

Zeitschrift: Infokara : Fachzeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: 2 (1997)

Heft: 2

Artikel: Rechtliche Aspekte der Sterbehilfe

Autor: Stratenwert, Günter

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091619>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 25.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Walter Jens und Hans Küng haben den folgenden Fall, arg verkürzt, in ihrem bekannten Buch „Menschenwürdig sterben“ zum Ausgangspunkt eines Plädoyers für die aktive Sterbehilfe gemacht. Ich möchte mit seiner Hilfe darstellen, wie sich die Frage der Sterbehilfe heute nach schweizerischem Recht beurteilt. Dabei möchte ich, der Einfachheit halber, voraussetzen, dass das, was der Arzt und der Sohn der Patientin planten, tatsächlich geschehen wäre, also die Frage von Versuch oder Vollendung eines möglichen Deliktes beiseite lassen.

Günter Stratenwert*

Rechtliche Aspekte der Sterbehilfe

Der deutsche Bundesgerichtshof hatte 1994 folgenden Fall zu entscheiden:

Eine 70-jährige Frau S., die sich wegen präseniler Demenz mit Verdacht auf Alzheimer-Krankheit bereits in einem Pflegeheim befand, hatte 1990 einen Herzstillstand (von 12-15 Minuten) mit anschliessender Reanimation erlitten und war seitdem irreversibel schwerst hirngeschädigt. Wegen der darauf beruhenden Schluckunfähigkeit wurde sie zunächst über eine Nasensonde und nach dabei aufgetretenen Komplikationen über eine Magensonde ernährt. Sie war seit Ende 1990 nicht mehr ansprechbar, geh- und stehunfähig und reagierte auf optische, akustische und Druckreize lediglich mit Gesichtszuckungen oder Knurren. Anzeichen für Schmerzempfinden bestanden nicht.

Nachdem dieser Zustand über zwei Jahre angehalten hatte, schlug der behandelnde Arzt, der die Patientin einmal wöchentlich besucht hatte, deren Sohn vor, die Sondenernährung einzustellen und der Frau nur noch Tee zu verabreichen. Deren Tod würde dann binnen zwei bis drei Wochen eintreten, ohne dass sie leiden müsste. Der Sohn war mit diesem Vorgehen unter anderem deshalb einverstanden, weil seine Mutter, als sie acht bis zehn Jahre vorher in einer Fernsehsendung einen Pflegefall mit Gliederversteifung und Wundliegen gesehen hatte, gesagt hatte, so wolle sie nicht enden.

Zum Abbruch der Sondenernährung kam es allerdings nicht, weil der Pflegedienst die Vormundschafts-

behörde anrief, die dieses Vorgehen verbot. Die Frau starb erst ein weiteres Jahr später an einem Lungenödem. Gegen den Arzt und den Sohn der Frau wurde jedoch ein Strafverfahren wegen versuchter Tötung eingeleitet, das zunächst zu einer Verurteilung führte, bevor der Bundesgerichtshof das Urteil aufhob.

Aktive oder passive Sterbehilfe

Im Verlaufe dieser Tagung wird sicherlich schon wiederholt von der heute wohl allgemein bekannten Unterscheidung von aktiver und passiver Sterbehilfe die Rede gewesen sein. Unter diesem Gesichtspunkt ist, im Blick auf unseren Fall, zunächst festzuhalten, dass sich der Abbruch der Sondenernährung als bloss passive Sterbehilfe darstellt. Das ist weniger selbstverständlich, als es scheinen könnte. Das Pflegepersonal wollte die künstliche Ernährung fortsetzen, und wenn andere hier intervenieren, so stellt sich das juristisch als Eingriff in einen rettenden Kausalverlauf dar, der als aktives Handeln und nicht bloss als Unterlassen gilt. Man denke an den umstrittenen Parallellfall des Abbruchs der künstlichen Beatmung eines Patienten, an das Abschalten des Respirators. Müsste man tatsächlich von dieser Einschätzung ausgehen, so wäre der Fall rechtlich bereits entschieden: Eine auf Lebensverkürzung abzielende Handlung ist nach Art. 114 des schweizerischen Strafgesetzbuches selbst dann verboten, wenn sie „aus achtswerten Beweggründen, namentlich aus Mitleid“, auf das ernsthafte und eindringliche Verlangen des Betroffenen vorgenommen wird. Was in neuerer Zeit zunehmend als eine zulässige Form der (aktiven) Sterbehilfe gilt, sind lediglich ärztliche Massnahmen, die auf die Linderung schwerer Leidenszustände abzielen, selbst wenn sie das Leben des Patienten möglicherweise verkürzen. Davon konnte im vorliegenden Fall offenbar insofern keine Rede sein, als Anzeichen für eine Schmerzempfindung bei Frau S. nicht mehr bestanden.

