

## Blutalkoholbestimmung und private Versicherung.

Von

GOTTFRIED JUNGMICHEL, Göttingen.

Als wir vor 20 Jahren in Deutschland mittels der genialen Methode des leider zu früh verstorbenen schwedischen Forschers WIDMARK objektive Grundlagen für die Beurteilung alkoholbedingter Delikte gewannen, schienen uns viele Fragestellungen auf diesem Gebiet einer Beantwortung nähergebracht.

Zwar dürfte heute über die technische Durchführung der Bestimmung von Alkohol im Blut mittels dieser Methode in der Hand des Geübten und Erfahrenen kein Zweifel mehr bestehen, für die Vorbedingungen zur Untersuchung jedoch wie für die Auswertung der erhaltenen Befunde tauchen nicht nur neue, sondern auch immer wieder alte, anscheinend längst überholte Zweifel auf.

Es ist nicht meine Absicht, im Rahmen meiner heutigen Ausführungen auf alle diejenigen Punkte näher einzugehen, die ich beim Bearbeiten oder Durcharbeiten von zahlreichen, mir freundlicherweise von verschiedenen Versicherungsgesellschaften überlassenen Akten gefunden habe. Ich werde nur hin und wieder beim Besprechen einzelner, besonders charakteristischer Fälle auf gewisse Begebenheiten hinweisen. Ebenso möchte ich nicht alle wichtigen gesetzlichen Grundlagen der privaten Versicherung hier erwähnen, die im Versicherungsvertragsgesetz (VVG.) und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB.) der verschiedenen Versicherungssparten — übrigens keineswegs gleichlautend — niedergelegt sind. Es sei dazu auf den gründlichen Kommentar von PRÖLSS (6. Auflage 1950) und seine soeben erschienene ausführliche Veröffentlichung zur Frage „Trunkenheit am Steuer und Kraftfahrversicherung“ verwiesen. Ich möchte im wesentlichen zur Frage der „Bewußtseinsstörung“ (§ 3 Abs. 4 oder 5 bzw. d oder e AUVB.), der „nachträglichen willkürlichen Gefahrerhöhung“ (§ 23 VVG.), der „groben Fahrlässigkeit“ (§ 61 VVG.) sowie dem „bedingten Vorsatz im Sinne der Obliegenheitsverletzung“ (§ 152 VVG.) Stellung nehmen, soweit sie in Beziehung stehen zur Blutalkoholbestimmung.

Auf der XIII. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin in Kiel im Juli 1939 habe ich in meinem Vortrag „Unfall und Alkohol“ bereits die in den „Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen“ aufgeführte Bestimmung: „Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle infolge von Schlag-, Krampf-, Ohnmachts- und Schwindelanfällen, von Geistes- oder Bewußtseinsstörungen, es sei denn, daß diese Anfälle oder Störungen

durch einen Versicherungsfall hervorgerufen waren“, kurz besprochen. Damals habe ich der Meinung Ausdruck gegeben, daß im allgemeinen von 1,50/00 Alkohol im Blut (A.i.B.) an und darüber eine solche Bewußtseinsstörung anzunehmen sei, daß aber jeder einzelne Fall von einem erfahrenen ärztlichen Sachverständigen beurteilt werden müßte. Diese Ansicht wurde und wird vielfach geteilt.

Nun hat der VII. Zivilsenat des ehemaligen Deutschen Reichsgerichts „zum Begriff der ‚Bewußtseinsstörung‘ im Sinne des § 3d der Allgemeinen Unfallzusatzversicherungsbedingungen“ in seiner Entscheidung vom 10. 5. 40 zu dieser Frage eingehend Stellung genommen. Ich möchte aus dieser Entscheidung (RGZ. 164, 49 ff.) nur folgendes wörtlich anführen:

