

Aus dem Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Freien Universität Berlin
(Direktor: Prof. Dr. med. Dr. med. vet. h. c. Dr. jur. h. c. MÜLLER-HESS).

Die ärztliche Begutachtung der Alkoholdelikte im Rahmen des § 330a StGB*.

Von

GERHARD ROMMENEY.

(Eingegangen am 6. Juni 1955.)

Die Bestrafung nach § 330a StGB setzt voraus, daß sich der Täter in einen Rausch versetzt hat, der seine Zurechnungsfähigkeit im Sinne des § 51,1 StGB ausschließt. Die bloße Verminderung der Zurechnungsfähigkeit nach Absatz 2 erlaubt die Anwendung des § 330a nicht. Der Richter wird also im gegebenen Falle an den ärztlichen Sachverständigen die Frage richten, ob ein Rauschzustand vorgelegen hat, welcher den Täter unfähig machte, das Unerlaubte seiner Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln. Ein solcher Rauschzustand wird nach dem gegenwärtigen juristischen Sprachgebrauch als „Volltrunkenheit“ bezeichnet.

Der *Begriff der Volltrunkenheit* im Sinne des § 330a StGB ist also ein juristischer und kein medizinischer Begriff. Er umschließt einen besonderen seelischen Zustand, nämlich den Zustand der Zurechnungsunfähigkeit (ZU). Ob dieser Zustand überwiegend durch eine große Alkoholmenge oder mitwirkend durch eine ins Krankhafte verschobene Reaktionslage des Organismus herbeigeführt wurde, ist für die Rechtsprechung unerheblich, sofern nur der *Alkohol* die *eigentliche Ursache* dieses besonderen Seelenzustandes war.

Es wäre also nicht richtig, unter Volltrunkenheit im Sinne des § 330a StGB nur *eine* Reaktionsform auf den Alkohol, wie etwa den Höhepunkt einer sog. „normalen“ Berausung zu verstehen. Dadurch würde dieser Begriff willkürlich eingeengt. Der medizinische Sachverständige kann vielmehr diesem juristischen Begriff eine Reihe von alkoholbedingten Reaktionsweisen unterstellen. Die Bezeichnung Volltrunkenheit ist also ebensowenig als eine medizinische Diagnose anzusehen, wie die Bezeichnungen „krankhafte Störung der Geistestätigkeit“ oder „Geistesschwäche“ im § 51 StGB.

Die Volltrunkenheit ist auch keineswegs einer sog. „sinnlosen Trunkenheit“ gleichzusetzen. Dieser Ausdruck ist früher häufig verwendet worden. Er ist aber ebenso irreführend wie es der Ausdruck „Bewußtlosigkeit“ in der alten Fassung des § 51 StGB war. Unter Sinnlosigkeit

* Referat auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin in Kiel, Oktober 1954.

wird man im allgemeinen jene gesteigerte, präanarkotische oder narkotische Vergiftungsphase verstehen, in welcher der Berauschte entweder direktionslos herumtorkelt oder aber schläft. In einem solchen Zustande kann ein Mensch zwar eine strafbare Handlung verursachen (z. B. Hineinfallen in eine Schaufensterscheibe oder Entblößung infolge der Unfähigkeit sich nach dem Wasserlassen die Kleidung zu ordnen), während ein Verschulden im strafrechtlichen Sinne ausscheidet. Ein derartig fortgeschrittener Trunkenheitsgrad wird den Betroffenen im allgemeinen handlungsunfähig machen. Das Geschehen stellt sich also überhaupt nicht als Willensakt dar (BOLDT, SCHWARZ).

Es wird deshalb in der Praxis der Rechtsprechung eine die Zurechnungsfähigkeit ausschließende Volltrunkenheit bereits in jener Phase der alkoholischen Vergiftung angenommen, die eine „erhebliche, das Geistesleben stark beeinträchtigende Trübung des Bewußtseins“ (RG JW 1936, 1220) erkennen oder „eine Bestimmbarkeit des Willens durch vernünftige Erwägungen“ (RG St 63, 46; 67, 149) ausschließen läßt. Trotzdem bleibt die Möglichkeit bestehen, daß im gegebenen Falle auch eine *Unterlassung* zur Schuld werden kann, wenn z. B. eine Pflegeperson die pflichtgemäße Betreuung eines hilfsbedürftigen Menschen oder ein Wachmann die ihm befohlene Aufsicht infolge Trunkenheit unterläßt. In diesen besonderen Fällen wird allerdings der bis zur Bewußtlosigkeit gesteigerte Trunkenheitszustand, also das vollnarkotische Intoxikationsstadium, den Schuldvorwurf bilden können.

Es liegt nahe, den als Volltrunkenheit bezeichneten Zustand der ZU zunächst einmal nur als einen quantitativen Begriff zu sehen. Jeder unbefangene Beobachter von Berauschten wird von der vermuteten oder tatsächlich festgestellten Alkoholmenge ausgehen, die der Berauschte zu sich genommen hat, wenn er einen Maßstab für die Schwere des Rauschzustandes gewinnen will. Auch der medizinische Sachverständige wird sich schon bei der Vorbereitung seines Gutachtens um die Klärung der Frage bemühen müssen, wieviel Alkohol und welche Sorten überhaupt getrunken wurden, wenn seine Erwägungen nicht nur theoretischer Art bleiben, sondern der praktischen Rechtsprechung dienen sollen. Er wird sich aber auch manchen Schwierigkeiten gegenübersehen, wenn er retrospektiv aus der genossenen Alkoholmenge den Trunkenheitsgrad zur Zeit der strafbaren Handlung abschätzen soll. Diese Schwierigkeiten beginnen damit, von dem Beschuldigten verwertbare Angaben über den Umfang des Alkoholgenusses — sowohl des gewohnheitsmäßigen Verbrauchs wie auch desjenigen im konkreten Falle — und über die individuelle Symptomatik der Rauschformen bzw. über Erscheinungen der Unverträglichkeit im somatischen oder psychischen Bereich zu bekommen. Eine brauchbare Alkoholanamnese muß ebenso behutsam und mühsam erfragt werden, wie eine brauchbare Anamnese

über das Geschlechtsleben, und kann ebensowenig erzwungen werden wie diese. Ferner kommt die hinreichend bekannte Erfahrungstatsache hinzu, daß hinsichtlich eines etwaigen Alkoholmißbrauchs sowohl vom Beschuldigten wie auch von seiner Umgebung entweder übertrieben oder unkritisch beschönigt wird. Der länger dauernde Alkoholverbrauch schwächt nun einmal die Urteilskraft gegenüber dieser Noxe. Das läßt sich nicht nur beim charakterlich depravierten Süchtigen, sondern auch beim sozial-psychisch unauffälligen Gewohnheitstrinker feststellen. In nicht wenigen Fällen von Volltrunkenheit werden sich aber überhaupt keine objektiven oder subjektiven Unterlagen über die Alkoholmenge gewinnen lassen, welche den akuten Rausch provoziert haben, wenn nämlich der Rauschtäter keine Zechgenossen als Zeugen benennen kann und auch nicht mehr weiß, wie viele und welche Lokale er aufgesucht hatte. Damit entfällt zwar ein Beurteilungsfaktor, der aber vom ärztlichen Sachverständigen nicht so hoch eingeschätzt werden sollte, wie es häufig von juristischer Seite geschieht.

