil dahin berichtigen, daß nicht mehr mit Sicherheit eine alkoholbedingte Verkehrsgefährdung behauptet werden konnte. Der die Verhandlung leitende Richter äußerte später mit Entrüstung: er glaube diesem Institut nun überhaupt nichts mehr.

Sicher ist diese allgemeine Auffassung nicht berechtigt; jedoch war in einem anderen Falle nicht beachtet worden, daß der Beschuldigte — wie im Begleitbogen vermerkt — kurz nach dem Unfall Alkohol getrunken haben wollte, so daß hier gleichfalls eine nachträgliche Richtigstellung erfolgen mußte.

Wie allgemein, so ist auch des öfteren auf diesem speziellen Gebiet die Beobachtung zu machen, daß je jünger bzw. unerfahrener der Sachverständige ist, er um so schärfer be- und verurteilt und um so eher geneigt ist, die äußeren Umstände des Falles nicht zu beachten. Wenn wir übereinstimmend der Auffassung sind, daß von  $1,5\text{‰}$  im allgemeinen bei jedem Teilnehmer Verkehrsuntüchtigkeit besteht, so müssen wir

bei Werten unter  $1,5\text{‰}$  doch den Begriff der „relativen Fahruntfähigkeit bzw. Fahrfähigkeit“ gelten und nicht starke Alkoholgewöhnung, jahrzehntelange Fahrpraxis vielleicht gerade mit dem verunglückten Wagen sowie das gesamte Unfallereignis im Einzelfall außer acht lassen.

Ob und inwieweit eine grundsätzliche Vereinbarung über die anzuwendende Alkoholverbrennungsgeschwindigkeit getroffen werden sollte, sei zur Diskussion gestellt. Es ist jedenfalls mißlich, wenn zwei oder mehr Sachverständige in einem Fall jeweils verschiedene Werte für „ $\beta$ “ ihrer Berechnung zugrunde legen. Schließlich sei hier noch erwähnt, daß nur erfahrene ärztliche Sachverständige die Beurteilung bezüglich alkoholbedingter Unzurechnungsfähigkeit, „Bewußtseinsstörung“ usw. vornehmen sollten. Es scheint zwar verständlich, daß manchmal neben der Beurteilung hinsichtlich Alkoholresorption, Blutalkoholgehalt nach Blutverlust, bei Fäulnis (s. auch die noch nicht veröffentlichte Arbeit von REDETZKI, JOHANNISMEIER und DOTZAUER) u. a. m. menschliche Regungen im Interesse der Hinterbliebenen laut werden; es geht aber nicht an, daß dann ein objektiv falsches Gutachten erstattet wird. Mir ist sogar ein Fall bekanntgeworden, wo ein Prof. Dr. Ing. am Ende seines psychotechnischen Gutachtens bemerkt: „Die Zurechnungsfähigkeit ist herabgesetzt“.

Ferner haben sich manche von uns wohl schon mit den nachträglich rekonstruierten Unfallumständen gutachtlich befassen müssen. Es werden bei diesen „Versuchen“ auch Blutproben an verschiedene Institute gesandt, wobei etwa nicht völlig übereinstimmende Befunde in der Verhandlung zugunsten des Angeklagten von der Verteidigung ausgewertet werden, ohne daß im Einzelfall die Ursachen für die mögliche Differenz kritisch geprüft werden. Ich glaube, daß diesen „post-hoc“-Versuchen ebenso wie den nachträglich psychotechnischen Untersuchungen nur sehr bedingte Bedeutung beizumessen, auf alle Fälle aber größte Zurückhaltung und Kritik entgegenzubringen ist.

Viel zu selten wird von der Möglichkeit der Alkoholbestimmung im Urin und Liquor Gebrauch gemacht; andererseits kann die falsche bzw. unzulängliche Auswertung der Ergebnisse zu erheblichen Fehlurteilen führen. Selbst bei Kindern kann eine Blutalkoholuntersuchung die Zusammenhänge klären helfen<sup>1</sup>.

Die WIDMARK-Methode ist vielfach in den beiden letzten Jahrzehnten und neuerdings von DOTZAUER und Mitarbeitern in ihren so schönen Untersuchungen als grundsätzlich zuverlässig befunden. B. MUELLER hat gleichfalls im vorigen Jahr von recht guter Übereinstimmung der Ergebnisse von 18 deutschen Instituten berichtet, denen er Kontrollblutproben eingesandt hatte. Blickt man aber auf die von ROCHAT-Lausanne mitgeteilten Resultate, die allerdings mit einer abgeänderten

<sup>1</sup> Siehe Neue jur. Wschr. 1952, 831.