„Daß die Bewußtseinsstörung im Sinne dieser Bestimmung die als ‚typische‘ (allgemein gültige) Versicherungsbedingung der Auslegung durch das Revisionsgericht zugänglich ist, durch Trunkenheit hervorgerufen werden kann, unterliegt keinem Zweifel, wird vom Berufsrichter auch nicht verkannt. Eine Bewußtseinsstörung, wie sie allgemein verstanden wird und deshalb auch hier verstanden werden muß, ist nicht mit völliger, zeitlich begrenzter Bewußtlosigkeit gleichzustellen. Sie erfordert also nicht, wie diese, ein gänzlich Versagen der Sinnesfähigkeit, sondern nur ihre Störung mit wesentlicher Beeinträchtigung der Aufnahme- und Gegenwirkungsfähigkeit. Die Ausschlußbestimmung des § 3d AVB. beruht auf dem Gedanken, daß das Ergebnis des Unfallereignisses, die Tötung oder Gesundheitsbeschädigung, letzten Endes nicht eigentlich auf den Unfall, sondern auf den bei dessen Eintritt schon vorhandenen krankhaften Zustand des Versicherten zurückzuführen ist. Unter die krankhaften Zustände dieser Art wird mit gutem Grunde die Störung oder Trübung des Bewußtseins einbegriffen, weil ein solcher Zustand bereits den Versicherten unfähig macht, die Gefahrlage, in der er sich befindet oder in die er sich begibt, klar zu erkennen und sich darin besonnen und richtig zu verhalten, mithin das zu tun, was bei Beherrschung der Sinne zur Vermeidung eines Unfalles erwartet werden kann . . .“ (siehe dazu Besprechung von Süss).

Nach dem Wortlaut dieser Entscheidung könnte es einfach erscheinen — und es wird von manchen schematisch gehandhabt — jeweils und grundsätzlich nach reichlichem Alkoholgenuß eine Trübung des Bewußtseins zu unterstellen und Versicherungsschutz für die Unfallversicherung zu versagen. Mit Recht weist z. B. kürzlich RAUCH darauf hin, daß man „bei einem Blutalkoholgehalt von über 10/00 auch bei einem alkoholgewohnten Menschen eine Beeinflussung des Geisteszustandes durch Alkohol annehmen“ kann. Und SCHLEYER nimmt „zur ärztlichen Begutachtung von Trunkenheitsdelikten in foro“ in ähnlicher Weise Stellung. Andere Sachverständige haben sogar diesen Begriff der „Bewußtseinsstörung“ in ihren Gutachten noch weiter ausgedehnt und dabei hervorgehoben, daß eigentlich praktisch jeder auch noch so geringe Alkoholgenuß geeignet sein kann, „das Bewußtsein zu stören“.

Es ist nun aber bei der Beurteilung der Frage, ob im Einzelfall eine solche alkoholbedingte Bewußtseinstörung oder -störung vorgelegen

hat, stets zu *beweisen*, daß diese und *nur* diese den Unfall herbeigeführt hat, daß also irgendeine andere Ursache auch mitwirkender Art ausscheidet. Diese Beantwortung bzw. die Erbringung dieses Beweises ist selbst nach reichlichem Alkoholgenuß des Verunglückten oft unendlich schwer, wenn nicht unmöglich. Wenn z. B. Übermüdung, Einnicken, Einschlafen, Ablenkung durch Unterhaltung mit den Insassen usw. hereinspielen und als wesentliche mitwirkende Ursachen dargetan werden können, wird Versicherungsschutz gewährt.

Mehrfach war die Tatsache zu beurteilen, daß neben Alkoholgenuß *Exzesse in venere* zur Debatte standen, wonach sich bei verhältnismäßig geringem Blutalkoholgehalt der Unfall ereignet hatte. Ich habe seit vielen Jahren zu dieser Frage Material gesammelt und glaube, folgendes behaupten zu können: es ist nicht nur die allgemeine Erschlaffung danach, die die Alkoholbeeinträchtigung zu stärkerer Entfaltung bringt, sondern es werden sich sogar objektiv-wissenschaftliche Feststellungen treffen lassen dahin, daß Wechselbeziehungen bestimmter Art zwischen Hormonspiegel und Alkoholwirkung bestehen.

