

wir erklären recht:



**Dr. Friedrich und Partner
Rechtsanwälte mbB**

Dr. Ingo Friedrich
Rechtsanwalt
Schlichter der Rechtsanwaltskammer Frankfurt

Uwe Friedrich
Rechtsanwalt
Notar a. D.

MERKBLATT : TOT oder LEBEND ?

Das wahre Problem der Organspende.

Dieses kostenfreie Merkblatt soll über das wahre Problem der Organspende nach dem sog. „Hirntod“ allgemein unterrichten. Es kann und soll anwaltliche und ärztliche Beratung nicht ersetzen. Durch seine Aushändigung und Entgegennahme allein wird ein Auftragsauftrag nicht begründet oder bestätigt! Es ist mit Stand vom 30.03.2016 sorgfältig erarbeitet. Äußerst vorsorglich schließen wir im Zusammenhang mit Text und Zurverfügungstellung dieses Merkblatts jegliche Haftung für etwaige leicht fahrlässige Pflichtverletzungen durch uns oder unsere Erfüllungsgehilfen aus; nach gesetzlicher Vorschrift unberührt ist eine Haftung für etwaige pflichtwidrige Verletzung wesentlicher (Kardinal-) Pflichten oder von Leben, Körper oder Gesundheit; dies gilt auch für etwaige deliktische Ansprüche. Das Merkblatt unterliegt dem Urheberrecht unserer Partnerschaft.

0 WEB3 - MB TOT od LEBEND - NNF OM 300(c)316

Grundlagen: Organe/Gewebe dürfen, abgesehen von der hier nicht zu behandelnden „Lebendspende“, aus einem Körper nur entnommen werden, wenn der Organgeber darin **eingewilligt** hatte, sein **Tod festgestellt** ist und die Entnahme durch einen Arzt erfolgt. (Gewebsentnahme kann auch von einer anderen dafür qualifizierten Person unter Verantwortung und Weisung eines Arztes erfolgen.)

Als **Mindestvoraussetzung** bestimmt das Gesetz, dass vor der Entnahme bei dem Betroffenen der **„endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms“** nach Verfahrensregeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ..“ sein muss. Dieser Zustand des **„irreversiblen Gesamthirnausfalls (IGHA)“** wird allgemein auch als **„Hirntod“** bezeichnet, so zB auch durchgehend in der Stellungnahme des Ethikrates vom 24.02.2015 („Hirntod und Entscheidung zur Organspende“).

Schon die Wahl des **Begriffs „Hirntod“** verursacht eine Täuschung: Statt etwa vom vorliegenden **„Tod des Gehirns“** zu sprechen, soll dieser Begriff den **„Gesamt-Tod des Menschen wegen Hirnversagens“** transportieren, also meinen: **„Wer am IGHA leidet, ist als Mensch gestorben, tot.“**

Der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) hat in der Einleitung der „Richtlinie gemäß § 16 Abs.1 S.1 Nr.1 TPG für die Regelung zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 S.1 Nr. 2 TPG und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG, Vierte Fortschreibung, (Deutsches Ärzteblatt vom 30.03.2015, S. 1 – 31) ohne Begründung postuliert:

„Mit der Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms (irreversibler Hirnfunktionsausfall) ist naturwissenschaftlich –medizinisch der Tod des Menschen festgestellt.“
(In der früher geltenden Fassung der „Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“ (Dritte Fortschreibung 1997, Stand 24.07.1998, hieß es: „Mit dem Hirntod ist naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt“.)
Das ist die derzeitige Geschäftsgrundlage für Organtransplantation.

