

## Entscheidungsanmerkung

### Zur Frage eines Verstoßes gegen Art. 2 EMRK durch die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch mit der Folge des Versterbens eines Wachkomapatienten.

**1. Hinsichtlich der ärztlichen Entscheidung über einen Behandlungsabbruch bei einem Komapatienten, der aller Voraussicht nach zu dessen Tod führen wird, können nächste Angehörige vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte eine Konventionsbeschwerde unter Berufung auf die Verletzung eigener Rechte aus Art. 2 EMRK einlegen.**

**2. Unter bestimmten Voraussetzungen stellt die rechtliche Ermöglichung eines Behandlungsabbruchs durch Einstellung der Ernährung eines Wachkomapatienten keine Verletzung staatlicher Pflichten zum Lebensschutz nach Art. 2 EMRK dar.**

(Leitsätze der Verf.)

EMRK Art. 34, 2 Abs. 1

*EGMR (Große Kammer), Urt. v. 5.6.2015 – 46043/14 (Lambert u.a. v. Frankreich)*<sup>1</sup>

### I. Sachverhalt

Der am 20.9.1976 in Frankreich geborene Vincent Lambert (im Folgenden: „VL“) erlitt am 29.9.2008 infolge eines Verkehrsunfalls schwere Kopfverletzungen. Er liegt seitdem im „Wachkoma“, ist vollständig gelähmt und wird über eine Sonde ernährt. Physiotherapeutische Maßnahmen blieben ebenso wie der Versuch, Kommunikation mit dem Patienten zu ermöglichen, ohne Erfolg. Seit Juni 2009 ist VL im Universitätsklinikum Reims untergebracht. Nachdem keinerlei Besserung seines Zustands zu beobachten war,<sup>2</sup> leitete der behandelnde Arzt im Jahr 2013 ein durch das ärztliche Berufsrecht vorgesehenes Verfahren zur Feststellung des Patientenwillens im Hinblick auf das weitere Vorgehen ein. Unter Beteiligung eines Konsiliararztes sowie der Ehefrau des VL führte das Verfahren zu dem Ergebnis, dass eine Fortsetzung der künstlichen Ernährung und Aufrechterhaltung seines Lebens durch Weiterbehandlung nicht dem Willen des VL entspreche und dass infolgedessen eine Einstellung der Ernährung sowie Reduzierung der Flüssigkeitszufuhr und die ärztliche Begleitung des Sterbeprozesses vorzunehmen sei. Am 10.4.2013 wurde mit der Umsetzung dieser Entscheidung begonnen.

Am 9.5.2013 beantragten die streng gläubigen Eltern, eine Schwester und ein Halbbruder des VL eine Eilentschei-

dung des zuständigen Verwaltungsgerichts, mit sofortiger Wirkung und unter Androhung einer Geldsanktion im Falle der Zuwiderhandlung die Fortsetzung der Ernährung und Versorgung mit Flüssigkeit anzuordnen, sowie dem Patienten jedwede Behandlung zuteilwerden zu lassen, die sein körperlicher Zustand erforderlich mache. Am 11.5.2013 erließ der zuständige Richter die beantragte Anordnung zur Fortsetzung der Ernährung. Wie die Antragsteller sah er in der Einstellung der Ernährung eine schwere Verletzung des Lebensrechts des Patienten. Dieser habe selbst keine ausdrückliche Verfügung für den Fall einer Erkrankung wie der vorliegenden getroffen. Das Verfahren zur Entscheidung über die Einstellung der Ernährung sei fehlerhaft gewesen, da die antragstellenden Eltern nicht informiert worden seien und ihre Sicht daher keine Berücksichtigung gefunden habe.

Der behandelnde Arzt leitete daraufhin ein weiteres Verfahren ein, an dem außer ihm selbst sechs weitere Ärzte beteiligt waren. Drei – nicht in der Betreuungseinrichtung tätige – Ärzte waren von den antragstellenden Eltern des Patienten benannt worden. Am 27.9.2013 und am 16.11.2013 lud der behandelnde Arzt die Familie des Patienten ein, um zu einer gemeinsamen Entscheidung zu finden. An diesen Treffen nahmen die Ehefrau, die Eltern und die acht Geschwister des Patienten teil. Eine Einigung wurde nicht erzielt: Die Ehefrau und sechs Geschwister des Patienten wünschten eine Einstellung der Ernährung, während die Eltern und zwei Geschwister deren Fortsetzung forderten.

Am 9.12.2013 berief der behandelnde Arzt eine Zusammenkunft der sechs hinzugezogenen Ärzte sowie des Pflgeteams ein. Von den sechs hinzugezogenen Ärzten kamen fünf gemeinsam mit dem behandelnden Arzt zu dem Ergebnis, dass die Ernährung des Patienten eingestellt werden solle.

Am 11.1.2014 gab der behandelnde Arzt seine Entscheidung bekannt, die Ernährung des Patienten ab 13.1.2014 einstellen zu wollen. In einer schriftlichen Begründung erläuterte er, dass die Gehirnverletzungen des Patienten irreversibel seien, dass eine Besserung seines Zustands ausgeschlossen sei und dass die Aufrechterhaltung der Ernährung eine künstliche, aussichtslose und unverhältnismäßige Verlängerung seines Lebens darstelle. Er sei davon überzeugt, dass die Aufrechterhaltung des jetzigen Zustands dem Willen des Patienten widerspreche.

Auch gegen diese Entscheidung beantragten die Beschwerdeführer eine sofortige Intervention des zuständigen Gerichts, die Einstellung der Ernährung zu verbieten sowie den Patienten in eine andere Pflegeeinrichtung zu verlegen. Nach einer Anhörung am 15.1.2014 entschied der nunmehr neunköpfige Spruchkörper des Verwaltungsgerichts, die Umsetzung der ärztlichen Entscheidung vom 11.1.2014 zu untersagen. Zur Begründung führte das Gericht an, dass der Wille des Patienten durch den behandelnden Arzt nicht ordnungsgemäß festgestellt worden sei. Allein aus Konflikten zwischen dem Patienten und seinen streng gläubigen Eltern sowie aus der Tatsache, dass VL deren religiöse Wertvorstellungen nicht teilte, könne nicht geschlossen werden, dass er jegliche Weiterbehandlung unter den gegebenen Bedingungen ablehne. Da die Aufrechterhaltung der Ernährung keinerlei Beschwerden für den Patienten verursache, könne sie auch

<sup>1</sup> Die Entscheidung ist im Internet abrufbar unter <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-155352> (15.7.2015).