Die Untersuchung des Unfallgeschehens durch *technische* Sachverständige erleichtert oft die ärztliche Begutachtung. So konnte in einem Fall nachgewiesen werden, daß erst durch den Unfall der rechte Vorderreifen geplatzt war, daß also dieser Umstand nicht den Unfall verursacht hatte. Übrigens machte sich gerade hier die fehlende Blutalkoholbestimmung sehr unangenehm bemerkbar; sie war unterlassen worden, weil nur ein ganz geringer Alkoholgenuß durch die Kegelbrüder (Akademiker) bekundet war, tatsächlich aber nicht zutraf. Es ist immer noch zu wenig bekannt, daß der Wert der *klinischen Diagnose* bei der Trunkenheitsfeststellung ein sehr relativer sein kann (WIDMARK, JUNGMICHEL und JAENSCH, GOLDBERG, PAULY bei SCHLEYER u. a.). Auch das neue Präparat „Oligo“ ist nach eigenen Feststellungen nicht imstande, den „Mundgeruch“ nach Alkoholgenuß („Alkoholfahne“) zu beseitigen. Es sei in diesem Zusammenhang nur bemerkt, daß das Unfallereignis imstande ist, durch „Schock“ sowohl ernüchternd als auch — seltener — verstärkend zu wirken.

Trotz Blutalkoholbestimmung sollte jeder Einzelfall genau untersucht werden. Mit vollem Recht hat daher das *Hanseatische Oberlandesgericht Hamburg* im Urteil vom 9. 1. 51 festgestellt:

„Ein Blutalkoholgehalt von 20/100 allein genügt nicht zur Feststellung der Fahruntüchtigkeit eines Verkehrsteilnehmers. Es muß vielmehr im Einzelfall geprüft werden, welche Wirkung die genossene Alkoholmenge gerade auf den Angeklagten gehabt hat.“

Nicht allzuselten wurde in den Akten zahlreicher moderner *Entrauschungsmittel* Erwähnung getan. Es sei hier nochmals festgestellt, daß wir bis heute kein wirklich brauchbares derartiges Mittel kennen.

Ob und inwieweit das von GOLDBERG angegebene Estron tatsächlich eine Rolle zu spielen geeignet sein wird, bleibt weiterer Untersuchung vorbehalten.

In dem Fall eines „Kaffeeschmeckers“ habe ich aus dem Gesamt-  
ablauf des Unfallgeschehens trotz 2,4<sup>0</sup>/<sub>00</sub> A.i.B. zur Zeit der Blutentnahme  
eine Bewußtseinsstörung abgelehnt. Es ergaben dann auch die späteren  
Ermittlungen, daß die Alkoholresorption beim Unfall noch nicht beendet  
war. Ein anderer Sachverständiger hatte für die Unfallszeit 1,4<sup>0</sup>/<sub>00</sub> A.i.B.  
errechnet. Der Angeklagte wurde im Strafverfahren freigesprochen. Die  
vereinbarten Unfalltagegelder und der Kaskoschaden wurden von der  
Versicherung bezahlt.

Unsere auf dem I. Internationalen Kongreß für gerichtliche Medizin  
1938 in Bonn ausgesprochene Meinung über den Wert *psychotechnischer*  
*Versuche* hat sich nicht geändert.

So hat ein Landgericht den Autofahrer mit einem Blutalkoholgehalt von 1,49<sup>0</sup>/<sub>00</sub>  
trotz eingehender psychotechnischer Untersuchungen und ärztlicher Gutachten,  
die nachträglich seine Fahrsicherheit ermittelten, wegen Trunkenheit am Steuer  
verurteilt.

Das immer noch angewandte Vorgehen, *nach* dem Unfall Alkohol  
(etwa aus einer mitgeführten halbgefüllten Cognakflasche) zu sich zu  
nehmen, um so den wahren Tatbestand zu verschleiern, mußte mehr-  
mals begutachtet werden. Die 3. Strafkammer des Landgerichts Aurich  
hat in ihrem rechtskräftigen, mir von OSTA. HUISMANS zugesandten  
Urteil vom 5. 7. 50 eine solche Angabe als „leere Ausrede“ gewürdigt  
und ein derartiges Verhalten einschließlich der dabei begangenen Fahrer-  
flucht besonders hart bestraft, eine Entscheidung, die voller Nach-  
ahmung wert ist.