Hierbei wird geflissentlich übersehen, dass das **Transplantationsgesetz (TPG)** an verschiedenen Stellen (§ 3 I Nr. 2, II, Nr. 1,2, § 16 I Nr. 1 TPG) die beiden Begriffe „**Tod**“ und „**irreversibler Gesamthirnausfall**“ ausdrücklich **unterscheidet**, und letzterer (nur) die **Mindestvoraussetzung** für Organentnahme sein soll. Im Entwurf des Gesetzes (Änderungsantrag Dr. Süsmuth u.A., der dann Gesetz wurde), vom 24.6.1997 heißt es ausdrücklich:

„Absatz 2 Nr. 2 legt als **gesetzliche Mindestvoraussetzung** für die Zulässigkeit einer Organentnahme das Gesamthirntodkriterium fest. Diese Entnahmevoraussetzung gilt **unabhängig** von den durch die Ärzteschaft zu bestimmenden Regeln zur **Feststellung des Todes** nach Absatz 1 Nr. 2.“

Die Gleichsetzung von Gesamthirnausfall mit dem Tod des Menschen ist falsch.

Ohne die erforderliche Aufklärung über die wahre Bedeutung des Gesamthirnausfalls bewirkt sie eine Täuschung der Bevölkerung angesichts des bekannten, bei ihr – wie in anderen Kulturen ! – von Anbeginn heimischen Begriffs des Todes eines Menschen.

Sie missachtet auch zwischenzeitliche wissenschaftliche Erkenntnisse, die insbesondere durch Prof. D. Alan Shewmon und daran anknüpfend das sog. White Paper des US-amerikanischen Presidents Council on Bioethics, vergleichbar dem deutschen Ethikrat, vom Dezember 2008 umfangreich publiziert sind. Prof. Shewmon konnte seine Forschungen am 21.03.2012 dem deutschen Ethikrat vortragen.

War man früher davon ausgegangen, dass, wie die Atmung durch den Hirnstamm gesteuert wird, die maßgebliche übrige Integration der Körperfunktionen durch das Gehirn geleistet werde, so weiß man heute, dass dies nicht der Fall ist, sondern die Integrationsfunktion dem Körper selbst immanent ist und bei Sauerstoffzufuhr nicht mit oder auch nur kurz nach dem Hirnversagen endet.

In diesem Merkblatt können nicht die vielen gewichtigen Stimmen aus der Fachliteratur aufgeführt werden, die gegen diese **vorsätzliche Begriffsverwirrung „Hirntod“ = „Tod“** und dafür sprechen, **„dass der Organgeber kein Leichnam, sondern ein Sterbender ist, also noch lebt;“** einige wichtige Aussagen der Wissenschaft sollen genügen:

Allgemeinwissen aller mit Transplantation befasster Fachleute ist, dass mit dem sog. „Hirntod“ zwar wesentliche Teile des Gehirns, **nicht aber sonstige wesentliche Lebensfunktionen ausfallen.** Wäre das anders, so wäre der Körper ein für Transplantation wertloser Leichnam. Der Explanteur entnimmt „lebende“ Organe/Gewebe aus einem voraussichtlich sterbenden, also noch lebenden Körper, bei dem z.B. **noch funktionieren: Herzschlag, Blutgasaustausch** bei künstlicher Beatmung, **alle wesentlichen** (nämlich bis zu 17) **Reflexe, Körperregelsystem** (Homöostase), **Stoffwechsel, Immunsystem** (er wehrt sich gegen Infektion), **Regulierung der Körpertemperatur** (er kann frieren, schwitzen, fiebern), **Hautfarbe, Verdauung, Ausscheidung**, (er muss ernährt werden und scheidet aus), **Kinder wachsen und werden ggf. geschlechtsreif**; der Körper kann auf Berührung **reagieren**, sich **aufrichten**, Arme und Beine **bewegen** und **Laute** von sich geben, bei ihm können **Tränen fließen** und **Wunden heilen**,

