

endet die Handlungspflicht¹⁷. In der Praxis wird es allerdings schwierig sein, zu beurteilen, ob ein solcher Fall vorliegt. *Kuhlendahl*¹⁸ will unterscheiden, ob ein passives ärztliches Verhalten eine echte Sterbehilfe im Sinne der Vermeidung sinnloser Verlängerung des Lebens oder aber eine Verminderung der Chancen der Lebensverlängerung bedeutet. *Weißauer* und *Operbecke* geben folgende Orientierungshilfe¹⁹:

„Keine Verpflichtung des Arztes zur Einleitung von Wiederbelebungsmaßnahmen besteht dann, wenn es zwar möglich erscheint, die vitalen Funktionen wiederherzustellen, wegen der Art und Schwere des Grundleidens . . . jedoch eine Besserung mit Sicherheit nicht erreicht werden kann und die Reanimation für den Patienten nicht mehr bedeuten würde als die Verlängerung eines qualvollen Sterbens und einer Erneuerung des Todeskampfes.“

Trotz dieser theoretischen Hilfen wird die Entscheidung in der Praxis nicht leicht zu treffen sein.

Da das geltende Recht keinen Tatbestand der eigenmächtigen Heilbehandlung kennt, beruht die Pflicht, wie auch das Recht des Arztes auf körperliche Eingriffe auf der ausdrücklich erklärten oder mutmaßlichen Einwilligung des Patienten²⁰. Im Referentenentwurf des 5. Strafrechtsreformgesetzes war als § 233 c StGB eine eigenmächtige Heilbehandlung für Notfälle vorgesehen, wenn die Einwilligung nur bei einem Aufschub der Behandlung eingeholt werden könnte, der den Betroffenen in die Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung bringen würde und die Umstände keinen Anlaß zu der Annahme geben, daß er die Einwilligung versagen würde. Der Referentenentwurf ist lediglich aus Zweckmäßigkeitsgründen – weil man diese Fragen mit anderen zusammen in Kürze regeln will – nicht Gesetz geworden, spiegelt aber die Rechtslage wider, die man heute als geltend ansehen muß. Wenn der Patient ausdrücklich keine Weiterbehandlung mehr wünscht, kann man von einem Notfall, wie er im Referentenentwurf vorgesehen war, nicht mehr sprechen und den Arzt trifft trotz seiner Garantstellung keine Pflicht, die lebensverlängernde Behandlung weiterzuführen²¹. Freilich wird oft wegen des physischen oder psychischen Zustandes des moribunden Patienten keine rechtlich relevante Entscheidung von ihm über die Weiterbehandlung herbeigeführt werden können.

4. Am problematischsten sind die Fälle des sog. Behandlungsabbruchs, der nicht auf einem entsprechenden Willen des Patienten beruht. Ein Beispiel soll das Problem verdeutlichen: Ein Todkranker ist an einem Reanimator (Herz-Lungen-Maschine) angeschlossen. Man weiß, daß der Patient ohne Reanimator niemals weiterleben wird. Wäre der Anschluß noch nicht erfolgt, könnte der Arzt, wie oben zu 3. dargelegt, straflos eine Behandlung unterlassen. Doch da man zunächst noch nicht absehen konnte, ob der Schwerverletzte wieder vollkommen reanimiert werden kann, hat man diese medizinische Möglichkeit ausgeschöpft. Darf nun der Arzt das Beatmungsgerät abstellen, wenn er die Aussichtlosigkeit seiner Bemühungen erkennt, oder macht er sich dadurch eines Totschlags schuldig? Sieht man

wegen der beim Abschalten des Gerätes entfalteten körperlichen Aktivität (Druck auf den Knopf) ein derartiges Verhalten als Begehungsstat an, so führt um eine Strafbarkeit nach § 212 StGB kein Weg herum²². Daher wird nicht selten folgender Ausweg aus dem Dilemma gesucht: Statt das Gerät abzuschalten oder die Verbindung zwischen Atemgerät und Patient zu lösen, legt man lieber keine neue Sauerstoffpatrone nach, so daß das Gerät seinen Dienst schließlich von selber einstellt. Dieses ärztliche Verhalten wird von den Juristen als Unterlassungshandlung und damit als straffrei qualifiziert. Abschalten des Gerätes oder kein Nachlegen der Sauerstoffpatrone, was im Grunde genommen auf das gleiche, nämlich auf den Tod des Patienten hinausläuft, stellt zum einen schwere Strafbarkeit, zum anderen Straflosigkeit dar. Die Mehrheit im Schrifttum kommt in der Tat zu diesem absurden Ergebnis²³. Daß sich die Juristen hier den Vorwurf der Willkür einhandeln, verwundert nicht.

*Welzel*²⁴ will mit Hilfe eines übergesetzlichen entschuldigenden Notstandes eine Straflosigkeit begründen. Diese Konstruktion gelingt allerdings nur dann, wenn für einen frisch eingelieferten Patienten mit größeren Überlebenschancen kein neuer Reanimator zur Verfügung steht. In diesem Fall möchte *Welzel* dem Arzt nach Beratung mit zwei Kollegen das Abschalten des Gerätes gestatten²⁵. Eine überzeugende und dogmatisch saubere Lösung des dargestellten Problems hat *Roxin*²⁶ geboten. Er zeigt zunächst an Beispielen, die nicht der Medizin entnommen sind, daß die rechtliche Zuordnung von Tun und Lassen nicht immer der ontisch vorfindbaren Form menschlichen Verhaltens entsprechen muß. Ein Verhalten, das sich phänotypisch als Tun darstellt, kann rechtlich ein Unterlassen sein. Das Abschalten des Reanimators durch den Arzt oder auf Geheiß des behandelnden Arztes bei Aussichtslosigkeit der Erhaltung des Lebens sieht *Roxin* als (straflose) Unterlassungshandlung an²⁷. Diese Rechtsansicht trifft zu. Denn man darf bei der strafrechtlichen Beurteilung nicht vordergründig auf den einzelnen kurzen Handlungsabschnitt abstellen, sondern muß den Gesamtvorgang „ärztliche Behandlung“ im Auge behalten. Auf diesen Gesamtvorgang bezogen stellt das Abschalten des Reanimators ein Unterlassen der Weiterbehandlung dar.

Das neue Erbrecht der DDR*

Von Prof. Dr. Jens Peter Meincke, Köln

Teil 2

C. Würdigung

I. Kürze und Verständlichkeit

1. Es ist eine Frage der Gesetzgebungstechnik, über die verschiedene Meinungen möglich sind, ob eine Zivil-

Berichtigung: die Fußnote 3 auf S. 9 lautet: *Heusinger*, Das sozialistische Zivilgesetzbuch, Neue Justiz (NJ) 1974, 665; vgl. auch *Ebert*, Die sozialistische Ordnung prägt das neue Zivilrecht, NJ 1975, 407.

* Anschluß an JR 1975, S. 12.

²² *Roxin*, *Engisch-Festschrift*, S. 396.

²³ So z. B. *Bockelmann*, *Strafrecht des Arztes*, S. 112; von dem Großteil der Literatur wird diese spezielle Frage nicht behandelt. Aus den allgemeinen Ausführungen muß man jedoch das Gesagte folgern.

²⁴ Das Deutsche Strafrecht, 11. Aufl., S. 185.

²⁵ Dagegen ausdrücklich *Bockelmann*, a. a. O., S. 126.

²⁶ *Engisch-Festschrift*, S. 395 ff.

²⁷ Ihm folgend *Lackner*, StGB, 9. Aufl., § 211, Anm. 3 d; für Straflosigkeit auch *Geilen*, *FamRZ* 1968, 125. Kritisch *Sax*, JZ 1975, 137; der Meinung von *Sax*, der hier erörterte Behandlungsabbruch verletze das Rechtsgut Leben nicht, vermag ich mich nicht anzuschließen.

¹⁷ *Schönke-Schröder*, StGB, Vor § 211, Rdnr. 14; *Engisch*, *Euthanasie usw.*, S. 8; *Mezger-Blei*, *Strafrecht II*, S. 22; *Mawrach*, *Deutsches Strafrecht*, BT, S. 14 f. *Kohlhaas NJW* 1973, 550; A. A. *Bockelmann*, *Strafrecht des Arztes*, S. 114 ff.

¹⁸ *NJW* 1974, 1419.

¹⁹ In *Bayerisches Ärzteblatt*, Jahrgang 1973, S. 98 ff.

²⁰ St. Rspr. Vgl. u. a. *BGHSt.* 11, 111; 16, 309; *BGH NJW* 1956, 1106; *RGSt.* 25, 375; 74, 92; das Schrifttum ist weitgehend anderer Meinung.

²¹ *Kohlhaas NJW* 1973, 549.