

Aus dem Institut für Ethik und Geschichte der Medizin  
(Prof. Dr. C. Wiesemann)

der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

---

**Unterschiede und Gemeinsamkeiten der bioethischen Diskussion über das  
Hirntodkonzept in der Bundesrepublik Deutschland und in  
der Volksrepublik China**

INAUGURAL – DISSERTATION  
zur Erlangung des Doktorgrades

der Medizinischen Fakultät der  
Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von  
Miriam Finke  
aus  
Mettingen

Göttingen 2014

Dekan:	Prof. Dr. rer.nat. H. K. Kroemer
I.     Berichterstatterin:	Prof. Dr. S. Schicktanz
II.    Berichterstatter:	PD Dr. F. Mielck
III.   Berichterstatter:	Prof. Dr. O. Kollmar
Tag der mündlichen Prüfung:	08.04.2015

## *Abbildungs- und Tabellenverzeichnis*

### *Abbildung 1:*

Schematische Darstellung der Veränderungen des EEG im Koma ..39

### *Abbildung 2:*

Isoelektrisches EEG mit Pulsartefakten.....42

### *Abbildung 3:*

Schema Hirntod-Diagnose.....43

### *Tabelle 1.1:*

Vergleichende Darstellung: Rechtlicher Rahmen der  
Organtransplantation – Postmortale Organspende.....79

### *Tabelle 1.2:*

Vergleichende Darstellung: Rechtlicher Rahmen der  
Organtransplantation – Lebendorganspende.....80

### *Tabelle 1.3:*

Vergleichende Darstellung: Rechtlicher Rahmen der  
Organtransplantation – Administrative Voraussetzungen.....81

### *Tabelle 2:*

Ethische und kulturelle Aspekte des Hirntodkonzeptes anhand der  
vier Diskussionsebenen.....115

## *Abkürzungsverzeichnis*

BÄK: Bundesärztekammer

BRD: Bundesrepublik Deutschland

BZgA: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

CT: Computertomographie

CTIS: Chinese-Foreign Translation & Information Service

cTPG: Vorschrift über die Transplantation von menschlichen Organen

DCD: Donation after Cardiac Death

DSO: Deutsche Stiftung Organtransplantation

DTG: Deutschen Transplantationsgesellschaft

dTPG: deutsches Transplantationsgesetz

EEG: Elektroenzephalographie

fMRT: funktionelle Magnetresonanztomographie

KP China: Kommunistische Partei Chinas

NVK: Nationaler Volkskongress der Volksrepublik China

PET: Positronen-Emissions-Tomographie

PRC: People's Republic of China

RCSC: Red Cross Society of China

SPECT: Single Photon Emission Computed Tomography

TCD: Transkranielle Dopplersonographie

TCM: Traditionelle Chinesische Medizin

TPG: Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben, Transplantationsgesetz

tTPG: Taiwanesisches Gesetz über die Transplantation von menschlichen Organen und Geweben

WHO: World Health Organization

## **Inhalt**

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG.....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>AUFBAU DER ARBEIT, MATERIAL UND METHODE.....</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>FRAGESTELLUNG.....</b>	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>EINFÜHRENDE DARSTELLUNG DER BIOETHIK.....</b>	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>TRADITIONELLE PHILOSOPHISCHE UND RELIGIÖSE VORSTELLUNGEN IN CHINA.....</b>	<b>31</b>
<b>6</b>	<b>STAND DER FORSCHUNG.....</b>	<b>36</b>
6.1	MEDIZINISCHE PRAXIS DER ORGANTRANSPLANTATION .....	37
6.1.1	Medizinische Definition und Diagnostik des Hirntodes .....	37
6.1.2	Möglichkeiten der Organspende .....	44
6.2	KULTURELLE UNTERSCHIEDE IN BIOETHISCHER PERSPEKTIVE .....	49
<b>7</b>	<b>VERGLEICHENDE DARSTELLUNG.....</b>	<b>58</b>
7.1	DESKRIPTIV-EMPIRISCHE ANALYSE.....	59
7.1.1	Praxis der Organtransplantation in Deutschland .....	59
7.1.2	Praxis der Organtransplantation in der VR China .....	66
7.1.3	Gemeinsamkeiten und Unterschiede.....	76
7.2	DESKRIPTIV-ETHISCHE ANALYSE .....	81
7.2.1	Deskriptiv-ethische Analyse und kulturelle Aspekte des Hirntodkonzeptes in Deutschland.....	82
7.2.2	Deskriptiv-ethische Analyse und kulturelle Aspekte des Hirntodkonzeptes in China .....	103
7.3	GEMEINSAMKEITEN UND UNTERSCHIEDE .....	116
<b>8</b>	<b>AUSBLICK .....</b>	<b>119</b>
<b>9</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>122</b>
<b>10</b>	<b>ANHANG .....</b>	<b>134</b>

## 1 Einleitung

Das deutsche Transplantationsgesetz (dTPG) wurde 1997 mit dem Ziel erlassen, Vertrauen zu schaffen und damit eine Grundlage für die Erhöhung postmortaler Organspenden zu sein. Die Manipulation von Krankenakten potentieller Organempfänger mit dem Ziel, die Dringlichkeit der Spende zu erhöhen, hat die Debatte um niedrige Zahlen bei der postmortalen Organspende deutlich intensiviert und öffentlich gemacht. Dabei geht es nicht nur um eine sinkende Zustimmung zur Organspende bei potentiellen Spendern und deren Angehörigen, sondern auch um das medizinische Fachpersonal, das die potentiellen Spender meldet und die entsprechende Diagnostik zur Feststellung des Hirntodes vornehmen muss. Auch hier sind die Zahlen der Meldungen zurückgegangen (Siegmund-Schulze 2013, C-1827). Eine aktuelle Umfrage unter intensivmedizinischem Fachpersonal legt nahe, dass die fehlende Akzeptanz des Hirntodkonzeptes in dieser Gruppe als einer der Hauptgründe gesehen wird, die gegen eine Organspende sprechen (Söffker et al. 2013). Das ist insofern bemerkenswert, da die aktuellen Bemühungen, Vertrauen in das Organspendesystem zurückzugewinnen, auf die Wissenschaftlichkeit des Hirntodkonzeptes setzen: „Die Notwendigkeit, sich strikt an die Regeln zu halten, aber auch Transparenz und die sachgerechte Information der Öffentlichkeit sind Kernpunkte eines von der DTG-Ethikkommission erarbeiteten Transplantationskodex, den die Mitglieder nun verabschiedet haben. Der Kodex vermerkt auch, dass vor Abschluss der Hirntoddiagnostik keine speziellen Maßnahmen erfolgen dürfen, die ausschließlich das Ziel einer Organentnahme oder -allokation haben.“ (Siegmund-Schulze 2013, C-1828). Hier liegt ein zentraler Widerspruch der aktuellen Debatte in Deutschland. Einerseits scheint es eine fehlende Akzeptanz des Hirntodkonzeptes zu geben, andererseits wird aktuell gezielt auf den Hirntod als „sicheres“ Todeskriterium gesetzt, das die weiteren medizinischen Maßnahmen in Richtung postmortale Organspende rechtfertigen soll.

Mit der jüngsten Diskussion um die Vergabepaxis bei Spendeorganen ist darüber hinaus die Wissenschaftlichkeit der Vergabekriterien in die Kritik geraten. Das dTPG regelt, diese Kriterien müssten medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen genügen. Eine Fokussierung auf medizinische Kriterien (hier vor allem Dringlichkeit und Erfolgsaussicht) wird aber vom Deutschen Ethikrat deutlich kritisiert

## Einleitung

(Deutscher Ethikrat 2013). Gesellschaftliche Legitimation setze heute eine intensive öffentliche Debatte voraus. Dies würde ein Abrücken vom Geist des dTPG erfordern, das auf Fachlichkeit und wissenschaftlich nachvollziehbare Kriterien setzt. Mit Wissenschaftlichkeit wird eine universelle Gültigkeit impliziert, die den Vorteil hat, ethische, juristische und kulturelle Fragen auszublenden.

Die Frage nach der Reichweite medizinisch-wissenschaftlicher Kriterien in der medizinischen Praxis ist meines Erachtens ein zentraler Aspekt der Debatte um das Hirntodkriterium. Im Gegensatz zum Problem der „Verteilungsgerechtigkeit“ bei Organspenden geht es hier allerdings zunächst nicht um die potentiellen Empfänger, sondern die Spender von Organen (und ihr direktes soziales Umfeld). Wann Organe entnommen werden dürfen, welche Kriterien dafür entscheidend sind und ob der Hirntod ein Tod nicht nur im medizinischen Sinne ist, wird noch schwieriger zu beantworten sein, wenn wir die eigenen fachlichen und kulturellen Kreise verlassen und die Fragestellung in einem neuen Kontext diskutieren. Die an dieser Stelle zu formulierende These lautet, dass selbst dann, wenn sich die medizinische Fachwelt darauf einigen könnte, dass Hirntodkriterium als Todeskriterium einwandfrei nachgewiesen zu haben, dieses nicht zwangsläufig zu einer konfliktfreien Anwendung in der medizinischen Praxis führt.

Als ich 2006 entschied, eine Doktorarbeit mit China-Bezug ins Auge zu fassen, ging es mir vor allem um die Verarbeitung und Auswertung meiner bis dahin gemachten Erfahrungen in China. Im Rahmen meines Medizinstudiums ergaben sich im Rahmen einer Famulatur in Shanghai sowie einer Famulatur und eines Tertials in Beijing<sup>1</sup> gleich mehrere Möglichkeiten, einen Einblick in eine andere medizinische Praxis zu bekommen, bevor die „deutsche“, westliche Ausbildung zur Medizinerin überhaupt abgeschlossen war. Dabei fielen mir die Unterschiede sofort ins Auge: Die Diagnostik der TCM, die Kommerzialisierung der Medizin gerade in den "berühmten" Krankenhäusern, in denen ich tätig war sowie die Einbeziehung

---

<sup>1</sup> Ich habe im Februar 2006 eine Famulatur in der Universitätsklinik für TCM in Shanghai sowie vom Februar 2008 bis Juni 2008 den chirurgischen Teil meines Praktischen Jahres im 3. Krankenhaus der Medizinischen Fakultät der Beijing University (*Beiyi Sanyuan*) absolviert. Darüber hinaus habe ich 2006 eine Famulatur in der Beijing International SOS Clinic absolviert.

## Einleitung

der Familie des Patienten in den Entscheidungsprozess. Einige Vorgehensweisen der chinesischen Kollegen erschienen mir einfach skurril. Nach etwa drei Jahren Berufserfahrung hat sich dieser Blick etwas relativiert, zumal die deutsche Praxis mir zuweilen auch skurril erscheint. Das traditionell eher paternalistische Verhältnis von Arzt und Patient wurde aufgebrochen und die angebliche Allwissenheit der Mediziner in Frage gestellt. Eine eher passive Haltung der Patienten weicht dem formulierten Anspruch des *Informed Consent*. Und auch die Schulmedizin als vorherrschende Form der medizinischen Praxis in Deutschland sieht sich durch Alternativen – darunter auch die Traditionelle Chinesische Medizin – herausgefordert.

Darüber hinaus wird von Medizinern verlangt, dass sie nicht nur medizinische Belange mit in den Blick nehmen. Es reicht nicht mehr aus, die beste Therapie für ein bestehendes medizinisches Problem zu haben, die Therapie muss vermittelt, kommuniziert werden und dies in verschiedene Sprachen und Kulturräume hinein. Wenn dann noch die Grenzen zwischen Leben und Tod verschwimmen, Sterbeprozesse begleitet und Familien in Entscheidungen miteinbezogen werden müssen (wie es bei Fragen zur Organentnahme der Fall ist), reicht eine stark ausgeprägte Sozialkompetenz allein nicht mehr aus. Derartige Fragen im globalen Kontext zu diskutieren und sich selbst die Pro- und Kontraargumente nicht nur des eigenen Kulturkreises vor Augen zu führen, könnte eine orientierende Wirkung haben, die hilft, den Krankenhausalltag auch in heiklen Situationen so zu meistern, dass die Interessen der Patienten, der Angehörigen und der Gesellschaft zu berücksichtigen und eventuell erforderliche Entscheidungen auf dieser Grundlage zu treffen sind.

Medizin in der Praxis ist weit mehr als die Lehre von den Organen, sie ist auch die Profession, die unmittelbar in das Leben der Menschen eingreift. Der beschriebene Wandel, der in den letzten Jahrzehnten das gesellschaftliche Bild von Ärzten verändert hat, beschränkt sich nicht nur auf das Verhältnis von Medizinern zu ihren Patienten, auch Angehörige von Patienten suchen bei schweren Entscheidungen nach Orientierung. Treten wir Ärzte kompetent und empathisch auf, können wir beratend zur Seite stehen, informieren und Ängste nehmen. Im Umgang

mit Patienten kann es nicht darum gehen, auf rechtliche Regelungen und (vermeintlich universell gültige) wissenschaftliche Kriterien wie das Hirntodkonzept zu verweisen, sondern eine bewusste Auseinandersetzung mit der Kultur und den daraus resultierenden unterschiedlichen Sichtweisen auf den Prozess des Lebens, des Sterbens und des Todes respektvoll zu führen. Diese Intention wird in der vorliegenden Arbeit hoffentlich deutlich.

## **2 Aufbau der Arbeit, Material und Methode**

Die Disziplin der Medizinethik befasst sich mit der Hinterfragung von Selbstverständlichkeiten der medizinischen Praxis. Eine „Offenlegung impliziter Prämissen“ wie sie hier angestrebt wird, dient zuallererst der Reflexion als Mediziner (Kapitel 3).

Um die methodisch angelegte Normenreflektion und -diskussion, wie sie in der vorliegenden Arbeit vorgenommen werden soll, verorten zu können, erfolgt zunächst eine Überblicksdarstellung der Bio- bzw. Medizinethik (Kapitel 4). Dabei werden auch Grundannahmen bzw. -ansätze der allgemeinen Ethik angeführt. In diesem Zusammenhang sind auch die Herausforderungen, denen sich die Medizin- bzw. Bioethik ausgesetzt sieht, interessant: Neue Techniken und Methoden, neue Wissensgebiete und nicht zuletzt die Internationalisierung von Wirtschafts- und Sozialbeziehungen, kurz Globalisierung genannt, provozieren immer neue Diskussionen.

Das in dieser Arbeit ins Zentrum gerückte Thema „Hirntod“ präsentiert sich dabei als besonders heikler Fall – und somit gerade richtig für eine Ethikdebatte. Es berührt mit der Diskussion um die Feststellung des Todes auf dem Hintergrund eines sogenannten „Organmangels“ gleich mehrere Wissenschaftsbereiche. So befasst sich die Medizin vorrangig mit den diagnostischen Tests, die Todeskriterien greifen hingegen in den Bereich der anthropologischen, philosophischen, religiösen, rechtlichen und kulturellen Betrachtung des Gegenstands. Das Interesse der Mediziner nach einer möglichst genauen Bestimmung des Übergangs vom Leben zum Tod ergibt sich dabei aus dem Interesse an einer möglichen Organent-

nahme und somit einer erfolgsversprechenden Therapiemöglichkeit für andere Patienten.

Um einen Bezugspunkt zur Reflektion des „Normalen“, Selbstverständlichen zu ermöglichen, erfolgt zunächst eine Annäherung an das vermeintlich Fremde. Eine inhaltliche Einführung erfolgt hierbei über eine kurze Darstellung chinesischer Denktraditionen, während zu Deutschland die wissenschaftliche Debatte um den Hirntod den Einstieg ermöglichen soll. Es geht hier um den direkten Zugang zur Thematik aus deutscher Perspektive, um eine spätere Kontextualisierung durch Vergleich vornehmen zu können.

Auch schien es notwendig, an der einen oder anderen Stelle auf Diskussionen und Regelungen in den USA, Japan oder in Hongkong sowie Taiwan zu verweisen, ohne tiefer auf die jeweiligen Hintergründe eingehen zu können. Gerade bei der Definition um den Hirntod war es mir wichtig, auf die Diskussion in den USA einzugehen, da diese dort ihren Ursprung hat und die internationale Debatte mit neuen Argumenten voranbringt, die mir für den hier dargestellten Kontext von Bedeutung erscheinen.