Es muß also damit gerechnet werden, daß auch heute noch im Gerichtssaal wie überhaupt in der Praxis des täglichen Lebens die akute Trunkenheit vorwiegend unter dem Gesichtspunkt des *exogenen* Faktors Alkohol und zwar seiner *Menge* gesehen wird. Dabei ist es üblich, die Trunkenheitsgrade etwa in der Wertskala: 1. angeheitert, 2. angetrunken, 3. leicht, mittel oder schwer betrunken, 4. sinnlos betrunken anzugeben. Es soll nicht verkannt werden, daß derartige Einteilungen einem dringenden praktischen Bedürfnis entsprechen. Der medizinische Sachverständige wird aber bemüht sein müssen, sich von solchem Schematismus frei zu machen, der sich zudem an vorwiegend äußerlichen Merkmalen zu orientieren pflegt und der auch deshalb keine wissenschaftliche Beurteilungsgrundlage bilden kann, weil die darin gebräuchlichen Wertungen völlig subjektiv sind und weder methodisch noch begrifflich abgegrenzt werden können.

Auch das Experiment und die qualitative und quantitative chemische Analyse habe es bisher noch nicht möglich gemacht, eine auf die Gesamtpersönlichkeit bezogene Korrelation zwischen Alkoholquantum und situationsbedingter Reaktionsweise herzustellen, so daß sich ein bestimmter Symptomenkomplex mit einem bestimmten Trunkenheitsgrad gleichsetzen ließe. Wir kennen zwar den Ablauf der zentral-nervösen Intoxikation mit ihren mannigfachen und teilweise auch charakteristischen Merkmalen in der Erregungs- und Lähmungsphase, so daß der Alkoholeinfluß schlechthin in den meisten Fällen unschwer zu erkennen ist. Es ist auch möglich, eine gewisse Stufenfolge der akuten Alkoholvergiftung aufzuzeigen, die durch Merkmale wie 1. eine stärkere periphere Durchblutung, gesteigerte Motorik, Rededrang, 2. eine Ataxie, unter anderem mit typischen Störungen der Aussprache, 3. einen Schlafzustand usw. gekennzeichnet wird.

Diese Stufen gehen aber fließend ineinander über. Sie lassen sich weder nach der Zahl ihrer Symptome noch nach deren Intensität exakt abmessen oder voneinander abgrenzen. Schließlich ist auch der Verlauf der Alkoholvergiftung keineswegs so determiniert, daß jede Trunkenheit in eine Volltrunkenheit enden muß, weil nämlich erfahrungsgemäß jedes Stadium der Trunkenheit durch Ernüchterung durchbrochen werden kann (Stress-Reaktion).

Lediglich in den Anfangsstadien alkoholischer Beeinflussung ist es möglich, durch chemische und ferment-chemische Untersuchungsmethoden und durch sinnesphysiologische und leistungspsychologische Prüfungen die Störung motorischer, sensorischer und psychischer Teilfunktionen festzustellen. Deshalb sind auch die heute üblichen Laboratoriumsnachweise des Blutalkoholgehaltes unentbehrlich, wenn z. B. die Fahrfähigkeit eines Kraftfahrers beurteilt werden soll. Sie können auch bei anderen Delikten (Widerstand, Körperverletzung, Beleidigung, Unzucht usw.) die ärztliche Diagnose weitgehend unterstützen. Der Gewinn solcher Zahlenwerte darf aber nicht dazu verführen, aus ihnen den Grad der verminderten bzw. erheblich verminderten Z oder der ZU einfach ablesen zu wollen. Wir können deshalb auch nicht denjenigen folgen, die einen so differenzierten geistig-seelischen Komplex wie die alkoholbedingte Beeinträchtigung der Einsichtsfähigkeit und der Willensbestimmung ausschließlich nach der genossenen Alkoholmenge oder nach dem Blutalkoholwert beurteilen. Handelt es sich doch bei der Alkoholvergiftung nicht allein um eine Reaktion von zwei chemischen Verbindungen. Wie bei allen Vergiftungen werden vielmehr die Reaktionen — gleichzeitig oder nacheinander — an mehreren Funktionssystemen (Stoffwechsel, Kreislauf, Zentralnervensystem, neurohormonales System) einsetzen. Diese Reaktionen sind wiederum von der Ausgangslage des Organismus, von der biologischen Vollwertigkeit oder Minderwertigkeit seiner Organe oder Organsysteme abhängig (Konstitution). Die Organfunktion im positiven oder negativen Sinne ist aber ebenfalls eine veränderliche Größe, die insbesondere zeitlichen Schwankungen unterliegt (Disposition). Stellt man sich dann noch vor, daß alle organischen Reaktionen auf äußere Reize wiederum eine Kette von Gegen- oder Ausgleichsreaktionen auslösen, die keineswegs nur auf *ein* Organ beschränkt bleiben, sondern auch auf andere Funktionssysteme übergreifen, so wird man wohl verstehen, wie kompliziert eine Formel sein müßte, welche die Berechnung eines Produktes aus so vielen voneinander abhängigen Faktoren erlauben würde.

Es mag manchem wünschenswert erscheinen, mit Hilfe einer solchen mathematischen Formel errechnen oder an einer Tabelle ablesen zu können, ob ein Rauschtäter in einem bestimmten Zeitpunkt volltrunken gewesen ist oder nicht. Wir besitzen aber noch keine exakte wissenschaftliche Methodik, die es erlaubt, die *Gesamtheit der psycho-physischen*

Vergiftungsvorgänge, bezogen auf die Zeiteinheit, in einer gültigen Formel mit meßbaren und vergleichbaren Größen zusammenzufassen. Für die Beurteilung der Volltrunkenheit wird deshalb vorerst noch die Persönlichkeitsdiagnostik ausschlaggebend bleiben müssen, worauf auch in der juristischen Wissenschaft und in der praktischen Rechtsprechung großer Wert gelegt wird, wie sich aus den grundsätzlichen Entscheidungen hoher und höchster Gerichte entnehmen läßt.

Dem Nachweis der *Bewußtseinsstörung* wird erfahrungsgemäß bei den Trunkenheitsdelikten die größte Bedeutung beigemessen. Der Betroffene bringt zu seiner Entlastung einen Mangel an Erinnerungsvermögen oder einen völligen Erinnerungsverlust vor. Ankläger und Richter wiederum neigen dazu, den Grad der Besonnenheit zur Zeit der Tat mehr nach dem äußeren Verhalten des Täters zu beurteilen.

Wie wenig glaubwürdig ein von vornherein behaupteter totaler Erinnerungsausfall ist, das braucht dem erfahrenen Richter nicht mehr gesagt zu werden. Etwa vorhandene Erinnerunginseln (verschwommene Bilder, dunkles Empfinden für bestimmte Vorgänge, die sich „in nebelhafter Ferne“ oder „wie unter einem Schleier“ abgespielt haben) machen einen schweren Rauschzustand oftmals glaubhafter als der Einwand völliger Erinnerungslosigkeit. Wenn also der Täter in Vernehmungen oder in der Beweisaufnahme bei der Rekonstruktion von Tatvorgängen sich an diese oder jene Einzelheit erinnert, weil sein Gedächtnis durch Vorhaltungen unterstützt oder aufgefrischt wurde, so wird man solche „Schlaglichter der Erinnerung“ keinesfalls als das Kriterium einer ungestörten Bewußtseinslage ansehen dürfen. Das Haftensbleiben von Teilerlebnissen oder Einzelsituationen bedeutet noch nicht, daß der Berauschte auch die *Gesamtsituation* überblickt und den Ablauf der Ereignisse vollständig erfaßt hat, oder daß er durch vernünftige Erwägungen bzw. Einschaltung von Hemmungsvorstellungen seinen Willen anders als in Richtung auf diese Tat hätte bestätigen können.