Trotz der neuen Untersuchungsergebnisse von GOLDBERG und Mit-  
arbeitern, daß *chronische Trinker* „mehr vertragen“ können, haben sich  
in Verbindung mit eigenen früheren Feststellungen aus den bearbeiteten  
Akten mehrfach gerade dafür Gesichtspunkte ergeben, daß chronische  
Trinker unter Umständen schon nach geringem Alkoholgenuß „bewußt-  
seinsgestört“ waren.

In einem von einem besonders erfahrenen Pathologen sezierten Falle mußte ich  
sogar bei einem nichtversicherten chronischen Trinker bei nur 1,3<sup>0</sup>/<sub>00</sub> A.i.B. diesen  
Alkohol als vorwiegende Todesursache annehmen (der Urinalkoholgehalt war nicht  
bestimmt. Siehe auch dazu LINCK).

Es gibt eben auch hier keine absolut gültigen Maßstäbe, dafür aber  
fließende Übergänge zum „plötzlichen Tod aus natürlicher Ursache“.

Allein aus der Unfallsituation heraus bei nur vermutetem Alkohol-  
genuß eine „Bewußtseinsstörung“ anzunehmen, muß abgelehnt werden,  
ebenso wenn der Oberarzt einer chirurgischen Abteilung aus Mitleid  
objektiv falsche Zeugnisse bezüglich Alkoholgeruch erstattet.

Bei der *Rückrechnung* — wir haben seit langem Zurückhaltung in praktischen Fällen empfohlen — wurde häufig zu schematisch vorgegangen. Die neueren Untersuchungen von MANZ, LAVES, GOLDBERG u. a. waren nicht beachtet. Man gewann aus den Akten des öfteren den Eindruck, daß manche Sachverständige nur über veraltetes, theoretisches Wissen verfügten, so z. B. wenn der Alkoholgehalt bis auf 3 Stellen nach dem Komma angegeben und darauf etwa eine umständliche Rechnung aufgebaut wurde. In solchen Fällen sind die Versicherungsgesellschaften schlecht beraten.

In einer Akte gaben 3<sup>0</sup>/<sub>100</sub> A.i.B. und 30—40% *Kohlenoxydhämoglobin* Veranlassung, zur Mitwirkung dieses CO-Gehaltes an dem Tode des 48 Jahre alten Mannes gutachtlich Stellung zu nehmen, da eine Kohlenoxydvergiftung im versicherungsrechtlichen Sinne als Unfall anzusehen ist (sofern nicht ein Selbstmord in Frage kommt). Das OLG. Arnsberg hat schließlich die Klage der Witwe, daß hier ein entschädigungspflichtiger Unfall vorliege, abgewiesen (GEORGH).

Aber nicht nur bei Verkehrsunfällen ist eine Beurteilung bezüglich § 3 Abs. 4 AUVB. zu fordern, sondern auch bei anderen Unfällen. So ließ in einem noch nicht rechtskräftigen Urteil ein Landgericht dahingestellt, ob bei 2,4<sup>0</sup>/<sub>100</sub> A.i.B. (2,8<sup>0</sup>/<sub>100</sub> A.i.U.) eine „Bewußtseinsstörung“ vorgelegen hat und führte weiter aus:

„Den Nachweis dafür, daß der Unfall eine Bewußtseinsstörung war, hatte die Beklagte zu erbringen. Sie konnte sich hierfür nur auf die Erfahrungen des täglichen Lebens berufen. Sie regelmäßig dafür sprechen, daß ein Sturz, den ein Trunkener erleidet, eine Folge der Trunkenheit ist. Es handelt sich daher um einen typischen Geschehensablauf, der nach dem äußeren Anschein auf die Trunkenheit als Ursache hindeutet. Ein bestimmter Nachweis der Unfallursache wäre deshalb nach den Regeln des *Anscheinsbeweises* nicht erforderlich gewesen, wenn die Klägerin nicht die *ernstliche Möglichkeit* eines abweichenden Geschehensablaufs hätte dartun und beweisen können (vgl. BAUMBACH-LAUTERBACH, Anh. 3B zu § 282 ZPO.). Die Klägerin hat jedoch den Nachweis erbracht, daß auch andere Umstände als die Trunkenheit des Verstorbenen ernsthaft als Unfallursachen in Betracht kommen“. Es war der etwa 60 Jahre alte Mann auf einer schmalen, verhältnismäßig steilen Treppe ohne Geländer abgestürzt („neigte sich nach hinten“) und war an einem Schädelbruch gestorben, ohne daß er andere Verletzungen bei dem Sturz erlitten hatte. Kurz vorher hatte er den Gummiabsatz eines Schuhs verloren. In dieser Tatsache sah das Gericht vorwiegend die „ernstliche Möglichkeit“. Der ärztliche Sachverständige hatte in beiden Gutachten die Ansicht vertreten, daß nur die Bewußtseinsstörung die Ursache für den Unfall gewesen wäre.

In einem situationsmäßig fast gleichgelagerten Fall (2,6<sup>0</sup>/<sub>100</sub> A.i.B. und 2,9<sup>0</sup>/<sub>100</sub> A.i.U.) hat das LG. Köln „Bewußtseinsstörung“ angenommen und die Klage der Erben rechtskräftig abgewiesen.

Bezüglich *Fahrlässigkeit* im Sinne des § 823 BGB. bei einer Gefälligkeitsfahrt hat das OLG. Frankfurt eine wichtige Entscheidung getroffen. Es fand ein allgemeines Trinkgelage statt, an dem der beklagte Fahrer des später verunglückten Lieferwagens sowie der tödlich verunglückte

Ehemann der Klägerin und weitere Personen teilnahmen. Der Fahrer sträubte sich, „mit Rücksicht auf den genossenen Alkohol“ zu fahren; erst auf allgemeines Drängen vornehmlich des dann tödlich Verunglückten und ausdrückliches Erklären, daß die Gäste unter Erkennung des Alkoholgenusses auf eigene Gefahr die Fahrt unternähmen, fand sich der Beklagte schließlich bereit. Bei dem Fahrer wurde 1,70/00 A.i.B. festgestellt. Das Landgericht gab der Klage der Witwe, der Beklagte habe durch fahrlässiges Verhalten den Tod ihres Mannes allein verschuldet, zunächst statt. Das OLG. wies dann aber ab. Es wäre eine *reine Gefälligkeitsfahrt* gewesen; vertragliche Beziehungen kämen somit nicht in Frage. Auch § 8 KFG. entfiel. Fahrlässigkeit im Sinne von § 823 BGB. liege zwar vor, jedoch sei die Haftung hierfür mit Rücksicht auf den genossenen Alkohol vor Antritt der Fahrt ausdrücklich, mindestens aber stillschweigend ausgeschlossen worden.

„Eine derartige Entlastungsmöglichkeit ist zwar im Gesetz nicht ausdrücklich verankert, jedoch von der Rechtsprechung entwickelt und zu einem feststehenden Rechtsbegriff geworden. Allerdings muß derjenige, der sich hierauf beruft, sehr bedeutsame und eindeutige Umstände dartun, aus denen auf eine derartige Haftungsbefreiung geschlossen werden kann, wobei an die Beweisführung besonders strenge Anforderungen zu stellen sind . . .“

Im folgenden Fall hatte die Versicherungsgesellschaft auf Grund des ärztlichen Gutachtens gemäß § 61 VVG. („Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall vorsätzlich oder durch grobe Fahrlässigkeit herbeiführt“) eine Bezahlung des entstandenen Schadens am Wagen (Kaskoversicherung) zunächst abgelehnt.

Ein 45 Jahre alter Architekt war 8 Tage wegen hochfieberhafter Pneumonie in ärztlicher Behandlung. Nach einem Sulfonamidstoß fiel das Fieber ab; der Architekt begab sich am gleichen Abend zu einer Einweihungsfeier der von ihm erbauten Bar. Auf dem Heimwege mit dem Wagen erlitt er einen Unfall (20/00 A.i.B.). Die Versicherung lehnte die Regelung des Schadens ab, weil auch nach dem Gutachten des ärztlichen Sachverständigen „grobe Fahrlässigkeit“ gegeben wäre. (Zum Begriff der groben Fahrlässigkeit im Sinne des § 277 BGB. sei auf PALANDT und die dort zitierten Entscheidungen des Reichsgerichts verwiesen.) Im Verlaufe des Rechtsstreites wurde Alkoholgenuß nach dem Unfall geltend gemacht. Ein Sachverständiger errechnete 1,45/00 A.i.B. für die Zeit des Unfalles. Es erfolgte nicht einmal eine Verurteilung nach §§ 2, 71 St.V.Z.O., da eine alkoholbedingte Fahrunsicherheit bei der Konstitution („körperlich robuster Eindruck“) und der Alkoholgewöhnung des Angeklagten nach Ansicht des Gerichts nicht anzunehmen wäre. Trotz dieses Urteils, das von ärztlicher Seite kaum Zustimmung erfahren dürfte, zog der Versicherungsnehmer vor, sich mit der Gesellschaft betreffend des Kaskoschadens zu vergleichen.

Bereits 1940 hat das LG. Duisburg ausgesprochen, daß das Fahren mit 1,83/00 A.i.B. als *grob fahrlässig* anzusehen ist (JRPV. 1940, 55). Ebenso hat das OLG. Celle 1941 entschieden, daß auch nur eine einmalige und vorübergehende Gefährdungs-handlung (durch stärkeren Alkoholgenuß) die Rechtsfolge des § 25 VVG. (Haftungsbefreiung) auszulösen geeignet ist (JRPV. 1941, 137/9). In diesem Sinne liegen neueste, im Juni und Juli dieses Jahres veröffentlichte Entscheidungen vor:

LG. Siegen, 28. 8. 50, 2,37<sup>0</sup>/<sub>00</sub> A.i.B., Motorrad (AKB); LG. Hamburg, 23. 11. 50, Gastwirt mit 2,5<sup>0</sup>/<sub>00</sub> A.i.B., PKW. (Kasko); LG. Essen, 14. 3. 51, 2,33<sup>0</sup>/<sub>00</sub> A.i.B. und Übermüdung, PKW. (Kasko); LG. Berlin, 29. 3. 51, 1,89<sup>0</sup>/<sub>00</sub> A.i.B., PKW. (Kasko).

Im zuletzt erwähnten Urteil der 7. Zivilkammer des Landgerichts Berlin wird dazu unter anderem ausgeführt: „Der Satz von 1,89<sup>0</sup>/<sub>00</sub> A.i.B. . . . zeigt, daß der Kläger vor dem Unfall sehr erhebliche Mengen Alkohol zu sich genommen haben muß. Er hat damit die im Verkehr erforderliche Sorgfalt in besonders schwerer, sinnfälliger Weise mißachtet und deshalb grob fahrlässig im Sinne des § 61 VVG. gehandelt. Durch Verhängung von Strafen und Entziehung von Führerscheinen wird einem solchen leichtfertigen, unverantwortlichen Handeln der Kraftfahrer entgegengetreten. Wollte man in derartigen Fällen eine Leistung der Versicherer nicht ausschließen, so würde das zu der nicht zu billigen Folge führen können, daß ein Nichtversicherter seinen Pflichten als Kraftfahrer sorgfältiger nachkommen würde als ein gegen Kaskoschaden Versicherter, der keinen finanziellen Schaden aus der Beschädigung des eigenen Fahrzeuges zu befürchten hätte, eine Folge, die den Maßnahmen des Staates zur Aufrechterhaltung der Sicherheit des Verkehrs entgegensteht und die auch nicht, wie z. B. bei der Haftpflichtversicherung, aus sozialen Gründen zu rechtfertigen ist.“