Die jeweiligen Regelungen zur Feststellung des Hirntodes, wie sie im Zusammenhang mit Organspendenverfahren festgelegt sind, sind ein Ergebnis der (Fach-) Diskussionen rund um das Hirntodkonzept. Durch Darlegung und in Abgrenzung zur Regelung der Lebendorganspende sollen Unterschiede verdeutlicht werden, auch um der Frage, ob der Hirntod ein Tod ist, nicht vorzugreifen.

Die Arbeit der Anthropologin Margaret Lock „Twice Dead: Organ transplants and the reinvention of the death“ (2002) wird in dieser Arbeit herangezogen, obwohl sie weder Deutschland noch China zum Gegenstand hat. Denn für einen Einblick in das Verhältnis von Kultur und Tod, Kultur und Wissenschaft sowie die Problematisierung der Übertragbarkeit wissenschaftlicher Erkenntnisse ist ihre Betrachtung der in Japan und den USA geführten Debatte sehr aufschlussreich und exemplarisch.

Chinas Regierung bezieht sich auf der Suche nach Orientierung und eigenen Werten auch offiziell auf Denktraditionen des Konfuzianismus, des Daoismus und letztendlich auch des Buddhismus. Um die chinesische Kritik am Hirntodkonzept

verstehen zu können, bedarf es also eines Blickes auf die Entstehung und Rezeption chinesischer Philosophie. Im „Alten“ sucht auch die in China junge Disziplin der Bioethik einen Ausgangspunkt zur Annäherung an aktuelle Probleme und die Herausforderungen einer weitgehend globalisierten Welt der Wissenschaft. China befindet sich auch hier in einer Phase des Umbruchs. Dies bedeutet einerseits, dass sich noch keine klaren Argumentationsmuster und Tendenzen zur weiteren Entwicklung im Bereich der chinesischen Bioethik herausgebildet haben. Andererseits ist gerade die Abwesenheit von festen Interpretationsrahmen spannend, da von chinesischen Bioethikern bei der Suche nach einem Standpunkt noch sehr direkt auf die chinesische Denktradition zurückgegriffen wird, wie noch darzustellen sein wird.

Eine direkte Gegenüberstellung chinesischer und deutscher Auffassungen zum Hirntodkonzept ist am ehesten anhand der jeweiligen gesetzlichen Regelungen und der entsprechenden Praxis zur Organtransplantation möglich. Gesetzestexte stellen sich als Ergebnis einer Debatte dar, die im jeweiligen Kontext auch völlig unterschiedlich in Verlauf und öffentlicher Wahrnehmung ist.

Im Unterschied zur Lebendorganspende macht der Gesetzgeber in Deutschland deutlich, welches Verhältnis von Tod und Individualrechten mit der Problematik des Hirntodkonzeptes angestrebt wird und inwieweit Familie, religiöse Vorstellungen und Gesellschaft berücksichtigt werden sollen. Die chinesischen Bestimmungen gründen sich wesentlich auf die 2007 erlassene „Vorschrift über die Transplantation von menschlichen Organen“<sup>2</sup>. Da diese bisher nicht in deutscher Übersetzung vorlag, ist dieser Arbeit eine solche, bisher unveröffentlichte Übersetzung, die im Auftrag der Autorin von Chinese-Foreign Translation & Information Service Beijing (CTIS) verfasst wurde, angehängt. Entgegen der Ankündigung der chinesischen Regierung gibt es bisher keine Neureglung oder Erweiterung dieser Vorschrift auf nationaler Ebene (Stand Juli 2012), die hier berücksichtigt werden konnte. Neben den gültigen Regelungen in Deutschland und China

---

<sup>2</sup> Im weiteren Verlauf wird diese abgekürzt als cTPG dargestellt.

werden weitere rechtliche Modelle der Organspende erläutert, wie z.B. die Widerspruchslösung, um einen allgemeinen Überblick zu ermöglichen.

Mit Kapitel 7.2 wird die Diskussion aufgegriffen, inwieweit die andauernde Debatte um das Hirntodkonzept die Praxis der „postmortalen Organspende“ in Frage stellt. Dazu ist auch ein Blick auf die medizinisch-technischen Voraussetzungen des Hirntodkonzeptes notwendig. Die Forderungen nach einem neuen Todeskriterium ergeben sich auch aus den immer neuen Möglichkeiten, menschliche Körper am Leben zu erhalten, ohne eine Wiederbelebung durchführen zu können.

Die Einstufung des Hirntodes als Sterbeprozess würde zumindest neue Fragen aufwerfen, inwiefern Eingriffe wie Organentnahme oder ein Behandlungsabbruch ausreichend legitimiert sind.

Wie aufzuzeigen sein wird, wurde die Diskussion um das dTPG in Deutschland Mitte der 1990er zwar nicht unter Ausschluss der Öffentlichkeit geführt, beschränkte sich insgesamt jedoch auf einen eher kleinen Kreis von Fachleuten, darunter Bundestagsabgeordnete. Auch der Stellungnahme der Kirchen zum dTPG scheint keine Debatte in den christlichen Gemeinden vorausgegangen zu sein. Die immer wieder aufflammende Diskussion wird durch technische Neuerungen und Beiträge einzelner Mediziner und Ethiker befeuert, die das Verhältnis von Menschenbild, Gesellschaft und Todesbegriff von entsprechenden Neuerungen berührt sehen.

Rückblickend hat eine solche Dynamik zur Abwendung vom Herzen und Hinwendung zum Hirn als Sitz der Persönlichkeit geführt. Die neuen Debatten, die sich auch um die Etikettierung des Hirntodes als besonderen Tod mit „Spendemöglichkeit“ als postmortalen und sinnstiftenden Akt für sonst oftmals „sinnlos“ empfundene tödliche Unfälle drehen, verweisen bereits auf einen bestimmten historischen und kulturellen Kontext. Es ist davon auszugehen, dass sich in China hier eine eigene Dynamik entwickeln wird.

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine interdisziplinäre Arbeit aus dem Bereich der Medizinethik an der Schnittstelle zur Kulturanalyse. Es wurde

entsprechend auf Sekundärliteratur zur Medizinethik und Kulturanalyse zurückgegriffen. Die Literaturrecherche fand überwiegend in medizinischen Datenbanken wie PubMed, DIMDI, Medline und JSTOR statt, aber auch in den Katalogen der Universitäten Göttingen, Münster und Osnabrück sowie in einschlägigen Journals der Bioethik und Transplantationsmedizin. Als Schlagwörter fungierten vor allem: Bioethik, Hirntod, Organtransplantation, Organspende, Organhandel, Asien, China, Taiwan, Hongkong. Die Literatursuche erfolgte sowohl in der deutschen als auch in der englischen Sprache. Der Untersuchungsbereich China wurde absichtlich auf die Bereiche Asien, Taiwan und Hongkong ausgeweitet, um den chinesischen Kulturraum als Ganzes besser erfassen zu können. Auch Japan dient dabei als Referenz zum chinesischen Kulturraum, da es in beiden Ländern Gemeinsamkeiten gibt, wie z.B. die stark verwurzelten Ideen und Vorstellungen des Konfuzianismus und Buddhismus.

Zur besseren Unterscheidung wurde in der vorliegenden Arbeit der chinesische Kulturraum definiert als Zusammenfassung der VR China, Taiwans und der Sonderverwaltungszone Hongkong. Der Begriff der VR China ist in dieser Arbeit gleichzusetzen mit dem Begriff China sowie Mainland China, ohne Taiwan und der Sonderverwaltungszone Hongkong, die auf das Thema Hirntod bezogen eine eigenständige Dynamik aufweisen.

Es ist insgesamt festzustellen, dass die für die Bearbeitung meiner Fragestellung notwendige Literaturrecherche zum Ergebnis hatte, dass bisher nur wenig zum Thema Hirntodkonzept und Organtransplantation in der VR China geforscht wurde. Somit versteht sich diese Arbeit auch als Pionierarbeit zum Aufzeigen oder vielleicht sogar zur Verkleinerung einer vorhandenen Lücke in der Bioethik. Hilfreich ist es, dass in den letzten Jahren zunehmend auf Zeitungsartikel aus chinesischen Zeitungen zurückgegriffen werden kann, da diese nun regelmäßig auch ins Englische übersetzt und veröffentlicht werden. Auch wächst die Frage der Organtransplantationen langsam, aber stetig aus dem Bereich der chinesischen Tabuthemen heraus. Es ist zu vermuten, dass aus Sicht der Regierung die mediale Behandlung des Themas die „Spendebereitschaft“ der chinesischen Bevölkerung erhöhen soll.

Offizielle Statistiken zur Organtransplantation auf nationaler Ebene gibt es bisher nicht. Im *Chinese Statistical Yearbook 2010* werden zwar ausführliche Angaben zum Gesundheitswesen gemacht, zur Organtransplantation sind allerdings keine Angaben enthalten.

### 3 Fragestellung

Die erste erfolgreiche Nierentransplantation fand 1954 in Boston zwischen eineiigen Zwillingen statt. In Deutschland begannen die ersten Nierentransplantationen an der FU Berlin Anfang der 1960er Jahren (Wiesemann 2001, 215). Seit dieser Zeit hat sich die Transplantationsmedizin weltweit enorm weiterentwickelt. Die Überlebensdauer der Menschen nach einer Organtransplantation verbesserte sich sowohl durch die Fortschritte im Bereich der Immunsuppressiva als auch durch optimierte Operationstechniken sowie den Ausweitungen der Transplantationsindikationen (Ach et. al. 2000, 171). Mit der weiteren Spezialisierung und den wachsenden Möglichkeiten zur Transplantation von Organen steigt auch der „Bedarf“, dem kein entsprechendes „Angebot“ an Organen gegenübersteht. Eurotransplant<sup>3</sup> gibt an, dass 2012 die Zahl der Menschen, für die ein neues Organ als Therapie indiziert ist, bei 15.499 lag. Im Jahr 2011 wurden über Eurotransplant insgesamt 6.536 Organe von verstorbenen Menschen zur Transplantation vermittelt.<sup>4</sup> Auch in der Bundesrepublik Deutschland klafft die Lücke zwischen zur Verfügung stehenden Spendeorganen und indizierten Organtransplantationen weiter auf. So ist die Anzahl der transplantierten Organe 2010 im Vergleich zum Jahr 2009 zwar leicht angestiegen, dennoch warten aktuell ca. 12.000 Menschen auf Organe.<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> Gemeinnützige Stiftung (gegründet 1967) mit dem Sitz in Leiden, die für die Vermittlung und Verteilung von Organspenden in Deutschland, Österreich, den Niederlanden, Slowenien, Kroatien, Belgien und Luxemburg zuständig ist (Eurotransplant 2011).

<sup>4</sup> <http://www.eurotransplant.org/cms/> . Letzter Zugriff: 21.01.2013

<sup>5</sup> Vorläufig veröffentlichte Zahlen der DSO bezogen auf das Jahr 2012 zeigen einen weiteren Rückgang der Spenderorgane seit 2010 an (<http://www.dso.de/dso-pressemitteilungen/einzelansicht/article/zahl-der-organspenden-in-2012-dramatisch-gesunken-1.html> . Letzter Zugriff: 21.01.2013)

## Fragestellung

In Deutschland wird der größte Teil der Organe von Verstorbenen transplantiert (DSO 2011). In dem 1997 verabschiedetem *Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben*, kurz Transplantationsgesetz, mit einer Neufassung von 2007, heißt es hierzu, die Organentnahme ist nur zulässig, wenn „der Tod des Organ- oder Gewebespenders nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist“ (dTPG § 3 Abs. 1 Nr. 2) und weiter ist eine Organentnahme unzulässig, wenn „nicht vor der Entnahme bei dem Organ- oder Gewebespende 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 ist“ (dTPG § 3 Abs. 2 Nr. 2).

Bei der Betrachtung der Diskussion um das Hirntodkonzept und dessen Gültigkeit (Kapitel 6, 7), wie sie in den 1990er Jahren im Vorfeld der Verabschiedung des Transplantationsgesetzes geführt wurde, muss der Zusammenhang zwischen der ständigen Ausweitung der Möglichkeiten zur Organtransplantation und der Bedeutung eines messbaren Hirntodes für die medizinische Praxis mitgedacht werden. Stagnation und Aufflammen der Diskussion lassen sich zumindest teilweise auf die Frage zurückführen, wie die Zahl der Organspenden erhöht werden kann. Soviel jedoch kann einleitend schon vorweggenommen werden: Die erhoffte deutliche Erhöhung der Explantationen durch Einführung des Hirntodkonzeptes im Jahr 1997 blieb aus.

Hier stoßen wir auf eine weitere Dimension im Zusammenhang mit Hirntodkonzept und Organentnahmen: Die rechtliche Regelung der Berücksichtigung des (meist nicht ausreichend dokumentierten) „Willens“ eines Individuums über dessen Tod hinaus. Hier spielen kulturell und religiös geprägte Haltungen zur körperlichen Unversehrtheit, aber auch die Frage nach dem Sitz bzw. „Trägerorgan“ der Persönlichkeit eine wichtige Rolle. Auch auf diese Fragen wird im Rahmen dieser Arbeit noch einzugehen sein.

Einen Vorstoß zur Erhöhung der Transplantationszahlen unternahm der Nationale Ethikrat im Jahr 2007 mit dem Vorschlag der Einführung eines Stufenmodells,

## Fragestellung

bestehend aus einer Kombination von Erklärungs- und Widerspruchsregelung (Nationaler Ethikrat 2007). Aktuell hat die Diskussion um eine Änderung der Praxis der Zustimmung zur Organspende einen weiteren Zyklus durchlaufen. Die Gesundheitsminister der Länder hatten vorgeschlagen, dass jeder Bundesbürger einmal in seinem Leben eine Erklärung abgeben soll, ob er Organspender nach seinem Tod sein möchte (Siegmond-Schultze 2011, C-1273ff).<sup>6</sup> Nach parlamentarischer Debatte ist durch Neuregelung im Jahr 2012 schließlich eine Modifikation der „erweiterten Zustimmungsregelung“ im dTPG festgeschrieben worden: „Mit der Verabschiedung der fraktionsübergreifend vorgeschlagenen Entscheidungslösung wird die bisherige »erweiterte Zustimmungsregelung« bei der Organspende modifiziert. Künftig wird jeder Bürger über 16 Jahre von seiner Krankenkasse schriftlich Informationen zum Thema Organspende erhalten und aufgefordert zu erklären, ob er nach seinem Tod Organe spenden will. Eine Pflicht, sich zu entscheiden, gibt es aber nicht.“ (Richter-Kuhlmann und Siegmond-Schultze 2012, C-1114).

Die Verabschiedung rechtlicher Regelungen hat keinesfalls dazu geführt, dass eine grundsätzliche Kritik am Hirntodkonzept verstummt wäre. Ethiker, hier vor allem im angloamerikanischen Raum, diskutieren dahingehend, dass das bestehende Hirntodkonzept grundsätzlich auf seine klinische und ethische Gültigkeit zu überprüfen sei (President’s Council on Bioethics 2008). Als ursächlich für diese Entwicklung kann ebenfalls die Ausweitung der medizintechnischen Möglichkeiten angesehen werden. Ergebnisse neuerer medizinischer Studien, die mit fMRT und PET – zwei Untersuchungsmöglichkeiten die weitaus sensibler und zuverlässiger als bisher feststellen lassen, wie ausgeprägt die Hirnaktivität bei einem Bewusstlosen ist – durchgeführt wurden, lassen den Schluss zu, dass diese z.T. – bei gesprochener Sprache und Berührungen – dieselben kortikalen Reaktionen zeigen wie gesunde Kontrollprobanden (Müller 2010, 11). Andererseits wird darüber diskutiert, dass die den Hirntoten unterstellte fehlende körperliche Integrität vorhanden ist. Einige hirntote Menschen haben noch etliche somatische Funktionen,

---

<sup>6</sup> Vgl. auch Kapitel 6.1.2.

## Fragestellung

die auf eine körperliche Integrität schließen lassen. Dazu zählen u.a. die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Homöostase, Bekämpfung von Infektionen oder aber auch die Erhaltung einer Schwangerschaft. „Die Annahme, dass nach dem Hirntod unmittelbar und notwendig der Herzstillstand und die körperliche Desintegration eintreten, ist durch ca. 175 dokumentierten Fälle (bis 1998) widerlegt worden, in denen zwischen Hirntod und Herzstillstand mindestens eine Woche und bis zu 14 Jahren lagen“ (Müller 2010, 9).