<sup>2</sup> Pflegekräfte hatten zudem berichtet, sie hätten ablehnende Reaktionen des Patienten auf Pflegemaßnahmen beobachtet. Die im weiteren Verfahren durchgeführten zahlreichen Untersuchungen des Patienten zeigten aber, dass VL zur bewussten Steuerung solcher Reaktionen nicht in der Lage war.

nicht als aussichtslose und unverhältnismäßige Maßnahme angesehen werden. Infolgedessen sei eine Ernährungseinstellung als rechtswidrige Verletzung des Lebensrechts anzusehen und daher abzulehnen. Den Antrag auf Verlegung des Patienten in eine andere Pflegeeinrichtung lehnte das Gericht ab.

Gegen diese Entscheidung legte die Ehefrau, ein Bruder sowie die Pflegeeinrichtung des Patienten Rechtsmittel zum höchsten französischen Verwaltungsgericht, dem Conseil d'État, ein. Das Gericht beauftragte mehrere Mediziner mit der Erstellung eines Gutachtens zum Gesundheitszustand des Patienten und holte Stellungnahmen der Landes-Ärztevereinigung und Ethikkommission ein.

Auf der Grundlage der Gutachten bestätigte das Gericht die ärztliche Entscheidung vom 11.1.2014. Der behandelnde Arzt habe bei der Vorbereitung dieser Entscheidung alle Verfahrensvorschriften eingehalten (Rn. 15). Abgesehen davon sei es zutreffend, dass der Arzt die Verfassung des Patienten als irreversiblen vegetativen Zustand mit Schluckschwierigkeiten, Bewegungs- und Kommunikationsunfähigkeit eingeordnet habe. Schließlich stütze sich das Gericht auf die Angaben der Ehefrau des Patienten, die ebenso wie der Patient selbst Krankenpfleger/in sei. Die Eheleute hätten mehrfach Gespräche über die gegenständliche Thematik geführt und der Patient habe jeweils klar zum Ausdruck gebracht, dass er bei einer solchen Erkrankung im Falle der Aussichtslosigkeit keine künstliche Aufrechterhaltung seines Lebens wolle (Rn. 15 f.).

Die Beschwerdeführer (Eltern, eine Schwester und ein Halbbruder des Patienten) erhoben am 23.6.2014 Konventionsbeschwerde zum EGMR und rügten eine Verletzung der Rechte des VL aus Art. 2, 3 und 8 EMRK. Da VL seine Rechte nicht selbst wahrnehmen könne, wollten die Beschwerdeführer dies im Wege der Konventionsbeschwerde für ihn tun. Sie machen geltend, durch die rechtliche Legitimierung der Ernährungseinstellung würde eine staatliche Pflicht zum Lebensschutz aus Art. 2 EMRK verletzt. Zudem liege in der Ernährungseinstellung eine der Folter gleichkommende unmenschliche Behandlung nach Art. 3 EMRK und ein unzulässiger Eingriff in den Schutz der Privatsphäre nach Art. 8 EMRK (Rn. 80).

## II. Entscheidung

Die zur Entscheidung berufene 5. Kammer gab die Rechtssache wegen ihrer besonderen Bedeutung an die Große Kammer des Gerichtshofs ab, Art. 30 EMRK. Die Große Kammer wies die Konventionsbeschwerde mit Urteil vom 5.6.2015 zurück.

In *formeller* Hinsicht wies die Kammer zunächst darauf hin, dass die Beschwerdebefugnis vor dem EGMR die (behauptete) Opfereigenschaft des Beschwerdeführers hinsichtlich des gerügten Konventionsverstößes voraussetzt, Art. 34 S. 1 EMRK (Rn. 89).<sup>3</sup> Infolgedessen sei eine Geltendma-

chung fremder Rechte nicht vorgesehen. Bei Rügen im Hinblick auf die Verletzung von Art. 2 und 3 EMRK könne hiervon allerdings unter zwei Voraussetzungen eine Ausnahme gemacht werden: Es muss ein Rechtsverlust des durch den Konventionsverstoß Verletzten drohen, falls seine Angehörigen seine Rechte nicht für ihn geltend machen dürfen (1.), und die Interessen der angehörig Beschwedeführer dürfen nicht mit denen des vertretenen Rechtsträgers kollidieren (2.).<sup>4</sup> Beide Voraussetzungen liegen nach der Einschätzung des EGMR nicht vor: Zum einen drohe kein Verlust des geltend gemachten Rechts aus Art. 2 EMRK, denn die nächsten Angehörigen könnten sich auf eigene Rechte aus Art. 2 EMRK berufen, wenn der Tod eines nahen Angehörigen infolge staatlichen Handelns drohe (Rn. 103) – was bei einer Erlaubnis zur Ernährungseinstellung durch staatliche Gerichte der Fall ist, denn die Gerichtsentscheidung öffnet das Tor zur (im Ergebnis tödlichen) Einstellung der Ernährung. Zum anderen liege hier ersichtlich kein Gleichlauf der Interessen der Beschwerdeführer und des Patienten vor, da dieser nach den Feststellungen gerade nicht die Fortsetzung der Ernährung wünsche, die die Beschwerdeführer unter Berufung auf Art. 2 EMRK einforderten.<sup>5</sup> Infolgedessen liege hier ein Interessenkonflikt vor, der eine Geltendmachung der Rechte des Patienten aus Art. 2 EMRK durch die Beschwerdeführer ausschließe (Rn. 104 f.).<sup>6</sup>

Stattdessen – so das Gericht – sei die Beschwerde im Hinblick auf die Opfereigenschaft der Beschwerdeführer selbst als nahe Angehörige des Patienten eröffnet: Sollte die ärztliche Entscheidung aufgrund der gerichtlichen Entscheidung

---

Europarecht, Bd. 3 – Europäisches Rechtsschutz- und Verfahrensrecht, 2014, § 13 Rn. 18 ff.; Schäfer, in: Karpenstein/Mayer (Hrsg.), EMRK, Kommentar, 2. Aufl. 2015, Art. 34 Rn. 61 ff.

<sup>4</sup> Hierzu EGMR (Große Kammer), Urt. v. 27.6.2000 – 22277/93 (Ilhan v. Türkei), Rn. 54 f.; EGMR (Große Kammer), Urt. v. 17.7.2014 – 47848/08 (Centre for Legal Resources im Namen von Valentin Campeanu v. Rumänien), Rn. 112. Vgl. außerdem *Grabenwarter/Pabel*, Europäische Menschenrechtskonvention, 5. Aufl. 2012, § 13 Rn. 20; *Peters/Altwickler* (Fn. 3), § 13 Rn. 19; *Rogge*, in: Pabel/Schmahl (Hrsg.), Internationaler Kommentar zur Europäischen Menschenrechtskonvention, 16. Lfg., Stand: Oktober 2013, Art. 34 Rn. 287; *Schäfer* (Fn. 3), Art. 34 Rn. 73 ff.