Nun ist es, ich möchte sagen: gottlob nicht so, dass der Abbruch lebenserhaltender bzw. lebensverlängernder Massnahmen als aktives Handeln angesehen werden müsste. Rechtlich ist solches Verhalten doch wohl nicht anders zu beurteilen, als wenn auf die entsprechenden Massnahmen von vornherein verzichtet worden wäre. Erst damit nähern wir uns den eigentlich schwierigen Fragen: ob und wann im einzelnen ein solcher Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen, also sogenannte passive Sterbehilfe, rechtlich zulässig ist. Ein erster Grundsatz dürfte freilich auch insoweit ausser Frage stehen: Der urteilsfähige Patient kann jede Art von ärztlicher Intervention jederzeit ablehnen. Er hat prinzipiell das Recht, vom Arzt über seinen Gesundheitszustand aufgeklärt zu werden, also zu erfahren, wie es um ihn steht, und darüber, welche positiven und

*Prof. Dr. jur. Strafrecht und Rechtsphilosophie, Universität Basel
Vortrag an der Tagung «Menschenwürdig sterben», Paulus Akademie,
Zürich, März 1997

negativen Wirkungen mögliche medizinische Massnahmen in dieser Situation haben könnten. Eine Zwangsbehandlung ist nicht erlaubt; sie könnte sogar eine strafbare Körperverletzung sein. Das gilt auch im Endstadium einer unheilbaren Erkrankung für mögliche Massnahmen der Lebensverlängerung.

Suizid – Hilferuf oder Recht

Von dieser Regel gibt es nur wenige Ausnahmen, wie insbesondere bei versuchtem Suizid, solange nicht feststeht, ob und inwieweit der Betroffene urteilsfähig war und ob er wirklich aus dem Leben scheiden oder etwa nur auf eine letzte verzweifelte Weise um Hilfe rufen wollte.

Das bedeutet, dass wir dem Einzelnen prinzipiell die Freiheit zugestehen, sich selbst zu töten. Das war keineswegs immer so. Der Selbstmordversuch war im kontinentalen Europa bis zur Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert, im englisch-amerikanischen Rechtskreis sogar bis zum Suicide Act von 1961 mit Strafe bedroht. Bis heute gehen die Auffassungen darüber auseinander, ob nicht wenigstens die Verleitung und die Hilfe zum Suizid unter Strafe stehen sollten, wie es in einigen kantonalen Rechten der Fall war und heute noch in zahlreichen ausländischen Rechten der Fall ist. Nach dem geltenden schweizerischen Strafgesetzbuch ist die Mitwirkung am Selbstmord eines anderen dagegen nur noch strafbar, wenn sie aus selbstsüchtigen Beweggründen erfolgt. Das hat, um zum Thema der Sterbehilfe zurückzukehren, die praktisch wichtige Konsequenz, dass es einem Arzt, im Unterschied zum Verbot der Mitleidstötung, rechtlich nicht verwehrt ist, seinem Patienten die Mittel zum Suizid zu verschaffen. Dabei können sich allerdings sehr heikle Abgrenzungsfragen stellen, und zwar sowohl hinsichtlich der Frage, über welches Mass an Information der Betroffene verfügen und wie frei er in seiner Entscheidung sein muss, damit wirklich von einem Selbstmord gesprochen werden kann, wie hinsichtlich der anderen Frage, welches Mass an Mitwirkung noch als blosser Hilfe erscheint und wo die rechtliche Verantwortung des Aussenstehenden beginnt. Es sind das aber eher theoretische als praktische Schwierigkeiten, auf die ich hier nicht im einzelnen eingehen möchte.

