

Susanne Kummer, Johannes Bonelli

Der Fall Lambert: eine Grenzverschiebung?

The Lambert Case: A Shift of Boundaries?

Nach jahrelangem Rechtsstreit ist der französische Wachkomapatient Vincent Lambert tot. Der 42-Jährige starb am 11. Juli 2019 in der Universitätsklinik in Reims, neun Tage, nachdem sein behandelndes Ärzteteam gegen den Widerstand seiner Eltern und einiger Geschwister die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr endgültig eingestellt hatte. Zuvor hatte es dem Patienten eine tiefe kontinuierliche Sedierung verabreicht. In Frankreich hat der Fall eine breite Debatte über das Thema Sterbehilfe angeheizt. Während es in den Schlagzeilen zum Fall Lambert hieß, dass der Wachkoma-Patient nun endlich „sterben darf“, sprachen Kritiker von aktiver Sterbehilfe bzw. Tötung ohne Verlangen.

1. Eine Chronologie der Ereignisse

Seit seinem schweren Motorradunfall im Jahr 2008 war Vincent Lambert im Wachkoma gelegen. Er war querschnittsgelähmt und musste künstlich ernährt werden, die Augen waren geöffnet. Logopädische Therapien und Mobilisierungsversuche verliefen ohne Erfolg. Laut ärztlichem Gutachten von 2013 befand sich Lambert in einem chronischen neuro-vegetativen Status, der als „minimally conscious plus“ bezeichnet wird, ohne Aussicht auf Verbesserung.¹ Ein Jahr später kam ein zweites Gutachten 2014 zu dem Schluss, dass ihm jegliche Anzeichen für einen Minimally Conscious State fehlten. Seit 2013 hatten Ärzteteams bereits mehrmals dafür plädiert, die Versorgung Lamberts über eine PEG-Sonde einzustellen. Sie argumentierten u. a. mit der „Unverhältnismäßigkeit“ der Maßnahme. Die Eltern und einige Geschwister sahen hingegen im Absetzen der Ernährung eine Verletzung des Grund-

rechts auf Schutz des Lebens (Art. 2 Europäische Menschenrechtskonvention, EMRK). Die Ehefrau und andere Geschwister argumentierten, Lambert hätte lebenserhaltende Maßnahmen in einer derart aussichtslosen Situation mündlich für sich abgelehnt. Er hätte in dieser Situation lieber sterben wollen, so Rachel Lambert, seine Frau, die sein rechtlicher Vormund war.²

Die behandelnden Ärzte erklärten, dass es sich in diesem aussichtslosen Zustand nur noch um eine künstliche Leidensverlängerung handle. Anfang April 2013 stellten sie die künstliche Ernährung ein und minimierten die Flüssigkeitszufuhr. Laut dem sogenannten Claeys-Leonetti-Gesetz (2005) ist in Frankreich ein medizinisches Team berechtigt, über den Behandlungsstopp eines Patienten zu entscheiden. Auf Begehren der Eltern schritt damals dennoch das Gericht ein und ordnete erneut die Ernährungszufuhr an. Die Begründung lautete: Da keine Patientenverfügung oder Vollmachterklärung des Betroffenen vorlag, hätten in den Entscheidungsprozess gemäß des Leonetti-Gesetzes nicht nur die Ehefrau, sondern auch andere Angehörige miteinbezogen werden müssen. Als Lambert ab dem 11. Mai 2013 wieder mit Sonde ernährt wird, hatte er bereits 31 Tage ohne Nahrung und mit nur sehr wenig Wasser überlebt.