<sup>5</sup> Die Kammer erwähnt hier die Rechte des VL aus Art. 3 EMRK nicht noch einmal gesondert – es ergibt sich aber aus dem logischen Zusammenhang, dass diese Erwägung im Hinblick auf Art. 2 EMRK ebenso für die Rechte aus Art. 3 EMRK gelten muss.

<sup>6</sup> Auch die Ehefrau des Patienten war dem Verfahren beigetreten und hatte beantragt, seine Rechte für ihn wahrnehmen zu dürfen. Das Gericht wies dies ebenfalls zurück, da die Ehefrau als Dritte gem. Art. 44 Abs. 3 der Verfahrensordnung des EGMR am Verfahren beteiligt war. Diese Beteiligung als Dritte ist aber ausdrücklich Personen vorbehalten, die im Verfahren nicht Beschwerdeführer sind. Das schließt es nach Ansicht des Gerichts aus, dass die Ehefrau Rechte des Patienten im Verfahren wahrnimmt (Rn. 110 f.).

---

<sup>3</sup> Vgl. hierzu *Ehlers*, Europäische Grundrechte und Grundfreiheiten, 4. Aufl. 2014, § 2 Rn. 97 f.; *Meyer-Ladewig*, Nomos Kommentar, EMRK, 3. Aufl. 2011, Art. 34 Rn. 17 ff.; *Peters/Altwickler*, in: Leible/Terhechte (Hrsg.), Enzyklopädie

aufrechterhalten und vollzogen werden, so verlören die Beschwerdeführer ihren Sohn/Bruder, und insoweit sei eine Selbstbetroffenheit bei einem etwaigen Konventionsverstoß gegen Art. 2 EMRK gegeben. Hierauf beruht nach Ansicht der Großen Kammer die Beschwerdebefugnis der Beschwerdeführer im Hinblick auf eine mögliche Verletzung eigener Rechte aus Art. 2 EMRK durch den drohenden Verlust des Sohnes/Bruders (Rn. 112, 115).<sup>7</sup>

In *materieller* Hinsicht betont die Kammer zunächst, dass aus Art. 2 EMRK nicht nur ein an den Staat gerichtetes Verbot resultiere, das Lebensrecht seiner Bürger zu verletzen, sondern auch eine Schutzpflicht des Staates im Hinblick auf das menschliche Leben (Rn. 35). Ob eine Verletzung dieser staatlichen Schutzverpflichtung aus Art. 2 EMRK vorliegt, prüft die Kammer anhand von drei Punkten:

- 1. Wird durch die im französischen Recht eröffnete Möglichkeit, bei entsprechendem Patientenwillen unter Umständen lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen einzustellen, eine Pflicht des Staates zum Lebensschutz aus Art. 2 EMRK verletzt?
- 2. Existiert ein den Anforderungen des Art. 2 EMRK genügendes Verfahren zur Feststellung der Voraussetzungen für eine Behandlungseinstellung? Sind die Verfahrensanforderungen eingehalten worden?
- 3. Ist Rechtsschutz im Hinblick auf die Überprüfung der ärztlichen Beendigungsentscheidung in ausreichendem Maß möglich?

Ad 1.: Das Gericht stellt zunächst heraus, dass die der ärztlichen Entscheidung zugrunde liegende französische Verfahrensregelung Ärzten nicht etwa (aktive) Sterbehilfe oder Suizidassistenten erlaube, sondern lediglich die Entscheidung zur Einstellung einer Behandlung in Fällen legitimiere, in denen eine Aufrechterhaltung der Behandlung als unvernünftige Uneinsichtigkeit anzusehen sei („unreasonable obstinacy“, Rn. 121). Eine solche Einstellung der Behandlung erachtet das Gericht unter Berufung auf die Entscheidung *Pretty*<sup>8</sup> dann als angezeigt, wenn der Patient eine Weiterbehandlung ablehnt. Die Kammer führt aus, dass eine ärztliche Behandlung gegen den Willen des Patienten auch dann seine Rechte aus Art. 8 EMRK verletze, wenn ein Behandlungsverzicht bedeute, ihn letztlich dem Sterben zu überlassen (Rn. 142). In solchen Konstellationen liege im Behandlungsverzicht („therapeutic abstention“, Rn. 124) keine „euthanasia“ (eine gezielte Lebensbeendigung), sondern lediglich der Abbruch einer aussichtslosen Behandlung („withdrawal of life-sustaining treatment“, Rn. 141). Daraus ergibt sich der Schluss, dass durch die Eröffnung der rechtlichen Möglichkeit zum Behandlungsverzicht keine staatlichen Schutzpflichten aus Art. 2 EMRK verletzt werden.

<sup>7</sup> Vgl. allgemein zu Fragen der Beschwerdebefugnis für eine Konventionsbeschwerde *Esser*, Europäisches und Internationales Strafrecht, 2014, § 9 Rn. 59 ff.

<sup>8</sup> EGMR, Urt. v. 29.4.2002 – 2346/02 (*Pretty v. Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland*), Rn. 63.

Ad 2.: Das Gericht wendet sich dann der verfahrensrechtlichen Gestaltung der Entscheidung über den Behandlungsverzicht zu: Wie die EMRK-Vertragsstaaten die rechtlichen Regelungen zur Feststellung und Befolgung des Patientenwillens insoweit gestalteteten, sei zwar durchaus am Maßstab des Art. 2 EMRK zu messen, allerdings komme den EMRK-Vertragsstaaten bei der Gestaltung des Verfahrens ein Regelungsspielraum (*margin of appreciation*) zu (Rn. 168). Ein knapper – nicht näher spezifizierter – rechtsvergleichender Blick auf verschiedene nationale Regelungen zeige – so der EGMR –, dass jedenfalls insoweit Konsens herrsche, als entscheidender Faktor für die Legitimität des Verfahrens die Berücksichtigung des Patientenwillens sei (Rn. 147). Den von den Beschwerdeführern vorgetragene Einwand, die französischen Verfahrensregeln seien nicht hinreichend bestimmt und präzise, sieht der Gerichtshof dadurch entkräftet, dass die Vorgaben in den neun Jahren ihrer bisherigen Geltungsdauer nicht Gegenstand eines Verfahrens gewesen sind, Unklarheiten also insoweit nicht bestehen (Rn. 151). Dies weist das Gericht im Folgenden zusätzlich durch eine Durchsicht der Vorgaben nach (Rn. 156-160).<sup>9</sup> Auch habe das im konkreten Sachverhalt durchgeführte Verfahren den rechtlichen Anforderungen der französischen Verfahrensvorgaben entsprochen und insbesondere die Sicht der einzelnen Familienmitglieder hinreichend berücksichtigt (Rn. 161-168). Mit dieser Begründung kommt das Gericht zu dem Schluss, dass die Ausgestaltung des zur Entscheidung über den Behandlungsverzicht führenden Verfahrens keinen Konventionsverstoß im Hinblick auf Art. 2 EMRK beinhaltet (Rn. 168).