schwängere Frauen können Kinder austragen und durch Kaiserschnitt gebären (bis 2003 sind 10 erfolgreiche Schwangerschaften bekannt), Männer können Erektionen haben; der Körper **reagiert durch Blutdruckanstieg und Hormonausschüttung auf Stressreize**, z.B. durch den Einschnitt zur Organentnahme, häufig werden **starke Narkosemittel** verabreicht und **oft Schmerz- und muskelentspannende Mittel** (dies meist allerdings nicht im Interesse des Patienten, sondern zur Erleichterung der Arbeit der Explanteure, die sonst den Betroffenen festbinden müssten, weil er sich gegen die Entnahme wehrt); bei Herzstillstand erfolgt **Wiederbelebung (!)**. Bis 1998 wurden 175 Fälle „chronischen Hirntodes“ dokumentiert, in denen **zwischen Hirntod und Herzstillstand eine Woche bis vierzehn Jahren** lag.

(Vgl. Zusammenstellung bei Dr. Sabine Müller in: „Wie tot sind Hirntote? Alte Frage - neue Antworten“, Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ): Organspende und Selbstbestimmung, Heft 20-21/2011, 16.05.2011, S.4, mit weiteren Hinweisen, insb. auf Prof. D. Alan Shewmon; dieser in seinem Vortrag am 21.03.2012 vor dem deutschen Ethikrat, Forum Bioethik zum Thema: „Hirntod und Organentnahme. Gibt es neue Erkenntnisse zum Ende des menschlichen Lebens ?“, S. 4 ff, 16,38 der offiziellen Mitschrift (<http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/forum-bioethik-2012-03-21-simultanmitschrift.pdf>), vor allem: Controversies in the Determination of Death, A White Paper by the (US-) Presidents Council on Bioethics vom Dezember 2008, insb. S. 54 ff,56) ([http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/reports/death/Controversies ...](http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/reports/death/Controversies...)).

Unsere Merkblätter und das Internet bieten Ihnen eine Fülle von Material zur weiteren eigenverantwortlichen Information, zB durch die Suchmaschine Ihres Vertrauens bei Eingabe der Worte „Hirntod, Aufklärung“.)

Weitere Ausführungen aus der sehr umfangreichen wissenschaftlichen Literatur zu diesem Thema würden das Merkblatt sprengen. Der Deutsche Ethikrat hat in einer 189-seitigen Stellungnahme vom 24.02.2015 („Hirntod und Entscheidung zur Organspende“) die kontroversen Standpunkte offengelegt.

Aus einem Leichnam könnte man keine lebenden Organe für die Transplantation entnehmen. Eine **PATIENTENVERFÜGUNG** gilt für die jeweilige „**aktuelle Lebens- und Behandlungssituation**“ (§ 1901a Sätze 1 der Absätze 1 und 2 BGB), **also für die Zeit, in der der Mensch** (noch, wenn auch vielleicht schwer krank) **LEBT**, nicht für die Zeit nach dem Tod (wie z.B. bei der Zustimmung zu einer Obduktion oder einem Testament). Allein die Tatsache, dass in jüngster Zeit auch von offizieller Seite wegen des Widerspruchs einer Organentnahme zur Patientenverfügung die Notwendigkeit hervorgehoben wird, in einer Patientenverfügung Regelungen zur Organspende und zu der diese vorbereitenden Maßnahmen zu treffen, zeigt, dass auch dort davon ausgegangen wird, der die Patientenverfügung Erklärende lebe in diesem Zeitpunkt (vgl. Bundesministerium der Justiz: „Patientenverfügung“, Textbaustein 2.9; Bundesärztekammer: Pressemitteilung hierzu vom 19.03.2013 und „Zu D. im Arbeitspapier zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung“, sowie Ethikrat in vorgenannter Stellungnahme, S. 169, zu B4 a.E.)

Hinzu kommt die fachliche und rechtliche **Problematik der Hirntod-Diagnostik**, die hinsichtlich der Irreversibilität ohnehin keine Diagnose, sondern nur eine Prognose ist.