Alter Entscheid – neue Situation

Was uns ausführlicher beschäftigen muss, ist aber die durch den Ausgangsfall aufgeworfene Problematik der Fortführung oder des Abbruchs lebenserhaltender Massnahmen bei Patienten, die nicht mehr urteils- und handlungsfähig sind, die also nicht mehr in der Hand haben, was mit ihnen geschehen soll. Hier ist wohl die

erste und drängendste Frage die, ob und inwieweit der oder die Einzelne auch für diesen Fall Vorsorge treffen, Herr seines oder ihres Schicksals bleiben kann. Dabei geht es vor allem um die rechtliche Bedeutung der Patientenverfügung, des sogenannten Patiententestaments. In unserem Ausgangsfall lag keine solche Verfügung vor. Aber gesetzt den Fall, sie hätte vorgelegen und etwa gelautet, dass Frau S. bei irreversiblen Bewusstseinsverlust nicht künstlich am Leben erhalten zu werden wünschte: Wäre der Arzt an diese Weisung gebunden gewesen? Die Frage ist umstritten. Vor allem ein im Auftrag der Sterbehilfeorganisation „Exit“ erstelltes Rechtsgutachten hat sich für die Verbindlichkeit einer solchen Verfügung ausgesprochen. Aber hier muss doch wohl differenzierter geurteilt werden. Ausserordentlich schwierig kann schon die Entscheidung sein, ob der in der Patientenverfügung gemeinte Fall wirklich eingetreten ist. Der deutsche Bundesgerichtshof ist in seinem Entscheid davon ausgegangen, dass er hier vorgelegen hätte, und hat damit den vehementen Widerspruch eines Mediziners ausgelöst: Der Zustand der Frau S. sei so beschrieben worden, wie es gemeinhin der Diagnose „apallisches Syndrom“ oder „Wachkoma“ entspreche. Das sei aber eben kein „defekter Endzustand“, sondern könne – häufiger als früher angenommen – „als ein Zwischenzustand bei der Entwicklung neuen Lebens aus dem Koma, als sogenanntes Durchgangssyndrom, in Erscheinung treten“, was zugleich bedeuten würde, dass er grundsätzlich auch nicht als irreversibel angesehen werden dürfe. Die grosse Mehrzahl der Mediziner teilt diese Auffassung nicht. Sie spricht in den Fällen, für die zunächst die Bezeichnung „apallisches Syndrom“ verwendet worden ist, nun eher von einem „persistierenden“ oder „permanenten vegetativen Zustand“, nach der englischen Bezeichnung als PVS abgekürzt, und stellt bei der Diagnose entscheidend auf die Dauer ab: Nach einem Monat soll der Bewusstseinsverlust noch voll rückbildungsfähig sein, nach zwölf Monaten hingegen mit grösster Wahrscheinlichkeit nicht mehr. Es wird aber eingeräumt, dass ganz vereinzelt auch Fälle von Erwachsenen nach mehr als zwölf Monaten beschrieben worden sind. Wie hätte Frau S. bei Kenntnis dieses Standes der medizinischen Diskussion entschieden? Hätte sie sich dafür ausgesprochen, dass jedenfalls nach einem Jahr ihre Verfügung Anwendung finden müsse? Das lässt sich selbst in einem auf den ersten Blick so klaren Fall nicht ohne weiteres entscheiden. In der Regel aber sind Patientenverfügungen noch weitaus unbestimmter und damit in höherem Masse auslegungsbedürftig. Schon das relativiert ihre Verbindlichkeit.