### *Vergleichsperspektive China*

Es liegt nicht unbedingt nahe, an dieser Stelle die Diskussion um das Hirntodkonzept in einem völlig neuen Rahmen nachzuvollziehen. Doch bei der Eröffnung einer Vergleichsperspektive „geht [es] nicht um «exotische» Alternativen [...], sondern um die Möglichkeit, andere Perspektiven des Weltverhältnisses zu verstehen und daraus *möglicherweise* [Hervorh. d. Verf.] eine Korrekturinstanz für Einseitigkeiten der eigenen Tradition zu entwickeln.“ (Holz 1994, 12). In der vorliegenden Arbeit soll es entsprechend darum gehen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der bioethischen Debatte zwischen Deutschland und China aufzuzeigen. Der chinesische Kulturraum wird nicht per se als fremd und im Gegensatz zum deutschen begriffen; vielmehr geht es um einen Anstoß, sich mit einem anderen Zugang zu und einem anderen Verständnis von Bioethik zu beschäftigen.

Der ethisch-kulturelle Vergleich beinhaltet dabei die Suche nach Unterschieden und Gemeinsamkeiten im Umgang bei der Implementierung des Hirntodkonzeptes und dessen Umsetzung. Zur Orientierung dienen hierbei die vier Ebenen – Diagnostische Tests, Todesdefinition, Todeskriterium, Menschenbild – auf denen im internationalen Kontext um das Hirntodkriterium diskutiert wurde und wird (Kapitel 6).

Die VR China<sup>7</sup> ist unter diesem Aspekt in mehrfacher Hinsicht gewinnbringend zu betrachten. Erstens die Verschiedenheit der kulturellen und politischen Traditi-

---

<sup>7</sup> Im Gegensatz zum Verständnis des chinesischen Kulturraums bezeichnet die Formulierung „VR China“ in meiner Arbeit lediglich die derzeitige politische Verwaltungseinheit bzw. den Natio-

## Fragestellung

on, die „Transformation“ in wirtschaftlicher Hinsicht, aber vor allem auch die damit im Zusammenhang stehende Diskussion um die Suche nach einem eigenen, chinesischen Weg der Modernisierung, in den sich die Debatte um das Hirntodkonzept und eine rechtliche Regelung von Organspenden bzw. Organentnahmen einbettet.

Dabei sind die Stichworte „VR China“ und „Organtransplantation“ in Veröffentlichungen außerhalb der Volksrepublik eindeutig negativ besetzt und bieten zunächst keinen Zugang zu einer "chinesischen" Debatte. China ist demnach eines der Länder, in denen illegale Beschaffung und Verkauf von Organen in bedeutendem Umfang stattfindet. Darüber hinaus würde der größte Teil der Organe von hingerichteten Menschen explantiert, eine Praxis, die nach offiziellen Angaben in den nächsten Jahren abgeschafft werden soll.<sup>8</sup>

Mit der Einführung eines Gesetzes zur Regelung der Organspende wurde von Seiten der chinesischen Regierung der Versuch unternommen, die Bereitschaft der chinesischen Bevölkerung zur Organspende zu erhöhen.<sup>9</sup> Derzeit werden in China über eine Millionen Organe benötigt, aber lediglich 10.000 Transplantationen werden jährlich durchgeführt.<sup>10</sup>

Die Mediziner in der VR China konnten erst im Rahmen der Reform- und Öffnungspolitik in den späten 1970er Jahren an einem intensiveren Austausch mit Transplantationsmedizinern weltweit teilnehmen und so die Entwicklungen im Bereich der Transplantationsmedizin nachvollziehen bzw. vorantreiben (Huang 2007, 193f). Eine erste gesetzliche Vorschrift zur Regelung von Organtransplantationen in der VR China wurde 2007 verabschiedet. In ihr sind u.a. ein Verbot von Organhandel (Artikel 3) und Bestimmungen zur Organspende geregelt (Artikel 7

---

nalstaat, allerdings ohne die Sonderverwaltungszone Hongkong und Macao, da diese einer eigenen Gesetzgebung unterliegen.

<sup>8</sup> <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/china-will-keine-organspende-von-hingerichteten-mehr-a-823291.html>; vgl.: Renmin Ribao Online (Englische Ausgabe): <http://english.people.com.cn/90001/90776/6279052.html> . Letzter Zugriff: 23.01.2013

<sup>9</sup> Renmin Ribao Online (Englische Ausgabe): <http://english.people.com.cn/90001/90782/7071422.html> . Letzter Zugriff: 23.01.2013

<sup>10</sup> <http://www.zeit.de/online/2009/36/organhandel-china-global> . Letzter Zugriff: 23.01.2013; vgl.: <http://www.zeit.de/2010/04/Pharmakonzern-Roche> . Letzter Zugriff: 23.01.2013

bis 10). Darüber hinaus werden Bedingungen aufgeführt, die zur Durchführung von Organtransplantationen gegeben sein müssen (Artikel 11 und 12). Das Hirntodkonzept findet hier allerdings (noch) keine Erwähnung, es wird lediglich die „Entnahme von Organen aus einer Leiche“ aufgeführt (Artikel 20). Die Frage, ob das Hirntodkonzept, wie es auch in westlichen Industriestaaten Anwendung findet, in China existiert und inwieweit sich Diskussion von der „westlichen“ unterscheidet, soll in Kapitel 7.1.2 diskutiert werden.

## **4 Einführende Darstellung der Bioethik**

Da die vorliegende Arbeit zur Aufgabe hat, einen Vergleich in einem ethisch kontroversen Bereich medizinischer Praxis vorzunehmen, erfolgt dies entsprechend aus analytischer und bioethischer Perspektive. Es ist daher darauf einzugehen, was Bioethik ist, was sie leisten kann und inwieweit sie bei der Diskussion des Hirntodkonzepts für Mediziner eine Rolle spielt bzw. spielen sollte.

In seinem Aufsatz „Welche Ethik ist als Bioethik tauglich?“ erläutert der Philosoph Dieter Birnbacher, welche grundlegende Bedeutung die Ethik hat und diskutiert ihre allgemeinen Aufgaben. Demnach befasst sich die Ethik grundsätzlich mit dem Erscheinungsbild der Moral und den moralischen Normen. Laut Birnbacher wird dabei das Verhältnis von Ethik zur Moral durch ein „Quartett von vier eng miteinander zusammenhängenden Aufgaben bestimmt“ (Birnbacher 1993, 45). Dabei handelt es sich um Analyse, Kritik, Konstruktion und Moralpragmatik. Analyse meint dabei die „Klärung und Rekonstruktion von moralischen Begriffen, Argumentationen und Begründungsverfahren“ (Birnbacher 1993, 45) sowie der „Offenlegung implizierter Prämissen und Bedeutungskomponenten mit dem Ziel der Herstellung von Transparenz, Verständlichkeit und Selbstverständigung“ (Birnbacher 1993, 45). Die Analyse dient wiederum zur „Kritik moralischer Begriffe, Begründungen, Positionen und Wahrheitsansprüchen“ (Birnbacher 1993, 45). Die dritte Aufgabe, die Konstruktion, befasst sich mit der Ausarbeitung spezifischer Lösungsansätze bei bestimmten moralischen Problemen auf Grundlage eines spezifischen normativen

## Einführende Darstellung der Bioethik

Ansatzes, während die Moralpragmatik sich mit der Aufgabe der pädagogischen Vermittlung sowie der praktisch-politischen Umsetzung ethischer Fragen befasst (Birnbacher 1993, 45f). Sowohl die Aufgabe der Konstruktion als auch die der Moralpragmatik kann nur multidisziplinär durch „die Zusammenarbeit der philosophischen Ethik mit Psychologie, Soziologie und Pädagogik bewältigt werden“ (Birnbacher 1993, 46).

Die Moral befasst sich mit sittlichen Phänomenen wie moralische Überzeugungen, Regeln, Normen, Wertmaßstäbe und Haltungen innerhalb einer Gesellschaft. Ethik demgegenüber beschäftigt sich mit der philosophischen Reflexion über Moral. Die Moral gibt an, was moralisch richtig oder falsch ist, die Ethik versucht zu begründen, „warum etwas als moralisch richtig oder falsch zu gelten hat“ (Marckmann et al. 2008, 21).

Die Bioethik kann als Teilbereich der Ethik angesehen werden, der sich mit den „Lebensphänomenen“ und deren moralischen Problemen befasst (Birnbacher 1993, 46). „Bioethik ist keine Lehre oder Doktrin [...], sondern eine Form methodisch angelegter Normenreflektion und -diskussion“ (Birnbacher 1993, 49). Die Medizinethik<sup>11</sup> ist demnach ein Teilgebiet der Bioethik, das mit wissenschaftlicher Methodik versucht, die moralischen Fragen und Konflikte im gesamten medizinischen Bereich zu reflektieren, sie befasst sich mit den moralischen Problemen der Medizin (Marckmann et al. 2008, 29f). Medizinethik ist jedoch nicht als Sonderform der Ethik zu verstehen, da allgemein gültige moralische Prinzipien auch hier anwendbar sind. Die Unterscheidung liegt im Gegenstand ihrer Anwendung (Birnbacher 1993, 49; Marckmann et al. 2008, 30).

Die Frage nach der Methode der Bioethik, also der Herangehensweise der Bioethik an bestimmte Fragestellungen, fällt weitgehend zusammen mit der Frage nach der Methode der Ethik (Birnbacher 1993, 49). Zwei Methoden der Ethik stellt Birnbacher gegenüber, die zwar unterschiedliche Muster aufweisen, in ihrer

---

<sup>11</sup> Medizinethik wird im angloamerikanischen Raum mit *bioethics* gleichgesetzt. In Deutschland kann Bioethik als Überbegriff noch Tier-, Umwelt- und Naturethik umfassen (Schicktanz 2009, 18).

Zielsetzung aber übereinstimmen: „der Konstruktion eines Systems von moralischen Normen und Werten, von Tugendkonzeptionen und individuellen und kollektiven Lebensformen, die – als Minimalforderung – eine gesellschaftliche Handlungskoordination, die Überwindung von Kooperativitätsmängeln, einen konsensuellen Ausgleich von Interessenskonflikten und ein ausreichendes Maß an Handlungs- und Erwartungssicherheit ermöglichen“ (Birnbacher 1993, 51). Dieses Modell der rekonstruktiven Ethik erhält seine Prinzipien aus der Wiederherstellung der gegenwärtig – in einer Gesellschaft oder kulturübergreifenden – verbreiteten moralischen Überzeugungen und Plausibilitäten. Bei diesem Modell steht die Anwendung der allgemein gefassten und eher konsensfähigen Prinzipien im Vordergrund und weniger die Begründung dieser Prinzipien durch Basisprinzipien (Birnbacher 1993, 51f). Beauchamp und Childress postulierten solche Prinzipien für den Bereich der Medizin (Beauchamp und Childress 2001). Sie befürworten, sich an konsensfähigen "mittleren" Prinzipien zu orientieren, die mit verschiedenen Moraltheorien vereinbar sind. „Diese Prinzipien sollen an unsere moralischen Alltagsüberzeugungen anknüpfen, die in ihrem moralischen Gehalt rekonstruiert und in einen kohärenten Zusammenhang gebracht werden“ (Marckmann et al. 2008, 31) Im Einzelnen wäre da zunächst das Prinzip der Nichtschädigung (*nonmaleficence*). Gemeint ist hier das Gebot, keinem Schaden an Leib und Leben zuzufügen. Es ist ein zentrales Prinzip wohl jeder Ethik. Das zweite Prinzip ist das der Autonomie, womit die Selbstbestimmung im praktischen, politischen und rechtlichen Sinn gemeint ist. Eine zentrale Aussage hierbei ist, dass der Wille des Anderen zu achten ist und niemand zu einer Handlung gegen den eigenen Willen gezwungen wird. Das Prinzip des Wohltuns (*beneficence*) steht für Leidensvermeidung, Behebung und Linderung von Leiden sowie eine Verbesserung der Situation Anderer. Das vierte Prinzip der Gerechtigkeit (Justice), das die Gerechtigkeit, die Gleichheit und die Fairness berücksichtigt (Birnbacher 1993, 53f; Beauchamp und Childress 2001). Demgegenüber stellt Birnbacher das Modell der fundierten Ethik, das auch praxisleitende Prinzipien kennt, aber diese auf Basisprinzipien zurückführt, ihr damit also ein Fundament gibt (Birnbacher 1993, 60). Marckmann et al. sind der Ansicht, dass sich im Bereich der Medizinethik keine

## Einführende Darstellung der Bioethik

ethische Theorie durchsetzen konnte, die sich auf klassische Theorien der Moralphilosophie bezieht. Der bereits erwähnte prinzipienorientierte Ansatz von Beauchamp und Childress gilt als der bekannteste Ansatz des Theorienpluralismus in der Philosophie, der den Wertpluralismus in unserer Gesellschaft zu berücksichtigen versucht und praktisch anwendbar sei (Marckmann et al. 2008, 30f).

Die Medizinethik steht gegenwärtig unter einem starken Rechtfertigungsdruck, „insbesondere was das Verhältnis von Theorie und Praxis angeht“ (Schicktanz 2009, 18). Dies ist dadurch zu begründen, dass die Probleme in der Praxis u.a. durch die Globalisierung vielschichtiger geworden sind und demnach überdacht und neu erschlossen werden müssen. Die Veränderungen innerhalb der Medizinethik können als Neuorientierungen, sogenannte *turns* verstanden werden, welche „die Identifikation, Reflexion und Bewertung von medizinethischen Problemen neu einleiten“ (Schicktanz 2009, 19). Dabei kann zwischen den *Global turns*, *Cultural turns*, *Collective turns* sowie *Participatory turns* unterschieden werden. Die Medizinethik kann sich weder im Bereich der Forschung, noch im klinischen Alltag dem Phänomen und den Auswirkungen der Globalisierung entziehen. Aktuell zeigt sich diese u.a. in dem Humangenomprojekt, der Inanspruchnahme von im Heimatland nicht zulässiger medizinischer Behandlungen oder auch des Organhandels. Drei Faktoren der Globalisierung, die Auswirkungen auf die Medizinethik und ihre Fragestellungen haben, können dabei ausgemacht werden. Darunter können eine zunehmende Heterogenität der Gesellschaft durch vermehrte Migrationsbewegungen, die eher liberale Wirtschaftspolitik mit Auswirkungen auf Angebot und Nachfrage im Gesundheitssektor sowie „zunehmende Bestrebungen einer internationalen Bioethik“ gefasst werden (Schicktanz 2009, 19f). Dabei ist die bioethische Debatte aufgrund ihrer Länderspezifität wesentlich schwerer global und kulturell zu fassen, als die meist eher universell ausgerichtete medizinisch-naturwissenschaftliche Forschung.

## Einführende Darstellung der Bioethik

Die Beachtung kultureller Kontexte nimmt innerhalb der Medizinethik eine immer größere Bedeutung ein. Dies lässt sich damit begründen, dass zum einen das Körperverständnis in der jeweiligen Gesellschaft, zusammen mit dem vorherrschenden Krankheits- und Todesverständnis, durch kulturelle Faktoren bestimmt ist. Zweitens haben in der jeweiligen Kultur bestimmte Personengruppen, z.B. die Familie, Ärzte, usw. unterschiedliche Rollen. Drittens sind die moralischen (lokalen) Wertvorstellungen entscheidend bei der Bewertung, ob ein bioethischer Konflikt vorläge (Schicktanz 2009, 21). „Gerade in der medizinischen Praxis [...], bei der Inanspruchnahme von Organtransplantation [...] fällt auf, dass die Berücksichtigung von Ethnizität und Religiosität sowohl für das Verständnis von (fehlender) moralischer Akzeptanz und Kontroversen, als auch bei der Suche nach moralisch richtigen Entscheidungen hilfreich sein kann“ (Schicktanz 2009, 22). Aus diesem Grund ist es wichtig, eine Sensitivität für andere Kulturen zu entwickeln, gerade auf der Ebene der angewandten Medizinethik (Schicktanz 2009, 22).