Die Hirntod-Diagnostik ist keineswegs „sicher“. So zeigt z.B. auch die Ärzte Zeitung vom 30.03.2016 (http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/908050/hirntod-diagnostik-formfehler-keine-seltenheit.html?sh=1&h=1709304405, Abruf 30.03.2016, 18:05 Uhr) erhebliche Fehler bei der Hirntod-Diagnostik (am Beispiel Niedersachsen, Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein, 2001-2005) auf: 16 von 58 Hirntod-Protokollen konnten wegen fehlerhafter Diagnostik oder Formfehlern nicht bestätigt werden. Bei 5 der 16 Patienten konnten (entgegen dem Protokoll) noch Spontanatmung oder Hirnaktivität im EEG nachgewiesen werden ! Ein skandalöser Befund !

Dr. Sabine Müller (aaO, S.5) stellt fest: „Die von der Bundesärztekammer vorgeschriebene Diagnostik erfasst nur **Teilbereiche des Gehirns**: Bei Patienten, für die keine apparative Diagnostik vorgeschrieben

ist, müssen nur **Hirnstammfunktionen** untersucht werden. Die Funktionen des Kortex sowie des Klein- und Mittelhirns werden dabei nicht untersucht. (...) Die ‚American Academy of Neurology‘ hat 2010 der von ihr noch 1995 vorgeschriebenen Hirntoddiagnostik eine fehlende wissenschaftliche Fundierung bescheinigt“.

Weltweit gelten sehr unterschiedliche Richtlinien. **Klinische Prüfung und apparative Untersuchungen** erbringen oft **unterschiedliche Ergebnisse**, nach einer Studie der Universität Newark sogar in **11 %** der Fälle (Müller, aaO, S.5, Anm. 17,18). Während in vielen Staaten **apparative Zusatzdiagnostik** vorgeschrieben ist, gilt das in Deutschland nur für **Ausnahmefälle** (Kinder unter 2 Jahren oder bei primärer Schädigung der hinteren Schädelgrube); einigermaßen sicher scheint die (selten angewandte, teure) **SPECT-Diagnostik** (Single-Photon-Emissions-Computer-Tomographie) zu sein, (Müller, aaO, S.5,6).

Im Rahmen der klinischen Diagnostik wird ein sogenannter **„Apnoe-Test“** durchgeführt: Das Beatmungsgerät wird bis zu 10 Minuten abgeschaltet; bei CO²-Anreicherung wird abgewartet, ob Eigenatmung einsetzt; diese Prozedur beeinträchtigt eine mögliche Erholung des Betroffenen und kann schwerste bis tödliche Schäden des Betroffenen herbeiführen; auf diese Weise wird der irreversible Hirnausfall eher verursacht, denn diagnostiziert; es handelt sich eher um eine „sich selbst erfüllende Prophezeiung“. Der Test ist vergleichbar mit zusätzlicher Belastung des Herzens nach Herzinfarkt zum Test des Infarkts, der stattdessen besser schonend behandelt werden sollte.

Im Einzelnen darf verwiesen werden auf die ausführliche Darstellung von Herrn Prof. C.G. Coimbra, Professor für Neurologie und Neurowissenschaften an der Landesuniversität Sao Paulo, Brasilien, auf dem Kongress „Organspender sind nicht tot“ vom 09.11.2012 im Amersfoort, Niederlande,

<http://www.initiative-ka0.de/coimbra-vortrag-09-11-12-rettung-hirnverletzte.pdf>, sowie zuvor bereits 2005:

<http://www.initiative-ka0.de/byrne-der-hirntod-ist-nicht-der-tod.html>, sowie Vortrag hierzu:

<http://www.youtube.com/watch?v=pfOpRyqYZGA&feature=related>.