Nicloux-Methode gewonnen waren, und deren Ausrechnung nicht nach einheitlichen Gesichtspunkten erfolgt war, so erscheint die von ROCHAT in seinem Vergleich ausgesprochene Forderung: „die Geigen gut zu stimmen“ nicht unberechtigt.

Wie beugen wir nun in Deutschland einer möglichen gefährlichen Weiterentwicklung der erwähnten, mir bekanntgewordenen Unzulänglichkeiten vor? Lassen Sie mich meine Ansicht dazu kurz zusammenfassen und folgendes vorschlagen:

1. Wie bei der forensischen Blutgruppenbestimmung sollten nur ausgewählte Sachverständige zur forensischen Blutalkoholbestimmung zugelassen werden, denen bei nachgewiesener Fehlbestimmung die Zulassung entzogen wird. — Eine Mindestzahl von monatlichen Untersuchungen muß gewährleistet sein; eine zu große Anzahl täglicher Bestimmungen gefährdet die Übersicht.

2. Ein geübter Chemiker kann zwar die Bestimmungen vornehmen; die Auswertung des Einzelfalles aber und besonders hinsichtlich der strafrechtlichen Verantwortlichkeit des Untersuchten muß dem ärztlichen Sachverständigen vorbehalten bleiben.

3. Grundsätzlich sind Ergebnisse von Blutproben, die nicht mittels Venüle in genügender Menge entnommen und eingesandt sind, mit größter Vorsicht zu bewerten.

4. Stets sind bei jeder Blutalkoholbestimmung Alkoholtestlösungen, die von anderen Instituten hergestellt sind, mitzuführen. An Vortagen untersuchte und in Venülen eingesandte Proben können nochmals überprüft werden.

5. Zugelassene Untersuchungsstellen tauschen in zu vereinbarem Umfange untereinander Blutproben zur Kontrolle aus; bei der Auswertung sind natürlich die bekannten möglichen Differenzen zu berücksichtigen.

6. Eine Einigung über den anzuwendenden Faktor bezüglich Verbrennungsgeschwindigkeit erscheint ebenso zweckmäßig wie der Hinweis, daß eine Rückrechnung auf die genossene Alkoholmenge praktisch nur unter ganz seltenen Umständen möglich ist.

7. Die Mitteilung des chemisch-rechnerisch ermittelten Blutalkoholergebnisses soll — wie bei der gerichtlichen Sektion — in Form eines „Vorläufigen Gutachtens“ erfolgen. Stets ist am Ende dieses vorläufigen Gutachtens die Forderung nach einem endgültigen Gutachten auszusprechen. Jede Schematisierung ist abzulehnen. Ferner scheint, wie mancher Richter bestätigt hat, die Verwendung vorgedruckter Formulare unzulässig zu sein.

8. Trotz des völlig unzureichenden Entgeltes unserer zeitraubenden Sachverständigentätigkeit sollten — ebenso wie bei der Durchführung der Blutalkoholbestimmung — auch ante forum ausschließlich erfahrene

Sachverständige tätig sein. Ein Verlesen des „Vorläufigen Gutachtens“ in der Hauptverhandlung — etwa nach § 256 StPO. — ist nach einer Entscheidung des OLG. Frankfurt a. Main vom 12. 3. 52 nicht möglich.

9. Psychotechnische Versuche zur wissenschaftlichen Förderung der Erkenntnisse auf dem Gebiet der Blutalkoholwirkung sind sehr zu begrüßen; ihre Ergebnisse dürfen aber nicht verallgemeinert werden und erfordern im Einzelfall strengste Kritik.

#### Literatur.

DOTZAUER, REDETZKI, JOHANNSMEIERS u. BÜCHER: Dtsch. Z. gerichtl. Med. **41**, 15. — JUNGMICHEL: Verh.ber. 1. Internat. Kongr. für gerichtl. Med., S. 373—405. Bonn: Gebr. Scheur 1938. — MAASSEN u. HANDLOSER: Ärztl. Wschr. **1952**, 111. — MANZ: Habil.-Schr. Göttingen 1942. — MUELLER: Dtsch. Z. gerichtl. Med. **41**, 1. — ROCHAT: Rev. méd. Suisse rom. **69**, 65; **70**, Nr 11. — Neue jur. Wschr. **1952**, 831.

Prof. Dr. GOTTFRIED JUNGMICHEL, (20b) Göttingen, Höltystr. 3.

---