Ad 3.: Schließlich widmet sich die Große Kammer der Frage, ob ausreichende rechtliche Überprüfungsmöglichkeiten gegen die ärztliche Entscheidung zur Behandlungseinstellung eröffnet waren (Rn. 169 ff.). Diese Frage bejaht der Gerichtshof – die Vorgeschichte des Verfahrens hatte mehrere gerichtliche Entscheidungen bis hin zum Conseil d’État enthalten. Dort waren zahlreiche Sachverständige gehört und ein umfassendes Gutachten zum Gesundheitszustand des Patienten erstellt worden. Die Kammer sah eine ausreichend verlässliche rechtliche Prüfung der Voraussetzungen der Behandlungseinstellung belegt (173 ff.). Damit kommt der EGMR insgesamt zu dem Ergebnis, dass die Aufrechterhaltung der ärztlichen Entscheidung zur Nahrungseinstellung keinen Verstoß gegen die staatliche Verpflichtung zum Lebensschutz nach Art. 2 EMRK darstellt.

Die weiterhin gerügte Verletzung der Beschwerdeführer in ihren Rechten aus Art. 8 EMRK wegen einer Störung des Familienlebens mit ihrem Sohn/Bruder sieht die Kammer bereits durch die umfassende Prüfung einer Verletzung ihrer Rechte aus Art. 2 EMRK implizit abgelehnt – wenn schon eine Verletzung in Rechten aus Art. 2 EMRK durch die Ernährungseinstellung abzulehnen sei, müsse das auch für etwaige Rechte im Hinblick auf ein drohendes Ende des gemeinsamen Familienlebens mit VL gelten (Rn. 183 f.).

<sup>9</sup> Auf die Wiedergabe der Einzelheiten der französischen Regelung wird hier verzichtet – sie sind für deutsche Studierende nicht von Interesse.

### III. Sondervotum

Dem Urteil beigefügt ist ein Sondervotum der Richter *Hajiyev* (Aserbaidshan), *Sikuta* (Slowakische Republik), *Tsotsoria* (Georgien), *De Gaetano* (Malta) und *Gritco* (Moldawien).

Das Sondervotum wird mit dem Hinweis eröffnet, Ergebnis der Entscheidung werde sein, dass einem schwerst kranken Menschen, der nicht in der Lage sei, seinen Willen zu artikulieren, die Grundvoraussetzungen des Lebens – nämlich Nahrung und Wasser – vorenthalten würden.<sup>10</sup> Die Richter sehen in dieser Entscheidung einen gravierenden Rückschritt im Hinblick auf den bisher im Geltungsbereich der Konvention gewährleisteten Schutz des menschlichen Lebens (Sondervotum, Rn. 1).

Zurückgewiesen wird zunächst die Annahme der Kammer, dass die Beschwerdeführer die Rechte des Patienten nicht für diesen geltend machen könnten: Da seit der Entscheidung *Centre for Legal Resources im Namen von Valentin Campeanu v. Rumänien*<sup>11</sup> anerkannt sei, dass sogar Organisationen die Rechte Verstorbener für diese wahrnehmen könnten, müsse dies doch erst recht für die nächsten Angehörigen noch lebender Personen möglich sein, die ihre Rechte nicht selbst wahrnehmen könnten (Sondervotum, Rn. 2).

Die weitere Annahme, eine Konvergenz der Interessen des Rechtsträgers mit den von den Beschwerdeführern geltend gemachten Rechten liege nicht vor, sei schlicht falsch (Sondervotum, Rn. 2). Die Schutzrichtung der Art. 2 und 3

<sup>10</sup> Sondervotum, Rn. 1: „[...] what is being proposed is nothing more and nothing less than that a severely disabled person who is unable to communicate his wishes about his present condition may, on the basis of a number of questionable assumptions, be deprived of two basic life-sustaining necessities, namely food and water, [...]“.

<sup>11</sup> EGMR (Große Kammer), Urt. v. 17.7.2014 – 47848/08 (*Centre for Legal Resources im Namen von Valentin Campeanu v. Rumänien*): Der 1985 geborene Valentin Campeanu (V) wuchs in einem Waisenhaus auf. Im Alter von 5 Jahren wurde bei V eine schwere intellektuelle Beeinträchtigung (IQ von 30) und HIV diagnostiziert. Als er volljährig wurde, kam V in ein Zentrum für medizinische und soziale Pflege. Nachdem sich dort sein Gesundheitszustand dramatisch verschlechtert hatte, wurde er in ein Krankenhaus gebracht. Wenig später verweigerte V jegliche Nahrungszufuhr, so dass er intravenös mit Glukose und Vitaminen versorgt wurde. Am 20.2.2004 wurde er von einem Besucherteam des *Centre for Legal Resources (CLR)* besucht. Das Team stellte fest, dass V alleine in einem ungeheizten Raum untergebracht war. Obwohl er ohne Hilfe weder essen noch die Toilette benutzen konnte, verweigerte ihm das Krankenhauspersonal aus Angst vor einer HIV-Infektion jede Hilfe. Am Abend des 20.4.2004 verstarb V an einer Herz- und Ateminsuffizienz infolge einer Lungenentzündung, die von seiner HIV-Infektion verursacht worden war. Das CLR machte eine Verletzung der Rechte des V aus Art. 2, 3 und 13 EMRK geltend. Der Gerichtshof stellte einen Konventionsverstoß gegen Art. 2 EMRK fest – hinsichtlich der weiteren Rechte erfolgte keine gesonderte Prüfung eines Konventionsverstoßes.

EMRK liege allein darin, den Rechtsträger vor Eingriffen in sein Recht auf Leben zu schützen. Art. 2 EMRK beinhalte gerade keine Gewährleistung eines right to die für den Rechtsträger,<sup>12</sup> und Art. 3 EMRK beinhalte ein Recht auf den Schutz vor unangemessener Behandlung. Genau dies aber machten die Beschwerdeführer geltend, indem sie forderten, dass lebensnotwendige Grundbedürfnisse des schwerst kranken Rechtsträgers gestillt würden. Unter Berufung auf Art. 2 EMRK könne auch nichts anderes gefordert werden als der Schutz des Lebens – und gerade nicht die Behandlungseinstellung mit Todesfolge. Deswegen liege die Konvergenz zwischen den Interessen des Rechtsträgers und der Beschwerdeführer unzweifelhaft vor (Sondervotum, Rn. 2)<sup>13</sup>.

In der Sache sehen die Richter zum einen in der Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit im Kern nicht eine auf Besserung abzielende medizinische Behandlung im engeren Sinne, sondern schlicht die Basisversorgung eines hilflosen Menschen mit der notwendigen Lebensgrundlage.<sup>14</sup> Es sei nicht erkennbar, dass durch die Versorgung des Patienten mit Nahrung und Flüssigkeit irgendwelche Beschwerden bzw. Schmerzen verursacht würden. Die schlichte Ernährung eines hilflosen Menschen könne nicht unverhältnismäßig sein, sondern sei absolut angemessen („entirely proportionate“; Sondervotum, Rn. 4).

Die abweichende Einschätzung der Richter des Sondervotums ist entscheidend durch die Interpretation des Behandlungsziels beeinflusst: Definiert man als Ziel der Nahrungszufuhr allein die Verhinderung des Erlöschens eines Lebens durch Aufrechterhaltung des Ist-Zustands, so entfällt die Wertung, dass die Behandlung angesichts der negativen Prognose sinnlos und dadurch letztlich unverhältnismäßig werden kann. Dann bleibt es dabei, dass die Versorgung eines konstitutionell hilflosen Patienten mit Nahrung und Flüssigkeit eine schlichte Grundversorgung darstellt, die man keinem Menschen vorenthalten darf. Verweigert sich der Patient nicht klar dieser Grundversorgung, so ist demnach in der Einstellung der Ernährung nicht etwa der Abbruch einer sinnlos gewordenen medizinischen Behandlung zu sehen, sondern vielmehr das Vorenthalten lebenswichtiger Ernährung gegen-

<sup>12</sup> Siehe hierzu EGMR, Urt. v. 29.4.2002 – 2346/02 (*Pretty v. Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland*), Rn. 39 f.

<sup>13</sup> Sondervotum, Rn. 2: „The right not to be starved to death being the only right that Vincent Lambert himself could have validly claimed under Articles 2 and 3, we fail to see how it is logically possible to find any lack of ‚convergence of interests‘ between him and the applicants in the present case, or even entertain the slightest doubt on this point.“

<sup>14</sup> Sondervotum, Rn. 7: „[...] a person in Vincent Lambert’s condition is a person with fundamental human dignity and must therefore, in accordance with the principles underpinning Article 2, receive ordinary and proportionate care or treatment which includes the administration of water and food“; Sondervotum, Rn. 10: „Feeding a person, even if enteraly, is an act of ordinary care“.

über einem hilflosen Menschen – mit dem Ergebnis, dass dieser verhungert.<sup>15</sup>

Den mutmaßlichen Willen des Patienten für die Einstellungsentscheidung halten die Richter für nicht klar erwiesen. Sie sehen in dem Sachverhalt lediglich Indizien, die aber einen Patientenwillen für die Ernährungseinstellung nicht deutlich erkennen ließen. Weil VL gerade keine Verfügung für den Fall seiner Krankheit getroffen habe (obwohl er als Krankenpfleger mit solchen Situationen vertraut sei), werde sein Wille auf eine nachträgliche Interpretation früherer Äußerungen gestützt. Das biete aber keine hinreichende Gewähr für die Richtigkeit dieser Annahmen. Es sei auch zu berücksichtigen, dass VL in der ersten Phase der Ernährungseinstellung 31 Tage überlebt habe. Das spreche stark für seinen Lebenswillen, da Erfahrungswerte von Pflegepersonal zeigten, dass lebensmüde Personen bei Ernährungseinstellung in der Regel innerhalb von zehn Tagen versterben (Sondervotum, Rn. 5). Der verbleibende Zweifel müsse angesichts der Pflicht des Staates zum Lebensschutz dazu führen, die Ernährung des nicht klar verweigernden Patienten beizubehalten.

Zusätzlich weisen die Richter darauf hin, dass sich VL keineswegs in einer „end-of-life situation“ befunden habe (Sondervotum, Rn. 6), denn er habe nach wie vor selbstständig geatmet und sei lediglich auf die Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit angewiesen gewesen. Bei Zufuhr der notwendigen Nahrung aber sei ein Lebensende für ihn nicht absehbar. Infolgedessen liege im Vorenthalten der notwendigen Ernährung auch keine bloße Einstellung einer Behandlung, sondern schlicht das Vorenthalten notwendiger Grundversorgung und damit eine Tötung („euthanasia“) des Patienten. Auch sei die Einstellung der Ernährung durch das Pflegepersonal in einem solchen Fall durchaus von einem Tötungsvorsatz getragen. Denn selbst wenn das Pflegepersonal den Todeserfolg nicht wünsche, so bleibe es doch dabei, dass die Einstellung der Ernährung in dem sicheren Wissen vorgenommen werde, dass der Patient durch den Entzug der Grundversorgung sterben werde. Damit liege aber Vorsatz ersichtlich vor, denn hierfür sei es ausreichend, dass der Täter eine Handlung vornehme, von der er wisse, dass sie den Tod herbeiführen wird.

Deswegen sei es im Ergebnis mit der durch Art. 2 EMRK aufgestellten Pflicht des Staates zum Lebensschutz unvereinbar, dass durch die Entscheidung der Weg frei gemacht würde dafür, dass VL durch den Entzug von Nahrung und Flüssigkeit im Ergebnis verhungere und verdurste.

#### IV. Würdigung

Die Würdigung des Falles steht und fällt mit der Einordnung des mutmaßlichen Patientenwillens: Folgt man dem Gericht in der Einschätzung des Sachverhaltes, dass der Patientenwille für eine Einstellung der Ernährung ausreichend belegt sei, so macht es für die rechtliche Bewertung dieser Einstellungsentscheidung keinen Unterschied, ob man mit der Mehrheit der Großen Kammer in der Ernährung eine Behandlung mit dem Fernziel einer Besserung des Gesundheitszustands sieht, oder ob man mit dem Sondervotum und den Beschwerdeführern in der Ernährung gerade keine Behandlung im engeren Sinne sieht, sondern schlicht die Grundversorgung eines behinderten Menschen mit Nahrungsmitteln, für deren Unverzichtbarkeit die Prognose des Patienten keinerlei Rolle spielt. Selbst wenn man die Ernährung des Patienten nicht als auf eine Besserung des Zustands abzielende Behandlung interpretiert und sie damit von einem kurativen Ziel trennt, bleibt es dabei, dass auch diese Grundversorgung dann unzulässig ist, wenn sie dem Willen des Patienten widerspricht. Insoweit findet sich auch im Urteil der Hinweis, dass ein rechtsvergleichender Blick auf die Regelungen in den einzelnen Vertragsstaaten übereinstimmend die Wertung zeige, dass für eine Entscheidung über Eingriffe in die Integrität des Patienten die Berücksichtigung seines Willens oberste Priorität habe (Rn. 74). Die Frage aber, inwieweit der Wille des Patienten im Fall Lambert zutreffend ermittelt wurde, ist am Maßstab des nationalen Rechts zu beurteilen. Der EGMR ist keine Superrevisionsinstanz zur Überprüfung der Rechtmäßigkeit nationaler Entscheidungen am Maßstab des nationalen Rechts, sondern sein Judiz ist allein auf die Frage beschränkt, ob die Behandlung der Rechtssache in einer Weise erfolgt ist, die einen Konventionsverstoß nach Art. 2 EMRK begründet. Insoweit hat sich die Große Kammer klar positioniert, indem sie einen Konventionsverstoß bei Entscheidungen für einen Behandlungsabbruch ablehnt, wenn der Behandlungsverzicht dem ausdrücklichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht und die Entscheidung hierzu in einem hinreichend verlässlichen Verfahren getroffen wurde.