Die *Collective turns* beschreiben vor allem den zunehmenden Einfluss von ethischen Beratungsorganen wie z.B. die Einrichtung von Ethikkomitees in Krankenhäusern, während die *Participatory turns* die Ansichten sogenannter Laien und Betroffenen berücksichtigen (Schicktanz 2009, 24ff).

Damit bekommen Mediziner die Möglichkeit, verschiedene Einflüsse in ihrer Alltagspraxis zu berücksichtigen und selbst eine reflektierte Neuorientierung vorzunehmen. Gerade in Fällen, in denen der Rahmen für ein rein auf naturwissenschaftliche Erkenntnisse gestütztes fachliches Urteil gesprengt wird, ist die Kenntnis verschieden geprägter „Werturteile“, die Beratung durch Ethiker sowie die Mitbestimmung durch Patienten bzw. deren Angehörige für die moralische Akzeptanz notwendig, wie das Beispiel der Diskussion um das Hirntodkriterium zeigen wird.

### *Bioethik und das Hirntodkriterium*

Ethische sowie begriffliche Probleme um das Hirntodkriterium bestehen weiterhin, auch vierzehn Jahre nach gesetzlicher Legitimation des Hirntodkonzeptes

durch das Transplantationsgesetz in Deutschland. Eine zentrale ethische Frage ist dabei die nach dem Zeitpunkt des Todes des Menschen und damit verbunden die Frage, wann eine Organentnahme gerechtfertigt ist (Schmidt 2000, 35). Um eine gewisse Klarheit bei der Lösung der ethischen und begrifflichen Probleme zu schaffen und um die divergierenden Positionen besser darstellen zu können, ist eine Differenzierung der Ebenen, auf denen das Hirntodkonzept diskutiert wird, erforderlich (Vollmann 2001, 48).

Younger und Barlett (1983) haben dabei zunächst drei Ebenen vorgeschlagen: 1. die der *diagnostischen Tests*, 2. die der *Todesdefinition* und 3. die des *Todeskriteriums*. Später wurden diese Ebenen noch um eine 4. Ebene ergänzt, die das Subjekt des Todes – den Menschen – behandelt, die Ebene der *Attribution* (Vollmann 2001, 48; Kurthen 1997). Auf der Ebene der diagnostischen Tests wird sowohl der Frage nachgegangen, woran sich der Tod nachweisen lässt (Kurthen 1997), als auch der „empirische Nachweis, ob die fraglichen Kriterien erfüllt sind“ (Ach et al. 2000, 32). Diesen Nachweis zu führen, fällt in den Aufgabenbereich der Mediziner (Ach et al. 2000, 32). Die Bundesärztekammer<sup>12</sup> hat durch ihren Wissenschaftlichen Beirat<sup>13</sup> Richtlinien erarbeitet, die die medizinischen Untersuchungen benennen, die alle durchgeführt werden müssen, um das Todeskriterium Hirntod feststellen zu können (Vollmann 2001, 48). Auf der Ebene der Todesdefinition wird der Frage nachgegangen, was der Tod sei (Kurthen 1997). Dabei ist der Begriff des Todes kein rein medizinischer oder naturwissenschaftlicher, also kein rein empirischer Begriff im Gegensatz zu den Kriterien des Todes (Ach et al.

---

<sup>12</sup> Die BÄK ist die Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung. Sie selber ist ein nicht eingetragener Verein und damit keine Körperschaft. Geschichte der Bundesärztekammer Westdeutschland: Nach 1945 nahmen die gegründeten Kammern das Recht in Anspruch, die Rechtsnachfolge der Reichsärztekammer anzutreten. Die BÄK – wie sie heute bekannt ist – gründete sich 1955. Seit 1990 ist das Prinzip der ärztlichen Selbstverwaltung in ganz Deutschland verwirklicht. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.1.5985> . Letzter Zugriff: 07.07.2011

<sup>13</sup> Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer setzt sich zusammen aus Wissenschaftlern aller Fachbereiche der Medizin. Seine Aufgaben sind die Beratung bei medizinisch-wissenschaftlichen Fragen, die bei der Vorbereitung und Durchführung von Gesetzen im Bereich des Gesundheitswesens und der ärztlichen Berufsausübung auftreten; die Erarbeitung von Leit- bzw. Richtlinien zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren und Methoden unter Berücksichtigung von ethischen und juristischen Aspekten. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.6.38.3310> . Letzter Zugriff: 07.07.2011

2000, 31). Vielmehr wird die Richtigkeit einer Todesdefinition unter Berücksichtigung von anthropologischen, philosophischen, religiösen und/oder kulturellen Überzeugungen und Überlegungen gefällt. Definitionen des Todesbegriffs können somit höchstens unangemessen oder sinnlos, jedoch nie "falsch" sein (Ach et al. 2000, 32), denn die Beantwortung der Frage, wann ein Mensch tot ist, lässt zumindest kulturell bedingt abweichende Antworten zu. Eine möglichst universell gültige und scharfe Begriffsbildung ist ohne einen Versuch des Verstehens abweichender Definitionen aus anderen kulturellen Kontexten und hier vor allem der orientalischen Wissenschaftstradition somit kaum vorstellbar (Holz 1994, 20).

Nachfolgend soll hier auf diese beiden Ebenen, die der Todesdefinition und des Todeskriteriums, noch weiter eingegangen werden. Die letzte Ebene, die der Attribution, befasst sich mit dem Subjekt des Todes, dem Menschen und dem damit verbundenen Menschenbild (Kurthen 1997; Vollmann 2001, 48). Daneben leitet sich die Auswahl des Todeskriteriums von der übergeordneten Ebene der Todesdefinition ab (Vollmann 2001, 48). Um die Frage beantworten zu können, wann der Mensch tot ist, muss zunächst geklärt werden, was es bedeutet, tot zu sein; darüber hinaus ist zweitens zu bestimmen, welche körperlichen Merkmale diesem zugrunde liegen und drittens, wie festgestellt werden kann, ob das Individuum diese Merkmale auch aufweist. Die Ebene der Todesdefinition ist daher eine rein philosophisch analytische Ebene, hingegen die der Todeskriterien (die Implementationsebene) eine interdisziplinäre und die dritte Ebene – die der diagnostischen Tests – eine rein medizinische (Stoecker 2010, XXII).

### *Überlegungen zur Bedeutung der Kultur für ein vertieftes Verständnis moderner Medizin?*

Die kulturellen Aspekte der bioethischen Debatte sind vielfältig, wie auch die Fachbereiche, die sich damit auseinandersetzen. Einige Disziplinen, die sich u.a. mit dem Phänomen von Kultur und Biomedizin sowie dem Verhältnis von Biomedizin zur Kultur auseinandersetzen, seien hier kurz angeführt. Es soll deutlich werden, dass der Begriff Kultur ein wissenschaftlicher, interdisziplinärer, hochkomplexer Begriff ist, der je nach Fachdisziplin unterschiedlich gedeutet und ana-

lysiert werden kann. Für die weitere Bearbeitung meiner Fragestellung ist daher die folgende Schärfung des von mir verwendeten Kulturbegriffs notwendig. Sie baut dabei auf folgenden Überlegungen auf:

Menschliches Verhalten ist beeinflusst von Verflechtungen in vielen Bereichen des menschlichen Lebens. Sein Ursprung liegt im Austausch zwischen einzelnen Individuen auf lokaler Ebene, mittlerweile erfolgt jedoch zusätzlich ein Austausch über Medien, wie z.B. dem Internet. Durch diesen Wandel kann Kommunikation schneller erfolgen, binnen Sekunden werden Nachrichten über den gesamten Globus geschickt. Dies war vor einigen Jahrzehnten noch unvorstellbar. Es ermöglicht, dass medizinische Entwicklungen, Erneuerungen und Veränderungen weltweit schneller abgerufen, diskutiert und analysiert werden können (Wolf und Dilger 2003, 252). So entstehen wachsende Möglichkeiten des gegenseitigen Verstehens, die nicht zuletzt durch eine Internationalisierung des „Bildungsmarktes“ verstärkt werden.

Doch hat diese Entwicklung auch soziale Grenzen. Durch die unterschiedlichen Entwicklungen einzelner Länder ist dieses Wissen nicht allen Menschen gleich zugänglich. China, das Land das zurzeit das zweithöchste Bruttoinlandsprodukt nach den USA aufweist,<sup>14</sup> ist trotz seiner zivilisierten und modernen Ballungszentren in weiten Teilen infrastrukturell unterversorgt. Dies betrifft sowohl den Zugang zu Bildung, Elektrizität und u.a. auch die medizinische Versorgung. Die Folge ist u.a., dass Neuerungen nicht notwendig die lokale Ebene durchdringen und Vorstellungen zu Gesundheit und Medizin weiterhin lokal geprägt sein können bzw. stark ressourcenabhängig sind.

Nach Angelika Wolf und Hansjörg Dilger zeigen verschiedene Veröffentlichungen zum Phänomen Globalisierung im Bereich der Medizin auf, dass „medizinisches Wissen nie nur lokal ist und dass, was aktuell als global gedeutet wird, vormals etwas Lokales war“ (Wolf und Dilger 2003, 252). So wird die mittlerweile weltweite Praxis der Organtransplantation auf lokaler Ebene aktuell z.B. in China

---

<sup>14</sup> <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/konjunktur/japans-bruttoinlandsprodukt-gesunken-china-ist-zweitgroesste-volkswirtschaft-1590561.html> . Letzter Zugriff: 7.11.2011

diskutiert und ggf. umgesetzt. Aber auch lokale medizinische Vorstellungen von Behandlungsmöglichkeiten rufen eine globale Reaktion hervor und werden dann auch in einigen Ländern angenommen, auch wenn sie dort dem jeweiligen Bild der Biomedizin angepasst werden. Die Akkupunktur mit ihrem chinesischem Ursprung findet mittlerweile weltweite Anerkennung und Anwendung, auch wenn sie für das deutsche Gesundheitswesen modifiziert wurde (Wolf und Dilger 2003, 256) und auch nur für einige Krankheitsbilder wie z.B. chronisches Rückenleiden von den Krankenkassen anerkannt und bezahlt werden. „Sie [die Akkupunktur, M.F.] wird in einem Prozess der Aneignung umgedeutet, angepasst und indigenisiert“ (Wolf und Dilger 2003, 256). Historisch betrachtet verbreiteten und verbreiten sich auch heute noch medizinische Vorstellungen durch Migrationsbewegungen, die häufig einen ökonomischen und/oder politischen Hintergrund hatten und haben. Durch Missionare wurden medizinische Vorstellungen aus den westlichen Ländern z.B. auch nach China gebracht.

Der Kolonialismus trug ebenfalls und auf seine Weise zur Verbreitung des Konzepts der Biomedizin<sup>15</sup> bei. Sie stellt jedoch kein einheitliches und geschlossenes System dar, sondern untersteht vielmehr einem ständigem Wandel und gegenseitigem Austausch. Dieses Phänomen beschränkt sich nicht nur auf Europa, sondern kann als eine internationale Erscheinung angesehen werden (Wolf und Dilger 2003, 255f).

Eine Homogenisierung der Welt durch die Globalisierung ist bislang ausgeblieben. Globalisierende Einflüsse werden auf lokaler Ebene weiter unterschiedlich wahrgenommen und verarbeitet. Durch die Menschen vor Ort finden Modifikationen nationaler Regelungen und kultureller Gepflogenheiten statt (Wolf und Dilger 2003, 259). „Als individuelle Akteure passen sie fremde Güter und Ideen ihren Gegebenheiten an und gewähren so die globale Vielfalt“ (Wolf und Dilger 2003, 259). Entwicklungen in den Bereichen der Wissenschaft, Technologie und der

---

<sup>15</sup> Biomedizin sei hier verstanden als ein Bereich der Medizin, die sich auf naturwissenschaftliche Methoden stützt. Die Ethnologin Vera Kalitzkus (2005, 195ff) folgert, dass Biomedizin in kulturvergleichenden Studien weiter gefasst werden sollte, als sogenannte herkömmliche Schulmedizin, da Biomedizin als soziokulturell durch westliche Normen und Werte und damit auch durch die westliche Kultur geprägt verstanden wird.

Medizin bekommen einen immer größeren Stellenwert bei sozialen, kulturellen und politischen Veränderungen, woraus sich wiederum neue globale Strukturen ergeben (Sperling 2003, 187). So ist beispielsweise die *Non-Heart-Beating Donation*<sup>16</sup> in den Niederlanden zugelassen, in Deutschland aber verboten.

Eine Gesellschaft ist selbst keine homogene Masse, sondern wird gerne als *salad bowl* (Ambrosek 2008, 14f) beschrieben, eine gesunde Mischung also, die durch Migrationsbewegungen aus verschiedenen Kulturkreisen, sei es um einen neuen Arbeitsplatz zu finden oder aus persönlichen Gründen, entstanden ist. Ärzte sehen sich immer stärker damit konfrontiert, Menschen, die aus einem anderen Kulturkreis kommen, zu behandeln. Dies kann unter Umständen zu Problemen führen, z.B. bei der Überbringung von Diagnoseergebnissen oder auch bei Therapieempfehlungen. Hier kann es aufgrund von kulturell bedingten Missverständnissen leicht zu Kommunikations- und Verständnisproblemen kommen (Schicktanz 2003, 270). Daher ist es im ganz praktischen Sinne nötig, sich mit anderen Kulturen auseinanderzusetzen, um den Menschen eine aufgeschlossene Behandlung sowohl im medizinischen als auch im menschlichen Sinne – damit ist ein würdevoller Umgang mit dem Individuum gemeint – zukommen zu lassen.

### *Wissenschaftlich-theoretische Ansätze zur Klärung des Begriffs der Kultur*

Als relativ neuer Bereich der Kulturwissenschaften untersuchen die *Cultural Studies* Kultur als Schnittstelle zwischen Theoriediskussion, Kunst, Popkultur, Medien-, Kommunikations- und Literaturwissenschaften (Lutter und Reisenleitner 2002, 9f). Aufgrund dieses Selbstverständnisses kann *Cultural Studies* als Wissenschaft betrachtet werden, die das alltägliche Leben von Menschen beschreibt und wie dieses durch und mit Kultur verändert wird und Strategien zur Bewältigung dieser Veränderungen bietet (Lutter und Reisenleitner 2002, 9f). Dabei berücksichtigen die *Cultural Studies* die Machtverhältnisse, in denen die kulturellen Praktiken bestehen. Dieser Forschungsbereich geht, vereinfacht ausgedrückt, von

---

<sup>16</sup> Vgl. Kapitel 6.1.2

einem Kulturbegriff aus, der sich als Ansammlung bestehender und möglicher Lebensweisen mit der dazugehörigen Organisations- und Kommunikationsform verstehen lässt. Aufgrund dieser Herangehensweise ist es möglich, kulturelle Phänomene in ihrer Heterogenität und Fragmentierung zu benennen (Lutter und Reisenleitner 2002, 9f). „*Kultur* lässt sich demnach nicht definitiv festschreiben, sondern äußert sich in den Differenzierungen bzw. im Wechselspiel von verschiedenen kulturellen Prozessen und Praktiken in spezifischen ökonomischen, sozialen und politischen Kontexten“ (Lutter und Reisenleitner 2002, 9).

Als stärker empirisch ausgerichtete Wissenschaft hat sich die Kulturanthropologie etabliert. Sie untersucht „soziale und kulturelle Aspekte menschlichen Verhaltens und Zusammenlebens innerhalb ihrer jeweiligen Kontexte“ (Sperling 2003, 188). Der Begriff *Kultur* wird innerhalb der Anthropologie am häufigsten benutzt und ist zugleich am schwierigsten zu definieren (Sperling 2003, 188). Eine Kultur ist kein in sich geschlossenes System, sondern steht immer in Interaktion mit anderen Kulturen. Dennoch sind Gesellschaften und Kulturen immer auch eigenständige und unabhängige Systeme. Innerhalb der Anthropologie kann Kultur vereinfacht dargestellt werden als „Bedeutungs- und Sinneszusammenhänge, die von Menschen interaktiv erlernt, erzeugt sowie reproduziert werden und die in alltäglichen Praktiken, Handlungsmustern und -orientierungen Ausdruck finden. [...] Aus der Beobachtung, dass alle kulturellen und sozialen Systeme innerhalb ihres Kontexts auf ähnliche Weise und zu einem ähnlichen Grad kohärent, systematisch und rational sind, leiten Anthropologen den kulturellen Relativismus her, die Annahme, dass alle menschlichen Kulturen und Gesellschaften als prinzipiell gleichwertig anzusehen sind“ (Sperling 2003, 188).