Diese Problematik des **Apnoe-Tests** dürfte auch der Grund dafür sein, dass es in den vorgenannten Richtlinien des Vorstands der Bundesärztekammer vom 30.01./30.03.2015 (Ziffer 8., Anm. 3) heißt: „Er soll **wegen der physiologischen Wirkungen der Hyperkapnie erst als letzte klinische Untersuchung** des Hirnfunktionsausfalls durchgeführt werden.“ In der früher geltenden Richtlinie, Dritte Fortschreibung, 1997, Stand 24.08.1998, (Anm. 3 b) stand statt „soll“ noch „kann“! Insbesondere hierbei ist zu bedenken, dass bei der Hirntod-Diagnostik nach Ziffern 2 und 3.1 der vorgenannten Richtlinien **zwei Untersuchungen zu verschiedenen Zeiten, jedes Mal mit Apnoe-Test**, durchgeführt werden sollen, so dass auf jeden Fall dessen **schwerwiegende physiologische Folgen zweimal in Kauf genommen werden, also beim zweiten Mal bereits einmal eingetreten waren**.

Die **rechtliche Problematik fremdnütziger** (nämlich der Organimplantation in eine andere Person dienenden) **Hirntod-Diagnostik** und vor- und nachher durchgeführter sog. **„Spenderkonditionierung“ und Organprotektion** zu Gunsten der Transplantation liegt darin, dass sie der **informierten Zustimmung gemäß § 630 d,e BGB** des Betroffenen oder seines hierzu berufenen Vertreters (Bevollmächtigten, ersatzweise Betreuers) bedarf, die oft nicht vorliegen dürfte. Bei der eingreifenden Untersuchung kann der Arzt nach ihrem Sinn (als Diagnose) nicht sicher sein, ob der Betroffene reagieren, insb. Schmerzreize zeigen, vor allem beim Apnoe-Test atmen, und damit beweisen wird, ob oder ob er (noch?) nicht „hirntot“ ist. Auch hiermit gehen (zivil- und straf-) rechtliche Fragen, insb. nach Fahrlässigkeit oder bedingtem Vorsatz einher.

Es sei darauf hingewiesen, dass selbst die zu einer **Obduktion eines Leichnams**, die nicht auf Grund gesetzlicher Bestimmungen erfolgt, erforderliche (BGH NJW 1990, 2313) **Einwilligung des Totensorgeberechtigten nur bei vorheriger Belehrung über Umfang und Tragweite wirksam ist**, (OLG Karlsruhe Urteil v. 26.7.2001 (9 U 11/01), NJW 2001, 2808); Palandt, BGB, 75. Aufl, 2016, Einl. vor § 1922, R 12). **Das muss (natürlich) erst recht für jegliche Einwilligung in Organentnahme gelten, einmal ganz abesehen von den vorzitierten (seit 26.2.2013 geltenden) Vorschriften der §§ 630 d,e BGB.**

Gründe für die vorsätzlich irreführende, rein zweckgesteuerte Gleichsetzung
Gesamthirnausfall = Tod des Menschen :