Nicht selten kann die Beobachtung gemacht werden, daß die Versicherungsgesellschaften aus mehr oder weniger begreiflichen Gründen Scheu vor einer *Sektion* haben. Es dürften jedoch zahlreiche ärztliche Erfahrungen zur Genüge dargetan haben, daß nur eine Sektion imstande ist, allein eine Erklärung für die Unfallursache zu bringen. So stürzte ein etwa 50 Jahre alter Mann nachts eine 12 m hohe Straßenböschung nach reichlichem Alkoholgenuß hinab. Nach kurzem klinischen Aufenthalt stellte sich akutes alkoholisches Delirium ein; der Verunglückte starb. Die Sektion ergab sichere Anhaltspunkte für chronischen Alkoholismus, insbesondere im Gehirn und Rückenmark, so daß der ärztliche Sachverständige, ein Pathologe, sein Gutachten dahin zusammenfaßte: „ . . . mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit anzunehmen sein, daß der Unfall in einem Zustand von akuter Geistes- und Bewußtseinsstörung erfolgte, die durch einen Alkoholexzess bei einem chronischen Trinker bedingt gewesen ist.“ Dabei war in diesem Falle nicht einmal eine Blutalkoholbestimmung durchgeführt.

Und es ist allgemein in der Ärzteschaft noch immer zu wenig bekannt, daß bei Verweigerung einer Sektion wenigstens eine Blutentnahme bald nach dem Tode aus der Vena femoralis in geeigneten Fällen Aufklärung bringen kann (absolut saubere Gefäße!).

Die *Kurve der alkoholbedingten Unfälle* im allgemeinen und der im öffentlichen Verkehr im besonderen ist trotz Strafen, Verkehrserziehungs- wochen usw. in ständigem Steigen begriffen, so daß in dieser Hinsicht fast schon von einem „allgemeinen Notstand“ gesprochen werden kann. Lebensversicherungen (ALEXANDER), Unfallversicherungen und Kraftfahrversicherungen (u. a. BISCHOFF, JACOBI, PRÖLSS, OSSEWSKI) erörtern daher in zunehmendem Maße die Frage der „grobe Fahrlässigkeit“ (§ 61 VVG.), der nachträglichen willkürlichen Gefahrerhöhung (§ 23 VVG.)

und des bedingten Vorsatzes (*Dolus eventualis*) im Sinne der Obliegenheitsverletzung (§ 152 VVG.) bei Trunkenheit am Steuer mit dadurch gegebener Befreiung von der Haftungsverpflichtung gegenüber dem Versicherungsnehmer.

Der *Bundesminister für Verkehr* hat deshalb die zuständigen obersten Landesbehörden gebeten, in geeigneter Weise das Augenmerk des kraftfahrenden Publikums auf diese Haltung der Versicherer zu lenken (DAR. 1951, 41).

NELKER weist für Schweden eindeutig nach, daß die Schadensfälle der in der Versicherungsgesellschaft „Motorförsäkring“ zusammengeschlossenen *alkoholabstinenten* Fahrer um 37 % niedriger waren als die anderer Versicherungsgesellschaften.

Auf der „*First International Conference on Alcohol and Traffic*“ vor einem Jahr in Stockholm, an der von deutscher Seite Senator DANNER-Hamburg teilgenommen hat, sind sehr beachtliche organisatorische Vorschläge und Erfahrungen zur Verhütung alkoholbedingter Unfälle mitgeteilt worden. Auf diesem Gebiet sind im Deutschland der Nachkriegszeit erst wieder Anfänge vorhanden. Desgleichen sind noch keine allgemein bindenden Vorschriften verwaltungs- oder versicherungsrechtlicher Art in Kraft. Ich schlage daher zu den oben erörterten Fragen bezüglich „Blutalkoholbestimmung und private Versicherung“ folgendes vor:

#### I.

1. Im § 3 Abs. 4 (5 oder d oder e) der AUVB. sollte neben den anderen Ausschlußmöglichkeiten eindeutig von „alkoholbedingter Bewußtseinsstörung“ gesprochen werden.

2. Stärkerer Alkoholgenuß (siehe II) sollte in den oben angeführten Fällen der §§ 23, 61 und 152 VVG. durchgreifen.

3. Dem „Dritten“ (Geschädigten) muß zwar nach § 158c VVG. stets Versicherungsschutz gewährt werden; der Versicherer aber kann gegenüber dem Versicherungsnehmer Regreß nehmen.