Es folgte daraufhin ein jahrelanger erbitterter juristischer Streit, der alle Instanzen bis hinauf zum Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) beschäftigte.³ Die Eltern Lamberts gingen vor den EGMR, da sie im Falle einer Beendigung der Ernährung das Grundrecht auf Schutz des Lebens (Art. 2 EMRK) verletzt sahen. Der EGMR (Große Kammer) gab in seinem Urteil *Lambert et al. v. Frankreich* (5. Juni 2015, Appl. 46043/14) keine in-

haltliche Bewertung, sondern stellte lediglich fest, dass in den Mitgliedstaaten des Europarats kein Konsens hinsichtlich der genauen Voraussetzungen und Kriterien für die rechtmäßige Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen herrsche. Daher komme den Mitgliedstaaten in dieser Frage ein Ermessensspielraum für die Regelung zu. Frankreich habe die Frage der Beendigung von lebenserhaltenden Maßnahmen insbesondere durch das Leonetti-Gesetz vom 22. April 2005 geregelt. Diese Regeln würden genügen, um zu einem ausgewogenen Urteil zu kommen.

Aufgrund der Bestätigung durch den EGMR kündigte im Juli 2015 die Universitätsklinik Reims erneut das Ende der künstlichen Ernährung an, nahm dann aber doch wieder davon Abstand. Schließlich vergingen drei Jahre, bis sich im April 2018 die Ärzte wieder für ein Ende der lebenserhaltenden Maßnahmen aussprachen. Nach einer erneuten Expertise billigte im Jänner 2019 das Verwaltungsgericht in Châlons-en-Champagne ein Abstellen der künstlichen Ernährung. Der Staatsrat und der EGMR in Straßburg bestätigten diese Entscheidung. Daraufhin setzen die Ärzte Mitte Mai 2019 das zweite Mal die künstliche Ernährung Lamberts ab. Nur für kurz, denn noch am selben Tag ordnete das Pariser Berufungsgericht überraschend an, dass die künstliche Ernährung Lamberts wieder aufgenommen werden müsse, nachdem Lamberts Eltern den Fall beim UN-Ausschuss zum Schutz der Rechte von Behinderten eingereicht hatten. Der Ausschuss forderte eine Fortsetzung der Behandlung, solange er sich nicht abschließend mit dem Fall befasst habe. Schließlich entschied Ende Mai 2019 der französische Kassationshof, dass die Ärzte befugt seien, die künstliche Ernährung Lamberts einzustellen – was sie dann auch am 2. Juli 2019 taten. Die Eltern gingen nicht mehr juristisch gegen dieses Urteil vor. Der Kassationshof war von Lamberts Ehefrau angerufen worden, die sich wünschte, dass ihr Mann sterben könne. Am 11. Juli starb Vincent Lambert.

Die Eltern warfen den Ärzten daraufhin Mord vor und reichten erneut eine Klage ein. Die zuständige Staatsanwaltschaft machte hingegen deutlich, keine Untersuchung wegen Mordes gegen den behandelnden Arzt einzuleiten. Stattdessen leitete die Reimser Staatsanwaltschaft eine Untersuchung zur Klärung der Todesursache ein und ordnete eine Obduktion an. Der Rechts- und Familienstreit in diesem tragischen Fall geht nun offenbar in die nächste Runde.

2. Wann ist ein Therapieverzicht ethisch gerechtfertigt?

Grundsätzlich lässt sich aus medizin-ethischer Sicht sagen, dass die Beendigung oder der Verzicht auf eine Heilbehandlung unter vier Bedingungen gerechtfertigt ist: 1) wenn eine Therapie eher schadet als nützt, 2) wenn keine Chance auf Heilung oder Lebensverlängerung besteht, 3) wenn der Aufwand in keinem Verhältnis zum erwartbaren Erfolg steht (Prinzip der Verhältnismäßigkeit), 4) wenn der Tod unmittelbar und unabweichlich bevorsteht.