1. Aus einem Leichnam können keine transplantierbaren Organe entnommen werden; sie wären mit ihm abgestorben.
2. Also müssen die Organe aus einem Menschen entnommen werden, der noch kein Leichnam ist, also lebt, allenfalls ein schwerkranker Sterbender ist. Ein Zwischenstadium zwischen Leben und Tod gibt es nicht: „tertium non datur!“ Kein Mensch kann ein wenig, oder gerade so viel gestorben sein, wie es der Transplantationsmedizin (oder –wirtschaft?) in den Plan passt. Auch verfassungsrechtlich gibt es nur Lebende oder Tote, und keinen Zustand dazwischen. Dies wird ausdrücklich auch in der Stellungnahme des Deutschen Ethikrates „Hirntod und Entscheidung zur Organspende“ vom 24.02.2015 festgestellt. Hier heißt es zu 4.3.2 auf Seite 108 (Hervorhebungen vom Verfasser):
*„Hierbei ist zunächst von Bedeutung, dass es **verfassungsrechtlich** [Anm 169 gibt hierzu Hinweise auf entspr. Literatur] **nur Lebende und Tote und keinen dazwischenliegenden „dritten“ Status gibt ...Damit sind auch Hirntote ...rechtlich zwingend als lebende Menschen anzusehen. Der Gesetzgeber ist an diese Vorgabe des Verfassungsrechts gebunden.**“*
3. Aus ihrer Sicht sehr verständlich kämpfen Ärzte – und eine milliardenschwere TP-Wirtschaft – um Ruf und Straflosigkeit nach dem Motto des Nestors der TP-Medizin, Prof. Rudolf Pichlmayr: „Ärzte töten nicht. Wir tun das einfach nicht!“ (ZEIT 28/1995 vom 07.07.1995). Also „muss“ dadurch geholfen werden, dass der „Tod“ des Menschen auf einen früheren Zeitpunkt vorverlegt wird, auf den IGHA als „point of no return.“
4. Wie unehrlich das ist, kann man am Einfachsten daraus erkennen, dass – soweit bekannt – (bisher) niemand damit einverstanden war, einen Menschen, dessen Gesamthirnausfall festgestellt wäre, zur sofortigen **Einäscherung** oder **Beerdigung** oder **Obduktion** zu Lehrzwecken freizugeben, obwohl die Studierenden hieran viel mehr lernen könnten, als an einem Leichnam. Es könnten z.B. das schlagende Herz offengelegt und andere noch funktionierende, lebende Organe beobachtet und herausgeschnitten werden, das langsame Sterben könnte beobachtet werden, wie es sich danach, ggf. durch Ausblutenlassen, vollzieht, usw.
5. Ehrlicher sind hier die amerikanischen Ärzte, die fordern, die „Tote-Spender-Regel“ aufzugeben und die Organentnahme als „**justified killing**“ („gerechtfertigtes Töten“) ansehen. Das ist ja genau, was tatsächlich auch bei uns unter Anwendung falscher Begrifflichkeit geschieht: **Schwer kranke Sterbende werden durch den archaischsten und gewalttätigsten Akt, den die Medizin kennt, zu einem Leichnam gemacht.**
6. **Wenn es** – wie hier nicht entschieden werden soll – **gemäß derzeitiger Handhabung wirklich gesellschaftlich für ethisch und grundrechtlich vertretbar gehalten wird, Organe/Gewebe bei Einwilligung bereits nach sichergestelltem „irreversiblen Gesamthirnausfall (IGHA)“ zu entnehmen, wäre es ein Akt menschenwürdiger Redlichkeit, genau dies durch eine Änderung des Transplantationsgesetzes zu bestimmen, nach der die Feststellung des Todes entfällt und an ihre Stelle die**

Feststellung des IGHA tritt – genau so, wie dies derzeitige Praxis ist. Es darf an Konfuzius erinnert werden, der in „**Richtigstellung der Begriffe**“ die erste **Staatsaufgabe sah.**

7. Solange dieser **Schritt der Redlichkeit** nicht gegangen ist, mögen sich **Ärzte, Philosophen, Theologen** – auf hohem und notgedrungen bis wohlweislich kompliziert(gehalten)em Niveau, man lese nur die vorzitierte Stellungnahme des Ethikrates vom 24.02.2015 – die Köpfe heißreden, um doch (mit teilweise sehr waghalsigen) Begründungsversuchen, zu argumentieren, ein Mensch mit IGHA sei insgesamt tot, oder tot genug für eine Organentnahme. **Selbst wenn das wissenschaftlich richtig wäre, käme es darauf für unser Thema Organspende in keiner Weise an:**

Im Organspendeausweis ist vorgegeben: „Für den Fall, dass **nach meinem Tod** eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich (z.B.) JA, ich gestatte, dass **nach ärztlicher Feststellung meines Todes** meinem Körper Organe/Gewebe entnommen werden....“
Die Erfahrung der Praxis zeigt, dass die damit konfrontierten Bürger diese Aussagen genau so verstehen, wie die Verfasser des Organspendeausweises wissen und wollen, dass sie sie verstehen werden: TOD ist TOD, und zwar der Tod, wie man ihn in unserer Kultur seit Jahrhunderten kennt und ihm begegnet, mit allen bekannten Todeszeichen.