Gerade in Bezug auf die Debatte um das Hirntodkonzept werden Begriffe wie „Organspende“ und „Organmangel“ – im Sinne einer Warenknappheit – hinterfragbar (Sperling 2003, 195), wenn das dahinter stehende Verständnis eines fragmentierbaren und kommodifizierten Körpers in der Organtransplantation als einem bestimmten kulturellen Kontext zugehörig interpretiert wird (Sperling 2003, 191). Dies ist meines Erachtens gerade in Bezug auf die VR China sinnvoll.

Deshalb beziehe ich mich im weiteren Verlauf dieser Arbeit weitestgehend auf den Begriff der Kultur, wie er in der Kulturanthropologie verstanden wird.<sup>17</sup> Diese Arbeit verortet sich also nicht nur innerhalb einer bioethischen bzw. medizinethischen Debatte, sondern die Disziplin selbst wird zum Forschungsgegenstand. Es wird der Versuch unternommen, durch die Einbeziehung der anthropologischen Perspektive einen Ankerpunkt zu setzen, der ein Verstehen der Entstehung von Menschen- und Körperbildern ermöglicht (Schicktanz 2003, 279). In Annäherung an die Forschungsarbeit der Anthropologin Margaret Lock wird der Versuch unternommen, die bioethische Debatte um das Hirntodkonzept zu kontextualisieren und verschiedene ethische bzw. moralische Argumente durch eine kulturelle Einbettung verstehbar oder zumindest nachvollziehbarer zu machen. Dabei geht es exemplarisch um die konkrete Frage, inwieweit Todesattribute, wie sie bei der Organtransplantation relevant sind, kulturell beeinflusst oder gar bedingt sind.

### *Tod und Kultur*

Kultur hat eine zentrale Bedeutung bei der Bestimmung des Todes, so dass „jede Grenzziehung zwischen Leben und Tod als kulturbedingt anzusehen“ ist (Schlich 2001, 9). Jede Todesfeststellung ist sowohl eine biologische Tatsache als auch ein kulturelles Konstrukt. Wird dieses akzeptiert, „dann muß die Grenzlinie, die die Entscheidungen leitet, in einem »wertreflektierten« gesellschaftlichen Prozeß gezogen werden und zwar in dem Bewußtsein, daß diese Grenzlinie nichts anderes als eine gesellschaftliche Konstruktion ist“ (Schlich 2001, 39). Der Medizinhistoriker Volker Roelcke zeigt an verschiedensten ethnologischen Beispielen auf, welches Erscheinungsbild der Tod in verschiedenen Kulturen hat und welche sozialen Folgen damit verbundenen sind. Er führt das Beispiel einer ethnischen Gruppe in Mali/Westafrika an: „Wenn ein Totenritual »für« eine Person durchgeführt wurde, dann ist dieser Mensch sozial für tot erklärt worden (auch wenn diese Person eventuell nur verschollen war). Seine Familie würde ihn auch im Falle eine Rückkehr nicht mehr als Familienmitglied anerkennen. Der Verlust des sozialen Status bedeutet ein Leben in der Isolation“ (Roelcke 2001, 68).

---

<sup>17</sup> Vgl. Kapitel 6.2.

Verallgemeinert kann daher rückgeschlossen werden, dass „die ethnologischen (und vermutlich ebenso die historischen) Befunde nichts über den Tod oder die Ewigkeit [aussagen, M.F.], sondern vielmehr etwas über die jeweiligen Gesellschaften und die dort vorherrschenden kulturellen Plausibilitäten. Umgekehrt heißt es aber auch, dass die jeweils identifizierbaren Vorstellungen vom Tod nicht von der *Natur* vorgegeben sind, sondern sinnvoller Weise als kulturelle Produkte aufgefasst werden müssen“ (Roelcke 2001, 73).

In Bezug auf die hier dargestellte Diskussion um ein Hirntodkonzept in Deutschland und China muss also die von unterschiedlichen (kulturell geprägten) Prämissen ausgehende Betrachtung der Frage, wann eine Person als tot bezeichnet wird, berücksichtigt werden.

## **5 Traditionelle philosophische und religiöse Vorstellungen in China**

Um das Verständnis für die jeweilige Argumentation nachvollziehen zu können, ist es notwendig, die drei Hauptrichtungen der chinesischen Philosophie bzw. die religiösen Überzeugungen innerhalb des chinesischen Kulturraums in ihrer gegenseitigen Durchdringung kurz darzustellen. Die innerhalb des medizinischen Alltags in China vorkommenden vielfältigen ethischen Theorien beinhalten Elemente aus Konfuzianismus, Daoismus und Buddhismus (Huang 2007, 194). Grundlegende Kategorien des Konfuzianismus wie „veneration of human life, respect for patients, and universal love“ (Huang 2007, 194) haben zentrale Bedeutung für die medizinische Praxis. Dass dieser Einfluss nicht immer einfach greifbar ist, liegt nicht zuletzt an der kontinuierlichen Neuinterpretation und gegenseitigen Beeinflussung der klassischen Denkrichtungen. Erst dieser Mix kann als Grundlage chinesischer Ethik bezeichnet werden.

### *Konfuzianismus*

Es soll nun ein kleiner Einblick in die Philosophie des Konfuzianismus folgen, um ein Verständnis für die Frage zu schaffen, welche bestimmenden Axiome der in

China eher jungen Disziplin der Bioethik, aber auch des allgemeinen Denkens und aktueller politischer Rhetorik zugrunde liegen. Der zentrale Gedanke, gelehrt von Konfuzius (551-479 v.u.Z.)<sup>18</sup>, war ein „mit der Tradition überkommenes Gerüst an Sittenregeln“ (van Ess 2003, 21). Der Mensch solle sich auf die Entwicklung von Anstand und Schamgefühl konzentrieren. Konfuzius legte Wert darauf, nichts Neues zu schaffen, sondern das bekannte Ordnungsgefüge solle beibehalten werden, wenn überhaupt, dann sollten sie einen neuen Sinn erhalten (Bauer 2006, 60). Damit war klar, dass er an den bekannten Traditionen und Herrschaftssystemen festhalten wollte. Ein Schüler des Konfuzius brachte den Gedanken der Kindlichen Pietät ins Spiel. Er verstand darunter, dass ein Kind seinen Körper pflegen muss, ihn nicht mutwillig oder fahrlässig verletzen dürfe, da der Körper von den Eltern komme. Der Philosoph Mencius (ca. 390-305 v.u.Z.)<sup>19</sup> entwickelte die Philosophie des Konfuzius weiter. Von ihm stammt die Lehre der fünf Kardinaltugenden (Menschlichkeit, Rechtlichkeit, sittliches Empfinden, Klugheit, Tapferkeit) und die der so genannten fünf Beziehungen: Vater und Sohn, Fürst und Untertan, Mann und Frau, Älteren und Jüngeren, Freund und Freund (van Ess 2003, 23ff).

1905 wurde das über 1.000 Jahre alte Prüfungswesen<sup>20</sup>, das auf konfuzianistische Ideale zurückzuführen war, abgeschafft. Die chinesische Zeitschrift „Die Jugend“ veröffentlichte 1915 einen Artikel gegen den Konfuzianismus und beschrieb diesen als mit den Vorstellungen des fortschrittlichen Westens nicht vereinbar. Entthront – also als Ideologie des Herrschers verworfen – wurde er dann schließlich durch die 4. Mai Bewegung von 1919. Unter Mao Zedong (1893-1976) – nach Gründung der Volksrepublik – erlebte der Konfuzianismus zunächst eine Renaissance, die bis zur Kulturrevolution anhielt. Während der Kulturrevolution wurden konfuzianische Einflüsse wiederum gezielt bekämpft. Dies hielt bis zur Machtübernahme von Deng Xiaoping (1904-1997) an (van Ess 2003, 102ff). Seit Ende der 1980er Jahre versucht die KP China „nicht ohne Erfolg den Konfuzianismus

---

<sup>18</sup> He Z et al.: An Intellectual History Of China; Foreign Languages Press Beijing, 1991, 22.

<sup>19</sup> Ebenda.

<sup>20</sup> Das Prüfungswesen diente der Ausbildung und Rekrutierung von Verwaltungsbeamten (Fairbank und Goldman 2006, 93ff).

als Inbegriff der chinesischen Kultur darzustellen“ (Lackner 1998, 425). Doch nicht nur die KP Chinas, sondern auch antikommunistische chinesische Intellektuelle versuchen mit Bezugnahme auf den Konfuzianismus eine nationale Vision einer modernen Lebensweise bei gleichzeitiger Wahrung des Kerns der chinesischen Gesellschaft zu entwerfen. Dieser soll ein konfuzianistischer – wie auch immer dieser aussieht – sein. Der Konfuzianismus wird im gegenwärtigen China häufig entsprechend zweckgebunden interpretiert (Lackner 1998, 426). Zudem scheint die Reaktivierung mit dem Modernisierungsversuch der Gesellschaft zusammenzuhängen. „Insgesamt scheint der Rückgriff auf den »Konfuzianismus« also als eines der möglichen Mittel, die zwischen Traditionalisierung und Verwestlichung schwankende Gesellschaft auf eine historisch begründete Sicht nationaler Identität [...] zu verpflichten“ (Lackner 1998, 431). Ein neues asiatisches Selbstbewusstsein verlangt auch in China nach einem eigenen Bezug.

Der Philosoph Ma Zhenduo sieht in dem Konfuzianismus eine auf Humanismus begründete Vorstellung von Moral und Werten. Er sei eine der Gesellschaft förderliche und harmonisierte Kultur, aus der keine Widersprüche entstehen. Der Konfuzianismus verbinde humanitäre Moralvorstellungen mit der modernen Gesellschaft. Die KP China schließt sich dieser Sichtweise gerne an (Lackner 1998, 434). Im gegenwärtigen China ist der Anspruch einer „harmonischen Gesellschaft“ allgegenwärtig. Harmonie wird nach offizieller Lesart beschrieben als eine Koordination, Kombination, Integration und Frieden zwischen verschiedenen Elementen. „Es ist eine Reflektion der ethischen Prinzipien des chinesischen Volkes und eines der Basiselemente der zeitgemäßen chinesischen Diplomatie“ (People’s Daily, 2007). Hier zeigt sich, dass die KP China durchaus Wert darauf legt, sich in die Kontinuität chinesischer Denktraditionen zu stellen.

### *Daoismus*

Der Daoismus gehört wie der Buddhismus und der Konfuzianismus zu den sogenannten drei Lehren innerhalb der chinesischen Gesellschaft. Im Gegensatz zum Konfuzianismus – der allgemein gesprochen das alte Ordnungssystem beibehalten wollte – betont der Daoismus, dass alles immer und ständig im Wandel ist. In dem Buch Daodejing (das die Beschreibung einer Lebensphilosophie enthält) plädiert

Laozi für die „Spontanität des Geistes“ (Wildish 2002, 19). Laozi bedeutet übersetzt „alter Meister“ und ist nicht gekoppelt an eine bestimmte Person, hinter diesem Begriff kann sich jede beliebige Person verbergen (Bauer 2006, 165ff). Der Begriff Dao bedeutet an sich genommen Weg. Einen Weg, der beschritten werden muss, um im Einklang mit der Natur, der Schöpfung leben zu können. Aber Dao hat im philosophischen Sinne zwei Bedeutungen: Zum einen bezeichnet der Begriff Dao den Ursprung des Universums und zum anderen das Gesetz der Natur (Dong und Wang 2004, 150). Der zentrale Gedanke des Daoismus basiert darauf, dass in Harmonie zu leben bedeutet, der Natur ihren eigenen Lauf zu lassen. „So wie der Regen zur Erde fällt und als Fluss zum Meer fließt oder ein Tier geht und ein Vogel fliegt – so ist auch der Weg, den die Dinge einfach nehmen“ (Wildish 2002, 25).

Daraus folgt, dass es keine Beständigkeit geben kann und alles im Wandel begriffen ist. Jenes, was das *dao* antreibt, wird als *qi* bezeichnet. Dies sei die ursprüngliche Energie aus der jede Existenz komme (Wildish 2002, 26). Um dem *dao* folgen zu können, müsse der Weg des *wu wei* beschritten werden. *Wu wei* bezeichnet das Nicht-Handeln. Es solle keine Handlung ausgeführt werden, die nicht mit den Gesetzen der Natur im Einklang stehe (Wildish 2002, 26).

Die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM), deren Ursprünge zum größten Teil im Daoismus liegen, wird auch heute noch in China praktiziert. Der zentrale Gedanke liegt darin begründet, dass die Gesundheit vom freien Fluss des *qi* abhängig ist. Ist dieser Fluss nicht harmonisch, so können sich Krankheiten herausbilden. Um diese Harmonie wiederherzustellen bzw. zu erhalten bedienen sich die Mediziner verschiedener Maßnahmen, u.a. der Akupunktur, dem Verschreiben bestimmter Heilkräuter oder auch der Akupressur-Massage (Wildish 2002, 26ff).

### *Buddhismus*

Der Buddhismus besteht aus verschiedenen Strömungen, die hier nicht vollständig dargestellt werden können. Einen einheitlichen Buddhismus gibt es nicht (Bauer 2006). Über die Jahrhunderte hinweg haben sich eine Reihe von Schulen herausgebildet, die zwar alle die Lehre des Buddha vertreten, sich aber dennoch unterscheiden. Ich werde hier versuchen, allgemeingültige Grundlagen darzustellen

und noch spezifisch auf den Buddhismus, der in China dominiert, eingehen. Als gemeinsamer Kern aller buddhistischen Schulen können die vier Wahrheiten angesehen werden. Diese sind:

- Wahrheit vom Leiden: Der Kreislauf des Lebens ist leidvoll
- Wahrheit von der Ursache des Leidens: Dies sind Gier, Hass und Verblendung
- Wahrheit von der Aufhebung des Leidens: Das Erlöschen der Ursachen erlischt das Leiden
- Wahrheit von der Aufhebung (wie erreiche ich diese): Kann erreicht werden über den achtfachen Pfad: Rechtes Glauben, rechtes Denken, rechtes Reden, rechtes Handeln, rechtes Gedenken, rechtes Streben, rechtes Leben, rechtes Sichversenken (Bauer 2006, 170f)

Der Mahayana-Buddhismus entstand etwa um 1000 nach unserer Zeitrechnung und wird als Buddhismus des „großen Fahrzeugs“ bezeichnet. (Schlieter 2003b, 5). Verbreitung findet er vor allem in China und Tibet (Deal 2004). Die buddhistische Ethik behandelt nur zu einem geringen Teil eine Reflektionstheorie der Moral. Vielmehr geht es darum, danach zu handeln, was dem Heil förderlich sein kann. „Von ethischer Bedeutsamkeit ist das im Mahayana entfaltete Heilsideal des Bodhisattva, zu dessen Selbstverpflichtung es gehört, sich mit Mitleid und mit fühlender Liebe dem Heil der anderen zu widmen“ (Schlieter 2003b, 6). Alles was aus Mitleid, Großmut, etc. geschehe, sei heilsam. Im Endstadium bedeute dieses demnach, den Zyklus der leidvollen Wiedergeburt zu durchbrechen und so das Nirwana zu erreichen (Schlieter 2003b, 11). Dieser Zyklus wird mit dem Begriff Karma beschrieben, ein durch „Ursache und Wirkung bedingten schicksalsmäßigen Erbe aus vorangegangenen Inkarnationen“ (Bauer 2006, 173).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es im Buddhismus die Vorstellung eines leidvollen Lebens gibt, in das der Mensch immer wieder hineingeboren wird. Um diese Reinkarnation zu durchbrechen und das Nirwana zu erreichen, müssen bestimmte Verhaltensweisen beachtet werden. Dazu gehören: Sittliches Verhalten, meditative Praxis und die „Heilswirksamkeit von Erkenntnis bzw. Weisheit“ (Schlieter 2003b, 5). Das Menschenbild im Buddhismus zeichnet sich

dadurch aus, dass es kein Individuelles "Ich" und auch keine Seele gibt. „Im Gegenteil: Jede Identifikation mit einem vermeintlichem Selbst, oder auch nur einzelnen Bestandteilen wie dem Körper oder dem Bewusstsein hat leidhafte Konsequenzen und soll nach buddhistischer Sicht abgelegt werden“ (Schlieter 2003b, 11).

Noch ein paar generelle Anmerkungen zur Bioethik des Buddhismus in Bezug auf Organtransplantation und Hirntoddebatte: Da die traditionelle chinesische allgemeingültige Todesdefinition sich von der des Mahayana-Buddhismus unterscheidet, sei diese hier kurz dargestellt. In frühbuddhistischen Texten sind die Kriterien, die den Tod definieren „Lebenskraft, Körperwärme und Bewusstsein“ (Schlieter 2003a, 149).

Das Bewusstsein wird im Buddhismus mit dem Lebendodem/Atem verbunden. Dies bedeutet wiederum, dass der Sterbeprozess bei Atemstillstand, Verlust der Körperwärme und der Öffnung der Pupillen beendet ist. Aus diesem Grund hegen Buddhisten allgemein gesprochen ein Misstrauen gegen das Konzept Hirntod, denn hier ist u.a. der Körper noch warm. Zudem stellen sie sich die Frage, ob das Bewusstsein beim Erlöschen der Hirnstammaktivität wirklich nicht mehr vorhanden ist (Schlieter 2003a, 149ff). Tibetische Buddhisten gehen davon aus, dass der nach Befreiung strebende Sterbende über Tage einen Zustand einnehmen kann, in dem sein Bewusstsein sich eine neue Wiedergeburt sucht. Dies wird unterstützt durch rezitieren des „Tibetischen Totenbuches“. Eine Organentnahme in dieser Phase „würde sicher als massiv unheilvoller Eingriff empfunden werden“ (Schlieter 2003a, 150).

## **6 Stand der Forschung**

Um sich der Frage nähern zu können, inwieweit kulturelle Einflüsse das Hirntodkonzept in verschiedenen (z.B. räumlich oder zeitlich verschiedenen) Kontexten prägen, sei hier zunächst die wissenschaftliche Definition des Hirntodes wie es in der BRD in der medizinischen Praxis verwendet wird, dargestellt. Dabei möchte ich als Referenz auch kurz auf das Ursprungsland des Hirntodkonzeptes, die USA,

eingehen. Es soll ein Überblick in Bezug auf den Zusammenhang mit der Praxis der Organtransplantation ermöglicht werden, deshalb sind der Vollständigkeit halber das Todeskriterium „Herztod“, die Praxis der Lebendorganspende sowie die verschiedenen Regelungen zur Organspende kurz erläutert. Abschließend werde ich auf die Forschungsarbeit von Margaret Lock eingehen, die für meine Arbeit einen zentralen Referenzpunkt darstellt.

## **6.1 Medizinische Praxis der Organtransplantation**

### **6.1.1 Medizinische Definition und Diagnostik des Hirntodes**

#### *Definition und Diagnostik des Hirntodes in Deutschland*

*„Der Hirntod wird definiert als Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms. Dabei wird durch kontrollierte Beatmung die Herz- und Kreislauffunktion noch künstlich aufrechterhalten.“<sup>21</sup> (Bundesärztekammer 1998a, A-1861)*

Die Notwendigkeit einer Hirntoddiagnostik ergibt sich aus folgenden Gründen: Zum einen wird der Tod festgestellt, was in rechtlicher bzw. moralischer Hinsicht eine "sichere" Entscheidungsgrundlage für einen Therapieabbruch darstellt. Zum anderen ist der festgestellte Tod auch gleichzeitig Voraussetzung für eine Organentnahme (DSO 2003, Kapitel 2.1, 2).

Als Grundlage der Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer von 1998 diente eine neu bearbeitete Version der letzten Fortschreibung der Kriterien des Hirntodes. Hier findet sich auch die zur Bestimmung des Hirntodes benötigte Diagnostik wieder. „Die Diagnose des Hirntodes erfordert die Erfüllung bestimmter Voraussetzungen, die Feststellung der klinischen Symptome Bewusstlosigkeit (Koma), Hirnstammareflexie und Atemstillstand (Apnoe) sowie den Nachweis der Irreversibilität der klinischen Ausfallsymptome“ (Bundesärztekammer 1998a, A-1861).

---

<sup>21</sup> Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer, „Richtlinien zur Erstellung des Hirntodes. Dritte Festschreibung 1997 mit Ergänzungen gemäß Transplantationsgesetz (TPG)“ A-1861

Eine akut schwere primäre und sekundäre Hirnschädigung gilt als Voraussetzung für das Vorliegen eines Hirntodes. Als primäre Hirnschädigungen werden Schädigungen definiert, die in Folge von traumatischen Einflüssen, intrakraniellen Blutungen, Hirninfarkten, Hirntumoren oder als akuter Verschluss Hydrocephalus auftreten, sie betreffen das Gehirn direkt und strukturell. Zudem wird zwischen supratentoriellen (Schädigungen des Großhirns) und infratentoriellen Schädigungen<sup>22</sup> unterschieden. Liegen primäre infratentorielle Schädigungen vor, die das Kleinhirn (Cerebellum) und den Hirnstamm<sup>23</sup> betreffen, so ist ein Null-Linien Elektroenzephalogramm (EEG) bzw. der zerebrale Zirkulationsstillstand nachzuweisen (DSO 2003, Kapitel 2.2, 3). Dieser kann entweder mittels transkranieller Dopplersonographie (TCD) oder Hirnperfusionsszintigraphie<sup>24</sup> nachgewiesen werden. (Bundesärztekammer 1998a, A-1861f; DSO 2003, Kapitel 2.3.3, 7) Laut DSO<sup>25</sup> „wird [eine Angiographie, M.F.] in Deutschland nur dann bei der Hirntoddiagnostik berücksichtigt, wenn im Rahmen einer aus sonstigen diagnostischen Gründen erforderlichen Angiographie ein intrakranieller Perfusionsstillstand nachgewiesen worden ist“ (DSO 2003, Kapitel 2.3.3, 9).

Sekundäre Hirnschädigungen betreffen das Gehirn indirekt über den Stoffwechsel. Sie entstehen u.a. als Folge von Hypoxie, kardial bedingtem Kreislaufstillstand oder Schock (Bundesärztekammer 1998a, A-1863; DSO 2003, Kapitel 2.2.3).

Darüber hinaus müssen Intoxikationen, die dämpfende Wirkung von Medikamenten, neuromuskuläre Blockaden, primäre Unterkühlung, Kreislaufchock und endokrine, metabolische oder durch entzündliche Prozesse bedingte Komata als mögliche Ursache bzw. als wesentliche Ursache des Ausfalls der Hirnfunktion

---

<sup>22</sup> In der Schädelhöhle wird der supratentorielle vom infratentoriellen Raum durch das Tentorium cerebelli getrennt. (Schiebler und Schmidt 2002, 829).

<sup>23</sup> Zum Hirnstamm gehört das Mesencephalon (Mittelhirn), der Pons (Brücke) und die Medulla oblongata (verlängertes Mark). (Schiebler und Schmidt 2002, 756).

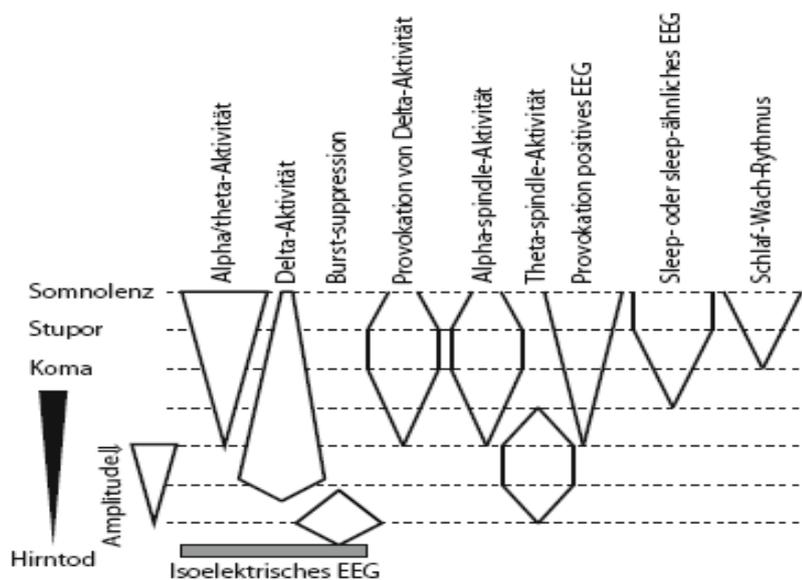
<sup>24</sup> Eine detaillierte Beschreibung findet sich am Ende dieses Kapitels.

<sup>25</sup> Gegründet wurde die Deutsche Stiftung für Organtransplantation bereits 1984 vom Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V. (KfH) in Neu-Isenburg. Sie ist die bundesweite Koordinierungsstelle für Organspende und übernahm im Jahr 2000 als Institution die im dTPG vorgeschriebene Vorbereitung und Durchführung der Organtransplantation. Vgl.: „Einsatz für Organspende. Die DSO stellt sich vor“, abrufbar unter: [http://www.dso.de/pdf/DSO\\_Image\\_2009.pdf](http://www.dso.de/pdf/DSO_Image_2009.pdf) . Letzter Zugriff: 10.01.2010

während des Untersuchungszeitraumes ausgeschlossen werden (DSO 2003 Kapitel 2.3.1, 5).

Ein weiteres Kriterium der Diagnostik des Hirntodes sind die klinischen Symptome, die den Ausfall der Hirnfunktion belegen sollen. Dazu zählen: Koma, Ausfall der Spontanatmung, Lichtstarre beider wenigstens mittel- bis maximal weiter Pupillen ohne Mydriatikum, Fehlen des okulo-zephalen Reflexes, Fehlen des Kornealreflexes, Fehlen des Pharyngeal- und Trachealreflexes sowie das Fehlen von Reaktionen auf Schmerzreize im Trigemusbereich (Bundesärztekammer 1998a, A-1862).

Unter Koma wird eine Bewusstseinsstörung gefasst, aus der der Patient „durch äußere Reize nicht weckbar ist“ (Delank und Gehlen 2004, 62). Das Koma gehört zu den quantitativen Bewusstseinsstörungen. Verschiedene Abstufungen des Kommas sind (zumindest für Erwachsene) in der Glasgow Coma Scale (GCS) erfasst die auf die Neurochirurgen Teasdale und Jennett zurückgeht (Teasdale und Jennett 1974). In Bezug auf die Hirntoddiagnostik ist das Koma definiert als „Bewusstlosigkeit ohne Augenöffnung und ohne andere zerebrale Reaktion auf wiederholten adäquaten Schmerzreiz“ (Bundesärztekammer 1998a, A-1863).



**Abbildung 1:** EEG im Koma: Schematische Darstellung der Veränderungen des EEG im Koma (Buchner und Gobelé 2008, 66. Die Abbildung erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Springer Verlages)

Der Ausfall der Spontanatmung wird durch den sogenannten Apnoe-Test festgestellt. Dabei gilt, dass ein zentraler Atemstillstand vorliegt, wenn bei einem bisher gesunden Menschen bei einem  $p\text{CO}_2$  von  $\geq 60$  mmHg (Hyperkapnie) keine Eigenatmung einsetzt (Bundesärztekammer 1998a, A-1863). Der physiologische Normwert von  $p\text{CO}_2$  liegt bei einem gesunden Erwachsenen Menschen bei ca. 28-32 mmHg. Bei einer Erhöhung des  $p\text{CO}_2$  Wertes im Blut versucht der Organismus, u.a. durch Anhebung der Atemfrequenz, bzw. durch einsetzen der Atmung, den erhöhten Wert selbstständig herunter zu regulieren, so das ein Apnoe-Test „positiv“ ausfällt, wenn trotz Hyperkapnie die Spontanatmung nicht einsetzt (DSO 2003, Kapitel 2.3.2, 6). Wegen einer möglichen Gefährdung des Patienten und der physiologischen Wirkung der Hyperkapnie wird der Apnoe-Test als letzte klinische Untersuchung des Hirnfunktionsausfalls durchgeführt (DSO 2003, Kapitel 2.3.2, 6)<sup>26</sup>. Die Hirnstammreflexie wird mit Hilfe verschiedener erloschener bzw. vorhandener Reflexe nachgewiesen (Zimmer und Zimmer 2005, 844): Die Lichtstarre der Pupillen deutet auf eine Schädigung des Nervus oculomotorius oder seine parasymphatischen Kerngebiete hin (Delank und Gehlen 2004, 11). Das Fehlen des okulozephalen Reflexes wird auch „Puppenkopfphänomen“ genannt. Dabei wird der Kopf des Patienten vom Untersucher passiv und plötzlich zur Seite gedreht. Eine physiologische Bulbus Abweichung zur Gegenseite fehlt, die Bulbi verbleiben in Ausgangsstellung. Der Kornealreflex ist ebenfalls erloschen (Bundesärztekammer 1998a, A-1863; Delank und Gehlen 2004, 50). Geprüft wird dies durch reizen der Kornea mit einem weichen Wattebausch (DSO 2003, Kapitel 2.3.2, 5). Auch die Pharyngeal- und Trachealreflexe sind erloschen. Getestet wird dies durch Spatelberührungen im Rachen und dem Setzen eines Reizes in der Carina mit Hilfe eines in der Trachea liegenden Tubus (Bundesärztekammer 1998a, A-1863). Darüber hinaus dürfen keine motorischen und vegetativen Reaktionen auf gezielte Schmerzreize im Trigeminus Bereich erfolgen. Dabei wird Druck auf die supraorbitalen Nervenaustrittspunkte ausgeübt oder Schmerzreize an der Nasenschleimhaut gesetzt (Bundesärztekammer 1998a, A-1863).

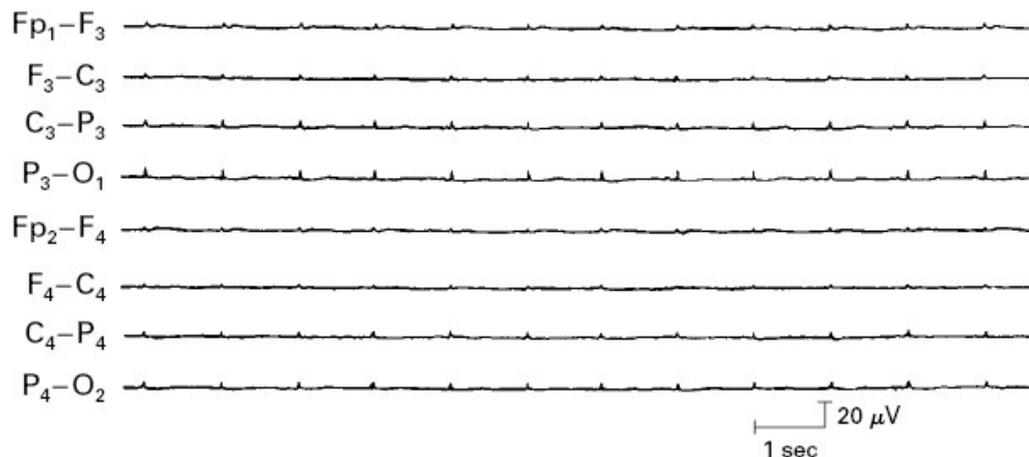
---

<sup>26</sup> Zur genaueren Durchführung verweise ich auf den Informationsordner der DSO, Kapitel 2.3.2.

All diese *Symptome* sowie die bereits genannten Voraussetzungen müssen von zwei qualifizierten Ärzten unabhängig voneinander in einem bestimmten Zeitintervall übereinstimmend festgestellt werden. Diese beiden Ärzte dürfen im Falle einer Transplantation weder an der Entnahme der Organe noch an deren Übertragung beteiligt sein (dTPG § 5 Abs. 2).

Der Nachweis der Irreversibilität bei primären supratentoriellen und sekundären Hirnschädigungen wird entweder durch die Einhaltung eines definierten Beobachtungszeitraumes oder ergänzenden Untersuchungen nachgewiesen. Während der Irreversibilitätsnachweis bei einer primär supratentoriellen Hirnschädigung zwölf Stunden beträgt, ist er bei einer sekundären Hirnschädigung erst nach 72 Stunden erfolgt. Während dieser Zeitspanne muss eine erneute übereinstimmende Evaluierung der klinischen Symptome vorgenommen werden (Bundesärztekammer 1998a, A-1862). Die ergänzenden Untersuchungen können nicht „allein den irreversiblen Hirnfunktionsausfall nachweisen“ (Bundesärztekammer 1998a, A-1862). „Mit Hilfe apparativer Methoden kann der Hirntod [...] zweifelsfrei im Zusammenhang mit einer klinischen Untersuchung (also ohne Beobachtungszeit) festgestellt werden“ (DSO 2003, Kapitel 2.3.3, 8). Als apparative Diagnostik können das EEG oder die transkranielle Dopplersonographie, die Hirnperfusionsszintigraphie sowie evozierte Potentiale herangezogen werden (DSO 2003, Kapitel 2.3.3, 8f).

„Die Elektroenzephalographie (EEG) misst die elektrische Aktivität des Hirns abgeleitet an der Kopfhaut“ (Buchner und Gobbelé 2008, 66). In der Regel gibt es eine unspezifische Information über die globale Hirnfunktion. Unter physiologischen Bedingungen finden sich je nach Bewusstseinszustand dafür typische Beta-, Alpha-, Theta- und Delta-EEG-Aktivität (Buchner und Gobbelé 2008, 66). Beim Hirntod findet sich eine hirnelektrische Stille, ein sogenanntes Null-Linien EEG (Bundesärztekammer 1998a, A-1862).

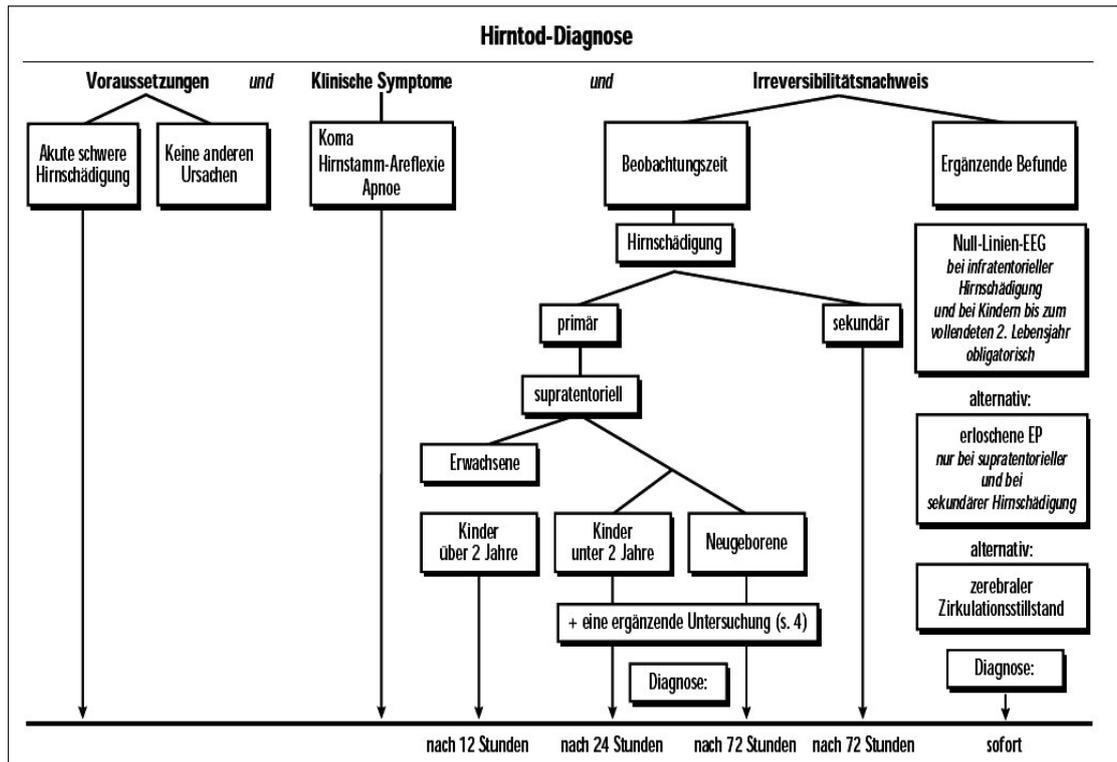


**Abbildung 2:** Isoelektrisches EEG mit Pulsartefakten (Wijdicks 2001, 1219. Die Abbildung erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Massachusetts Medical Society)

Unter evozierten Potentialen wird eine „stimulusgekoppelte elektrische Aktivität des Kortex, bzw. der zuführenden Bahn“ (Buchner und Gobbelé 2008, 71) verstanden. Es wird zwischen somatosensorisch und akustisch evozierten Potentialen unterschieden. Durch sie können keine krankheitsspezifischen Befunde erhoben werden, vielmehr wird „die Funktion der Impulspropagation [Impulsweitergabe bzw. -verbreitung, M.F.] durch den Hirnstamm bzw. des lemniscalthalamokortikal-somatosensorischen Systems überprüft“ (Buchner und Gobbelé 2008, 74).

Zu den Untersuchungsmöglichkeiten, die einen zerebralen Zirkulationsstand diagnostizieren, gehört zum einen, wie bereits erwähnt, die TCD. Dabei kann – wenn vorhanden – der zerebrale Zirkulationsstand „durch transkranielle Beschallung der Hirnbasisarterien und Untersuchung der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien“ (Bundesärztekammer 1998a, A-1865) diagnostiziert werden. Diese muss im Abstand von wenigstens 30 Minuten durch einen mit dieser Methode erfahrenen Untersucher dokumentiert werden (Bundesärztekammer 1998a, A-1865). Als weitere Möglichkeit der Diagnostik des zerebralen Zirkulationsstandes ist die Perfusionsszintigraphie etabliert. Die szintigraphischen Kriterien des Hirntodes sind dabei „die fehlende Darstellung der zerebralen Gefäße, der zerebralen Perfusion und der Anreicherung im Hirngewebe“ (Bundesärztekammer 1998a, A-1865).

Folgende Grafik fasst die zuvor beschriebene Diagnostik des Hirntodes noch einmal zusammen:



**Abbildung 3:** Schema Hirntod-Diagnose (Bundesärztekammer 1998a, A-1862. Die Abbildung erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Bundesärztekammer)

### Definition und Diagnostik des Hirntodes in den USA

Im Jahre 1968 definierte die Ad Hoc Committee der Harvard Medical School das irreversible Koma, den Hirntod folgendermaßen: „There is a total unawareness to external applied stimuli and inner need and complete unresponsiveness“ (Ad Hoc Committee 1968, 337). Als weitere Kriterien mussten ein Fehlen der Hirnstammreflexe und das Fehlen von Bewegungen oder Atmung vorliegen (Ad Hoc Committee 1968, 337f).

Die American Academy of Neurology definierte 1995 in ihrem Aufsatz „Practical Parameters: Determining Brain Death in Adults“ den Hirntod als „irreversible loss of function of the brain, including the brainstem“ (American Academy of Neurology 1995, 1012). Die diagnostischen Kriterien sind mit denen in Deutschland vergleichbar. Als unabdingbare Voraussetzungen, die vorliegen müssen, zählen eine schwere akute Hirnschädigung, der Ausschluss metabolisch bedingter Erkrankun-

gen, die einen Hirntod vortäuschen könnten, Intoxikationen sowie eine Körpertemperatur  $\geq 32^\circ$  Celsius. Weiter beschreiben sie drei klinische Symptome, die beim Hirntod zu finden sind: Koma, das Fehlen der Hirnstammreflexe und das Fehlen der Spontanatmung (American Academy of Neurology 1995, 1012f, Wijdicks 1995). Der in den deutschen Richtlinien geforderte Nachweis der Irreversibilität lässt sich in dem Aufsatz der American Academy of Neurology nicht finden. Hier heißt es lediglich „a repeat clinical evaluation 6 hours later is recommended“ (American Academy of Neurology 1995, 1014). Bestätigungstests wie die zerebrale Angiographie, EEG, TCD, Hirnperfusionsszintigraphie sind ebenfalls optional (Wijdicks 2001, 1220).

### *Teilhirtodkriterium*

Der Teilehirtod ist laut Definition eingetreten, wenn bereits einzelne Teile des Gehirns abgestorben sind. Beim Teilehirtodkriterium ist zwar das Bewusstsein irreversibel verloschen, nicht aber die zentralen Steuerungsfunktionen des menschlichen Körpers. In Deutschland wird aufgrund dieser fehlenden Eindeutigkeit das Teilehirtodkriterium abgelehnt (Bundesärztekammer 1993, C 1976f). So wird beispielsweise der Hirnstammtod als Teilehirtod verstanden. Dieser besagt, dass der Hirnstamm völlig und endgültig ausgefallen ist. Dies kann z.B. durch einen Verschluss der Arteria basilaris eintreten. Aber bis zum Ausfall der Großhirnrinde und um damit dem Kriterium des Gesamthirtodes gerecht zu werden, lassen sich noch kortikale Phänomene nachweisen in Form von EEG Aktivität (Angstwurm 1999, 285). Eine Anerkennung des Teilehirtodes im Sinne einer Todesfeststellung als Voraussetzung zur Organentnahme ist beispielsweise in Taiwan vorgesehen (siehe Kapitel 7.1.2).

## **6.1.2 Möglichkeiten der Organspende**

Bei der Organtransplantation handelt es sich um einen chirurgischen Eingriff, bei dem Organe eines Menschen entnommen und einem oder mehreren anderen Menschen übertragen werden, um dadurch Organe zu ersetzen, die ihre lebensnotwendige Funktion verloren haben (Hauser-Schäublin 2001, 27). Um Organe einem

verstorbenen Menschen entnehmen zu können, gibt es unterschiedliche Regelungsmodelle, die im Folgenden kurz dargestellt werden. Der Vollständigkeit halber wird auch auf die Lebendorganspende als eine Möglichkeit der Organspende Bezug genommen.

### *Zustimmungslösung und erweiterte Zustimmungslösung*

Bei der Zustimmungslösung gibt der potentielle Organspender zu Lebzeiten seine Einwilligung zur Organspende. Dieser Wunsch, seine Organe zu spenden, kann in Form eines Spenderausweises dokumentiert werden (Encyclopedia of Everyday Law 2011; DSO 2009). Bei der erweiterten Zustimmung können Angehörige einer Organentnahme zustimmen, die auf Grundlage des mutmaßlichen Willens des Betroffenen basieren soll. Diese Form der Zustimmung erfolgt nur dann, wenn festgestellt wurde, dass kein Organspenderausweis vorliegt. Es besteht aber auch die Möglichkeit auf einem Organspenderausweis zu dokumentieren, dass keine Organe gespendet werden wollen (Nationaler Ethikrat 2007a, 24). Ich werde auf die Zustimmungslösung sowie die erweiterte Zustimmungslösung noch einmal vertiefend in Kapitel 7.1.1 eingehen.

### *Enge Widerspruchs- und erweiterte Widerspruchsregelung*

Bei der Widerspruchslösung wird unterschieden zwischen einer engen Widerspruchsregelung und einer erweiterten Widerspruchsregelung. Die enge Widerspruchsregelung berücksichtigt allein den Widerspruch des potentiellen Spenders. Bei der erweiterten Widerspruchslösung können hingegen „auch die Angehörigen der Organentnahme widersprechen“ (Nationaler Ethikrat 2007a, 27). Sowohl in Österreich als auch in Spanien ist gesetzlich die enge Widerspruchsregelung vorgesehen, in der Praxis wird aber dennoch die erweiterte Regelung angewendet. So werden in Österreich die Angehörigen gefragt, ob ein Widerspruch des Verstorbenen vorliegt, es wird aber auch auf eine Organentnahme verzichtet, wenn die Angehörigen ihr nachdrücklich widersprechen. In Spanien wird sogar die ausdrückliche Zustimmung der Angehörigen eingeholt (Nationaler Ethikrat 2007a, 30). Weitere Beispiele innerhalb der Europäischen Union sind Italien oder auch Luxemburg, wo die enge Widerspruchsregelung besteht, in Finnland oder Norwe-

gen wird die erweiterte Widerspruchsregelung angewendet (Nationaler Ethikrat 2007a, 27). Eine besondere Form der Widerspruchsregelung ist die so genannte Informationsregelung wie sie z.B. in Frankreich praktiziert wird. Hierbei geht der Gesetzgeber von einer Zustimmung zur Organentnahme des betreffenden Individuums bei fehlendem Widerspruch zu Lebzeiten aus (enge Widerspruchsregelung). Die Angehörigen müssen über die geplante Entnahme nur informiert werden, ein Widerspruch steht ihnen allerdings nicht zu (Dettmeyer 2006, 238f).

Die Möglichkeit einer Widerspruchsregelung der Organspende wird in Deutschland in der Mehrheit eher kritisch gesehen, da diese Regelung dem Autonomieprinzip<sup>27</sup> des Individuums entgegenstehen würde (Schöne-Seifert 2005, 766). Auch diesen Aspekt und die darum stattfindende Debatte werde ich noch einmal im Kapitel 7 vertiefen.

### *Reziprozitätsmodell, Notstandsregelung und materielle Anreize*

Ein Hauptproblem der Organspende sind die niedrigen Spenderraten (Schöne-Seifert 2005, 766). Daher gibt es verschiedene Modelle diese zu erhöhen, wie z.B. das „Club Modell“. Die Idee ist, dass sich die Mitglieder gegenseitig versprechen, ihre Organe postmortal zu spenden, allerdings nur an Clubmitglieder (Breyer et al. 2006, 116). Ein Beispiel für ein solches Modell ist *LifeSharers* in den USA. „LifeSharers members promise to donate upon their death, and they give fellow members first access to their organs“.<sup>28</sup> Dieses Modell wird Reziprozitätsmodell oder auch Clublösung oder Solidarmodell genannt. Befürworter vertreten die Ansicht, dass nur denjenigen ein Organ transplantiert wird, bzw. dass die potentiellen Spender bei der Organvergabe bevorzugt berücksichtigt werden (Nationaler Ethikrat 2007a, 28), die auch bereit sind, ihre eigenen Organe zu spenden und sich z.B. in einem zentralen Register anmelden. „Bei Zuteilung eines knappen Spenderorgans werden Personen mit dokumentierter Spendenbereitschaft vorrangig berücksichtigt“ (Breyer et al. 2006, 116).

---

<sup>27</sup> Bei dem Autonomieprinzip in der Medizinethik geht es um den ethisch wie rechtlich begründeten Anspruch von Patienten selbstständig zu entscheiden was in medizinischer Hinsicht mit ihnen geschieht oder was nicht und auch die dafür relevanten Informationen zu bekommen. (Schöne-Seifert 2005, 706)

<sup>28</sup> <http://www.lifesharers.org/> . Letzter Zugriff: 21.10.2011

Ein radikaleres Modell beschreibt die Notstandslösung. Der hier zugrunde liegende Gedanke ist, dass „die postmortale Organentnahme eine Verpflichtung gegenüber der Gemeinschaft darstelle“ (Nationaler Ethikrat 2007a, 29). Konkret bedeutet dies, dass das Individuum keine Möglichkeit des Widerspruchs hat. Dem Individuum wird hierbei eine hohe Sozialpflicht auferlegt, seine Organe zu spenden. Diese Regelung stellt einen tiefen Einschnitt in das Selbstbestimmungsrecht des Individuums dar (Nationaler Ethikrat 2007, 29ff).

Auch Vorschläge der finanziellen Anreize zur Erhöhung der postmortalen Spenderraten werden immer wieder diskutiert. Dieser kann in unterschiedlicher Ausprägung erfolgen. Hansmann schlägt vor, dass „Organspende-Willige mit einer Reduktion der Krankenkassenbeiträge belohnt werden könnten“ (Breyer et al. 2006, 120). Eine unabdingbare Voraussetzung wäre allerdings die enge Zustimmungslösung des betreffenden Individuums (Breyer et al. 2006, 120).