Wenn keine sinnvollen Mittel mehr zur Heilung eines Patienten eingesetzt werden können (kurative Therapie), konzentriert sich die Behandlung auf die Linderung von negativen Symptomen (palliative Therapie). Man spricht von „Therapiezieländerung“, weg von einem kurativen hin zu einem palliativen Ansatz (Schmerzlinderung, Grundpflege, menschliche Zuwendung, spirituelle Begleitung usw.).⁴

3. Sterben lassen oder töten?

In Frankreich ist Tötung auf Verlangen („aktive Sterbehilfe“) verboten, sog. „passive Sterbehilfe“ erlaubt, worunter das Beenden einer Behandlung oder deren Verzicht bezeichnet wird. Es ist wichtig in der Debatte um Grenzfragen zwischen Leben und Tod, Schutz des Lebens und Tötung neben den Termini „aktiv“ und „passiv“ auch die Begriffe „direkt“ und „indirekt“ zu berücksichtigen. Direkt und indirekt sind sittliche Kategorien, aktiv und

passiv sind dagegen keine sittlichen Kategorien. Sie beschreiben bloß ein Tun oder Unterlassen, die als solche noch nichts über den sittlichen Charakter einer Handlung aussagen. Sowohl aktiv als auch passiv kann sittlich gut oder schlecht sein. Der ethisch entscheidende Punkt liegt nicht in der Aktivität, sondern darin, ob die Handlung direkt eine Tötung beabsichtigt bzw. den Tod herbeiführt.

Diese Unterscheidung findet auch ihren Niederschlag im Strafrecht. Man macht sich nicht nur strafbar, wenn man vorsätzlich eine tödliche Handlung setzt, z. B. indem man jemandem wissentlich ein tödliches Gift spritzt. Man kann sich auch strafbar machen durch ein vorsätzliches Unterlassen einer Handlung, wie etwa die unterlassene Hilfeleistung am Unfallort oder nach einer Vergiftung. Die Beispiele machen deutlich, dass eine passive direkte Sterbehilfe die Tötung eines Menschen durch gezielte Unterlassung von lebensrettenden Maßnahmen meint, eine aktive direkte Sterbehilfe die gezielte Tötung eines Menschen. Beides sind Formen von Euthanasie.⁵

Mit „Sterben zulassen“ ist demnach eine indirekte, also nicht auf Tötung abzielende Handlung gemeint, bei der der sich abzeichnende Tod in Kauf genommen wird. Sterben lassen kann indirekt passiv sein, indem man keine Therapie mehr beginnt, also ein Behandlungsverzicht, oder indirekt aktiv, indem man eine bereits begonnene, aber sinnlose, Therapie beendet (z. B. das Abstellen der Beatmungsmaschine). Beides ist ethisch legitim.

4. Ernährung als Grundbedürfnis und Grundrecht

Essen und Trinken gehören zu den menschlichen Grundbedürfnissen, die Ernährung ist daher integraler Bestandteil einer angemessenen medizinischen Versorgung. Es besteht die Pflicht, einen Dritten zu ernähren, der sich aufgrund seiner Erkrankung nicht mehr (Schluckstörung nach Schlaganfall) oder aufgrund seines Alters noch nicht selbstständig ernähren kann (z. B. ein Säugling). Bei der künstlich verabreichten Flüssigkeit und Nah-

rung wird eine Grundfunktion des Menschen technisch unterstützt. Die Ernährung als solche bleibt aber eine naturhafte Tätigkeit, unabhängig von einer allfälligen medizinischen Unterstützung.⁶

Die enterale Ernährung (PEG-Sonde) dient nicht der Bekämpfung einer Krankheit, sondern ist Teil der Basisbetreuung. Nach Eibach stellt sie eine pflegerische Handlung dar, auch wenn es einer medizinischen Indikation bedarf, um eine Ernährungssonde legen zu dürfen.⁷ Eibach zählt zu jenen Vertretern, die Ernährung als Grundpflegeleistung anführen. Die Nahrungszufuhr, auch die künstliche, stelle eine dermaßen grundlegende Notwendigkeit an, dass sie nicht verweigert werden dürfe. Sie respektiere und erhalte die Würde des Patienten. Für die meisten Autoren jedoch ist nach Donà die künstliche Nahrungszufuhr eine therapeutische Maßnahme und als solche gleichzustellen mit anderen therapeutischen Maßnahmen, wie z. B. künstlicher Beatmung, und daher vor ihrer Anwendung einer möglichst genauen individuellen Nutzen-Risiko-Analyse zu unterziehen.⁸