Auf die Frage, was der mit dem Organspendeausweis Konfrontierte denn als seinen „Tod“ verstehe, „wie tot“ zu sein er also annehme, wenn ihm Organe herausgeschnitten werden, erhält man hingegen regelmäßig die Antwort: „... ja ... mausetot, ... wirklich tot ...“, also so tot, dass man statt explantiert (und dadurch zum Leichnam zu werden!), auch sogleich eingeäschert, beerdigt oder obduziert werden könnte. So gut wie keiner der Betroffenen weiß um den wahren Zustand seines Körpers bei angeblicher Feststellung des „Todes“, wie er für die Organentnahme als „tot genug“ angesehen wird. Fragen Sie in Ihrer Familie, Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis oder bei Ihnen wildfremden Menschen herum: Sie werden weitestgehend feststellen, dass kaum jemand den Begriff „Tod“ so versteht, wie er von der TP-Wirtschaft zu Grunde gelegt wird.

Die Bevölkerung wird „geschäftsplammäßig IRREGEFÜHRT“. EINWILLIGUNG in Organentnahme wird weitestgehend unter (entschuldbar) falschen Annahmen gegeben. Die Politiker, erst recht die TP-Wirtschaft wissen (und wollen?) das ! EHRliche, VOLLSTÄNDIGE INFORMATION findet nicht statt. Dies ist umso verwerflicher, als nicht einmal nach Inkrafttreten der Neufassung des TPG vom 19.10.2012, in Kraft seit 01.11.2012, ehrliche Aufklärung geboten wird. Nach § 2 Absatz 1, Satz 1, Ziffer 2 des neugefassten Gesetzes soll die Bevölkerung aufgeklärt werden über ... „die **Voraussetzungen der Organ- und Gewebeentnahme bei toten Spendern** ...“ In Absatz 1, Satz 2 heißt es wohltonend: „Die Aufklärung hat die **gesamte Tragweite der Entscheidung** zu umfassen und muss ergebnisoffen sein.“

Angesichts der bisher dem Unterzeichner bekanntgewordenen Informationserklärungen für das breite Volk erscheint es geradezu peinlich, zur Kenntnis nehmen zu müssen, dass und wie darin mit persuasiver Diktion die hier erörterten Probleme umschiffet oder an den Rand gedrängt, wenn nicht verschwiegen werden. Das Gleiche gilt von Verlautbarungen der Politik und TP-Wirtschaft. Von ehrlicher, vollständig wahrheitsgemäßer Aufklärung über den wahren Zustand des zur Organentnahme bereitzustellenden Körpers kann keine Rede sein, erst recht nicht von der Bedeutung der zu diesem Zweck anzustellenden Untersuchungen und den Maßnahmen der „Spenderkonditionierung“ und Organprotektion, geschweige denn vom wahren Vorgang des Explantation, mit dem der

Betroffene (von einem Arzt!) zum Leichnam (gemacht) wird. Ob und wie weit solche konkrete Aufklärung im Einzelfall am Krankenbett gegenüber dem Betroffenen oder seinem dazu allein legitimierten Vertreter (Bevollmächtigten oder Betreuer) erfolgt, erscheint nicht ohne Zweifel.