#### V. Rechtswirkungen des Urteils im deutschen Rechtsraum

Urteile des EGMR entfalten Bindungswirkung jeweils nur für die am Verfahren beteiligten Parteien, Art. 46 Abs. 1 EMRK. Da ein Konventionsverstoß gerade nicht festgestellt wurde, entstehen für den betroffenen Konventionsstaat Frankreich hier keine weiteren „Befolgungspflichten“ im Sinne des Art. 46 Abs. 1 EMRK.

Welche Wirkung Entscheidungen des EGMR für die am Verfahren nicht beteiligten Konventionsstaaten entfalten, ist im Einzelnen umstritten.<sup>16</sup> Klar ist aber, dass jeder Konventionsstaat infolge der generellen Bindung an die Konventionsgewährleistungen nach Art. 1 EMRK zur Berücksichtigung von deren Auslegung durch den EGMR verpflichtet ist („fak-

<sup>15</sup> Vgl. zu dieser Frage auch die im Urteil (Rn. 59) dargestellte Oviedo Convention on Human Rights and Biomedicine des Europarats aus dem Jahr 1997, in Kraft getreten am 1.12.1999 (im Internet abrufbar unter <http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/164.htm> [15.7.2015]; von Deutschland bislang nicht unterzeichnet) und den auf ihrer Grundlage durch den Europarat erarbeiteten „Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations“ (Rn. 60 ff.).

<sup>16</sup> Vgl. hierzu *Esser* (Fn. 7), § 9 Rn. 114 ff.

tische Orientierungswirkung“ auch für nicht verfahrensbeteiligte Konventionsstaaten).<sup>17</sup>

Es stellt sich daher die Frage, inwieweit die deutsche Rechtslage im Hinblick auf Entscheidungen zur Behandlung von Komapatienten den Konventionsgewährleistungen entspricht.

### 1. Verfahren

In Deutschland sind Entscheidungen über medizinische Eingriffe jedweder Art am Patientenwillen zu messen: Jede ärztliche Behandlung steht unter dem Einwilligungsvorbehalt der behandelten Person, vgl. § 630d BGB.<sup>18</sup> Kann diese Person aufgrund ihres Gesundheitszustands selbst nicht ausdrücklich einwilligen, so bestellt das Betreuungsgericht einen Betreuer, § 1896 Abs. 1 BGB. Diesem obliegt es dann, den Willen des betreuten Patienten zu ermitteln, um entsprechend seiner Behandlungswünsche in medizinische Maßnahmen einzuwilligen bzw. diese Einwilligung zu verweigern. Die Einzelheiten dieser Ermittlung des Patientenwillens sind im Verfahren nach § 1901a ff. BGB festgelegt. Liegt eine ausdrückliche Patientenverfügung im Sinne des § 1901a Abs. 1 BGB nicht vor, so ist der mutmaßliche Patientenwille gem. § 1901a Abs. 2 BGB aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Dazu zählen „insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen“, § 1901a Abs. 2 S. 2 BGB. In dem von § 1901b BGB vorgesehenen Konsultationsverfahren klärt der behandelnde Arzt den Betreuer umfassend auf und ermittelt gemeinsam mit ihm den mutmaßlichen Patientenwillen für die konkrete Situation. Gem. § 1901b Abs. 2 BGB sind dabei auch nahe Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen des Betreuten anzuhören, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist. Eine Einwilligung des Betreuers in die Durchführung von Maßnahmen, die eine erhebliche Gesundheits- oder Lebensgefährdung mit sich bringen, ist nur bei Vorliegen einer gerichtlichen Genehmigung wirksam, § 1904 Abs. 1 BGB.<sup>19</sup> Entbehrlich ist die betreuungsgerichtliche Genehmigung allerdings dann, wenn behandelnder Arzt und Betreuer einvernehmlich über die bewusste Maßnahme entschieden haben, § 1904 Abs. 4 BGB.

<sup>17</sup> Ambos, Internationales Strafrecht, 4. Aufl. 2014, § 10 Rn. 8; Weißer, in: Schulze/Kadelbach/Zuleeg (Hrsg.), Europarecht, 3. Aufl. 2015, § 42 Rn. 102.

<sup>18</sup> St. Rspr. RGSt 25, 375 (380 ff.); BGHSt 11, 111 (112); BGH NStZ 1996, 34; Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl. 2014, Rn. 713; Duttge, in: Prütting (Hrsg.), Fachanwaltskommentar Medizinrecht, 3. Aufl. 2014, § 223 StGB Rn. 10; Gaidzik, in: Bergmann/Paue/Steinmeyer (Hrsg.), Nomos Kommentar, Gesamtes Medizinrecht, 2. Aufl. 2014, §§ 223-229 StGB Rn. 5.

<sup>19</sup> Die Genehmigung beschreibt zwar grundsätzlich eine nachträgliche Zustimmung. In der Praxis wird das Gericht aber sinnvollerweise vor Erklärung der Einwilligung angerufen, vgl. hierzu Schwab, in: Säcker/Rixecker (Hrsg.), Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Bd. 8, 6. Aufl. 2012, § 1904 Rn. 8, 31.