Aus medizin-ethischer Sicht erlischt die Verpflichtung zur Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, wenn die Nahrung bzw. die Flüssigkeit ihre eigene Zielsetzung nicht erreicht, nämlich dem Menschen Ernährung und Linderung der Leiden zu verschaffen.⁹ Die ärztliche Lehre und Praxis zeigt, dass Situationen am Ende des Lebens gar nicht so selten sind, in denen die Nahrung und Flüssigkeit keine Ernährung und Linderung mehr darstellen. So ist die Nahrungszufuhr begrenzt sinnvoll, wenn der Abbau von Gewebe (Katabolismus) gegenüber dem Aufbau (Anabolismus) überwiegt. Bei sterbenden Menschen gibt es daher weder eine medizinische noch eine juristische oder moralische Verpflichtung zur künstlichen Zufuhr von Flüssigkeit oder Nahrung. Es ist im Gegenteil sogar so, dass es keine Berechtigung gibt, den Sterbeprozess zu verlängern.

5. Wann ist ein Mensch „sterbend“?

Aufgrund der Möglichkeiten der modernen Medizin und Medizintechnik stellt sich oftmals die Frage, wann der Arzt das Recht bzw. die Pflicht hat, eine lebenserhaltende Behandlung zu unterlassen – sei es, dass er die Therapie nicht beginnt, sei es, dass er eine begonnene Therapie abbricht. Die Erlaubtheit des Behandlungsabbruchs beruht insbesondere auf zwei Gründen: Zum einen endet die Behandlungspflicht des Arztes, wenn keine medizinische Maßnahme mehr indiziert ist. Zum anderen ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten eine entscheidende Grenze der Behandlungspflicht.¹⁰ Ein wichtiges Kriterium für die Verhältnismäßigkeit einer Behandlung ist der Aspekt, ob der betroffene Patient bereits sterbend ist. Was genau aber bedeutet „sterbend“ in der Medizin? In gewisser Weise sind wir ja alle Sterbende, da der Tod jeden von uns unausweichlich einholt. Dennoch bezeichnen wir uns als Lebende und nicht als Sterbende. Selbst wenn jemand an einer lebensbedrohlichen Erkrankung wie Krebs erkrankt ist, ist er deswegen noch nicht ein Sterbender, selbst wenn bei aggressiven Formen davon auszugehen ist, dass dieser Krebs letztlich zum Tode führen wird. Klinische Ethikkomitees versuchen sich über Definitionen zu verständigen wie etwa: „Sterbende sind Personen, gleich welchen Alters, bei denen die Krankheit oder die Folgen der traumatischen Schädigung irreversibel sind und trotz Behandlung in absehbar kurzer Zeit zum Tode führen werden. Die Feststellung erfolgt durch den Arzt aufgrund der klinischen Zeichen.“¹¹ Beim Wachkomapatienten mit irreversiblen vegetativen Zustand stellt sich die Frage, in welcher Weise sinnvoll vom Sterbeprozess gesprochen werden kann und daran anknüpfend die Frage, wann die Verpflichtung zur Aufrechterhaltung von Basispflege und Grundernährung endet. Memmer stellt dazu fest, dass die weitaus überwiegende Lehre eine solche Verpflichtung auch dann noch annimmt, wenn die eigentliche medizinische Behandlung wegen der Unabwend-

barkeit des nahenden Todes bereits eingestellt werden darf; nach anderer Meinung ist das Absetzen von Nahrung und Flüssigkeitszufuhr nach den gleichen Kriterien wie beim Abbruch der spezifisch medizinischen Behandlung zu beurteilen.¹²