Jede Einwilligung in ärztliche Eingriffe ist strafrechtlich nur wirksam, wenn sie nicht von Willensmängeln beeinflusst ist, insbesondere nicht auf Täuschung oder Irrtum beruht (Fischer, Strafrechtsgesetzbuch, 59. Auflage, 2012, § 228 StGB, Anm7, 12a, mit vielen weiteren Hinweisen); **in zivilrechtlicher Hinsicht wäre sie in diesen Fällen anfechtbar, könnte also durch Erklärung des Betroffenen, seines Vertreters oder seiner Erben vernichtet werden. Die Brisanz dieses rechtlichen Tatbestandes scheint Vielen nicht klar zu sein ! Es ist daher ethisch und rechtlich dringend geboten, die Menschen ehrlich, wahrheitsgemäß und vollständig aufzuklären über die wahre Bedeutung ihrer Einwilligung in Entnahme ihrer Organe und Gewebe, insbesondere über den wahren vollständigen Zustand ihres Körpers im Zeitpunkt der Entnahme, Einzelheiten und Wirkungen der zu diesem Zweck anzustellenden Untersuchungen und der Maßnahmen der „Spenderkonditionierung“ und Organprotektion, sowie über den wahren Vorgang des Explantation, mit dem der Betroffene zum Leichnam wird.**

Mit Worten des **Bundesgerichtshofs vom 22.12.2010, 3 StR 239/10**, (StraFo 2011, 192-194), Nr. 10: **„... Nur so wird das aus der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) und dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 GG) abgeleitete Selbstbestimmungsrecht des Patienten sowie sein Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG) gewahrt** (vgl. BGH, Urteil vom 14. Februar 1989 - VI ZR 65/88, BGHZ 106, 391; Urteil vom 29. Juni 1995 - 4 StR 760/94, NSTz 1996, 34). ...“

Auf die seit 26.02.2013 geltende gesetzliche Neuregelung durch §§ 630a ff BGB, insb. §§ 630d und 630e BGB, wird besonders hingewiesen. Diese konkrete redliche Aufklärung über Vorgänge im Zusammenhang der Organentnahme dient den an der Organspende direkt Beteiligten Menschen (Spender und Empfänger). Hierzu wird auch auf unser **Merkblatt : §§ für Arzt und Patient** verwiesen. Ohne diese Aufklärung wandeln die beteiligten Ärzte und die gesamte die TP-Wirtschaft juristisch auf bestenfalls sehr dünnem Eis, mögen sie sich noch so wirkmächtig wähnen und/oder gebärden. In den vorstehenden Fragen erscheint äußerste Sorgfalt aller an der Organentnahme Beteiligten geboten. Welche plötzliche Bedeutung die unabhängige Justiz erlangen kann, hat z.B. das „Kölner Beschneidungsurteil“ gezeigt. Im Übrigen: Organspende ist eine sehr sensible Vertrauenssache. Vertrauen ist umso gefährdeter, je mehr Geld im Spiel ist. Organspende ist (auch) ein Milliarden-geschäft, vor allem der Pharmaindustrie, schon wegen der leibzeitig anzuwendenden Immunsuppressiva, vor allem aber auch der Behandlung der Folgeerkrankungen, insb. auch durch Re-Implantation und deren Folgewirkungen ... Ich hoffe, dass es mit diesen Ausführungen gelungen ist, ein wenig zu mehr Transparenz und Aufklärung einiger Aspekte der Organspende beigetragen zu haben.

Zum Schluss eine Bitte an jede/n Leser/in: Wenn Sie dieses Merkblatt nicht mehr brauchen, werfen Sie es nicht weg: geben Sie es weiter an jemanden, den es interessieren könnte. Das ist Ihnen ausdrücklich gestattet und erwünscht. Es steckt viel eigene Arbeit und Erfahrung darin – und Sie haben es ja auch kostenlos erhalten. Danke !

Mit freundlichen Grüßen aus Babenhausen !

Rechtsanwalt Uwe Friedrich, Notar a.D. (1969-2009)
für: Dr. Friedrich und Partner Rechtsanwälte mbB

Notizen: