

# Lambert et al. v. Frankreich

EGMR (Große Kammer), 5. Juni 2015, Appl. 46043/14

---

Falldarstellung und Glosse von Priv.-Doz. Dr. Jürgen Wallner, MBA

---

<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>3</b>
<b>Teil 1. Darstellung der Entscheidung des EGMR vom 5. Juni 2015 (inkl. abweichende Meinung)</b> .....	<b>5</b>
<b>Verfahren</b> .....	<b>5</b>
<b>Sachverhalt</b> .....	<b>5</b>
I. Die Umstände des Falls .....	5
A. Erste Entscheidung gemäß Gesetz vom 22. April 2005.....	6
B. Unterlassungsurteil vom 11. Mai 2013.....	6
C. Zweite Entscheidung gemäß Gesetz vom 22. April 2005 .....	7
D. Entscheidung des Verwaltungsgerichts vom 16. Jänner 2014 ....	7
E. Entscheidung des Conseil d'État vom 14. Februar 2014.....	8
F. Stellungnahmen.....	9
1. Ärztliches Gutachten .....	9
2. Allgemeine Beobachtungen .....	10
G. Entscheidung des Conseil d'État vom 24. Juni 2014.....	11
II. Relevantes nationales Recht .....	12
A. Gesetz für öffentliche Gesundheit.....	12
B. Gesetzesvorschlag vom 21. Jänner 2015.....	13
C. Gesetz für die Verwaltungsgerichtsbarkeit.....	13
III. Materialien des Europarates.....	13
A. Oviedo Konvention über Menschenrechte und Biomedizin.....	13
B. Leitfaden zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende.....	13
C. Empfehlung des Ministerrats.....	13

D. Materialien der Parlamentarischen Versammlung .....	14
IV. Rechtsvergleichung .....	14
A. Gesetzgebung und Praxis in den Mitgliedstaaten des Europarates .....	14
B. Beobachtungen der Human Rights Clinic .....	14
<b>Das Recht</b> .....	<b>15</b>
I. Vertretungsbefugnis für Vincent Lambert .....	15
A. Die Berechtigung der Beschwerdeführer, Vincent Lambert zu vertreten .....	15
B. Die Berechtigung von Rachel Lambert, Vincent Lambert zu vertreten .....	15
C. Schlussfolgerung.....	15
II. Angenommene Verletzung von Art. 2 EMRK.....	16
A. Zulässigkeit.....	16
B. Würdigung des Sachverhalts.....	16
1. Anzuwendende Regelung .....	16
2. Überprüfung, inwieweit der Staat seinen positiven Pflichten nachkommt.....	16
III. Angenommene Verletzung von Art. 8 EMRK .....	18
IV. Angenommene Verletzung von Art. 6 EMRK.....	18
<b>Entscheidung</b> .....	<b>19</b>
<b>Abweichende Meinung</b> .....	<b>20</b>
<b>Teil 2. Glosse: Der Fall Lambert vor dem Hintergrund des     österreichischen Kontexts</b> .....	<b>22</b>
<b>Literatur</b> .....	<b>25</b>

## Zusammenfassung

### Sachverhalt

Vincent Lambert (geboren am 20. September 1976) erlitt am 29. September 2008 schwere Kopfverletzungen bei einem Verkehrsunfall. Er befindet sich in einem chronischen vegetativen Zustand ohne die Möglichkeit, bewusste Kontakte mit seiner Umwelt aufzubauen. Die Prognose in Hinblick auf seine kognitive Störung ist schlecht: Es ist davon auszugehen, dass die Hirnschädigung irreversibel ist und Vincent Lambert kein funktionales Rehabilitationspotenzial aufweist. Vincent Lambert wird in einer auf die Betreuung von Menschen im vegetativen Zustand spezialisierten Abteilung betreut und über eine PEG-Sonde mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt.

### Entscheidungsprozess zur Beendigung der lebenserhaltenden Maßnahmen in Frankreich

Am 10. April 2013 wurde vom behandelnden Arzt die Entscheidung getroffen, die enterale Sondenernährung zu beenden und die Versorgung mit Flüssigkeit zu reduzieren. Dieser Entscheidung ging ein Prozess voraus, wie ihn das Gesetz vom 22. April 2005 über Rechte der Patienten und über Fragestellungen am Lebensende („Leonettis Gesetz“) vorsieht.

Ein Teil der Familie von Vincent Lambert (seine Eltern und zwei seiner Halbgeschwister) legten beim zuständigen Verwaltungsgericht Beschwerde gegen die Entscheidung des Arztes ein und bekamen Recht. Die Entscheidung habe die Wünsche der Beschwerdeführenden Familienmitglieder nicht ausreichend berücksichtigt, so das Gericht.

Der behandelnde Arzt initiierte daraufhin im September 2013 einen neuerlichen Prozess gemäß Leonettis Gesetz. Diesmal band er zusätzlich externe ärztliche Expertise und alle Familienmitglieder verstärkt ein. Auf Basis dieser Konsultationen entschied der behandelnde Arzt am 11. Jänner 2014, die lebenserhaltende Versorgung von Vincent Lambert zu beenden.

Gegen diese Entscheidung legte ein Teil der Familie neuerlich Beschwerde beim Verwaltungsgericht ein. Das Verwaltungsgericht befand am 16. Jänner 2014, dass der mutmaßliche Patientenwille von Vincent Lambert nicht korrekt überprüft worden und daher die Entscheidung zur Beendigung der lebenserhaltenden Maßnahmen nicht gerechtfertigt sei.

Der andere Teil der Familie von Vincent Lambert (v.a. seine Ehefrau) und das betreuende Krankenhaus legten daraufhin Beschwerde beim Conseil d'État ein. Dieser gab umfangreiche Gutachten in Auftrag. Auf deren Basis und nach Anhörungen entschied der Conseil d'État am 24. Juni 2014, dass der Entscheidungsfindungsprozess, wie er im vorliegenden Fall praktiziert wurde, in Einklang mit den Anforderungen aus Leonettis Gesetz stehe und dieses wiederum in Einklang mit Art. 2 und 8 EMRK stehe. Der Conseil d'État hielt zu den inhaltlichen Argumenten fest, dass der bloße Umstand, wonach sich eine Person in einem irreversiblen Zustand der Bewusstlosigkeit befindet, für sich allein noch nicht einer Situation gleichkäme, in der die Fortsetzung der Behandlung eine unvernünftige Hartnäckigkeit wäre. Außerdem könne aus dem Fehlen eines konkreten Patientenwillens nicht automatisch geschlossen werden, dass die betroffene Person mit einer Fortsetzung der lebenserhaltenden Maßnahmen in einem solchen Zustand nicht einverstanden wäre.

Gegen die Entscheidung des Conseil d'État legte ein Teil der Familie von Vincent Lambert am 23. Juni 2014 Beschwerde beim EGMR ein.

### Das Verfahren vor dem EGMR

Der EGMR entschied am 24. Juni 2014 zunächst, dass die Implementierung der Entscheidung des Conseil d'État vorübergehend aufgeschoben werden solle, damit das Verfahren vor dem EGMR geprüft werden könne. Am 4. November 2014 entschied der EGMR, den Fall sogleich vor der Großen Kammer zu verhandeln. Am 7. Jänner 2015 fand eine öffentliche Anhörung zum Fall statt. Die Große Kammer des EGMR kam am 5. Juni 2015 schließlich zu einem Urteil.

Der EGMR befand mit einer Mehrheit von 12 zu 5 Stimmen, dass die Regelungen, die Frankreich insbesondere in „Leonettis Gesetz“ zur Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen vorsieht, kein Verstoß gegen Art. 2 EMRK darstellen. Begründet wurde diese Entscheidung insbesondere durch folgende Überlegungen:

In den Mitgliedstaaten des Europarats herrscht kein Konsens hinsichtlich der genauen Voraussetzungen und Kriterien für die rechtmäßige Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen. Daher kommt den Mitgliedstaaten in dieser Frage ein Ermessensspielraum für die Regelung zu. Frankreich hat die Frage der Beendigung von lebenserhaltenden Maßnahmen insbesondere durch das Gesetz vom 22. April 2005 („Leonettis Gesetz“) geregelt.

Konkretisierungen für die Verpflichtungen, die sich aus der EMRK zu dieser Frage ergeben, finden sich u.a. in der „Oviedo Konvention über Menschenrecht und Biomedizin“ sowie im „Leitfaden zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende“.

Sowohl die gesetzlichen Regelungen in Frankreich als auch deren Exekution im Fall von Vincent Lambert sind klar und ausgewogen genug, um den Anforderungen, die sich aus der EMRK und ihren Konkretisierungen ergeben, zu genügen.

## Teil 1. Darstellung der Entscheidung des EGMR vom 5. Juni 2015 (inkl. abweichende Meinung)

### Verfahren

[1] Der Beschwerde wurde am 23. Juni 2014 von Pierre Lambert (Vater von Vincent Lambert), Viviane Lambert (Mutter von Vincent Lambert), David Philippon (Halbbruder von Vincent Lambert) und Anne Tuarze (Halbschwester von Vincent Lambert) – im Folgenden „Beschwerdeführer“ – beim EGMR eingebracht.

[2] Die Beschwerdeführer brachten vor, dass die Beendigung von Vincent Lamberts künstlicher Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit ein Verstoß des französischen Staates gegen seine Verpflichtungen aus Art. 2 EMRK (Recht auf Leben), Art. 3 EMRK (Schutz vor Folter) und Art. 8 EMRK (Schutz der körperlichen Integrität) sei.

[5] Am 4. November 2014 erging seitens des EGMR der Beschluss, den Fall vor die Große Kammer zu bringen.

[9] Am 7. Jänner 2015 fand eine öffentliche Anhörung zum Fall statt. Dabei waren neben den Beschwerdeführern auch Rachel Lambert (Ehefrau von Vincent Lambert), François Lambert (Neffe von Vincent Lambert) und Marie-Genève Lambert (Halbschwester von Vincent Lambert) anwesend.

### Sachverhalt

#### I. Die Umstände des Falls

[11] Vincent Lambert erlitt am 28. September 2008 bei einem Verkehrsunfall schwere Kopfverletzungen. Er ist tetraplegisch und vollständig von Betreuung abhängig. Gemäß eines medizinischen Gutachtens vom 14. Februar 2014 befindet er sich in einem chronischen vegetativen Zustand (siehe [40]).

[12] Vom September 2008 bis März 2009 war er im Krankenhaus von Châlons-en-Champagne (Intensivstation, dann Neurologie) stationär aufgenommen. Von März bis Juni 2009 wurde er in einem Zentrum für Lichttherapie

in Berck-sur-Mehr behandelt. Seit 29. Juni 2009 befindet er sich in einer Abteilung für Rehabilitation für Patienten in einem vegetativen Zustand oder Minimally Conscious State im Universitätskrankenhaus von Reims. Auf dieser Abteilung werden acht Patienten betreut. Vincent Lambert wird über eine PEG-Sonde mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt.

[13] Im Juli 2011 wurde Vincent Lambert von der Coma Science Group (einem Spezialteam) des Universitätskrankenhauses von Liège untersucht. Diese Untersuchung ergab, dass er sich in einem chronischen neuro-vegetativen Status befinde, der als „minimally conscious plus“ bezeichnet wurde. In Übereinstimmung mit den Empfehlungen der Coma Science Group erhielt er tägliche Physiotherapie vom September 2011 bis Ende Oktober 2012, die jedoch zu keinen Verbesserungen führte. Er erhielt darüber hinaus 87 Einheiten Logotherapie vom März bis September 2012, welche jedoch ebenfalls frustriert verliefen. Es wurden auch Versuche unternommen, den Patienten in einen Rollstuhl zu mobilisieren.

#### **A. Erste Entscheidung gemäß Gesetz vom 22. April 2005**

[14] Als das Betreuungsteam von Vincent Lambert im Jahr 2012 zunehmende Zeichen bemerkten, die als Abwehr gegen die tägliche Pflege gedeutet wurden, initiierte das Ärzteteam Anfang 2013 den Prozess, den das Gesetz vom 22. April 2005 über die Rechte der Patienten und über Fragestellungen am Lebensende (im Folgenden „Gesetz vom 22. April 2005“<sup>1</sup>) vorsieht. Rachel Lambert, die Ehefrau von Vincent Lambert, wurde in diesen Prozess involviert.

[15] Der Prozess endete in einer Entscheidung von Dr. Kariger, dem behandelnden Arzt von Vincent Lambert und Abteilungsleiter, die enterale Sondenernährung zu beenden und die Versorgung mit Flüssigkeit zu reduzieren. Die Entscheidung wurde am 10. April 2013 umgesetzt.

#### **B. Unterlassungsurteil vom 11. Mai 2013**

[16] Am 9. Mai 2013 riefen die Beschwerdeführer das Verwaltungsgericht von Châlons-en-Champagne an und beehrten die Wiederaufnahme der Sondenernährung.

---

<sup>1</sup> Nach seinem parlamentarischen Initiator wird dieses Gesetz in der Literatur oft „Leonettis Gesetz“ genannt.

[17] Am 11. Mai 2013 gab das Verwaltungsgericht den Beschwerdeführern Recht. Das Gericht befand, dass der Prozess gemäß Gesetz vom 22. April 2005 mit der Familie von Vincent Lambert fortgeführt werden solle, da keine Patientenverfügung und keine Vorsorgevollmacht vorliege. Die erste Entscheidung habe die Wünsche der restlichen Familie (neben Rachel Lambert) nicht berücksichtigt, so das Gericht.

### **C. Zweite Entscheidung gemäß Gesetz vom 22. April 2005**

[19] Im September 2013 wurde ein neuerlicher Prozess gemäß Gesetz vom 22. April 2005 gestartet. Dr. Kariger konsultierte sechs andere Ärzte (drei davon von außerhalb des eigenen Krankenhauses), welche von Vincent Lamberts Eltern, seiner Ehefrau und dem Behandlungsteam ausgesucht wurden.

[20] Es wurden zwei Familienkonferenzen (27. September und 16. November 2013) abgehalten, an denen Vincent Lamberts Ehefrau, Eltern und acht Geschwister teilnahmen. Rachel Lambert und sechs Geschwister sprachen sich dafür aus, die Versorgung über Sonde zu beenden, die Beschwerdeführer sprachen sich dafür aus, sie fortzusetzen.

[21] Am 9. Dezember 2013 berief Dr. Kariger ein Treffen aller Ärzte und fast aller sonstigen Mitglieder des Behandlungsteams ein. Dr. Kariger selbst und fünf der sechs konsultierten Ärzte sprachen sich für die Beendigung der Versorgung über Sonde aus.

[22] Am Ende des Prozesses entschied Dr. Kariger am 11. Jänner 2014, die Versorgung über Sonde zu beenden. Er legte dabei auch einen 13-seitigen Bericht vor sowie eine siebenseitige Zusammenfassung, welche der Familie vorgelesen wurde. Daraus ging insbesondere hervor, dass Vincent Lamberts Zustand durch eine irreversible Hirnschädigung charakterisiert war, welche die derzeitige Behandlung als zwecklos und unverhältnismäßig mache und einzig den Effekt habe, sein Leben künstlich zu erhalten. Der Bericht hielt auch fest, dass die Ärzte keinen Zweifel daran haben, dass Vincent Lambert es nicht gewünscht habe, unter diesen Bedingungen zu leben.

### **D. Entscheidung des Verwaltungsgerichts vom 16. Jänner 2014**

[23] Am 13. Jänner 2013 beehrten die Beschwerdeführer eine Unterlassungsklage beim Verwaltungsgericht von Châlons-en-Champagne.

[24] Am 16. Jänner 2013 gab das Verwaltungsgericht der Klage statt und ordnete die Unterlassung der Entscheidung Dr. Karigers vom 11. Jänner 2014 an.

[26] Das Verwaltungsgericht hielt fest, dass die Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit über eine Sonde eine Form der Behandlung sei.

[27] Das Verwaltungsgericht befand, dass die Äußerungen, die Vincent Lambert vor dem Unfall gegenüber seiner Ehefrau und einem Bruder gemacht hatte, die Sichtweise eines Gesunden waren, der nicht mit den unmittelbaren Konsequenzen seiner Wünsche konfrontiert war. Die Äußerungen seien nicht als formaler Ausdruck seines expliziten Patientenwillens anzusehen, ungeachtet der Tatsache, dass er als Krankenpfleger berufliche Erfahrungen mit Patienten in ähnlichen Situationen hatte. Das Verwaltungsgericht befand weiters, dass der Umstand, wonach Vincent Lambert eine konflikthafte Beziehung zu seinen Eltern hatte, nicht bedeute, dass er ihre Wertvorstellungen explizit abgelehnt hätte. Das Verwaltungsgericht schlussfolgerte, dass Dr. Kariger den mutmaßlichen Patientenwillen von Vincent Lambert nicht korrekt geprüft habe.

[28] Das Verwaltungsgericht hielt fest, dass der Bericht der Coma Science Group (siehe [13]) Vincent Lambert in einem Minimally Conscious State sähe, was impliziere, dass er emotionale Empfindungen und das Potenzial zur Reaktion auf seine Umwelt habe. Die Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit über eine Sonde sei in diesem Zustand keine künstliche Lebenserhaltung. Ihre Beendigung sei ein ernster und manifest unrechtmäßiger Verstoß gegen Vincent Lamberts Recht auf Leben.

## **E. Entscheidung des Conseil d'État vom 14. Februar 2014**

[29] Am 31. Jänner 2014 legten Rachel Lambert, François Lambert und das Universitätskrankenhaus von Reims Berufung gegen die Entscheidung des Verwaltungsgerichts beim Conseil d'État ein.

[30] Am 6. Februar 2014 entschied der Präsident der Justizabteilung des Conseil d'État, den Fall vor die Vollversammlung (17 Mitglieder) zu bringen.

[31] Am 13. Februar 2014 fand die Anhörung vor der Vollversammlung des Conseil d'État statt.

[32] Am 14. Februar 2014 erließ der Conseil d'État seine Entscheidung.

[33] In seiner Entscheidung befand der Conseil d'État unter anderem:

In Fällen, in denen der Patient nicht in der Lage ist, seinen Willen auszudrücken, muss jede Entscheidung, die Behandlung zu begrenzen oder zurückzunehmen und dadurch das Leben des Patienten zu gefährden, weil die Fortsetzung der Behandlung einer unvernünftigen Hartnäckigkeit (*obstinancy*) gleichkäme, den Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung beachten, der im Gesetz vom 22. April 2005 festgelegt ist.

Die Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit über eine Sonde („künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe“) fällt in die Kategorie der medizinischen Versorgung und kann demgemäß beendet werden, wenn ihre Fortsetzung einer unvernünftigen Hartnäckigkeit gleichkäme.

[35] Der Conseil d'État entschied, ein medizinisches Expertenpanel von drei Ärzten mit der Beurteilung folgender Fragen zu beauftragen:

- (i) die derzeitige klinische Situation von Vincent Lambert zu beschreiben und zu beurteilen, wie sie sich seit der Untersuchung durch die Coma Science Group im Juli 2011 verändert hat;
- (ii) zu beurteilen, inwieweit die Hirnschädigung des Patienten irreversibel ist und wie die klinische Prognose dazu aussieht;
- (iii) zu beurteilen, inwieweit der Patient in der Lage ist, zu kommunizieren bzw. auf welche Weise dies geschehen könnte;
- (iv) zu untersuchen, ob es irgendwelche Zeichen dafür gibt, dass der Patient derzeit auf seine Umwelt reagiert und, wenn ja, inwieweit diese Reaktionen als Ausdruck der Zurückweisung einer Behandlung/Betreuung, als Ausdruck des Leidens, als Wunsch nach Fortsetzung der Lebenserhaltung oder als Wunsch nach Beendigung der Lebenserhaltung angesehen können.

[36] Der Conseil d'État beauftragte überdies die Nationale Akademie der medizinischen Wissenschaften, den Nationalen Ethikrat, den Nationalen Medizinrat (Conseil national de l'Ordre des médecins) und Jean Leonetti, den Initiator des Gesetzes vom 22. April 2005, damit, Stellungnahmen abzugeben.

## F. Stellungnahmen

### 1. Ärztliches Gutachten

[40] Das ärztliche Gutachten kam zu dem Schluss, dass sich Vincent Lambert in einem vegetativen Zustand ohne irgendwelche Anzeichen für einen Minimally Conscious State befindet. Er habe Schwierigkeiten beim Schlucken und schwere Störungen der motorischen Funktionen aller vier Extremitäten. Der neurologische Zustand habe sich damit seit der Untersuchung durch die Coma Science Group im Juli 2011 verschlechtert.

[41] Die Hirnschädigung sei laut ärztlichem Gutachten irreversibel und habe sich seit Juli 2011 verschlechtert. Der Patient habe eine schlechte klinische Prognose.

[42] Vincent Lambert sei laut ärztlichem Gutachten nicht in der Lage, eine funktionale Kommunikation mit seiner Umwelt aufzubauen.

[43] Alle Anzeichen von körperlichen Reaktionen auf Umweltreize seien laut ärztlichem Gutachten unbewusste Reaktionen.

## 2. Allgemeine Beobachtungen

[44] Der Nationale Medizinrat hielt in seiner Stellungnahme fest, dass sich die Regelungen des Gesetzes vom 22. April 2005 nach dem Verständnis des Nationalen Medizinrates auch auf Fälle beziehen würden, in denen die kognitiven und funktionalen Fähigkeiten eines Menschen schwerwiegend und irreversibel beeinträchtigt sind.

Jean Leonetti hielt in seiner Stellungnahme fest, dass das Gesetz vom 22. April 2005 auch Patienten mit einer Hirnschädigung, die sich nicht notwendigerweise am „Lebensende“ befinden, im Blick hatte. Die künstliche Aufrechterhaltung des Lebens in einem rein biologischen Sinn, in einer Situation, in der der Patient eine schwere und irreversible Hirnschädigung hat und er nicht wieder zu Bewusstsein oder Beziehungsaufnahme mit seiner Umwelt kommt, sei Gegenstand der Regeln für die Entscheidungsfindung des Gesetzes vom 22. April 2005 gewesen. Das Gesetz habe überdies vorgesehen, dass die Verantwortung für die Entscheidungsautorisierung alleine beim behandelnden Arzt liege und bewusst nicht eine (Mit-)Verantwortung der Angehörigen vorgesehen wurde.

Die Nationale Akademie der medizinischen Wissenschaften befand in ihrer Stellungnahme, dass das Gesetz vom 22. April 2005 auch für Fälle gelte, in denen sich Patienten nicht per se am „Lebensende“ befänden, aber in einem „Überlebensmodus“, in einem Minimally Conscious State oder in einem chronischen vegetativen Status.

Der Nationale Ethikrat hielt in seiner Stellungnahme fest, dass die gemeinsame Erörterung einer Behandlungsfrage, wie sie das Gesetz vom 22. April 2005 vorsieht, auch zu einer wirklich gemeinsamen Entscheidungsfindung führen sollte. Wo kein Konsens möglich ist, könnte eine Mediation eingeschaltet werden.

## G. Entscheidung des Conseil d'État vom 24. Juni 2014

[45] Am 20. Juni 2014 kam es zu einer Anhörung vor dem Conseil d'État. Am 24. Juni 2014 entschied der Conseil d'État.

[47] In Bezug auf eine mögliche Verletzung von Art. 2 und 8 EMRK befand der Conseil d'État:

Die Regelung des Gesetzes vom 22. April 2005 sieht vor, dass eine Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen dann erlaubt ist, wenn der Patientenwille berücksichtigt wurde und neben dem behandelnden und entscheidenden Arzt zumindest ein weiterer Arzt, eine vorsorgebevollmächtigte Person, die Familie oder eine andere Vertrauensperson des Patienten konsultiert wurden. Die Entscheidung des Arztes kann vor den Gerichten angefochten werden. Es könne nicht behauptet werden, dass diese Regelung in Widerspruch zu Art. 2 oder 8 EMRK stünde.

[48] Zu den inhaltlichen Abwägungen im Fall von Vincent Lambert befand der Conseil d'État:

Die bloße Tatsache, dass eine Person sich in einem irreversiblen Zustand der Bewusstlosigkeit befindet oder, *a fortiori*, dass sie ihre Selbstbestimmungsfähigkeit irreversibel verloren hat und daher von einer Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit über eine Sonde abhängig ist, komme für sich allein noch nicht einer Situation gleich, in der die Fortsetzung der Behandlung ungerechtfertigt wäre, weil sie Ausdruck einer unvernünftigen Hartnäckigkeit wäre. Im Fall eines Patienten mit einer schweren Hirnschädigung, der seinen Willen nicht artikulieren kann, muss der Arzt seine Entscheidung auf einer Reihe medizinischer und nicht-medizinischer Faktoren begründen, deren jeweils relatives Gewicht nicht im Voraus allgemein festgelegt werden kann. Zusätzlich zu medizinischen Faktoren, muss die Entscheidungsfindung einen ausreichenden Zeitraum umfassen, eine gemeinsame Prüfung der Situation und insbesondere auf den derzeitigen Zustand des Patienten Bezug nehmen. Alle vorangegangenen Willensbekundungen des Patienten müssen berücksichtigt werden. Wo solche Willensbekundungen nicht bekannt sind, kann nicht automatisch angenommen werden, dass der Patient eine Behandlung nicht wollte. Der entscheidende Arzt muss auch die Sichtweisen einer vorsorgebevollmächtigten Person, von Familienmitgliedern und anderen Nahestehenden berücksichtigen.

[50] Der Conseil d'État befand, dass die Entscheidungsfindung von Dr. Kariger den Regeln des Gesetzes vom 22. April 2005 entsprochen habe. Daher sei seine Entscheidung, die Versorgung von Vincent Lambert mit Nahrung und Flüssigkeit über eine Sonde zu beenden, rechtmäßig.

## II. Relevantes nationales Recht

### A. Gesetz für öffentliche Gesundheit

[53] Das Gesetz vom 22. April 2005 über Patientenrechte und Themen des Lebensendes („Leonettis Gesetz“) ist Teil des Gesetzes für öffentliche Gesundheit:

Art. L. 1110-5: Behandlungen dürfen nicht mit unvernünftiger Hartnäckigkeit fortgesetzt werden. Auf Behandlungen muss verzichtet werden oder sie müssen beendet werden, wo sie unwirksam (*futile*) oder unverhältnismäßig sind oder keinen anderen Effekt haben, außer das Leben künstlich zu erhalten.

Art. L. 1111-4: Der Patientenwille ist zu respektieren. Wo ein Patient nicht in der Lage ist, seinen Willen auszudrücken, darf keine Behandlung (außer bei Gefahr in Verzug) durchgeführt werden, ohne eine vorsorgebevollmächtigte Person, die Familie oder eine andere nahestehende Person konsultiert zu haben. Ist eine Patient nicht in der Lage, seinen Willen auszudrücken, darf eine Begrenzung und Beendigung der Behandlung nur nach Durchführung eines gemeinsamen Prozesses, wie er im Ethikkodex definiert ist, erfolgen.

Art. L. 1111-6: Regelungen für vorsorgebevollmächtigte Personen.

Art. L. 1111-11: Regelungen für Patientenverfügungen.

[54] Die Regelungen für die gemeinsame Entscheidungsfindung finden sich in Art. R. 4127-37 des Gesetzes für öffentliche Gesundheit, welcher Teil des Ethikkodex ist:

I. Ein Arzt muss unvernünftige Hartnäckigkeit unterlassen. Er darf auf Behandlungen verzichten oder diese beenden, wenn sie wirkungslos (*futile*) oder unverhältnismäßig sind oder nur den Zweck oder Effekt haben, das Leben künstlich zu erhalten.

II. Die gemeinsame Entscheidungsfindung wird durch einen Arzt initiiert. Die Entscheidung, eine Behandlung zu begrenzen oder zu beenden, soll vom behandelnden Arzt getroffen werden, nachdem er sich mit dem Behandlungsteam und zumindest einem externen Arzt beraten hat.

Die Entscheidung hat alle bekannten Äußerungen des Patientenwillens zu berücksichtigen; darüber hinaus auch die Sichtweisen der vorsorgebevollmächtigten Person, der Familie oder anderer Nahestehender.

Die Entscheidung soll begründet und in der Krankengeschichte dokumentiert werden. Die vorsorgebevollmächtigte Person, die Familie oder andere Nahestehende sollen über die Entscheidung informiert werden.

## **B. Gesetzesvorschlag vom 21. Jänner 2015**

[56] Die Abgeordneten Leonetti und Claeys haben am 21. Jänner 2015 einen Gesetzesvorschlag eingebracht, wonach das Gesetz vom 22. April 2005 unter anderem wie folgt geändert werden soll:

- Es soll eine gesetzliche Klarstellung erfolgen, wonach die Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit über eine Sonde eine Form der medizinischen Behandlung ist.
- Patientenverfügungen sollen für Ärzte bindend sein.

Der Gesetzesvorschlag wurde am 17. März 2015 von der Nationalversammlung angenommen und befindet sich derzeit zur Beratung im Senat.

## **C. Gesetz für die Verwaltungsgerichtsbarkeit**

[57] Art. L. 521-2 des Gesetzes für die Verwaltungsgerichtsbarkeit regelt die Möglichkeit eines dringenden Antrags für den Schutz der Grundrechte.

## **III. Materialien des Europarates**

### **A. Oviedo Konvention über Menschenrechte und Biomedizin**

[59] Aus der Oviedo Konvention sind insbesondere folgende Artikel für den gegenständlichen Fall relevant:

- Art. 1: Zweck und Gegenstand der Konvention
- Art. 5: Informed Consent
- Art. 6: Schutz nicht selbstbestimmungsfähiger Personen
- Art. 9: Berücksichtigung des antizipierten Patientenwillens

### **B. Leitfaden zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende**

[60]–[68] Zusammenfassung der Empfehlungen des Leitfadens.

### **C. Empfehlung des Ministerrats**

[69] Recommendation CM/Rec(2009)11: Empfehlung, Vorsorgeinstrumente wie Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen zu fördern.

## **D. Materialien der Parlamentarischen Versammlung**

[70] Recommendation 1418 (1999): Schutz der Würde am Lebensende.

[71] Resolution 1859 (2012): Leitlinien für Vorsorgeinstrumente.

## **IV. Rechtsvergleichung**

### **A. Gesetzgebung und Praxis in den Mitgliedstaaten des Europarates**

[72] Es existiert kein Konsens innerhalb der Mitgliedstaaten des Europarates zu der Frage, unter welchen Bedingungen eine medizinische Behandlung, die lediglich der Lebenserhaltung dient, beendet werden darf.

[73] In jenen Mitgliedstaaten, die eine Beendigung grundsätzlich erlauben, sind die näheren Voraussetzungen und Vorgehensweisen entweder in staatlichem Recht oder in Ethikkodizes geregelt.

[74] Es existiert ein Konsens innerhalb der Mitgliedstaaten, wonach der Patientenwille die wichtigste Bedeutung im Entscheidungsfindungsprozess hat.

### **B. Beobachtungen der Human Rights Clinic**

[78] Ein Bericht der Human Rights Clinic kam zu dem Schluss, dass innerhalb der Mitgliedstaaten des Europarats und in anderen Ländern kein Konsens zu der Frage des assistierten Suizids und der Tötung auf Verlangen vorliege.

[78] In jenen Ländern, die eine Beendigung von lebenserhaltender Maßnahmen grundsätzlich erlauben, lässt sich ein Konsens feststellen, wonach die Voraussetzungen und Durchführungen dieser Entscheidungen klar reguliert sein müssten. Die vorfindlichen Voraussetzungen und Kriterien unterscheiden sich jedoch von Land zu Land.

## Das Recht

### I. Vertretungsbefugnis für Vincent Lambert

[80] Die Beschwerdeführer geben an, dass die Beendigung der Versorgung von Vincent Lambert mit Nahrung und Flüssigkeit über eine Sonde eine Verletzung von Art. 2, 3 und 8 EMRK sei.

#### A. Die Berechtigung der Beschwerdeführer, Vincent Lambert zu vertreten

[104] Der EGMR erachtet es als nicht feststehend, dass die Interessen der Beschwerdeführer dieselben Interessen wie jene Vincent Lamberts sind.

[105] Der EGMR schlussfolgert aus seiner bisherigen Spruchpraxis und deren Anwendung auf den vorliegenden Fall, dass die Beschwerdeführer keine Vertretungsbefugnis für Vincent Lambert haben.

#### B. Die Berechtigung von Rachel Lambert, Vincent Lambert zu vertreten

[111] Rachel Lambert ist nach den Regeln des EGMR nicht berechtigt, die Interessen von Vincent Lambert gegen die Beschwerdeführer zu vertreten.

#### C. Schlussfolgerung

[112] Der EGMR kommt zum Schluss, dass die Beschwerdeführer keine Berechtigung haben, eine Verletzung von Art. 2, 3 oder 8 EMRK im Namen von Vincent Lambert zu begehren. Ebenso wenig hat Rachel Lambert die Berechtigung, ihren Ehemann zu vertreten.

Dennoch hat sich der EGMR dazu entschieden, die inhaltlichen Argumente des Falls in Hinblick auf Art. 2 EMRK zu prüfen, unter der Annahme, dass die Beschwerdeführer ihre Argumente für eine Verletzung für sich selbst annehmen.

## II. Angenommene Verletzung von Art. 2 EMRK

### A. Zulässigkeit

[115] Obwohl Vincent Lambert noch am Leben ist, wäre sein Tod bei einer Beendigung der Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit über eine Sonde absehbar. Gemäß der Spruchpraxis des EGMR können potenzielle oder zukünftige Verletzungen der EMRK Grundlage für eine Beschwerde sein.

### B. Würdigung des Sachverhalts

#### 1. Anzuwendende Regelung

[117] Art. 2 EMRK verlangt von den Staaten nicht nur, Tötungen zu unterlassen (negative Verpflichtung), sondern auch angemessene Vorkehrungen für den Schutz des Lebens zu etablieren (positive Verpflichtung).

[119] Die Beschwerdeführer argumentieren, dass die Beendigung der Versorgung von Vincent Lambert mit Nahrung und Flüssigkeit über eine Sonde eine intentionale Tötung sei.

[121] Das Gesetz vom 22. April 2005 gestatten behandelnden Ärzten, nach Durchführung eines bestimmten Entscheidungsfindungsprozesses, eine Behandlung zu beenden, wenn diese Ausdruck einer unvernünftigen Hartnäckigkeit ist.

[124] Der EMRK sieht im gegenständlichen Fall keinen Anhaltspunkt, dass es sich um eine Frage der intentionalen Tötung handelt, sondern um eine Frage der angemessenen Vorkehrungen für den Schutz des Lebens.

#### 2. Überprüfung, inwieweit der Staat seinen positiven Pflichten nachkommt

[136] Der EGMR hat sich bis dato noch nie zu der Frage geäußert, unter welchen Bedingungen die Beendigung einer lebenserhaltenden Maßnahmen konventionskonform ist.

[141] Der EGMR betont, dass es sich beim vorliegenden Fall nicht um eine Situation der Tötung auf Verlangen („Euthanasie“), sondern um eine Situation der Beendigung von lebenserhaltenden Maßnahmen handelt.

[142] Im Fall *Pretty* hielt der EGMR fest, dass das Recht eine (auch lebenserhaltende) Behandlung zu verweigern, von Art. 8 Abs. 1 EMRK geschützt ist.

[143] In den Fällen *Glass* und *Burke* hielt der EGMR fest, dass für Frage, welche Voraussetzungen für den Schutz durch Art. 2 EMRK erfüllt sein müssen, folgende Kriterien zu prüfen sind:

- das Vorhandensein eines Regelwerks im nationalen Recht, welches die Anforderungen von Art. 2 EMRK erfüllt;
- die Berücksichtigung des Patientenwillens, der Angehörigen und des Behandlungsteams;
- die Möglichkeit, die Gerichte anzurufen.

Der EGMR wird im vorliegenden Fall diese Kriterien sowie die Empfehlungen aus dem „Leitfaden zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende“ des Europarats heranziehen.

[147] Der EGMR stellt fest, dass zur gegenständlichen Frage kein Konsens innerhalb der Mitgliedstaaten des Europarats existiert, wenngleich eine Mehrzahl der Staaten die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen grundsätzlich zulässt.

[148] Aus diesem Grund kommt den Mitgliedstaaten in dieser Frage ein Ermessensspielraum zu.

[159] Der EGMR stellt fest, dass der Conseil d'État im vorliegenden Fall zwei wichtige Schutzvorkehrungen etabliert hat: Zum einen befand der Conseil d'État, dass der bloße Umstand einer irreversiblen Bewusstseinsstörung allein noch keine Berechtigung für eine Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen sei. Zum anderen stellt der Conseil d'État fest, dass der Umstand, wonach man über die Patientenwillen nichts wissen, nicht gleichzusetzen sei mit der Annahme, dass der Patient eine Fortsetzung der lebenserhaltenden Maßnahmen abgelehnt hätte.

[160] Vor diesem Hintergrund kann sich der EGMR dem Argument der Beschwerdeführer nicht anschließen, wonach die rechtlichen Rahmenbedingungen nicht klar genug wären. Der EGMR kommt zu dem Schluss, dass der Staat ein Regelwerk etabliert hat, welches die Pflicht zum Schutz des Lebens erfüllt.

[166] Der Entscheidungsfindungsprozess im vorliegenden Fall hat in jeder Phase die rechtlichen Anforderungen übertroffen.

[167] Der EGMR hält fest, dass das französische Recht den Familienangehörigen das Recht zugesteht, konsultiert zu werden, nicht aber an der Entscheidung zu partizipieren. Das französische Recht sieht keine Regelungen vor, dass im Fall eines Dissenses eine Mediation einzuschalten wäre.

[168] Die Organisation des Entscheidungsfindungsprozesses fällt in den Ermessensspielraum der Mitgliedstaaten. Die Regelungen im vorliegenden Fall erfüllen jedenfalls die Anforderungen aus Art. 2 EMRK.

[177] Die Beschwerdeführer argumentierten, dass der Conseil d'État die mündlichen Äußerungen von Vincent Lambert (welche die Beschwerdeführer als zu allgemein erachten, um eine Beendigung der lebenserhaltenden Maßnahmen zu begründen) nicht hätte berücksichtigen dürfen.

[178] Der EGMR kann sich diesem Argument der Beschwerdeführer nicht anschließen und verweist auf die Empfehlungen des „Leitfadens zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende“ des Europarats, wonach alle ausgedrückten Vorstellungen des Patienten berücksichtigt werden sollten.

[180] Dementsprechend war der Conseil d'État dazu berechtigt, anzunehmen, dass der mutmaßliche Willen von Vincent Lambert hinreichend präzise feststeht, um eine Beendigung der lebenserhaltenden Maßnahmen zu rechtfertigen.

[181–182] Der EGMR kommt zum Schluss, dass die Verpflichtungen des Staates, die sich aus Art. 2 EMRK ergeben, im gegebenen Fall erfüllt sind und daher keine Verletzung von Art. 2 EMRK vorliegt.

### **III. Angenommene Verletzung von Art. 8 EMRK**

[183] Die Beschwerdeführer argumentieren, sie seien potenzielle Opfer einer Verletzung ihres Rechts auf Familienleben (Art. 8 EMRK).

[184] Der EGMR ist der Ansicht, dass diese Beschwerde von jener auf Basis von Art. 2 EMRK absorbiert wurde und daher nicht separat beurteilt werden muss.

### **IV. Angenommene Verletzung von Art. 6 EMRK**

[185] Die Beschwerdeführer argumentieren, dass der Arzt im vorliegenden Fall gegen die Unparteilichkeit verstoßen habe und damit eine Verletzung von Art. 6 EMRK vorliege.

[186] Der EGMR kommt zu dem Schluss, dass – selbst unter der Annahme, dass der Entscheidungsfindungsprozess unter Art. 6 EMRK fällt – die Argumente der Beschwerdeführer nicht begründet sind.

## Entscheidung

1. Der EGMR kommt zu dem einstimmigen Ergebnis, dass die Beschwerde insoweit zulässig ist, als die Beschwerdeführer ihr eigenes Recht aus Art. 2 EMRK potenziell verletzt sehen.
2. Der EGMR kommt mit 12 zu 5 Stimmen zu dem Ergebnis, dass die übrige Beschwerde nicht zulässig ist.
3. Der EGMR kommt zu dem einstimmigen Ergebnis, dass der Antrag von Rachel Lambert, Vincent Lambert zu vertreten, nicht berechtigt ist.
4. Der EGMR kommt mit 12 zu 5 Stimmen zu dem Ergebnis, dass die Entscheidung des Conseil d'État vom 24. Juni 2014 kein Verstoß gegen Art. 2 EMRK darstellt.
5. Der EGMR kommt mit 12 zu 5 Stimmen zu dem Ergebnis, dass es nicht notwendig ist, die Beschwerde auf Grund von Art. 8 EMRK separat zu behandeln.

## Abweichende Meinung

Hajiyev (Aserbaidshan), Sikuta (Slowakei), Tsotsoria (Georgien), De Gaetano (Malta) und Gritco (Moldawien)

[1] Was durch die Mehrheit des EGMR ausgedrückt wird stellt nichts weniger als eine Vorenthaltung zweier lebenserhaltender Notwendigkeiten (Essen und Wasser) gegenüber einer schwer behinderten Person, die nicht in der Lage ist, ihre Wünsche zur derzeitigen Situation zu kommunizieren, dar.

[3] Würde es sich um einen Fall handeln, in dem der Patient zuvor seine Ablehnung von Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit über eine Sonde klar artikuliert hätte, gäbe es keinen Einwand gegen die Entscheidung, die Behandlung einzustellen oder von vornherein darauf zu verzichten. Dies ist aber nicht der Fall bei Vincent Lambert.

[4] In Fall von Vincent Lambert befindet sich der Patient in einem anhaltenden vegetativen Zustand. In dieser Situation ist eine Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit über eine Sonde vollkommen verhältnismäßig.

[5] Es gibt keine klaren oder sicheren Anhaltspunkte für den Willen von Vincent Lambert. Er hat nie eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht errichtet. Der Conseil d'État hat den beiläufigen Bemerkungen, die Vincent Lambert früher gegenüber seiner Ehefrau (und offenbar einmal gegenüber seinem Bruder Joseph Lambert) gemacht hatte, viel Gewicht beigemessen. In derart gravierenden Entscheidungssituationen sollte aber nichts weniger als absolute Gewissheit ausreichen. Selbst unter der hypothetischen Annahme, dass Vincent Lambert tatsächlich zum Ausdruck gebracht hatte, dass er ablehnt, in einem Zustand großer Abhängigkeit am Leben erhalten zu werden, reicht dies nicht aus, um mit Sicherheit davon auszugehen, dass er auch abgelehnt hätte, mit Essen und Wasser versorgt zu werden.

Doch die Überlegungen zum (mutmaßlichen) Patientenwillen von Vincent Lambert sind für die Beurteilung im vorliegenden Fall eigentlich nebensächlich: Denn das französische Recht sieht lediglich vor, dass der Patientenwille sowie die Ansichten seiner Angehörigen bloß zusätzlich zur Analyse des behandelnden Arztes über die medizinische Situation hinzukommt. Die maßgeblichen Kriterien für die ärztliche Entscheidung sind gemäß französischem Recht die Wirkungslosigkeit, Unverhältnismäßigkeit und künstliche Lebenserhaltung.

[8] Das Argument der Beschwerdeführer, wonach das Recht nicht klar genug sagt, was etwa „unvernünftige Hartnäckigkeit“ ist, ist nachvollziehbar.

[9] Der vorliegende Fall von Vincent Lambert ist ein Fall von Euthanasie, auch wenn er unter einem anderen Begriff gefasst wird.

## Teil 2. Glosse: Der Fall Lambert vor dem Hintergrund des österreichischen Kontexts

Der Fall *Lambert* kann zum einen als rechtlicher Schlichtungsversuch eines tiefen ethischen Familiendissenses verstanden werden, dem das Recht angesichts der persönlichen Schicksale der Beteiligten immer nur partiell gerecht werden kann. Zu diesen Hintergründen könnten nur Vermutungen angestellt werden, was für eine sachliche rechtsethische Analyse nicht angebracht erscheint.

Der Fall *Lambert* führt zum anderen vor Augen, welche rechtsethischen Bewältigungsmechanismen es für klinische Entscheidungen am Lebensende, insbesondere solche über lebenserhaltende Behandlungsmaßnahmen, gibt und inwieweit diese mit substanziellen und prozeduralen Normen europäischer Grundrechte konformgehen.

Die in der internationalen medizinethischen und rechtsethischen Diskussion maßgeblichen Bezugspunkte für Behandlungsentscheidungen – auch am Lebensende – sind einerseits die Indikation und andererseits der Patientenwille<sup>2</sup>. Demnach benötigt eine medizinische Behandlung zunächst eine Indikation, d.h. eine auf naturwissenschaftlicher Basis erstellte Beurteilung über Nutzen und Schaden bzw. Risiko und Belastungen einer Behandlung in Hinblick auf ein definiertes Therapieziel. Wo eine Behandlung indiziert ist, dort soll sie einem Patienten oder seinen rechtlichen Stellvertretern empfohlen werden. Wo hingegen die Indikation für eine Behandlung nicht (mehr) gegeben ist, d.h. wo anzunehmen ist, dass sie in Hinblick auf ein Therapieziel unwirksam oder bezüglich ihres Nutzen-Schadens-Profiles unverhältnismäßig ist, dort ist auf die Behandlung zu verzichten bzw. ist sie zu begrenzen oder zu beenden. Der (auch mutmaßliche) Patientenwille ist sowohl in die Therapiezielfindung als auch in die Indikationsstellung insofern einzubeziehen, als die Wertigkeit und Verhältnismäßigkeit der zur Diskussion stehenden Ziele und Behandlungen letztlich auch von der Beurteilung des Patienten abhängen<sup>3</sup>. Aus diesem Grund wird heute in der Medizinethik auch eher von einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (*shared decision-making*) als von einer (bloßen) Einwilligung nach Aufklärung (*informed consent*) gesprochen<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Vgl. etwa Janssens, Burchardi, et al. (2012), DIVI Positionspapier Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung.

<sup>3</sup> Lipp & Brauer (2013), Behandlungsbegrenzung und „Futility“ aus rechtlicher Sicht.

<sup>4</sup> Wallner (2010), Organisation medizinischer Entscheidungen am Lebensende.

Im Fall *Lambert* wurde die Entscheidungsfindung über das weitere Vorgehen von diesen beiden Bezugspunkten, Indikation und Patientenwille, geleitet. Die Indikationsstellung für die Versorgung eines Patienten mit Apallischem Syndrom (PVS-Patient) mit Nahrung und Flüssigkeit über eine PEG-Sonde ist freilich eine der schwierigsten Fragestellungen in der Medizinethik, auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden kann<sup>5</sup>. Bei fragwürdiger Indikation, wie man sie im Fall *Lambert* offenbar gesehen hat, spielt der Patientenwille eine wichtige Rolle: Denn es ist der betroffene Patient selbst, der den Ausschlag dafür gibt, inwieweit eine relativ indizierte Behandlung noch verhältnismäßig ist. Wenn es klare Äußerungen oder genügend substantiierte Anhaltspunkte dafür gibt, dass der Patient eine bestimmte lebenserhaltende Behandlung – auch eine Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit über eine Sonde – nicht will, dann ist diese Behandlung zu unterlassen bzw. zu beenden. Fehlen hingegen solche Anhaltspunkte, so muss bei relativer Indikation im Zweifelsfall davon ausgegangen werden, dass der Patient mit einer grundsätzlich nicht unwirksamen und nicht völlig unverhältnismäßigen Behandlung zur Erhaltung seines Lebens einverstanden wäre<sup>6</sup>.

Das „Leben“, um das es sich bei der Lebenserhaltung handelt, ist für die Rechtsordnung nicht näherhin qualitativ oder quantitativ differenziert: Demnach macht es grundsätzlich keinen Unterschied, wenn ein Patient irreversibel sein Bewusstsein verloren hat oder hochbetagt ist – der rechtliche Schutz des Lebens gemäß Art. 2 EMRK gebührt ungeteilt.

In der Praxis lässt sich vor diesem Hintergrund oftmals folgendes Vorgehen beobachten: Wenn nicht klar hervorgeht, dass ein PVS-Patient eine lebenserhaltende Maßnahme (z.B. eine PEG-Sonde) abgelehnt hätte, wird diese Behandlung durchgeführt. Wenn in der Folge aber zum Apallischen Syndrom weitere Erkrankungen hinzutreten (z.B. ein Organversagen), dann wird diese hinzutretende Erkrankung nicht kurativ behandelt, auch wenn damit zu rechnen ist, dass sie letal verläuft. Dieses Vorgehen wird in der internationalen medizinethischen Literatur<sup>7</sup> als „Mittelweg“ zwischen undifferenzierter Prolongation des Apallischen Syndroms durch Maximaltherapie und radikalem Behandlungsverzicht angesehen und findet in der österreichischen Rechtswirklichkeit eine weitgehende Sozialadäquanz.

---

<sup>5</sup> Vgl. Jox, Kuehlmeier, et al. (2012), Vegetative State.

<sup>6</sup> OGH 7.7.2008, SZ 2008/2094, 6 Ob 286/07p. EF-Z 2008/141 (Jud), RdM 2008/119, Zak 2008/571 (Kletecka), iFamZ 2008/178, JBl 2009, 100 (Bernat), JBl 2009, 129 (Schütz).

<sup>7</sup> Morgan, Varas, et al. (2014), Defining the Practice of "No Escalation of Care" in the ICU.

Woran es in Österreich hingegen mangelt, sind näher bestimmte, rechtlich maßgebliche Rahmenbedingungen, um diese Sozialadäquanz in Fragen des Verzichts auf bzw. Beendigung von lebenserhaltenden Maßnahmen herzustellen. Im Fall *Lambert* brachte der EGMR deutlich zum Ausdruck, dass die französische Regelung, wie sie durch „Leonettis Gesetz“ etabliert wurde, den substanziellen und prozeduralen Garantien der EMRK entspricht. Die Regelungen von „Leonettis Gesetz“ sehen einerseits ein Verfahren für die Ermittlung und Einbindung des (mutmaßlichen) Patientenwillens vor. Andererseits finden sich auch Anknüpfungspunkte für eine einseitige Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen bei Unwirksamkeit, Unverhältnismäßigkeit und bloß künstlicher Lebenserhaltung. Diese Begriffe mögen recht unbestimmt sein, sie werden durch die im Gesetz vorgesehene gemeinsame Entscheidungsfindung aber auf vernünftige Weise prozessiert. Aus ethischer Perspektive ist dies wohl das bestmögliche Vorgehen, das man in diesen Situationen erreichen kann.

Mittlerweile gibt es in dem vom EGMR herangezogenen „Leitfaden zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende“<sup>8</sup> schon relativ klare Standards und Orientierungspunkte, die auf Basis der in den letzten Jahrzehnten gesammelten medizinethischen Erfahrung erstellt wurden. Dazu zählt nicht zuletzt der Aufbau einer qualifizierten, institutionalisierten klinischen Ethikberatung, welche ein Garant für die Einhaltung der rechtsethisch begründeten Standards sein sollte<sup>9</sup>. In Österreich hat sich zuletzt die Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt für die Etablierung solcher Standards auch in Österreich ausgesprochen<sup>10</sup>.

Zusammenfassend sollte der Fall *Lambert* daher nicht nur als Auseinandersetzung um die inhaltliche Richtigkeit einer klinischen Entscheidung angesehen werden, sondern als wichtige Beschäftigung mit der rechtsethischen Prozessierung klinischer Entscheidungsfindung.

---

<sup>8</sup> Council of Europe (2014), Leitfaden zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende.

<sup>9</sup> Jox (2011), Sterben lassen: Über Entscheidungen am Ende des Lebens.

<sup>10</sup> BEK-BKA (2015), Sterben in Würde, 11, 24 f.

## Literatur

- BEK-BKA. Sterben in Würde: Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundenen Fragestellungen. Stellungnahme der Bioethikkommission. Wien: Bundeskanzleramt; 2015 [updated 2015 Feb 9; cited 2015 Mar 13]. Available from: <http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=58509>.
- Council of Europe. Leitfaden zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende. Strasbourg: Council of Europe; 2014 [updated 2014 May 5; cited 2014 May 5]. Available from: [http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/conferences\\_and\\_symposia/FDV%20Guide%20Web%20deutsch.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/conferences_and_symposia/FDV%20Guide%20Web%20deutsch.pdf).
- Janssens U, Burchardi H, Duttge G, Erchinger R, Gretenkort P, Mohr M, Nauck F, Rothärmel S, Salomon F, Schmucker P, Simon A, Stopfkuchen H, Valentin A, Weiler N, Neitzke G. Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin: Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI. MedR. 2012 Oct;30(10):647-650. DOI 10.1007/s00350-012-3247-6.
- Jox RJ. Sterben lassen: Über Entscheidungen am Ende des Lebens. Hamburg: Edition Körber Stiftung; 2011.
- Jox RJ, Kuehlmeier K, Marckmann G, Racine E, editors. Vegetative State: A Paradigmatic Problem of Modern Societies: Medical, ethical, legal and social perspectives on chronic disorders of consciousness. Zürich: Lit Verlag; 2012.
- Lipp V, Brauer D. Behandlungsbegrenzung und „Futility“ aus rechtlicher Sicht. Z Palliativmed. 2013;14(3):121-126.
- Morgan CL, Varas GM, Pedroza C, Almoosa KF. Defining the Practice of "No Escalation of Care" in the ICU. Crit Care Med. 2014 Feb;42(2):357-361. DOI 10.1097/CCM.0b013e3182a276c9.
- OGH 7.7.2008, SZ 2008/2094, 6 Ob 286/07p. Behandlungsabbruch. EF-Z 2008/141 (Jud), RdM 2008/119, Zak 2008/571 (Kletecka), iFamZ 2008/178, JBl 2009, 100 (Bernat), JBl 2009, 129 (Schütz).
- Wallner J. Organisation medizinischer Entscheidungen am Lebensende. Intensivmed Notfallmed. 2010 Feb;47(1):49-54. DOI 10.1007/s00390-009-0139-8.