Weitere Punkte kommen hinzu. Es kann ja beim Vorliegen einer Patientenverfügung nicht darum gehen, sie

rein formal zu befolgen. Wenn sie verbindlich sein soll, dann nur, wenn und weil sie den wahren Willen des Patienten, könnte er ihn äussern, wiedergibt. Und hier fragt sich doch auch, ob ihm wirklich klar war, was die Verfügung besagt, ob er ihren Inhalt und ihre Tragweite zutreffend beurteilt hat, wie vielleicht dann, wenn ihr ein genügend intensives Gespräch mit seinem Hausarzt vorangegangen ist. Ausserdem bleibt zu bedenken, dass Patientenverfügungen zumeist zu einem Zeitpunkt errichtet werden, in dem die Extremsituation, auf die sie zugeschnitten sind, noch fern liegt, also eher eine theoretische Möglichkeit darstellt. Wir alle wissen, dass es ausserordentlich schwierig, wenn nicht unmöglich ist, im voraus zu sagen, wie man sich in einem wahrhaft ans Lebendige gehenden Konflikt entscheiden wird, solange er nicht eingetreten ist. Dies alles läuft auf eine und dieselbe Schlussfolgerung hinaus: dass nämlich auch Patientenverfügungen dem Arzt die letzte Verantwortung für den Abbruch lebenserhaltender Massnahmen nicht völlig abnehmen können, und das, wie ich meine, auch rechtlich nicht. Dieses Fazit besagt umgekehrt zugleich, dass auch eine solche Verfügung Frau S. nicht mit Sicherheit davor bewahrt hätte, drei Jahre lang als blosser Pflegefall fortzueexistieren, bis das Lungenödem ihren Tod herbeiführte.

Wenn aber das Patiententestament, auf das wir im übrigen noch einmal zurückkommen müssen, die Frage der Zulässigkeit einer passiven Sterbehilfe nicht ohne weiteres lösen und ja natürlich, wie es im Falle der Frau S. in Wahrheit der Fall gewesen war, auch fehlen kann, dann ist es offenbar nötig, nach anderen Kriterien Ausschau zu halten, die hier weiterhelfen könnten. Der Arzt und das Pflegepersonal haben, um diese Information hier nachzutragen, juristisch betrachtet eine sogenannte Garantenstellung, die sie an sich verpflichtet, alles in ihren Kräften Stehende für das körperliche und in Grenzen auch für das seelische Wohlergehen der ihnen anvertrauten Patienten zu tun. Die Verletzung dieser Pflicht, also das Unterlassen medizinisch indizierter Massnahmen, macht sie rechtlich in gleicher Weise haftbar, wie wenn sie aktiv schädigend auf den Gesundheitszustand des Patienten eingewirkt hätten. Infolgedessen stellt sich schon die Grundsatzfrage, mit welchem Recht überhaupt zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe unterschieden wird, ob diese beiden Formen der Mitwirkung am Tode eines anderen nicht eigentlich gleichbehandelt werden müssten. Auch wenn dies nach der heute ganz überwiegenden Auffassung nicht für richtig gehalten wird, so steht die passive Sterbehilfe doch unter höchstem Rechtfertigungsdruck: Bei jeder Fehlentscheidung droht, wie im Falle von Frau S., der Vorwurf der vorsätzlichen Tötung, der umso schwerer wiegt, wenn nicht von einer Tötung auf Verlangen gesprochen werden kann.