In vielen Fällen ist auch nur ein „unbestimmtes Schuldgefühl“ nach der Ernüchterung vorhanden, ohne daß sich der Betroffene an Einzelheiten oder an den gesamten Tatkomplex erinnern kann.

Ein Oberleutnant zu See, der in der Trunkenheit mit einem Matrosen unzüchtige Handlungen vorgenommen hatte, sagte in der Hauptverhandlung wörtlich: „Mir ist es schon öfter passiert, daß ich so viel getrunken habe, daß mir der Faden abgerissen ist. Ich hatte am anderen Morgen (nach der Tat) ein unbestimmtes Gefühl, daß etwas vorgekommen war. Ich fragte den Matrosen K., was in der Nacht in der Kammer vorgefallen war. Ohne aber seine Antwort abzuwarten, bat ich ihn um Entschuldigung, wenn ich ihm zu nahe getreten sein sollte und stellte ihm anheim, sich über mich zu beschweren. Im Unterbewußtsein hielt ich irgend etwas für unklar“.

Aussagen in dieser Form sind jedenfalls glaubwürdiger als die Behauptung eines totalen Erinnerungsausfalles oder die leider häufigen

ausweichenden Antworten der Beschuldigten, sie seien sich einer schuldhaften Handlung „nicht bewußt“. In solchen Fällen wird der ärztliche Gutachter auch darauf hinweisen können, inwieweit das Auftauchen von Erinnerungsinselfn als ein Bestreben des Täters anzusehen ist, selbst an der Aufklärung der Tatmotive und der Rekonstruktion der Tatumstände mitzuwirken. Gerade bei den folgenschweren Rauschtaten bleiben dem Rauschtäter nach der Ernüchterung die eigentlichen Motive rätselhaft genug. Das Bedürfnis nach Erklärbarkeit der Tat, welches infolge der mnestischen Störungen oft selbstquälerische Formen annimmt, scheint uns die notwendige Voraussetzung oder der Beginn der „seelischen Aufarbeitung der Schuld“ zu sein. Diesen seelischen Prozeß zu begreifen und die Echtheit des Bestrebens nach schrittweiser retrograder Aufhellung zu erkennen, kann unter Umständen eine sehr wesentliche Aufgabe des ärztlichen Sachverständigen sein.

Die *totalen Alkoholamnesien* sind in der Regel nur kurz und lassen sich nach Sekunden und Minuten zählen. Wenn echte Amnesien beobachtet werden, die sich über mehrere Stunden erstrecken, so dürften sie als seltene Ausnahme anzusehen sein. Der medizinische Sachverständige wird deshalb im allgemeinen den vor Gericht erhobenen Einwand eines länger dauernden totalen Erinnerungsverlustes stets kritisch aufnehmen und die Zurückhaltung erfahrener Juristen in diesem Punkte teilen müssen, selbst wenn andere Befunde, wie z. B. die Höhe des Alkoholspiegels im Blut für den Genuß einer erheblichen Alkoholmenge sprechen. Aus solchen Situationen, in denen z. B. ein betrunken gewesener Täter gar nicht volltrunken erscheinen will oder welche ihm nicht zur Schuld angerechnet werden, lernen wir, daß die Erinnerungsfähigkeit auch nach erheblichen Alkoholmengen noch weitgehend erhalten bleiben kann. Das zeigen die folgenden Begutachtungsfälle:

1. Tgb. 362 Str. 54. Der 60jährige Buchhalter K. stand schon zum 2. Male im Verdacht, unzüchtige Handlungen mit Kindern unter 14 Jahren beabsichtigt zu haben. Er hatte im Anschluß an einen reichlichen und ungewohnten Alkoholgenuß auf dem Nachhausewege mehrere Kinder in unsittlicher Weise belästigt, konnte sich aber an die Tatvorgänge nicht mehr erinnern. Es lag ihm aber selbst daran, den Sachverhalt aufzuklären. Er war intelligent genug, seine Verteidigung nicht nur auf den Einwand des Erinnerungsverlustes zu beschränken. Nach mehreren Untersuchungen und eingehenden Explorationen berichtete er uns von einem viele Jahre zurückliegenden Alkohollebnis, welches er bisher noch niemanden erzählt hatte.

Während des letzten Krieges, als der Alkohol bereits Mangelware war, ging er eines Abends nach reichlichem Alkoholgenuß durch die verdunkelten Straßen der Berliner Innenstadt. In seiner Aktenmappe trug er eine Flasche Weinbrand, die für ihn unter den damaligen Verhältnissen ein Wertobjekt war. Obwohl er sich selbst „benebelt“ vorkam, kann er sich noch heute an diesen Nachhauseweg erinnern. Er habe plötzlich vor einem Eckladen an der Friedrich- und Leipziger Straße gestanden und die große Scheibe betrachtet. Es habe ihn nicht die Auslage hinter dieser Scheibe interessiert, sondern die Glasscheibe als solche. Dann habe er mit kräftigem Schwung seine Aktenmappe mit dem kostbaren Weinbrand gegen

diese Scheibe geschleudert, so daß die Schaufensterscheibe und die Flasche in Scherben ging. Es sei ihm heute noch unerklärlich, daß er unbeobachtet entkommen konnte. Am nächsten Tage ging er wieder an diesem Geschäft vorbei, um sich den Schaden zu ansehen. Er wurde aber nicht als Schadenstifter entdeckt.

2. Tgb. 71 Str. 54. Der 19jährige kaufmännische Lehrling D. hatte nach ebenfalls reichlichem Alkoholgenuß auf dem Nachhauseweg einen parkenden Pkw über eine größere Strecke weggeschoben. Blutalkoholgehalt: 1,98‰. Der junge Mann legte aber großen Wert darauf, nicht als volltrunken zu erscheinen. Er war leidenschaftlicher Kraftfahrer und bewarb sich gerade als Verkaufsfahrer. In seinem Strafregister sollte die Volltrunkenheit nicht in Erscheinung treten. Außerdem war der Pkw nach dem Abschleppen beschädigt worden. Es lag ihm daran, seine völlige Erinnerungsfähigkeit auch an geringfügig erscheinende Einzelheiten zu beweisen, weil er unter anderem die Reparaturkosten scheute. Er beschrieb in aller Ausführlichkeit, wie er den Wagen, dessen rechtes Seitenfenster angeblich offen gestanden hatte, aufgemacht und dann abgeschoben hatte, durch welche Straßen diese nächtliche Fahrt ging, wie er manchmal vorn am Steuerrad, manchmal hinten geschoben hatte, wie er einem Wächter begegnete, dem er sagte, er sei der Eigentümer des Pkw und ihm sei die Batterie ausgegangen, und wie ihm dieser Wächter behilflich war, den Wagen über eine ansteigende Strecke hinwegzuschieben.

Er bemerkte auch, wie er schließlich von einem anderen Pkw-Fahrer, dem diese Situation verdächtig vorkam, von hinten verfolgt wurde, so daß er schließlich den Wagen stehenließ und sich in einem Ruinengrundstück versteckte.

Diese Beispiele bestätigen erneut, daß die *Erinnerungsfähigkeit* ein subjektiver Befund ist, der unter anderem auch von der *Einstellung des Täters zur Tat* und von der *Art seiner Verteidigung* abhängt.

Sind aber genügend Merkmale für eine auch nur partielle Bewußtseinsstörung vorhanden, so wird weiterhin zu prüfen sein, ob dadurch auch die Voraussetzungen für die ZU erfüllt waren, und zwar sowohl hinsichtlich der Einsichts- als auch der Handlungsfähigkeit (RG 6 Sen. v. 4. 3. 46 JZ 1936, 1220). Das Bewußtsein umfaßt nicht nur die Wahrnehmung von eigenen und Umweltvorgängen und deren gedächtnismäßige Einprägung (Engramm), nicht allein die Fähigkeit zur psychophysischen Reaktion auf das Wahrgenommene. Hierzu gehört vielmehr auch die Fähigkeit, zu einer Sache Stellung zu nehmen, unter verschiedenen Möglichkeiten auszuwählen, einen Erfolg abzuwägen und dementsprechend seinen Willen zu bestimmen. Der Jurist JAHRREISS definiert die vollkommene und normale Bewußtseinslage mit „Wachheit und Besonnenheit“. Diese Qualitäten sind aber auch beim nüchternen Menschen in seinem alltäglichen Leben keineswegs immer vorhanden. Wer von ängstlichen Befürchtungen bedrängt oder von gedanklichen Plänen und Kalkulationen erfüllt eine Beschäftigung verrichtet, dessen Bewußtsein kann schon eingeengt sein. Unaufmerksamkeit, Zerstreutheit, Vergeßlichkeit und schließlich auch Fehlleistungen mancher Art sind die Symptome dieser noch normalpsychologisch erklärbaren Einengung des Bewußtseins. Auch die „Zweckmäßigkeit von Handlungen“ oder die Zielstrebigkeit und das Wollen, durch welche eine Handlung zur „bewußten“ Handlung werden soll, sind nicht gleichbedeutend mit

Bewußtsein, denn — wie BLEULER sagt — selbst ein Automat kann zweckmäßige Wahlhandlungen vollführen, und auch eine „gewollte“ Handlung, wie z. B. das tägliche Ankleiden, wird nicht immer „bewußt“ ausgeführt.

Der ärztliche Gutachter wird sich also davor hüten müssen, allzu hohe Anforderungen an die Bewußtseinsnorm zu stellen, wenn das Bewußtsein noch zusätzlich durch eine exogene Noxe wie den Alkohol verändert ist. Bei der nachträglichen und „nüchternen“ Beurteilung der rauschbedingten Verhaltensweisen besteht immer die Gefahr, aus einzelnen und scheinbar zweckentsprechenden Handlungen falsche Schlüsse zu ziehen und dabei die tatsächlichen Vorstellungsinhalte des Rauschtäters zu verkennen. An dem Beispiel des Buchhalters K. läßt sich unter anderem nachweisen, daß dieser trotz eines von ihm selbst als erheblich empfundenen Trunkenheitsgrades noch genügend orientiert war, um den Heimweg durch die verdunkelten Straßen der Innenstadt zu finden. Er war auch — wenn auch nur für wenige Augenblicke — aufmerksam genug, um die große Schaufensterscheibe des Eckladens deutlich zu erkennen. Sie machte auf ihn einen Eindruck, der ihm trotz seiner alkoholbedingten Bewußtseinseinengung noch nach Jahren lebhaft in der Erinnerung blieb. Wenn ihn aber damals dieser Eindruck veranlaßte, diese Schaufensterscheibe einfach zu zertrümmern, so war eine solche Handlung doch keineswegs mit einem vollen Bewußtsein erfolgt, wie man es nach seiner Persönlichkeit von ihm hätte verlangen können. Er hatte zwar einen Willen, der sich darin äußerte, die Glasscheibe zu zertrümmern. Es wurden aber die Gegenvorstellungen nicht wirksam, die ihn nach seiner Lebenserfahrung und nach seiner Erziehung im nüchternen Zustande von der Verwirklichung dieses ganz primitiven Zerstörungstriebes abgehalten hätten. Er war auch nicht mehr zu der Überlegung fähig gewesen, daß seine Handlung als eine Vorbereitung zum Diebstahl angesehen werden konnte und daß er unter den damaligen Verhältnissen (Ausnutzung der Verdunkelung!) eine besonders schwere Strafe zu erwarten gehabt hätte. Noch viel weniger hatte er bedacht, daß er durch seine Handlung seine Flasche Weinbrand einbüßte, die für ihn in der damaligen Situation ein Wertobjekt war.

Auch der kaufmännische Lehrling D. befand sich trotz seiner auf die nächste Umwelt beschränkten Orientierung keineswegs bei vollem Bewußtsein. Er hatte ebensowenig eine Diebstahlsabsicht wie der Buchhalter bei der Zertrümmerung des Schaufensters. Ein durch den Alkoholeuß gesteigerter und mangelhaft gesteuerter Betätigungsdrang, der fast stets im Verlauf seiner häufigen Alkoholexzesse auftrat, veranlaßte ihn vielmehr, durch das Wegschieben des Fahrzeuges, das einem ihm bekannten Nachbarn gehörte, diesem einen Streich zu spielen. Im nüchternen Zustande hätte er bei seiner guten Intelligenz zweifellos

erkannt, daß sein Verhalten beim Wegschieben trotz der Zweckmäßigkeit und Zielstrebigkeit seines Handelns doch recht auffällig war. Diese Überlegung drang aber in seinem Rauschzustand nicht durch. Auch seine Flucht nach Erkennung des Verfolgers berechtigt keineswegs zu der Annahme, er sei noch fähig gewesen, vernünftige Erwägungen anzustellen. Handelt es sich doch hierbei um eine ganz primitive Ausweichreaktion, die keineswegs das Merkmal eines wirklich einsichtsvollen Handelns aufweist. Das wird auch häufig genug bei der alkoholbedingten Fahrerflucht beobachtet. In einem unserer Begutachtungsfälle war ein flüchtiger Kraftfahrer in einer aufregenden und gefährlichen Jagd durch die Großstadtstraßen verfolgt worden. Wie später festgestellt werden konnte, handelte es sich um einen beamteten Arzt, der zum Alkoholmißbrauch neigte. Als er schließlich dadurch gestoppt werden konnte, daß sich ein Funkwagen quer über die Fahrbahn stellte, sprang er zornig aus dem Wagen und rief den Beamten zu: „Was fällt Ihnen denn ein, ich bin der Amtsarzt von R...!“ Ein derartiger Beweis von Urteilschwäche wird es dem erfahrenen Sachverständigen nicht schwer machen, das Gericht trotz bewiesener Fahrgeschicklichkeit von der Volltrunkenheit des Fahrers zu überzeugen, selbst wenn der Blutalkoholwert unter 1,5‰ gewesen sein sollte.

Die Vorzüge der Begutachtung einer Volltrunkenheit nach § 330 a StGB bestehen also darin, daß diese sich nicht nur auf die Feststellung einer toxischen Persönlichkeitsveränderung von Krankheitswert beschränkt, welche die Voraussetzungen des § 51, 1 StGB erfüllt, und mit dieser Feststellung zugleich die Schuldfrage löst. Der Sachverständige ist vielmehr in der Lage, auch die besonderen Verhaltensweisen des Rauschtäters in diesem Vergiftungsstadium zu bewerten, wodurch die *innere* Tatseite sehr wesentlich erhellt werden kann. Das ist er mit Rücksicht auf das allgemeine Rechtsgefühl auch demjenigen Rauschtäter schuldig, der zwar sein schuldhaftes Handeln eingesteht und auch für strafwürdig hält, der aber die aus seiner toxischen Seelenstörung entstandenen Beweggründe seines Handelns mit allen ihren scheinbaren und tatsächlichen Widersprüchen nicht entsprechend gewürdigt sieht.

Bei den Erörterungen um den § 330 a StGB wird von dem Richter häufig die Frage aufgeworfen, ob denn im konkreten Fall der Alkohol die *alleinige Ursache der Berauschung* gewesen sei. Es liegt in der Eigenart des § 330 a StGB, daß die ZU durch den Genuß geistiger Getränke oder anderer berauschender Mittel bedingt sein muß. Dieser Genuß bildet den Schuldvorwurf, wenn im Rausch eine mit Strafe bedrohte Handlung begangen wurde. Die ZU darf also *nicht* durch andere, das Bewußtsein oder die Geistestätigkeit verändernde Einflüsse hervorgerufen worden sein.

Diese Abgrenzung ist rechtlich notwendig und medizinisch auch erwünscht. Andererseits dürfen aber auch keine übertriebenen Anforderungen an den ursächlichen Zusammenhang gestellt werden. Es besteht hierbei ebenfalls die Gefahr, das bloße Quantum an Alkohol übermäßig zu bewerten. Bei der Erörterung des Volltrunkenheitsbegriffes war bereits daran erinnert worden, daß der Alkoholrausch nach Intensität und Qualität stets durch mehrere Faktoren bedingt wird. Nicht allein das Gift, sondern auch die persönliche Veranlagung und die situationsbedingte Reaktionslage des Trinkenden sind entscheidend für das jeweilige Erscheinungsbild der Vergiftung. In jeder noch so normalen Berausung spiegelt sich die Individualität. Wenn auch der Alkoholrausch in seinen augenfälligen Äußerungen und in seiner Verlaufsform bei der Mehrzahl der Menschen häufig wiederkehrende Übereinstimmungen zeigt, so ist er doch keine selbständige und automatisch ablaufende, sondern eine *persönlichkeitsgebundene Reaktion mit wechselnder Tönung und Färbung*. Der Zustand der ZU muß deshalb immer vom Rauschtäter her gesehen werden, der durch das „Mittel“ Alkohol in diesen Zustand versetzt worden ist. Dieses Mittel muß wesentlich zur Berausung beigetragen haben, wenn der Sinn der gesetzlichen Bestimmung erfüllt sein soll.

Das Reichsgericht (RG) hatte deshalb seine ursprüngliche Ansicht, daß der Zustand der ZU *allein* durch den Alkohol verursacht sein müsse, schon bald dahingehend abgeändert, daß auch andere Einflüsse, wie z. B. eine besonders starke Empfindlichkeit gegenüber dem Alkohol oder auch ein sonst unbedeutendes äußeres Ereignis, zu dem besonderen Zustande der Berausung gehören könne, wie er in § 330a StGB gemeint ist. Das RG beschränkte also die Volltrunkenheit keineswegs auf den sog. „gewöhnlichen“ und angeblich „normalen“ Rausch, sondern dehnte sie ausdrücklich auch auf abnorme Rauschformen und auf den sog. „pathologischen“ Rausch aus. Auch der Bundesgerichtshof (BGH) hält an dieser Rechtsprechung fest, daß „ein pathologischer, auf dem Boden einer entsprechenden Veranlagung des Täters entstandener Rausch“ ebenfalls die Voraussetzungen der Vorschrift erfülle, wobei er sich besonders auf die individuellen Schwankungen der Widerstandsfähigkeit gegen Alkohol und die unscharfen Grenzen zur abnormen Alkoholüberempfindlichkeit bezieht. „Wo im Einzelfall die Grenze liegt, kann für die grundsätzliche Anwendbarkeit der Vorschrift nicht entscheidend sein“ (RG St. 73, 11; JW. 1939, 545. — RG v. 14. 3. 39, DR 1939, 992. — BGH I, 196 v. 29. 5. 51).

Diese Ansicht kommt der medizinischen Auffassung des Alkoholrausches als einer exogenen Intoxikations-Psychose entgegen, welche in verschiedenen, persönlichkeitsgebundenen Erscheinungsformen auftreten kann. Der medizinische Gutachter wird dadurch der Notwendigkeit

enthoben, eine anerkannte psychische Störung aus konventionellen Gründen in eine „normale“ und eine „pathologische“ Reaktionsform zu unterteilen.

Diese willkürliche Trennung einer im Grunde einheitlichen toxischen Schädigung war vor der Einführung des § 330a StGB üblich und auch notwendig, weil damals alle Volltrunkenen, denen der § 51 StGB zugebilligt wurde, straflos bleiben mußten. Sie konnte also nur ein Zugeständnis an die Rechtssicherheit sein und hatte niemals eine medizinische Berechtigung. Ist es doch ein Widerspruch, einen psychischen Zustand als normal zu bezeichnen, der selbst in der gewöhnlichen Erscheinungsform deutliche Merkmale schwerer seelischer Störungen (Kritikschwäche, Denkhemmung, Stimmungsanomalien, Ideenflucht, Willenserregung usw.) aufweist (KRAEPELIN).

Leider hat dabei im Laufe der Zeit jene abnorme Alkoholreaktion, die vorwiegend auf dysphorischer Grundlage entsteht und sich durch elementare Triebentäußerung auszeichnet, unter der Bezeichnung „pathologischer Rausch“ fast den Charakter eines eigenen Krankheitsgeschehens erhalten. Dadurch hat dieser Begriff auch im juristischen Schrifttum und in der Rechtsprechung eine Sonderstellung erlangt, die uns nicht gerechtfertigt erscheint. Wir wiederholen deshalb den von medizinischer Seite schon mehrmals gemachten Vorschlag, die Bezeichnung „pathologischer Rausch“ aus der Nomenklatur der akuten Alkoholreaktionen zu streichen.

Andere Autoren (MAY und FRANKLIN) gehen sogar noch weiter und halten auch die Bezeichnungen „Alkoholhalluzinose“ oder „Delirium tremens“ für entbehrlich, denen der Charakter besonderer und abgegrenzter Krankheitsbilder abgesprochen wird. Sie können ebenfalls nur als alkoholbedingte Reaktionsformen gesehen werden. Nach den Beobachtungen von AUERSPERG und SOLARI stellen die typischen Fälle von Delirium und akuter Alkoholhalluzinose nur seltene Grenzfälle dar, während nahezu 90% der akuten Alkoholpsychosen sog. „Brückensyndrome“ sind, in welchen sich die Symptome der Alkoholhalluzinose und des Delirium tremens kombinieren. Schon KRAEPELIN hat auf die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten hingewiesen und hat Übergangsformen zwischen diesen beiden Krankheitsbildern anerkannt.

Ganz besonders erscheint uns aber in der gerichtlichen Medizin ein selbständiges Krankheitsbild „pathologischer Rausch“ durchaus entbehrlich. Die akuten Alkohol-Intoxikationen lassen sich nach ihren Verlaufsformen (z. B. gewöhnlich oder ungewöhnlich) und nach besonderen Merkmalen (Euphorie oder Dysphorie, gestörte Motorik, Denkhemmung, Verwirrtheit, illusionäre Umdeutungen, Gehörs- oder Gesichtshalluzinationen, psychische Erregung und blindwütiges Toben usw.) in durchaus zufriedenstellender Weise bezeichnen.

Der ärztliche Sachverständige kann jedenfalls bei der heute in der höchstrichterlichen Rechtsprechung herrschenden Auffassung damit

rechnen, daß er mit einer solchen *merkmalbestimmten* und auf die *Täter-Persönlichkeit* bezogenen Kennzeichnung der jeweiligen Rauschform verstanden wird. Der juristische Begriff der Volltrunkenheit beschränkt sich keineswegs auf eine bestimmte Reaktionsform, auf einen gewissermaßen *standardisierten Normalrausch*.

Die Fragen, die der medizinische Sachverständige im Zusammenhang mit dem § 330a StGB in foro beantworten soll, beziehen sich doch in erster Linie auf den *Rauschtäter*, auf den Grad seiner alkoholbedingten Bewußtseinsstörung, auf die Umstände, unter denen er sich in den Rauschzustand versetzt hatte, und auf die Wirkungen, die der Alkoholgenuß im allgemeinen auf ihn ausübt und im Tatfalle ausgeübt hat (RG St. 70, 326). Der § 330a StGB will also nicht nur den alkoholtoleranten, sondern auch den alkoholintoleranten Rauschtäter treffen, weil auch bei diesem der Alkohol die wesentliche Ursache der Berauschung sein und auch bei ihm ein „schuldhaftes Sichberauschen“ vorliegen kann.

OVERHAM hat kürzlich den Einwand gemacht, es widerstrebe dem Psychiater, eine Krankhaftigkeit, wie es der pathologische Rausch sei, bestraft zu sehen. Eine solche Formulierung geht aber an dem Grundgedanken des § 330a StGB vorbei. Seine Vorschriften wollen doch nicht einen *Zustand* der Berauschung bestrafen, mögen wir ihn nun normal oder pathologisch nennen. Dieser stellt nur die *Voraussetzung* für ein schuldhaftes Handeln dar. Der Schuldvorwurf trifft vielmehr den Rauschtäter, der sich vorsätzlich oder fahrlässig in diesen Zustand versetzt hat. Er kann an dem Zustandekommen der Berauschung schuld sein, auch wenn der Rausch in einer ungewöhnlichen Weise (alias „pathologisch“) verlaufen ist.

Ebensogut wie ein organisch oder seelisch kranker Mensch nach dem Strafrecht auf irgendeine Weise schuldig werden kann, wird man auch in bestimmten Fällen dem auf Alkohol abnorm reagierenden Menschen (unter anderen Schwachsinnige, Epileptiker, Hirnverletzte usw.) ein vorsätzliches oder fahrlässiges Sichberauschen zum Vorwurf machen können. Dabei wird natürlich im Einzelfall besonders zu prüfen sein, inwieweit der Vorsatz oder die Fahrlässigkeit gerade bei einem Hirntraumatiker zutrifft. Der medizinische Sachverständige würde aber das Wesen dieser Strafbestimmung verkennen, wenn er nach Krankheitsbildern klassifizieren wollte, wo es um die Täterschuld geht. Es wird also nicht, wie OVERHAM meint, der „pathologische“ Rausch bestraft, sondern seine Krankhaftigkeit in der gleichen Weise wie die, nach unserer Meinung ebenfalls anzuerkennende Krankhaftigkeit des „normalen“ Rausches lediglich als die Bedingung angesehen, die den strafbaren Tatbestand schafft.

Es war oben schon darauf hingewiesen worden, daß auch bei den abnormen Rauschzuständen der Kausalzusammenhang gewahrt sein muß. Die Kausalität wird nach den im Strafrecht geltenden Grundsätzen so definiert, daß der Alkoholgenuß nicht hinweggedacht werden kann, ohne daß die ZU entfielen (inadäquater Kausalzusammenhang). Es

kann natürlich nicht jeder Erregungs- oder Benommenheitszustand eines Täters, der Alkohol genossen hat, als abnormer Alkoholrausch angesehen werden. Bei einer anlagemäßigen oder situationsbedingten Stimmungs- labilität und Reizbarkeit können oftmals auch im abstinenten Stadium recht erhebliche Affektentladungen auftreten. In solchen Fällen ist besonders sorgfältig zu prüfen, ob etwa der Alkohol als „agent provocateur“ den seelischen Ausnahmezustand herbeigeführt hat oder ob dieser auch ohne Alkoholbeteiligung hätte auftreten können. Im letzten Falle könnte der § 330a StGB *nicht* angewendet werden.

Auch bei konkurrierenden Krankheitseinflüssen wird der Gutachter die Umstände gegeneinander abwägen müssen, die den Affektsturm letzten Endes verursacht haben. Das mag das folgende Beispiel erläutern:

Der 52jährige Kaufmann St. (Tgb. Nr. 67 Z 54) erlitt 1947 einen Schlaganfall mit Lähmung des rechten Beines. Venerische Infektion nicht bekannt. Während der Krankenhausbehandlung wurde Lues cerebros spinalis festgestellt. 1953 Depressionen, Müdigkeit und Vergesslichkeit. Anschließend manischer Schub mit Größenideen und phantastischen finanziellen Plänen. Eines Tages nach stärkerem Alkoholgenuß heftiger Erregungszustand. St. zog seine Freundin an den Haaren aus dem Bett, wollte sie mit dem Telefonkabel erdrosseln und über die Brüstung des Balkons auf die Straße werfen. Er wurde in eine Heilanstalt gebracht, wo die Diagnose: progressive Paralyse, gestellt wurde.

In einem solchen Falle würden die Voraussetzungen für die Anwendung des § 330a StGB ebenfalls nicht vorliegen. Läßt sich doch bei dem Nachweis einer derartigen organischen Erkrankung des Zentralnervensystems sagen, daß ein ähnlicher, von tätlichen Angriffen begleiteter Erregungszustand auch ohne Berausung auftreten kann, und daß der Rauschtäter auch ohne die akute Giftwirkung des Alkohols in seinem Geisteszustand bis zur ZU gestört ist.

Das gleiche müßte für andere, physiologische oder pathologische Einflüsse gelten, welche auch im nüchternen Zustande zur gleichen Tat hätten führen und *für sich allein* die Z ausschließen können.

In diesem Zusammenhang wird häufig auf die *Schlaftrunkenheit* verwiesen (B. MUELLER). v. WEBER sagt hierzu: „Wer etwa in Schlaftrunkenheit eine Straftat begeht, für die er nicht verantwortlich gemacht werden kann, der kann nicht deshalb strafbar sein, weil er zufällig dabei auch berauscht war.“ Nun sind aber die Vorgänge bei der alkoholischen Schlaftrunkenheit etwas komplizierter. Die plötzlichen Unterbrechungen des narkotischen Vergiftungsstadiums führen keineswegs in allen Fällen zu einer sofortigen und völligen Ernüchterung. Angst und Gereiztheit wirken als seelische Grundstimmungen auch im Schlafe noch fort. Wenn dann nach ungenügender Schlafdauer die alkoholische Giftwirkung auf die Gehirntätigkeit noch nicht abgeklungen ist, so kann es zu den gleichen Erscheinungen erheblicher Bewußtseinseingung mit Verkennung von Personen oder Situationen und mit scheinbar absichtsvollen, in Wahrheit

aber ungewollten, mehr oder weniger automatischen Handlungen kommen, wie wir sie bei ungewöhnlichen Räuschen mit deliranten oder epileptoiden Zügen zur Genüge kennen. Es erhält also die Schlaftrunkenheit nach reichlichem Alkoholgenuß und ungenügender Schlafdauer ihre besondere „alkoholische Färbung“. Derartige Reaktionsweisen gehören noch zur Alkoholintoxikation.