4. Die allgemeinen Versicherungsbedingungen aller Versicherungssparten sind zur Vermeidung unbilliger Konkurrenz in dieser Hinsicht anzugleichen.

#### II.

Trotz aller gebotenen Zurückhaltung gegenüber sog. „Alkoholmaßstäben“ wäre weiter vorzuschlagen:

1. Ein A.i.B. von 1,50/00 an legt bereits den dringenden Verdacht auf das Vorliegen einer „Bewußtseinsstörung“ bzw. der anderen Voraussetzungen im Sinne der in I, 1 und 2 erwähnten Bedingungen nahe.

2. Bei 20/00 A.i.B. und darüber dürften grundsätzlich diese Voraussetzungen gegeben sein.



3. Bei über 2,5<sup>0</sup>/<sub>100</sub> A.i.B. sind in jedem Falle diese Bedingungen erfüllt.
4. Wie in allen Grenz- und unklaren Fällen bei Verkehrsdelikten (z. B. bei der „relativen Verkehrsunsicherheit“ von 0,5—1,5<sup>0</sup>/<sub>100</sub> A.i.B.) sollte zur Klärung dieser versicherungsrechtlichen Fragen ein erfahrener ärztlicher Sachverständiger schon im Beginn der Ermittlungen zugezogen werden.

### Literatur.

*ADAC-Mitteilungen* vom 9. Mai 1951. — ALEXANDER: Vers. W. 1950, 448. — BAUMBACH-LAUTERBACH: BECKsche Kurz-Kommentare, Bd. 1, 18. Aufl. 1947. — BAVARIN: Dtsch. Apotheker-Ztg 91, 173, 463. — Der Spiegel 1951, H. 13, 26. — BISCHOFF: Vers. R. 1950, 169. — *First International Conference on Alcohol and Traffic in Stockholm*. Stockholm: Kugelbergs Boktryckeri 1950. — GEORGH: Vers. W. 1949, 122. — GOLDBERG: Siehe First International Conference on Alcohol and Traffic. — *Hans. OLG. Hamburg*: Juristenztg 1951, 283. — JACOBI: Vers. W. 1950, 336. — JUNGMICHEL: Verhandlungsbericht 1. Internat. Kongr. für gerichtl. und soz. Med. Bonn 1938, Bonn: Gebr. Scheuer, S. 373—405. — Arch. orthop. Chir. 40, 113 (1939). — JUNGMICHEL u. JAENSCH: Dtsch. J. 1941, H. 11. — *Landgericht Aurich*: Urteil vom 26. Sept. 1950. — LAVES: Dtsch. Z. gerichtl. Med. 39, 84 (1948). — LINCK: Dtsch. Z. gerichtl. Med. 39, 514 (1949). — MANZ: Dtsch. Z. gerichtl. Med. 38, 208 (1944). — Habil.-Schr. Göttingen 1942. — Dtsch. Z. gerichtl. Med. 40, 224 (1950). — NELKER: Siehe First International Conference on Alcohol and Traffic. — OSSEMSKI: Z. f. VW. 1951, 214. — PALANDT: BECKsche Kurz-Kommentare, Bd. 7 BGB., 8. Aufl. 1950. — PRÖLSS: BECKsche Kurz-Kommentare, Bd. 14 VVG., 6. Aufl. 1950. — Vers. R. 1951, 137. — RAUCH: Öff. Gesdh.dienst 13, 44 (1951). — SCHLEYER: Öff. Gesdh.dienst 12, 461 (1950). — Süß: Akademie für Deutsches Recht, S. 335, 1940. — RGZ. 164, 49 ff. Urteil v. 10. Mai 1940. — Der Bundesminister für Verkehr DAR. 1951, 41. — Z. f. VW. 1951, 153. — Vers. R. 1951, 148 u. Vers. R. 1951, 5. Sonder-Nr 174. — JRPV. 1940, 55 u. 1941, 137.

Prof. Dr. med. GOTTFRIED JUNGMICHEL, Göttingen, Höltystraße 3.