Unklar ist, inwieweit die deutsche Rechtslage für eine Konstellation wie sie der EGMR zu entscheiden hatte, den Konventionsgewährleistungen genügende Vorschriften bereithält: Der EGMR leitet aus der staatlichen Pflicht zum Lebensschutz nach Art. 2 EMRK die Anforderung ab, dass die Verfahrensvorgaben zur Entscheidung über medizinische Behandlungen auch hinreichende rechtliche Überprüfungsmöglichkeiten vorsehen (Rn. 169 ff.). Im deutschen Recht kann in Fällen einer einvernehmlichen Entscheidung von Arzt und Betreuer jeder Dritte (insb. Ehe- oder Lebenspartner oder Verwandte) eine betreuungsgerichtliche Kontrolle der Betreuerentscheidung initiieren.<sup>20</sup> Das insoweit einschlägige Verfahren der Freiwilligen Gerichtsbarkeit unterliegt gem. § 26 FamFG dem Amtsermittlungsgrundsatz,<sup>21</sup> sodass das Betreuungsgericht vorgetragene Zweifel im Hinblick auf die Betreuungsentscheidung amtswegig nachzugehen hat.<sup>22</sup> Ob sich diese Verfahrensgestaltung noch im Rahmen der vertragsstaatlichen Gestaltungsfreiheit („margin of appreciation“) hinsichtlich der Umsetzung der Konventionsgewährleistungen hält, kann vom EGMR – so er denn angerufen wird – immer nur im Hinblick auf einzelne Sachverhaltsgestaltungen überprüft werden.<sup>23</sup>

### 2. Materiellrechtliche Voraussetzungen eines nach deutschem Recht legitimen Behandlungsabbruchs

Mit der Leitentscheidung BGHSt 55, 191<sup>24</sup> aus dem Jahr 2010 hat der BGH im Wege richterlicher Rechtsfortbildung das Rechtsinstitut des rechtmäßigen Behandlungsabbruchs und damit etwas Klarheit in der Frage der Einstellung medizinischer Maßnahmen bei schwerst kranken Patienten geschaffen. Ein Behandlungsabbruch bezieht sich auf eine Situation, in der ein Patient an einer lebensbedrohenden Krankheit leidet, die ohne Behandlung zu seinem Tod führen wird.<sup>25</sup> Wird dann in Übereinstimmung mit seinem ermittelten Willen (mutmaßlicher oder ausdrücklicher Patientenwille, evtl. dokumentiert durch eine in der aktuellen Lebenssituation geltende Patientenverfügung) eine im Zusammenhang mit dieser Erkrankung stehende Behandlung unterlassen (Behandlungsabbruch), so liegt darin auch dann keine rechtswidrige Tötungshandlung, wenn in der Folge des Behandlungs-

<sup>20</sup> Vgl. die Gesetzesmaterialien zum 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts = BT-Drs. 16/8442 v. 6.3.2008, S. 19.

<sup>21</sup> § 26 FamFG: „Das Gericht hat von Amts wegen die zur Feststellung der entscheidungserheblichen Tatsachen erforderlichen Ermittlungen durchzuführen.“

<sup>22</sup> Vgl. hierzu Schwab (Fn. 19), § 1904 Rn. 55.

<sup>23</sup> Grabenwarter/Pabel (Fn. 4), § 18 Rn. 20 ff.; Mayer, in: Karpenstein/Mayer (Fn. 3), Einl. Rn. 60 ff.

<sup>24</sup> Vgl. hierzu das überwiegend positive Echo im Schrifttum: Eidam, GA 2011, 232; Gaede, NJW 2010, 2925; Hecker, JuS 2010, 1027; Hirsch, JR 2011, 37; Verrel, NStZ 2010, 671; Kritik nicht am Ergebnis, aber an der dogmatischen Konstruktion findet sich bei Duttge, MedR 2011, 36; Engländer, JZ 2011, 513; Kubiciel, ZJS 2010, 656; Schneider, in: Joecks/Miebach (Hrsg.), Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch, Bd. 4, 2. Aufl. 2012, Vor §§ 211 ff. Rn. 172.

<sup>25</sup> BGHSt 55, 191 (204 Rn. 33).

abbruchs der Tod des Patienten eintritt.<sup>26</sup> Entscheidend für die legitimierende Wirkung des Behandlungsabbruchs ist die Befolgung des Patientenwillens. Der BGH sieht den Behandlungsabbruch als durch die Einwilligung des Patienten gerechtfertigt: „Eine Rechtfertigung durch Einwilligung kommt [...] in Betracht, wenn sich das Handeln darauf beschränkt, einen Zustand (wieder-) herzustellen, der einem bereits begonnenen Krankheitsprozess seinen Lauf lässt, indem zwar Leiden gelindert, die Krankheit aber nicht (mehr) behandelt wird, so dass der Patient letztlich dem Sterben überlassen wird.“<sup>27</sup> Nicht erfasst sind dagegen Fälle eines gezielten Eingriffs, der die Beendigung des Lebens vom Krankheitsprozess abkoppelt.<sup>28</sup> In subjektiver Hinsicht<sup>29</sup> muss der Behandlungsabbruch gezielt zur Verwirklichung des Patientenwillens erfolgen.<sup>30</sup>

Übertragen auf den vom EGMR entschiedenen Fall Lambert würde sich nach deutschem Recht die folgende Beurteilung ergeben: Der Patient befand sich in einem Zustand, in dem die Einstellung der Ernährung angesichts seiner schweren Erkrankung (Wachkoma) seinen Tod zur Folge haben würde. Die Fortsetzung der Ernährung über eine Magensonde stellt aber einen Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten dar, deren Aufrechterhaltung – wie jeder andere Eingriff in die körperliche Integrität – nur dann legitim ist, wenn sie vom Patientenwillen gedeckt ist.

Insoweit hat die Ermittlung des mutmaßlichen Willens von VL zur Überzeugung der Ehefrau wie auch des behandelnden Arztes ergeben, dass VL angesichts der jahrelangen erfolglosen Bemühungen um eine Besserung seines Zustands und angesichts der schlechten Prognose eine Fortsetzung der Behandlung nicht wünschen würde. Vorausgesetzt die Ehefrau wäre als Betreuerin des Patienten eingesetzt, könnte sie einvernehmlich mit dem Arzt gem. § 1904 Abs. 4 BGB über die Ernährungseinstellung entscheiden. Die weiteren Angehörigen (Eltern, Geschwister) hätten auch in Deutschland die Möglichkeit, Zweifel an der richtigen Ermittlung des Patien-

tenwillens zum Ausdruck zu bringen (§ 1901b Abs. 2 BGB). Das Betreuungsgericht müsste dem nach dem geltenden Amtsermittlungsgrundsatz nachgehen, § 26 FamFG. Wie die Entscheidung im Ergebnis aussehen würde, ist von den Einzelheiten des zugrundeliegenden Sachverhalts abhängig. Käme die Beurteilung zu dem Ergebnis, dass der Patient mutmaßlich einen Abbruch der Behandlung wünschen würde, so wäre die Einstellung der Ernährung unter palliativer Begleitung des dann einsetzenden Sterbeprozesses rechtmäßig.