Deshalb kann es auch nicht befriedigen, wenn in einem Falle, in welchem ein Täter während einer $11\frac{1}{2}$ stündigen Arbeitszeit und am Abend zusammen 4 Liter Bier getrunken hatte, ein Schwurgericht nicht den Alkoholgenuß, den es für nicht besonders groß hielt (!), als Ursache der ZU angesehen, sondern einen Erregungszustand durch „plötzliches Erwecktwerden aus dem Schlaf“ als einen „anderen“ hinzutretenden Umstand gewertet hatte. Der Täter war nämlich am Wirtshaus tisch eingeschlafen. Ein Arbeitskamerad packte ihn an der Nase. Dadurch schreckte er auf und wurde tötlich. Im Verlauf des Streites wurde er vom Wirt und einigen Gästen aus dem Lokal befördert. Auf dem Heimweg folgte er seinem Arbeitskameraden und erstach ihn auf der Straße.

Das ist an sich der typische und folgenschwere Verlauf jener Form der Berauschung, die man bisher als „pathologisch“ bezeichnet hat. Auch ohne nähere Kenntnis der Täterpersönlichkeit scheint doch aber hier der Alkoholgenuß, der nach unserer Auffassung als reichlich bezeichnet werden muß, die *wesentlich mitwirkende* Ursache gewesen zu sein. Das Schwurgericht hätte also ohne Sinnverletzung die Vorschrift des § 330a StGB anwenden können, wie auch das RG entschieden hat, welches den inneren Zusammenhang zwischen der Ausgangssituation (körperliche Anstrengung und Alkoholgenuß) und der Schreckwirkung durchaus richtig erkannt hatte. Zwar war das Anpacken an der Nase ein besonderer äußerer Umstand. Es können aber nicht alle Reize der Außenwelt, welche an der Entstehung der ZU beteiligt waren, als selbständige Ursachen der ZU angesehen werden.

Oftmals sind sie, wie im vorliegenden Falle, nur der Anlaß, der die besondere Form des Alkoholrausches in die Erscheinung treten läßt. (RG v. 14. 3. 39, DR 1939, 992).

Die Verurteilung nach § 330a StGB kann auch mit einer *Einweisung in eine Trinkerheilanstalt* nach § 42c StGB verbunden werden. Letztere ist eine Besserungsmaßnahme, die keinen Strafcharakter tragen darf. Voraussetzung ist neben einer rauschbedingten strafbaren Handlung, zu welcher auch das Sonderdelikt der Volltrunkenheit nach § 330a StGB gehört, ein gewohnheitsmäßiger Gebrauch geistiger Getränke, der entweder zu wiederholten Rauschzuständen oder zu sonstigen, durch das häufige Trinken hervorgerufenen Persönlichkeitsveränderungen, insbesondere Willensstörungen geführt hat, so daß die Arbeits- und Leistungsfähigkeit beeinträchtigt wird (BGH St. 3, 339). Der Ausdruck „im Übermaß“, der sich im Wortlaut des § 42c StGB findet, ist also nicht dahingehend auszulegen, daß das Übermaß an etwa üblichen Durchschnitts- oder Höchstmengen größerer Bevölkerungskreise gemessen werden soll. Es sind vielmehr diejenigen — möglicherweise unterdurchschnittlichen — Mengen ausschlaggebend, welche den Betroffenen nachweisbar derart schädigen, daß sie über das ihm zuträgliche Maß hinausgehen. Eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit (wie bei § 42b StGB)

braucht infolge dieses gewohnheits- und übermäßigen Alkoholgenusses nicht vorzuliegen. Es ist jedoch vor der Anordnung der Unterbringung ebenso wie bei § 42b StGB zu prüfen, ob nicht der Zweck der beabsichtigten Unterbringung auf eine mildere Weise (z. B. Eintritt in einen Enthaltungsverein oder Verpflichtung zu freiwilligen Kontrollen durch Fürsorgestellten usw.) erreicht werden kann.

Die Einweisung in eine Heil- und Pflegeanstalt nach § 42b StGB kommt in Verbindung mit § 330a StGB nicht in Frage, weil sie einen länger dauernden Zustand der ZU, nicht aber einen vorübergehenden wie beim akuten Alkoholrausch zur Voraussetzung hat. Wenn aber echte psychotische Störungen infolge chronischen Alkoholmißbrauchs vorliegen, dann wird der Betroffene auch nicht nach § 330a StGB schuld-fähig sein. Hingegen kann die Sicherungsverwahrung nach § 42e StGB für einen Rauschtäter angeordnet werden, wenn er zugleich als gefährlicher Gewohnheitsverbrecher nach § 20a StGB verurteilt worden ist.

Bei der Frage des Schuldvorwurfes wird im juristischen Schrifttum häufig diskutiert, ob der *übermäßige Alkoholgenuß eine gemeine Gefahr* bedeute, so daß jeder, „der sich vorsätzlich oder fahrlässig der Wirkung alkoholischer Getränke aussetzt, der in ihnen schlummernden Gefahr von Ausschreitungen hätte bewußt werden können (BGH, Urteil vom 12. 4. 51, JZ 1951, S. 459), oder ob man nach der allgemeinen Lebenserfahrung einen Berauschten nicht schlechthin mit einer entfesselten Naturgewalt auf eine Stufe stellen dürfe, sondern nur den *einzelnen Berauschten* oder die bestimmten Typen, die sich im Rausch als hemmungslos erweisen (R. LANGE).

Der in der strafrechtlichen Praxis erfahrene medizinische Sachverständige wird der Auffassung von der allgemeinen Gefährlichkeit des übermäßigen Alkoholgenusses zustimmen müssen. Gerade im Gerichtssaal wird ihm zur Genüge demonstriert, wie trügerisch auch die erprobteste Trinkfestigkeit sein kann. Es ist eine Erfahrungstatsache, daß die Alkoholtoleranz *keine konstante Größe* ist, die für ein ganzes Menschenleben und für jede nur mögliche Reaktionslage des Menschen gilt. Eingehende Explorationen und Untersuchungen lehren immer wieder, daß auch der angeblich alkoholresistente Gewohnheitstrinker körperliche oder psychische Symptome der Intoleranz aufweist, welche häufig nicht erkannt oder trotz Erkennens nicht als Warnsignale beachtet werden. So ist es z. B. nur zu bekannt, daß die partiellen Erinnerungsausfälle bei gelockerten Trinksitten nicht ohne Befriedigung als die Bestätigung der erstrebten völligen Berauschung registriert werden, während sie eigentlich für jeden reifen und erfahrenen Menschen — und nicht nur für den Arzt — die alarmierenden Symptome einer latenten Intoleranz sein sollten, welche *jederzeit* und bedauerlicherweise auch *unvermittelt* den Rausch gefährlich machen können. Wir müssen auch annehmen,

daß eine echte, mit naturwissenschaftlicher Methodik nachweisbare, gewissermaßen humoral begründete Alkoholtoleranz gar nicht so weit verbreitet ist, wie es für gewöhnlich angenommen wird. Wenn wir nach den eindrucksvollen Versuchen von LAVES berechtigt sind, Beziehungen zwischen der Alkoholtoleranz und der Stress-Fähigkeit anzunehmen, so erfahren wir aber auch, daß LAVES an einem großen Material nur in 30% eine sichere Toleranz nachweisen konnte. Seine Untersuchungen würden also die Auffassung von der potentiellen Gefährlichkeit jeder Berausung unterstützen.