Wachkomapatienten sind nicht per se Sterbende, auch wenn sie krankheitsbedingt kein Grundbedürfnis zu essen und zu trinken und keinen Ausdruck von Lebenswillen zeigen. Die Praxis zeigt, dass Patienten mit Persistent Vegetative State (PVS) unter gewissenhafter Pflege und ausreichender Ernährung sogar körperlich aufblühen können. Kann man hier wirklich von Sterbensverlängerung sozusagen ad infinitum sprechen, wie dies offenbar die Befürworter des Behandlungsabbruchs bei Lambert taten? Hier scheint ein Widerspruch vorzuliegen. Wenn unter „Sterben“ das endgültige Erlöschen der Lebensfunktionen verstanden wird, so kann Sterbensverlängerung nur ein Hinauszögern dieses Prozesses bedeuten, nicht aber gleichsam eine Prozess-Umkehr (z. B. Gewichtszunahme), wie dies bei PVS-Patienten oft der Fall ist. Das gute Ansprechen auf die künstliche Ernährung bei einem PVS-Patienten könnte gewissermaßen ex juvantibus ein Zeichen dafür sein, dass ein prinzipielles Bedürfnis nach Nahrung vorhanden ist.

Eibach stellt im Zusammenhang mit der Betreuung von Wachkomapatienten fest: „Sterbend im biologischen Sinne ist ein Mensch dann, wenn es zu einem unwiderruflichen und fortschreitenden Prozess kommt, der erfahrungsgemäß in absehbarer Zeit zum Zusammenbrechen lebenswichtiger Organfunktionen und damit zum Tod führt.“¹³ „Der Entzug der Nahrung richtet sich dagegen gegen das Leben. Ziel ist die Herbeiführung des nicht natürlicherweise eintretenden Todes. Der Nahrungsentzug hat nichts mit einem Verzicht auf eine Bekämpfung der Krankheit zu tun. Der Grund ist vielmehr das Urteil, dass ein Leben nicht mehr wert ist gelebt zu werden, also ein Lebenswerturteil.“¹⁴

6. Handlungsleitlinien

Patienten mit einer infausten Prognose bzgl. möglicher Besserung im sog. andauernden vegetativen Zustand steht die künstliche Verabreichung von Nahrung zu. Nicht ausgeschlossen wird, dass aufgrund von Komplikationen in manchen Fällen die künstliche Nutrition unnütz sein kann, bzw. für den Patienten aufgrund supportiver Mittel eine zusätzliche Belastung bedeuten kann. Donà resümiert dazu folgende beide Handlungsleitlinien: „Die künstliche Ernährung darf bei einem schwerkranken Patienten, der sich nicht mehr äußern kann, dann nicht eingeleitet oder eingestellt werden, wenn sein Leiden in unmittelbarer Zukunft irreversibel zum Tode führt, ihm der Nahrungsentzug keine Schmerzen und zusätzlichen Leiden bereitet und sich Ärzte, Pflegende und Angehörige einig sind, im Interesse des Patienten zu handeln.“ Und: „Beim nicht einwilligungsfähigen Patienten, der sich nicht in der Sterbephase befindet, gilt zwar das Recht auf Leben unabhängig von dessen Qualität. Im Einzelfall muss und darf sich der Arzt die Frage stellen, ob die künstliche Ernährung dem Willen des Patienten noch entspreche. Hier kann jedoch höchstens dann auf Nahrung verzichtet werden, wenn damit nicht die Hauptursache für den Todeseintritt gesetzt wird.“⁴⁵

Laut Österreichischer Wachkoma-Gesellschaft¹⁶ gibt es in Österreich 600 bis 800 Wachkoma-Patienten, in Deutschland sind es rund 10.000 Betroffene. Ein rigoroser Nahrungsentzug bei diesen Patienten ohne deren Einverständnis durch eine Willenskundgebung (Patientenverfügung) mit der Absicht ihr Leben zu beenden, hat weder mit einer Krankheitsbekämpfung zu tun, noch einem „sterben lassen“, sondern richtet sich gegen das Leben. Ein bewusster Behandlungsabbruch kommt in diesen Fällen einer direkten passiven Tötung durch Nahrungsentzug gleich, was aus ethischer Perspektive abzulehnen ist.

