

### E. LIEBHARDT (München): Zivilrechtliche Probleme an der Grenze zwischen Leben und Tod.

Der Beginn der Rechtsfähigkeit, die nach übereinstimmender Meinung der juristischen Kommentatoren dem Leben inhärent ist (ENECCERUS-NIPPERDEY, RGR-Kommentar, PALANDT, STAUDINGER), ist in § 1 BGB willkürlich festgesetzt. Demgegenüber ist das Ende der Rechtsfähigkeit durch den Tod als Ende des Lebens im Gesetz nicht ausdrücklich genannt; es ist als selbstverständlich unterstellt und der § 3 des Entwurfes des BGB der diese Bestimmung treffen sollte, wurde von der Redaktionskommission wegen seiner „Selbstverständlichkeit“ gestrichen (STAUDINGER, Vorbem. 1 zu § 13—20). Dabei war schon früh in der Rechtswissenschaft erkannt worden, daß die Bestimmung von genauen Todeszeitpunkten, z. B. bei Verwandten, die in gemeinsamer Gefahr umgekommen sind, unmöglich sein kann. Dem trug bereits im römischen Recht die Commorientenpräsumption Rechnung. Ihr entspricht heute in Deutschland § 11 Verschollenheitsgesetz, der dem Art. 32 Abs. 2 des Schweizer Zivilgesetzbuches nachgebildet wurde und den § 20 BGB ersetzt hat.

Die Voraussetzung des § 11 Verschollenheitsgesetzes also der Vermutung gleichzeitigen Todes ist nur, daß das zeitliche Verhältnis mehrerer erwiesener Todesfälle zueinander nicht bewiesen werden kann. Dabei genügt es, wenn der Todeszeitpunkt auch nur eines Beteiligten nicht feststeht. Der Zweck ist dabei willkürlich wirkende Ergebnisse bei der Erbfolge zu vermeiden. Wenn ein bestimmter Todeszeitpunkt nicht festgestellt werden kann, soll eben ein auf bloße Wahrscheinlichkeit gestützte Annahme nicht dazu führen, daß die eine Person die andere beerbt (SOERGEL-SIEBER Verschollenheitsgesetz § 11 Anm. 3, 4). Außerhalb dieser Commorientenpräsumption bleibt jedoch auch im Zivilrecht die Feststellung des Zeitpunktes des Lebensendes als zu beweisende Tatsache der Medizin überlassen.

Mit den zivilrechtlichen Wirkungen des Todes beschäftigt sich das BGB an zahlreichen Stellen (z. B. die §§ 130, 672, 673, 823 ff. usw.) und vor allem im 5. Buch des BGB dem Erbrecht.

Die Problematik, die sich bei der Abgrenzung zwischen Leben und Tod für das Gebiet der unerlaubten Handlung § 823 ff. BGB ergibt, sei an dieser Stelle ausgeklammert, da diese sich an die von SPANN erörterte strafrechtliche anschließt, bzw. über § 823 Abs. II Verletzung eines strafrechtlichen Schutzgesetzes direkt von ihr abhängig ist.

Das zentrale zivilrechtliche Problem stellt sich im Erbrecht. Hier wird im § 1922 der Tod einerseits für den Erbfall vorausgesetzt, in § 1923 BGB wird Leben verlangt, um Erbe werden zu können.

Bis vor relativ kurzer Zeit erschienen auch diese rechtlichen Bestimmungen medizinisch gesehen von nur gelegentlicher Problematik. Dies

war z. B. der Fall beim Doppelselbstmord eines Ehepaares mit der Frage des möglichen Überlebens eines Partners für noch einige Zeit. Hier erschien jedoch die klassische Definition als irreversible Schädigung von Atmung, und Kreislauf ausreichend und wenn die Frage des Überlebens eines Partners von medizinischer Seite nicht beweisend festgestellt werden konnte, so konnte § 11 Verschollenheitsgesetzes seinem Sinn entsprechend eingreifen.

Seit den Erfolgen der Reanimation stellt sich die Frage des Beweises des Todes oder des Lebens jedoch auch aus erbrechtlichen Gesichtspunkten anders. Hier kann die klassische Definition nicht mehr ausreichen. Es seien hier zwei einfache Fälle gebracht.

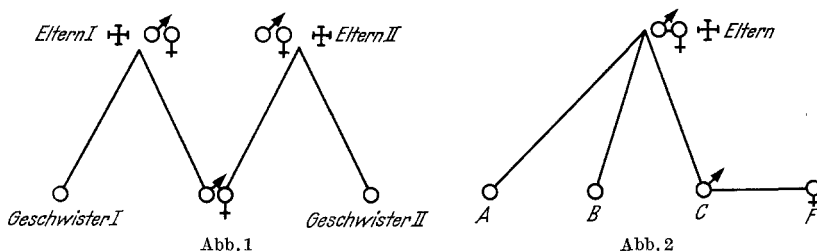
Nehmen wir an, Mann und Frau versuchen Doppelselbstmord zu begehen, der Mann ist auf der Stelle tot, die Frau wird reanimiert, so wäre sie nach dem Tode des Mannes, wenn man der Einfachheit halber ein gemeinschaftliches gegenseitiges Testament unterstellt, Alleinerbin und nach ihrem Tod ihre Geschwister. Die Geschwister der Frau hätten jedoch das Überleben der Frau zu beweisen, sonst würde § 11 Verschollenheitsgesetz Anwendung finden, und da dementsprechend der gleichzeitige Tod vermutet würde, so könnte die Frau ihren Mann nicht beerben, sein Vermögen würden seine Geschwister und ihr Vermögen ihre Geschwister erben. Auf der anderen Seite hätten die Geschwister des Mannes, falls sie sich auf den gleichzeitigen Tod der Frau berufen sollten, diesen zu beweisen. Falls ihnen dies nicht gelingen sollte, jedoch Zweifel an dem Todeszeitpunkt bestehenblieben, so würde zu ihren Gunsten ebenfalls § 11 Verschollenheitsgesetz eingreifen. Daß derartige Fälle möglich sind, ist bekannt und zeigt auch ein Fall von Thalliumvergiftung eines Ehepaares nach MOLLARET. Hier hat allerdings die Frau nach Reanimation überlebt; wenn sie gestorben wäre, so hätte die Frage auftauchen können, ob sie trotz irreversibler cerebraler Schädigung überlebt hat.

Drei Geschwister A, B und C. C ist mit F verheiratet, B und C liegen im Sterben. Wird der Tod des C vor dem des B festgelegt, so ist A Alleinerbe bei gesetzlicher Erbfolge des B nach dessen Tod. Wird der Tod des B vor dem des C festgestellt, so erben A und C zu gleichen Teilen, nach dem Tod des C unter den erbrechtlichen Voraussetzungen eines gegenseitigen Testamentes wird die Frau Erbin nach C. Kann das gegenseitige Verhältnis der Todeszeitpunkte des B und des C nicht festgestellt oder bewiesen werden, so greift wieder die Commorientenpräsumption ein und die Frau erhält von dem Erbe des B nichts.

Aus der Rechtsvermutung des gleichzeitigen Todes können sich demnach große erbrechtliche Verschiebungen ergeben. Darüber hinaus ist wohl jede Rechtsvermutung die sich auf medizinisches Gebiet erstreckt medizinisch und auch wohl juristisch unbefriedigend. Die Widerlegung

der Commorientenpräsumption ist zwar möglich, es ist jedoch dazu voller Beweis gemäß § 292 Zivilprozeßordnung erforderlich, die bloße Glaubhaftmachung genügt nicht (SOERGEL-SIEBERT Verschollenheitsgesetz Anm. 4).

Nach den allgemeinen zivilrechtlichen Beweisregeln hat sich da bei der, der sich auf eine Tatsache beruft, diese zu beweisen. Wer sich demnach auf Leben, d. h. hier Überleben beruft, hat dieses Leben zu beweisen, und wer sich auf vorhergegangen oder gleichzeitigen Tod beruft, hat jenen zu beweisen. Dies dürfte gerade doch beides bei der Reanimation mit längerer und langen Überlebenszeiten erhebliche Schwierigkeiten bereiten. So



berichtet z. B. MOLLARET von Überlebenszeiten in der Reanimation von Monaten und Jahren (3 Jahre nach Thalliumvergiftung, anderer Fall 17 Jahre). Zwar handelte es sich hier um einen nach MOLLARET psychohypertonischen Decerebrationszustand, doch auch bei kürzeren Überlebenszeiten im Coma dépassé von 2—3 Tagen mit absoluter Abhängigkeit von der künstlichen Aufrechterhaltung der Atmung und des Kreislaufes, deren Unterbrechung das sofortige Ende bedeuten, stellen sich die Beweisfragen. Es ist die Frage, ob ein Organtod des Gehirns mit dem Leben in zivilrechtlicher Hinsicht vereinbar ist und ob ein möglicher maskierter Tod während der Reanimation eingetreten ist und als entscheidender rechtlich relevanter Todeszeitpunkt zu betrachten ist und welche Möglichkeiten des Beweises bestehen.

Der einzig sichere und vollständige Beweis des Überlebens ist dabei wohl die Wiederherstellung nach der Reanimation. In allen anderen Fällen, in denen nach der Reanimation kein selbständiges Leben mehr möglich war und der Beweis des Überlebens nicht schon vor der Reanimation liegt (d. h. daß z. B. zwischen einem Verkehrsunfall und dem Zeitpunkt der erforderlichen Reanimation eine Zeitspanne Lebens aus eigener Kraft liegt), kann auf Leben nur aus Indizien geschlossen werden. Hierbei bilden den Zentralpunkt die erfaßbaren Funktionen des Gehirns. Unter Umständen könnte das EEG hier den Beweis des Lebens erbringen. Daß dagegen z. B. der Pupillarreflex auch nach eingetretenem klassischen klinischen Tod noch relativ lange erhalten sein kann, ist beschrieben.

Auch die erhaltene Hirndurchblutung in der beidseitigen Carotisseriesien-Angiographie nach TÖNNIS kann nicht als Beweis für das Leben angesehen werden. Möglicherweise kann die nicht erhaltene Hindurchblutung in bestimmten Fällen (wie SPANN ausgeführt hat) den Beweis des Todes liefern. Es kann jedoch nicht aus der erhaltenen Hindurchblutung umgekehrt auf noch erhaltenes Leben geschlossen werden. Als letztes verbleibt der Beweis des Lebens aus dem Beweis des Todeszeitpunktes.

Für den Beweis des Todes stehen die gleichen Beweismittel wie in strafrechtlicher Hinsicht zur Verfügung.

### *Beweismöglichkeiten*

#### *A. Ex ante.*

1. EEG.  
Elektrische Ruhe über Stunden.
2. Zentrale Funktionen.  
Zum Beispiel Bewußtsein — Atmung — Pupillen.
3. Carotisseriesienangiogramm nach TÖNNIS.
4. Arterio-venöse O<sub>2</sub>-Differenz.

#### *B. Ex post.*

1. Vollständige zentrale Erweichung (makro).  
Vergleich mit anderen Organen.
2. Unvollständige zentrale Erweichung (mikro),  
elektive Parenchymnekrose (SCHOLZ).
3. Reperative Vorgänge (mikro).

Während jedoch dem Beweis ex ante in strafrechtlicher Hinsicht eine überwiegende Bedeutung zukommt, steht er im Zivilrecht neben dem ex post-Beweis. Auch hier kann das EEG (durch elektrische Ruhe im EEG über Stunden) ebenso wie die beidseitige Carotisseriesien-Angiographie nach TÖNNIS in bestimmten Fällen (z. B. bei Hirndruck) den zivilrechtlich relevanten Beweis des Todes und des Todeszeitpunktes erbringen. Ob dies auch für das Erlöschen der Reflexe zutrifft, insbesondere des Pupillarreflexes, wie TÖNNIS vorschlägt, erscheint fraglich.

Einer wesentlich größeren Bedeutung dürfte jedoch gerade im Zivilrecht dem ex post-Beweis zukommen. So wird doch schon in vielen Fällen die erbrechtliche Problematik, die aus dem Tode sich ergibt, erst nach dem Aufgeben der weiteren Reanimation zu erkennen sein, ohne daß der ex ante-Beweis, sei es wie auch immer von den Ärzten versucht wurde.

Für diesen ex post-Beweis steht die neurohistopathologische Untersuchung zur Verfügung. So könnte die Bestimmung der unterschiedlichen Fäulnisgrade des Gehirns und anderer Organe nach Reanimation Verstorbener, die ja bereits manchmal makroskopisch bei der Obduktion deutlich in Erscheinung tritt, zeitliche Hinweise auf den wahren Todes-

zeitpunkt bei maskiertem Tod oder Organtod nach JAKOB geben. Vielleicht gelingt es auch bei wachsender Erfahrung hier noch zeitlich genauere und im Prozeß beweisende Aussagen machen zu können. Das Fehlen reparativer Vorgänge bei der vollständigen totalen Erweichung erschwert jedoch zeitliche Abgrenzungen sehr. Demgegenüber sind doch bei der unvollständigen Erweichung bereits auch zeitlich einige Stadien unterscheidbar. So scheint es unbestritten zu sein, daß zu der Ausbildung einer elektiven Parenchymnekrose nach SCHOLZ einige Zeit von Nöten ist. Wenn auch über die Länge dieser Zeit keine vollständige Einigkeit besteht, so dürfte doch, wenn man nur eine sichere Zeit von 16—18 Std nach STOCHDORPH unterstellt, dies einen erheblichen Gewinn für die Beweisführung bedeuten (SCHOLZ, SPATZ, STOCHDORPH, PETERSOHN). Weitere Fortschritte wären von einer systematischen Überprüfung der reparativen Vorgänge an der Glia und an den Hirngefäßen nach Reanimation Verstorbener zu erwarten; ähnlich wie dies bei Spättodesfällen nach Strangulation beschrieben wurde.

Für die Beweissicherung im Zivilprozeß ist jedenfalls die Sektion und genaue histologische Untersuchung des Gehirns in solchen Fällen zu fordern.

Zum Schluß möchte ich noch anführen, daß zivilrechtlich auch die Frage offen ist, wer die Kosten für eine eventuelle Reanimation nach eingetretenem Tod zu tragen hat, d.h. wenn es sich im Zivilprozeß herausstellen sollte, daß diese Aufwendungen für einen Toten gemacht wurden. § 11 Verschollenheitsgesetz spielt hier allerdings keine Rolle, da dieser nur relativ wirkt, d.h. nur das Verhältnis der einzelnen Todeszeitpunkte zueinander feststellt.

### *Zusammenfassung*

Seit den Erfolgen der Reanimation erscheint auch aus zivilrechtlichen Gesichtspunkten die bisherige Abgrenzung zwischen Leben und Tod nicht mehr ausreichend. Es muß vielmehr eine genauere Bestimmung des objektiven Todes durch Beobachtung des Erlöschens der zentralen Funktionen und besonders des Auftretens histologischer Veränderungen und deren zeitlicher Ablauf versucht werden.

### **Literatur**

- ENECERUS-NIPPERDEY: Allgemeiner Teil des bürgerlichen Rechts 1952, 1. Halbband, S. 318ff.  
 JACOB, H.: In: Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. 51, 352ff. (1961).  
 — Med. Welt Nr 3, 119ff. (1964).  
 KUGLER, J.: Persönliche Mitteilung.  
 LAVES, W.: In: A. PONSOLD. Stuttgart: Georg Thieme 1950.  
 MAUNZ-DÜRIG: GG Loseblattkommentar.  
 MOLLARET, P.: Münch. med. Wschr. 104, 1539 (1962).

- PALANDT: BGB, 21. Aufl.  
 PETERSOHN, F.: In: Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. 51, 386ff. (1961).  
 RGR-Kommentar: 1959, 11. Aufl., Allg. Teil, Bd. I, Teil 1.  
 SCHEID, W.: In: Handbuch der inneren Medizin, 4. Aufl., Bd. 5, Teil III, Neurologie, S. 29/30.  
 SCHOLZ, W.: In: Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie, Bd. 13, Teil 1, Bandteil B, S. 1284ff.  
 SOERGEL-SIEBERT: BGB 1952, 8. Aufl.  
 SCHNEIDER, M.: In: Therapiewoche 6, 217ff. (1955/56).  
 STAUDINGER: BGB-Kommentar, 1935, 10. Aufl., I. Allg. Teil.  
 STOCHDORPH, O.: Persönliche Mitteilung.  
 TÖNNIS, W.: In: Mschr. Unfallheilk. 66, 169ff. (1963).

Dr. med. ERICH LIEBHARDT  
 Institut für Gerichtliche Medizin  
 München 15, Frauenlobstr. 7

### **E. TRUBE-BECKER (Düsseldorf): Zur ärztlichen Schweigepflicht nach dem Tode des Patienten.**

Immer wieder ergeben sich neue Fragen zur Problematik der ärztlichen Schweigepflicht. Die Anfragen aus der Ärzteschaft deuten auf ein großes Interesse, und das Verhalten mancher Ärzte weist auf eine weit verbreitete Unsicherheit hin.

Zur ärztlichen Schweigepflicht nach dem Tode des Patienten ergeben sich für den gewissenhaften Arzt nicht selten besondere Schwierigkeiten und Pflichtenkollisionen. Erschwert wird seine Situation oft dadurch, daß behördliche Instanzen Gutachten oder Krankenpapiere anfordern, und daß dabei das Auskunftsersuchen von dem Hinweis auf die eigene Verpflichtung zur Verschwiegenheit begleitet ist.

Eine der ersten ärztlichen Handlungen nach dem Tode des Patienten ist die Ausstellung des Totenscheines. Sie allein schon kann für den Arzt eine Konfliktsituation entstehen lassen. Er wird vor die Entscheidung gestellt, entweder den Totenschein korrekt auszufüllen und damit die Krankheit des Patienten zu offenbaren oder aber unzureichende oder sogar falsche Angaben zu machen. Zur Vermeidung dieses Konfliktes wurde von NEUFFER im Jahre 1952 vorgeschlagen, einen sog. „vertraulichen Totenschein“ zu schaffen. Ein solcher Leichenschauschein, wie er in der Schweiz schon seit dem Jahre 1911 und in Holland seit 1927 benutzt wird, wurde zunächst probeweise in Hessen, im Jahre 1956 in Berlin eingeführt, im Jahre 1963 in Bremen, Niedersachsen und am 1. 1. 1964 in Schleswig-Holstein. In den anderen Ländern gilt nach wie vor ein Totenschein, der einheitlich gestaltet ist und die Todesursache für jedermann erkennbar ausweist. Schon durch diesen Sachverhalt ist die Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses über den Tod des Patienten hinaus nicht uneingeschränkt ermöglicht.