Zusammenfassung.

Die Voraussetzung zur Bestrafung nach § 330a StGB ist ein Rauschzustand, der die Zurechnungsfähigkeit nach § 51 Abs. I StGB ausschließt. Diese Volltrunkenheit ist nicht als eine medizinische Diagnose aufzufassen. Sie ist ein juristischer Begriff, dem eine Reihe von alkoholbedingten Reaktionsweisen unterstellt werden können. Der akute Rauschzustand darf auch nicht nur quantitativ nach dem exogenen Faktor Alkohol beurteilt werden. Die sinnesphysiologischen und leistungspsychologischen Prüfungen können wohl in den Anfangsstadien alkoholischer Beeinflussung gewisse Teilfunktionsstörungen (motorisch, sensorisch und psychisch) registrieren. Es läßt sich aber aus ihnen ebensowenig wie aus den Blutalkoholwerten der Grad der Zurechnungsfähigkeit bzw. -unfähigkeit ablesen. Für die Beurteilung der Volltrunkenheit wird deshalb vorerst noch die Persönlichkeitsdiagnostik ausschlaggebend bleiben müssen.

Die Bewußtseinsstörung als Symptom der Volltrunkenheit schließt eine weitgehende Erinnerungsfähigkeit nicht aus. Das Bewußtsein umfaßt nicht nur die Wahrnehmung äußerer Eindrücke, sondern auch die Einsichts- und Handlungsfähigkeit. Wer nicht mehr zu einer Sache Stellung nehmen, einen Erfolg abwägen und dementsprechend seinen Willen bestimmen kann, muß ebenfalls als zurechnungsunfähig angesehen werden.

Nach der geltenden Rechtsprechung muß bei Anwendung des § 330a StGB der Alkohol die *alleinige* Ursache der Berausung gewesen sein. Das bedeutet aber nicht, daß eine besonders große Alkoholmenge zur Anerkennung der Volltrunkenheit gefordert werden muß. Auch ein abnorm verlaufender Rausch, der durch Konstitution oder Disposition beeinflusst wird, kann die Voraussetzung zur Zurechnungsunfähigkeit erfüllen. Die gesetzlichen Vorschriften beschränken sich nicht auf einen „standardisierten Normalrausch“. Sie bestrafen auch nicht etwa den Rauschzustand, ob er nun gewöhnlich oder ungewöhnlich verläuft, sondern den *Rauschtäter*, der sich schuldhaft (vorsätzlich oder fahrlässig)

in diesen Zustand versetzt hat. Auch der alkoholintolerante Täter kann schuldhaft handeln.

Die medizinisch widerspruchsvolle Unterteilung des akuten Rauschzustandes in den sog. „normalen“ und den sog. „pathologischen“ Rausch ist überflüssig und kann bei der Begutachtung nach § 330a StGB wegfallen. Es genügt eine merkmalsbestimmte und auf die Täterpersönlichkeit bezogene Kennzeichnung der jeweiligen alkoholbedingten Reaktionsform.

Bei anlagemäßiger oder situationsbedingter Stimmungs labilität und Reizbarkeit mit Affektentladungen oder anderen konkurrierenden Krankheitseinflüssen (Paralyse) ist besonders sorgfältig zu prüfen, ob der Zustand der Zurechnungsunfähigkeit auch *ohne* Alkoholbeteiligung aufgetreten wäre.

Die Verurteilung nach § 330a StGB kann auch mit einer Einweisung in eine Trinkerheilanstalt (§ 42c StGB), nicht aber mit einer Einweisung in eine Heil- und Pflegeanstalt (§ 42b StGB) verbunden werden. Die Anordnung der Sicherungsverwahrung für einen Rauschtäter ist möglich.

Die Allgemeingefährlichkeit jeder Berausung muß vom Arzt anerkannt werden. Die Alkoholtoleranz ist keine konstante Größe, die für ein ganzes Menschenleben und für jede nur mögliche Reaktionslage gilt. Die Symptome einer latenten Intoleranz, welche jederzeit und bedauerlicherweise auch unvermittelt den Rausch gefährlich machen können, werden oft genug übersehen oder nicht beachtet.

Literatur.

- ASCHAFFENBURG, G.: Die Zurechnungsfähigkeit unter der Einwirkung des Alkohols. In HOCHES Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. Berlin: Springer 1934. — AUERSPERG, A., u. G. SOLARI: Brückensynndrome der akuten Alkoholhalluzinose zum Delirium tremens. Nervenarzt **24**, 407—414 (1953). — BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin: Springer 1937. — BOLDT: Zur Handlung des Zurechnungsunfähigen in § 330a StGB. DR **9**, 1035ff. (1939). — CRAMER: Über die forensische Bedeutung des normalen und pathologischen Rausches. Mschr. Psychiatr. **13**, 36; 1903. — DALCKE: Strafrecht und Strafverfahren. Berlin: J. Schweitzer 1955. — HALLERMANN, W.: Die Beurteilung der Trunkenheitsdelikte im Rahmen der neuen Gesetzgebung. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **28**, 83—89 (1937). — JAHREISS: Zit. nach ASCHAFFENBURG. — KRAEPELIN, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig 1899. — LANGE, R.: Der gemeingefährliche Rausch. Z. Strafrechtswiss. **59**, 574 (1939) und Anmerkung in JZ 1951, S. 460ff. — LAVES, W.: Über Unterschiede der individuellen Alkoholverträglichkeit und deren Ursachen. Beitr. gerichtl. Med. **19**, 86—92 (1952). — MAY, u. FRANKLIN: Pathologischer Rausch, Alkoholhalluzinose und andere Alkoholreaktionen. Quart. J. Alcohol **14**, 200—227 (1953). — MUELLER, B.: Zur Terminologie und forensischen Beurteilung alkoholischer Rauschzustände nebst Bemerkungen über das künftige Strafrecht. Dtsch. Z. gerichtl. Med., **14**, 296—324 (1930). — OVERHAMM, G. C.: Die psychiatrisch-forensische Beurteilung des delinquierenden Trinkers. Öff. Gesdh.dienst **15**,

Die ärztliche Begutachtung der Alkoholdelikte im Rahmen des § 330a StGB. 537

127 (1953). — ROMMENEY, G.: Ungewöhnliche Formen des Alkoholrausches. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **41**, 277—288 (1952). — SCHWARZ, O.: Kommentar zu Strafgesetzbuch. München und Berlin: C. H. Beck 1954. — STIER, E.: Die akute Trunkenheit und ihre strafrechtliche Begutachtung. Jena 1907. — WEBER, v.: Die Bestrafung der Rauschat. G. S. **106**, 329 (1935). — Die Bestrafung von Taten Volltrunkener. MDR **1952**, 641.

Prof. Dr. G. ROMMENEY, Berlin-Dahlem, Hittorfstr. 18,
Institut für gerichtliche Medizin der Freien Universität Berlin.