Selbstbestimmung und mutmasslicher Wille

Nun, die Lebenserhaltungspflicht des Arztes endet zunächst zweifelsohne dort, wo von menschlichem Leben nicht mehr gesprochen werden kann, und das heisst heute: nach dem Eintritt des Hirntodes. Unter anderem deshalb war ja die Anerkennung dieser Form des Todes rechtlich so eminent wichtig, weil sie erlaubte, die künstliche Aufrechterhaltung vitaler Funktionen, vor allem die Beatmung des Patienten, zu beenden, auch wenn dessen Herz noch schlägt. Heute stellt sich eher die gewissermassen umgekehrte Frage, ob und wie lange etwa Atmung und Kreislauf im Hinblick auf eine mögliche Organtransplantation auch nach dem Eintritt des Hirntodes noch aufrechterhalten werden dürfen. Dem kann ich hier nicht weiter nachgehen. Klar ist aber, dass die Anerkennung des Hirntodes in der Frage der Sterbehilfe nicht weiterhilft: Als Hirntod gilt der vollständige und irreversible Funktionsausfall des Gehirns, einschliesslich des Hirnstamms, während das apallische Syndrom aus der Zerstörung nur der Grosshirnrinde folgt. Menschen, die sich im permanent vegetativen Zustand befinden, sind nicht hirntot; sie leben noch. Wenn bei ihnen, wie bei Frau S., etwa die künstliche Ernährung abgebrochen werden soll, so muss die Rechtfertigung eine andere sein.

Ein Teil der juristischen Doktrin und auch der deutsche Bundesgerichtshof in unserem Ausgangsfall haben diese Frage bislang vor allem unter dem Gesichtspunkt der sogenannten mutmasslichen Einwilligung erörtert. Diese Rechtsfigur ist entwickelt worden, um bei Eingriffen in die Rechtsgüter des Einzelnen, in die dieser, um sie rechtmässig zu machen, einwilligen müsste, gewissermassen an seiner Stelle zu entscheiden, wenn er dazu vorübergehend oder auch dauernd nicht in der Lage ist, vor allem dann, wenn die Entscheidung keinen Aufschub verträgt. Das Musterbeispiel ist die notfallmässige Operation bei einem bewusstlosen Unfallopfer. Im Blick auf den permanenten vegetativen Zustand stellt sich dabei zunächst die Vorfrage, ob es überhaupt möglich wäre, bei einer so existentiellen Entscheidung wie der über einen Behandlungsabbruch auf den mutmasslichen Willen des Patienten abzustellen, und sie wird man wohl bejahen müssen: Mit der mutmasslichen Einwilligung wird das Selbstbestimmungsrecht des Patienten gewissermassen stellvertretend ausgeübt. Sie muss also, soweit es um die Wahrung seiner Interessen geht, prinzipiell ebenso weit reichen können wie seine tatsächliche Entscheidung. Infolgedessen hängt alles weitere davon ab, unter welchen Umständen eine solche Einwilligung in den Abbruch der lebenserhaltenden Massnahmen angenommen werden kann. Und in dieser Beziehung ist die vorherrschende Lehrmeinung ausgesprochen restriktiv:

Sie geht von der Vermutung aus, dass der Betroffene, könnte er gefragt werden, einen auch noch so geringen Rest an Leben dem unwiderruflichen Ende vorziehen würde. Das heisst, es soll nicht darauf ankommen, ob Aussenstehende - der Arzt, das Pflegepersonal, die Angehörigen - die Fortführung der lebenserhaltenden Massnahmen sinnvoll finden oder nicht. Sie sollen nicht über Leben und Tod entscheiden können, ohne den Willen des Betroffenen auch nur annähernd verlässlich zu kennen. Mit den Worten des deutschen Bundesgerichtshofes:

„Objektive Kriterien, insbesondere die Beurteilung einer Massnahme als gemeinhin «vernünftig» oder «normal» sowie den Interessen eines verständigen Patienten üblicherweise entsprechend, haben keine eigenständige Bedeutung; sie können lediglich Anhaltspunkte für die Ermittlung des individuellen hypothetischen Willens sein.“

Eine mutmassliche Einwilligung in den Behandlungsabbruch kann unter diesen Umständen praktisch nur dort angenommen werden, wo sich der noch urteilsfähige Betroffene hinreichend deutlich in diesem Sinne ausgesprochen hat. In diesem Zusammenhang ist dann natürlich auch die Patientenverfügung von erheblicher Bedeutung, und zwar umso eher, je weniger lange sie zurückliegt. Von Bedeutung können ferner die Äusserungen gegenüber den engsten Angehörigen sein, die zwar nicht aus eigenem Recht über den Patienten verfügen, wohl aber wissen können, in welchem Sinne er sich vermutlich entscheiden würde. Dasselbe gilt für einen mit dem Patienten vertrauten Hausarzt. Dagegen genügt, wie in unserem Ausgangsfall, die blosse, lange zurückliegende Bemerkung angesichts eines Pflegefalles, dass man so einmal nicht enden wolle, sicherlich nicht, um die gegen den Behandlungsabbruch sprechende Vermutung zu entkräften.

Sinnfrage – wer entscheidet?

Inzwischen mehren sich nun allerdings die Stimmen, die eine Begrenzung der Pflicht des Arztes zur Lebenserhaltung auf anderem Wege zu begründen versuchen. Der Gesichtspunkt der mutmasslichen Einwilligung versagt in bestimmten Fällen ohnehin, so insbesondere bei Kindern und bei geistig schwer behinderten Menschen. Aus den USA ist von einem Mädchen berichtet worden, das mit 7 Jahren apallisch wurde und danach noch 37 Jahre lang in einem Zustand völliger Bewusst- und Empfindungslosigkeit am Leben erhalten worden ist. Die Frage muss also sein, wie man die Situation oder den Zustand des Patienten umschreiben soll, der es rechtfertigen könnte, auf eine artifizielle Lebensverlängerung zu verzichten oder sie zu beenden. Hier droht, wie nach den Mordaktionen des NS-Regi-

mes an geistig gestörten Patienten jedermann bewusst ist, die Gefahr, menschliches Leben danach zu klassifizieren, ob es einem Aussenstehenden noch als lebenswert erscheint oder nicht. Trotzdem führt wohl kein Weg an der Notwendigkeit vorbei, lebenserhaltende Massnahmen an Kriterien zu binden, über die wir uns gewissermassen objektiv verständigen müssen. Dabei sollte aber allein die Perspektive des Betroffenen massgebend sein, die Frage also, was eine Lebensverlängerung für ihn noch bedeuten könnte, ungeachtet der Interessen etwa von Angehörigen oder gar der Allgemeinheit.

Worauf es hier ankommen sollte, wird im einzelnen unterschiedlich formuliert. Ich möchte mich darauf beschränken, als Beispiel die „Medizinisch-ethischen Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten“ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften zu zitieren, die es explizit für „gerechtfertigt“ erklären, „bei Sterbenden, deren Grundleiden einen unabwendbaren Verlauf zum Tode genommen hat, und bei zerebral schwerst Geschädigten“ auf lebensverlängernde Massnahmen zu verzichten und früher eingeleitete Massnahmen dieser Art abzubrechen. Als zerebral schwerst geschädigt gelten dabei Patienten mit irreversiblen Hirnschädigungen, welche einen chronischen vegetativen Zustand zur Folge haben, und dieser Zustand wiederum wird als „(nach mehrmonatiger Beobachtungszeit wiederholt bestätigter) irreversibler und definitiver Verlust der kognitiven Fähigkeiten, der Willensäusserungen und der Kommunikation“ beschrieben. Ich möchte an dieser Stelle offen lassen, ob solche oder ähnliche Formulierungen der Garantienpflicht des Arztes eine hinreichend präzise Grenze ziehen. Mir scheint aber klar, dass sie, wären die Richtlinien geltendes Recht und eben nicht nur ein Versuch, Standesregeln zu formulieren, ohne weiteres gestattet hätten, die künstliche Ernährung von Frau S. abzubrechen. Sie entsprechen der verbreiteten Tendenz, Patienten im permanent vegetativen Zustand sterben zu lassen. Dies steht eindeutig im Gegensatz zur Rechtsauffassung des deutschen Bundesgerichtshofes und der ihm folgenden Doktrin, die hier eben nur den Gesichtspunkt der mutmasslichen Einwilligung gelten lassen wollen. Von einem allgemeinen Konsens in dieser Frage kann folglich vorerst keine Rede sei. Welche dieser beiden Positionen wir für die richtigere halten sollen, lässt sich jedoch mit juristischen Argumenten allein nicht mehr entscheiden – wir werden uns als Gesellschaft darüber auseinandersetzen müssen.