Im Fall Lambert setzt sich eine Entwicklung der Rechtsprechung fort, wonach das Konzept der Unantastbarkeit des Lebens allmählich abgelöst

wird vom Kriterium der Lebensqualität. Ärzte und Gerichte entschieden sich für den Nahrungsentzug. Die Richter sehen in dem Akt nicht die Tötung des Patienten. Bei der künstlichen Ernährung handle es sich um eine therapeutische Maßnahme, deren Weiterführung nicht im Interesse des Patienten liege. Die seit Jahrzehnten offene kritische Frage bleibt, ob die künstliche Ernährung nicht vielmehr als Pflegemaßnahme eingestuft werden müsse.¹⁷ Wie bereits verdeutlicht, kann eine medizinische Behandlung in der letzten Phase des Sterbeprozesses abgebrochen werden, um Leiden nicht zu verlängern. Ist aber Pflege nicht Ausdruck einer menschlicher Solidarität und Achtung der Würde der Person, unabhängig von ihrer körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, die bis zuletzt aufrechterhalten werden muss?

Referenzen

- 1 Wallner J., Lambert et al. v. Frankreich, EGMR (Große Kammer), 5. Juni 2015, Appl. 46043/14, Falldarstellung und Glosse, www.ethiX.at.
- 2 Vgl. Nach sechs Jahren Rechtsstreit. Wachkoma-Patient Vincent Lambert durfte endlich sterben, Der Tagesspiegel, 11.7.2019 (online).
- 3 Ebd.
- 4 Bonelli J., *Behandlungsabbruch und Therapiezieländerung: eine medizin-ethische Analyse*, Imago Hominis (2018); 25(3): 163-171.
- 5 IMABE, *Grenzsituationen in Medizin und Pflege I*, IMABE-Info (2018), <http://www.imabe.org/index.php?id=2573>.
- 6 IMABE, *Grenzsituationen in Medizin und Pflege II*, IMABE-Info (2018), <https://www.imabe.org/index.php?id=2574>.
- 7 Eibach U., *Autonomie, Menschenwürde und Lebensschutz in der Geriatrie und Psychiatrie*, Abschnitt Künstliche Ernährung – um welchen Preis? LIT-Verlag, Münster (2005), S. 47.
- 8 Donà G., *Künstliche Ernährung am nicht einwilligungsfähigen Patienten (Soll der demente Patient künstlich ernährt werden?)* (2003), S. 5 http://www.provinz.bz.it/gesundheitswesen/download/Dona_Kuenstliche_Ernaehrung.pdf.
- 9 Prat E. H., *Therapiereduktion aus ethischer Sicht. Der besondere Fall der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr*, Imago Hominis (2006); 13(4): 311-317.

- 10 Memmer M., Wann endet die Behandlungspflicht des Arztes? *Imago Hominis* (2002); 9(1): 51-59.
- 11 Donà G., siehe Ref. 11.
- 12 Memmer M., siehe Ref. 10
- 13 Eibach U., *Sterbehilfe – Tötung aus Mitleid? Euthanasie und „lebensunwertes“ Leben*, SCM R. Brockhaus (1998), S. 92.
- 14 Eibach U., *Tödliches Mitleid. Wehret den Anfängen: Kritik am Urteil des Bundesgerichtshofes zur „Sterbehilfe“*, *Lutherische Monatshefte* (1994); 11: 22, zit. nach Stejskal J., *Wachkomapatient. Zur Problematik der künstlichen Ernährung*, *Imago Hominis* (2007); 14(4): 293-295.
- 15 Donà G., siehe Ref. 11.
- 16 Österreichische Wachkoma Gesellschaft, *Wachkoma*, <http://www.wachkoma.at/wachkoma-info/>.
- 17 Vgl. Klinkhammer G., Korzilius H., *Behandlung und Versorgung von Patienten mit PVS: Ethiktagung entfacht Euthanasie-Diskussion*, *Dtsch Arztebl* 1996; 93(1-2): A-27 / B-24 / C-24.

Letzter Zugriff auf sämtliche Internetseiten am 19.8.2019.

Mag. Susanne Kummer
IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
skummer@imabe.org

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli
IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
bonelli@imabe.org