Berücksichtigt werden muss, dass bei diesem – in der Sache im deutschen Schrifttum ganz überwiegend befürworteten<sup>31</sup> – Ergebnis ein Wertungswiderspruch zwischen der Berücksichtigung des Patientenwillens im Rahmen eines Tötungsdelikts nach § 212 StGB und der andererseits von § 216 StGB vorgesehenen Strafbarkeit der Fremdtötung trotz ausdrücklichen und ernstlichen Tötungsverlangens besteht.<sup>32</sup> Dieser Wertungswiderspruch lässt sich auch nicht gut durch dogmatische Ausweichmanöver wie etwa die Ablehnung der objektiven Zurechenbarkeit der Todesfolge zur Behandlungseinstellung beseitigen.<sup>33</sup> Es wäre deshalb (auch im Hinblick auf die angesichts der Regelung zur Patientenverfügung im BGB herzustellende Einheit der Rechtsordnung) sinnvoll, wenn der Gesetzgeber die Voraussetzungen eines zulässigen Behandlungsabbruchs im StGB ausdrücklich regeln würde.<sup>34</sup>

## VI. Prüfungsrelevanz

Die Voraussetzungen eines legitimen Behandlungsabbruchs im deutschen Recht sollten bekannt sein. Im Gutachten ist es ratsam, die Problematik im Rahmen der Prüfung von § 212 StGB zu erörtern. Dabei sollte bereits im objektiven Tatbestand herausgearbeitet werden, dass die Rechtsprechung sich durch die Anerkennung der Rechtsfigur „Behandlungsabbruch“ von der Differenzierung zwischen – verbotener – aktiver und – unter Umständen legitimierbarer – passiver Sterbehilfe verabschiedet hat. Ein Behandlungsabbruch wird durch eine Vielzahl von Handlungen und Unterlassungen bewirkt. Das Instrument „Behandlungsabbruch“ wird von der Rechtsprechung als normativer Oberbegriff<sup>35</sup> verstanden, der dies

<sup>26</sup> Es versteht sich von selbst, dass entsprechend dem allgemeinen Grundsatz der Einwilligungsbedürftigkeit ärztlicher Heilbehandlungen auch bei nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen eine Behandlung nur in Übereinstimmung mit dem Patientenwillen vorgenommen werden darf, vgl. allgemein *Deutsch/Spickhoff* (Fn. 18), Rn. 402; *Wever*, in: *Bergmann/Pauge/Steinmeyer* (Fn. 18), § 630d BGB Rn. 1.

<sup>27</sup> Zur Zweifelhafteigkeit dieses Merkmals im Hinblick auf die Frage, ob die schlichte Ernährung eines Patienten als „Behandlung“ seiner Erkrankung anzusehen ist, vgl. bereits *Weißer*, *GesR* 2011, 331 (333) und die sehr plastischen Ausführungen des Sondervotums zur zugrundeliegenden EGMR-Entscheidung (Rn. 10). Zu berücksichtigen ist allerdings, dass die Einwilligungsbedürftigkeit von Eingriffen in die körperliche Integrität generell gilt – unabhängig davon, ob die Versorgung durch eine Sonde sich auf Nahrung oder z.B. auf eine Medikation bezieht.

<sup>28</sup> BGHSt 55, 191 (204 f. Rn. 35).

<sup>29</sup> BGHSt 55, 191 (203 Rn. 31).

<sup>30</sup> Zu den inhaltlichen Unsicherheiten dieser Kriterien vgl. *Weißer*, *GesR* 2011, 331 (333 f.).

<sup>31</sup> Wie Fn. 24 und *Eser/Sternberg-Lieben*, in: *Schönke/Schröder*, *Strafgesetzbuch*, Kommentar, 29. Aufl. 2014, Vor. §§ 211 ff. Rn. 28a; *Fischer*, *Strafgesetzbuch und Nebengesetze*, Kommentar, 62. Aufl. 2015, Vor § 211 Rn. 61 ff.; *Rengier*, *Strafrecht*, Besonderer Teil, Bd. 2, 16. Aufl. 2015, § 7 Rn. 7b; *Verrel*, *NStZ* 2010, 671; *Wolfslast/Weinrich*, *StV* 2011, 286.

<sup>32</sup> So auch *Schneider* (Fn. 24), Vor §§ 211 ff. Rn. 172.

<sup>33</sup> In diese Richtung äußern sich *Engländer*, *JZ* 2011, 513 (518 – der aber auch einen Rechtfertigungsgrund *sui generis* in Betracht zieht); *Gaede*, *NJW* 2010, 2925 (2927); *Rissing-van Saan*, *ZIS* 2011, 544 (549 f.).

<sup>34</sup> Zu entsprechenden Regelungsvorschlägen vgl. *Schöch/Verrel*, *GA* 2005, 553; *Verrel*, in: *Ständige Deputation des Deutschen Juristentages* (Hrsg.), *Verhandlungen des 66. Deutschen Juristentages Stuttgart 2006*, Bd. 1 – Gutachten, 2006, Teil C (S. 77).

<sup>35</sup> BGHSt 55, 191 (202 f.), Rn. 31: „[...] alle Handlungen, die mit einer [...] Beendigung einer ärztlichen Behandlung im

umschreibt. In der Prüfung sollte deswegen im Tatbestand die Frage nach der Abgrenzung von Tun und Unterlassen nicht aufgeworfen, sondern die oben angeführten Voraussetzungen eines legitimen Behandlungsabbruchs geprüft werden – also insbesondere die Frage, ob der Abbruch dem in einem ordnungsgemäßen Verfahren festgestellten<sup>36</sup> Willen des Patienten entsprach.

Außerdem sollten die im Zusammenhang mit der Konventionsbeschwerde behandelten Fragen der Beschwerdebefugnis sowie der Rechtswirkungen von EGMR-Urteilen internationalstrafrechtlich interessierten (Schwerpunkt-) Studierenden bekannt sein.

*Prof. Dr. Bettina Weißer, Münster*

---

Zusammenhang stehen, in einem normativ-wertenden Oberbegriff des Behandlungsabbruchs zusammenzufassen, der neben objektiven Handlungselementen auch die subjektive Zielsetzung des Handelnden umfasst, eine bereits begonnene medizinische Behandlungsmaßnahme gemäß dem Willen des Patienten insgesamt zu beenden [...]“.

<sup>36</sup> Allerdings begründet allein die Verletzung von Verfahrensvorschriften noch kein Tötungsdelikt – hierfür ist die Frage entscheidend, ob der Abbruch dem Patientenwillen entsprach, vgl. hierzu *Rengier* (Fn. 31), § 7 Rn. 8b m.w.N.