Ethisch umstritten ist die Liberalisierung des Organhandels bei der Lebendspende (Nagel und Meyer 2003, 531). Ein Organverkauf erfolgt hauptsächlich vom Menschen in finanzieller Not. Die Befürworter des Organhandels sehen hier die Möglichkeit, dass das betreffende Individuum durch den Verkauf der Organe sich aus einer wirtschaftlichen Notlage befreien kann (Nagel und Mayer 2003, 532). Auch der Bayreuther Gesundheitsökonom Peter Oberender sieht in einem Verkauf von Organen eine sogenannte Win-win Situation. Der Spender wäre medizinisch abgesichert, er müsste sich seine Organe nicht unter schlechten hygienischen Bedingungen entnehmen lassen und würde einen fairen Preis (soweit in so einem Rahmen von Fair gesprochen werden kann) bekommen, der Empfänger bekäme ein Organ (Spiegel Online 2004). Unberücksichtigt bleiben dabei gesundheitliche Folgen für den potentiellen Spender (Nagel und Mayer 2003, 532f). Eine Studie, durchgeführt von Goyal et al., über die Langzeitfolgen bei Menschen in Indien, die eine ihrer Nieren verkauften, zeigt, dass die finanzielle Entschädigung die meisten Betroffenen nicht aus der Verschuldung bringen konnte. Zudem berichten die meisten Spender über gesundheitliche Probleme nach der Explantation und 79 % der befragten Spender würden den Verkauf einer Niere nicht weiterempfehlen (Goyal et al. 2002, 1589).

1991 verabschiedete die WHO die „Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation“ (WHO 1991). Bestätigt wurden diese auf dem 63. World Health Assembly im Jahr 2010 (WHO 2010). Diese sind zwar unverbindlich, dennoch spricht sich die WHO hier für ein Verbot des Organhandels aus (Dettmeyer 2006, 249). „*Cells, tissues and organs should only be donated freely, without any monetary payment or other reward of monetary value. Purchasing, or offering to purchase, cells, tissues or organs for transplantation, or their sale by living persons or by the next of kin for deceased persons, should be banned.*“ (WHO 2010, 5, Principle 5).

### *Non-Heart-Beating Donation*

In den Anfängen der Transplantationsmedizin in den 1950er und 1960er Jahren waren alle postmortalen Organspender noch so genannte *Non-Heart-Beating Donors*. Danach wurde die Explantation bei Organspendern mit Herzstillstand, *Donation after Cardiac Death*, vorgenommen (Stoecker 2010, XL). Eurotransplant veröffentlichte im September 1998 eine Definition, wonach der Herz- und Kreislaufstillstand von 10 Minuten, bei vorhandener normaler Körpertemperatur mit dem Hirntod gleichgesetzt wird und damit eine Organentnahme z.B. der Nieren, begründet (Bundesärztekammer 1998b, A-3235). In den USA sind die *Donation after Cardiac Death*, „a death declared on the basis of cardiopulmonary criteria (irreversible cessation of circulatory and respiratory function)“ (Steinbrook 2007, 209) in den letzten Jahren angestiegen. Bei dem DCD wird angenommen, dass nach einem Zirkulationsstillstand mit Asystolie und Apnoe von 5 Minuten dieser auch nicht mehr spontan wiederkommen kann. In einigen Fällen wurde die Zeitspanne sogar auf 2 Minuten minimiert (Bernat 2008, 671; Steinbrook 2007, 210). Organe, die bei diesem Vorgehen entnommen werden sind Nieren, Leber, Pankreas, Lungen und in seltenen Fällen auch das Herz (Steinbrook 2007, 210). In Deutschland ist eine Explantation bei Herzstillstand nicht vorgesehen (siehe Kapitel 7.1.1).

### *Lebendorganspende*

Bei der Lebendorganspende können nur bestimmte Organe – z.B. eine Niere – bzw. Teile von Organen, wie bei der Leberteilspende, übertragen werden, da ansonsten z.B. bei einer Herztransplantation der Spender unweigerlich sterben würde. International gibt es verschiedenste Formen wie die Lebendorganspende organisiert ist. Truog teilt die Lebendorganspende in drei Kategorien ein, erstens die Spende an einen Menschen aus dem nahen sozialen Umfeld. Zweitens die Organspende in einen sogenannten Organpool und drittens die an eine fremde Person, die zwar den Spender kennt, aber keine emotionale Bindung zu dieser hat (Truog 2005, 44). Ein Beispiel für den europäischen Raum bietet die Niederlande, dort gibt es einen sogenannten Organpool, wo eine Organspende ohne persönliche Verbundenheit des Spenders zu dem Empfänger möglich ist (Siegmond-Schultze 2010). In Deutschland ist eine Lebendorganspende im dTPG geregelt und nur unter bestimmten Bedingungen, neben der familiären, emotionalen Nähe auch die Freiwilligkeit der Spende sowie dem Ausschluss des Organhandels, möglich.<sup>29</sup>

## **6.2 Kulturelle Unterschiede in bioethischer Perspektive**

Eine Fragestellung der Bioethik ist die nach der allgemeinen Gültigkeit von Normen und damit verbunden die Frage ob das, was in einer Kultur als unproblematisch empfunden wird, in einer anderen Kultur problematisch sein könnte. Zwar gibt es international anerkannte Kodizes, z.B. internationalen Richtlinien der WHO, die sich für ein internationales Verbot des Organhandels aussprechen, aber letztendlich handelt es sich um allgemeine Aussagen, die allgemeingültige Prinzipien wie Autonomie und Gerechtigkeit beinhalten und die in ihrer Art rechtlich unverbindlich und interpretationsoffen sind (Schicktanz 2003, 269). Nur die Unverbindlichkeit der Aussagen ermöglicht die Verallgemeinerung bzw. einen Konsens über allgemeine Werte. Die konkrete nationale Umsetzung ist in ihrer Vielfalt als Ergebnis der jeweiligen kulturellen Gegebenheiten interpretierbar. Lokale Gegebenheiten beinhalten kulturelle Aspekte wie „Einflüsse aus der jeweils vor-

---

<sup>29</sup> Zur detaillierten Darstellung der Praxis der Organspende und Organtransplantation in Deutschland sowie in der VR China verweise ich auf Kapitel 7.

herrschenden Religion, der nationalen Sozial- und Wissenschaftsgeschichte sowie der gelebten Alltagspraxis“ (Schicktanz 2003, 263).

In ihrem im Jahr 2002 erschienen Buch „Twice dead: organ transplantation and the reinvention of death“ erläutert die Anthropologin Margaret Lock die Entstehungsgeschichte des Hirntodkonzeptes im Vergleich zwischen den Kulturkreisen Nordamerika/Europa und Japan. Dabei untersucht sie, welche kulturellen Unterschiede bei Anwendung des Hirntodkonzeptes existieren. Sie zeigt auf, welche Diskussionen es um die Grenzziehungen zwischen Leben und Tod gibt und wie diese von den sozialen Werten innerhalb einer Gesellschaft abhängig sind. Dazu analysiert die Autorin u.a. das Menschenbild in den jeweiligen Kulturräumen, wie die Menschen den Tod begreifen, wie der Tod interpretiert wird sowie das Verhältnis zwischen den Ärzten und der Bevölkerung. Ihre Forschungsarbeit stellt die beiden Kulturkreise als eine Art Dichotom gegenüber.

Ausgangspunkt ihrer Arbeit ist die Erkenntnis, dass die Diagnose des Hirntodes inzwischen universale Anerkennung erfährt, die aus dieser Diagnose folgenden Entscheidungen jedoch vielfältiger Natur sind. In Japan ist das Hirntodkonzept sehr umstritten, während es im nordamerikanischen und europäischen Kulturraum eher unumstritten angewendet wird bzw. die Kontroverse auf die „Fachwelt“ begrenzt bleibt. Im nordamerikanischen und europäischen Kulturraum wird in zweierlei Richtungen diskutiert. Zum einen als wissenschaftlicher Nachweis, dass der Tod des Menschen eingetreten ist, zum anderen, dass das Bewusstsein irreversibel erloschen und damit der Mensch so gut wie tot ist (Lock 2002, 5ff). Im Gegensatz dazu steht Japan, wo der Tod als ein Prozess verstanden wird und damit nicht einem bestimmten Moment zuzuordnen ist. Der Tod wird in Japan vielmehr als ein soziales Ereignis begriffen, bei dem die Familie entscheidet, wann jemand tot ist. Das bedeutet, erst wenn die Familie den Verstorbenen als tot anerkennt, ist dieser auch tot (Lock 2002, 8). Der Hirntod des Menschen wird erst dann mit dem Tod des Menschen gleichgesetzt, wenn der Betroffene zu Lebzeiten einer Organspende schriftlich zugestimmt hat, wobei selbst dann der Familie noch ein Widerspruchsrecht zukommt (Lock 2002, 3).

Damit überhaupt eine Organentnahme zu Transplantationszwecken von hirntoten Menschen erfolgen kann, muss laut Lock eine fundamentale Voraussetzung existieren, nämlich dass der Tote als veräußerbar angesehen, d.h. im Endeffekt, dass der tote Mensch in letzter Konsequenz als „Ersatzteillager“ betrachtet wird. Diese Sichtweise auf den Menschen hat laut Lock eine lange Tradition in Europa und Nordamerika<sup>30</sup>, allerdings erst eine kurze in Japan (Lock 2002, 9). Für die westliche Medizin waren menschliche Leichen bereits Jahrhunderte vor der Entdeckung des Hirntodes wertvoll. Um diese für den Nutzen der Wissenschaft anwenden zu können, wurde die Leiche als neutrales biologisches Objekt angesehen. „Only when corpses could be conceptualized as neutral biological objects, as part of nature and therefore autonomous and without cultural baggage, was it possible (for medical men, at least) to divest them of social, moral, and religious worth“ (Lock 2002, 39).

Lock kommt zu dem Schluss, dass es keine eindeutige Antwort darauf gibt, warum in Europa und Nordamerika das Hirntodkonzept im Allgemeinen ohne größere Widerstände aufgenommen und umgesetzt wurde. Es gibt allerdings keinen Zweifel daran, dass die Entwicklung, den Körper als fragmentierbar zu betrachten, einen entscheidenden Beitrag dazu lieferte. Der menschliche Körper wurde in medizinischen Kreisen zu etwas Wertvollem und die Öffentlichkeit teilte diese Ansicht. „This is culture at work, culture as shared values, and it cuts across ethnic groups, religious beliefs, education, birthplace, and place of residence“ (Lock 2002, 367).

Drei Konzepte von Kultur leitet Lock aus ihrer Arbeit ab. Zum einen arbeitet sie heraus, dass Kultur als etwas „Natürliches“ verstanden werden kann, was unabhängig vom Eingreifen des Menschen existiert. Darüber hinaus wird Kultur verstanden als das Teilen von bestimmten Verhaltensweisen und Werten innerhalb einer Gruppe. Drittens kann Kultur als von der Moderne bedroht gesehen werden und muss daher als „authentisches Erbe“ bewahrt werden (Lock 2002, 43). Der Kulturbegriff soll zudem als eine unendlich, immer wiederkehrende Abfolge der

---

<sup>30</sup> Die ausführliche Entwicklung der Praxis der Dissektion wird in Kapitel 7.2.1 erläutert.

Selbstreflektion verstanden werden „a fluid, contestable entity comprising sets of practices, ideas, imagination, and discourse, much of it barely available to consciousness“ (Lock 2002, 46). Dies bedeutet einerseits, dass Kultur dem Individuum als nichts selbst Erwähltes, sondern als bereits Vorgefundenes begegnet. Eine bewusste Auseinandersetzung mit der eigenen Kultur wäre demnach nicht zwingend notwendig, um sich innerhalb der eigenen Kultur „moralisch“ zu verhalten. Andererseits wird über die Zugehörigkeit zu einer (sozialen, politischen, religiösen) Gruppe ein besonderer Zugang oder mehrere Zugänge zur „eigenen“ Kultur geprägt und letztlich wird dieser kulturelle Bezug durch Modernisierungsprozesse (u.a. wissenschaftlich-technischer Fortschritt) laufend herausgefordert und unterliegt somit einem ständigen Wandel. Ethisch-moralisches Verhalten als Produkt der jeweiligen Kultur sowie des historischen Umfelds unterliegt also zunächst einmal besonderen (veränderbaren bzw. sich verschiebenden) Koordinaten (Lock 2002, 46ff).

Das moralische Verhalten gegenüber dem Tod und im besonderem dem Hirntod ist geprägt von der Benennung des Zeitpunktes des Todes, seiner Feststellung, dem rituellen Verhalten gegenüber dem Toten, anderen Parteien, die im Wettstreit um den Toten stehen sowie dem Verhalten der Lebenden gegenüber dem Toten (Lock 2002, 192f). „The determination and observance of death illuminate the boundaries constructed between culture and nature, individual and society“ (Lock 2002, 193).

Locks Untersuchungen lassen vermuten, dass sich die japanische Bevölkerung stärker mit dem Sein des Todes, also dem, was den Tod ausmacht, wie er interpretiert werden kann etc., auseinandersetzt als die Bevölkerung westlicher Industrieländer. Daraus folgt, dass genauer geschaut werden muss, wie die gegenwärtigen Gesellschaften aussehen, und welchen Diskurs die Entwicklungen in den Ländern erfordern, gerade auch in der Fragestellung des Todesbegriffs.

Zwar sind die in beiden Kulturkreisen benutzten Technologien und der wissenschaftliche Standard nahezu identisch, doch rufen sie unterschiedliche Reaktionen innerhalb der Bevölkerung hervor. Der Tod ist kein sich selbst erklärendes Phänomen, vielmehr sind die Grenzen zwischen Leben und Tod sozial und kulturell

konstruiert. „The margins between life and death are socially and culturally constructed, mobile, multiple, and open to dispute and reformulation“ (Lock 2002, 11). Kulturelle Werte unterliegen der Veränderung und daher ist Lock der Ansicht, dass die Kultur als soziales Konstrukt selber in der Lage ist, dafür zu sorgen, das Hirntodkonzept anzuerkennen. Damit ist nicht gemeint, dass kulturelle Traditionen durch die Moderne ausgelöscht oder Verhaltensweisen aus dem Westen unreflektiert adaptiert werden sollen, aber die Kultur unterliegt immer wieder neuen Ideen und Veränderungen (Lock 2002, 11f), die sich jedoch immer in Auseinandersetzung mit der konkreten, gegebenen Kultur entwickeln, also nicht beliebig sind. Die Moderne wird dabei assoziiert mit Fortschritt, Rationalität und Säkularisation. Japans Einstellung gegenüber der Moderne als solches ist beeinflusst von der Beziehung Japans zu Europa und Nordamerika und kann nicht isoliert betrachtet werden (Lock 2002, 149). Dieser Ansatz bezieht sich nicht nur auf Japan, sondern auch Chinas Selbstverständnis und Erscheinungsbild gegenüber dem Westen kann nicht isoliert und unabhängig von der Entwicklung, die die Moderne in diesem Land genommen hat, betrachtet werden.

Auch muss bei der Konzeption von Kultur das ökonomisch vorherrschende System mit berücksichtigt werden. Gerade im Bereich der Organtransplantation ist es ja potentiell möglich, der Ware Organ einen Wert zuzuschreiben. In „Twice Dead“ (2002) unterscheidet Lock daher zwischen *Gift* und *Present*. Dabei definiert sie *Gift* als ein Geschenk mit einer sozialen Bedeutung, die darin besteht, dass eine Beziehung zwischen Schenker und Beschenkten eingegangen wird, wo das Geschenk zu einer lebenslangen Verpflichtung führt, während *Present* als Geschenk ohne soziale Bedeutung verstanden wird. „The idea of a gift economy has been all but lost in contemporary society; the word *gift* is used today fairly interchangeably with *present* to which we attach no weighty meanings. But organs, donated as "gifts", cannot be divested of their social meanings as easily as the transplant world would have us believe“ (Lock 2002, 315). Lock ist der Ansicht, „no clear demarcation can be made between altruism, gift giving, and commodification. Whether body tissues and organs can be counted as alienable on the first place, and under what circumstances they may enter into systems of exchange, must be examined in context. "Donation" of human body parts is not nec-

essarily altruistic [...]. Moreover, donations are rarely made without expectations of a return“ (Lock 2002, 315). Besonders deutlich wird diese Unterscheidung bei der Lebendorganspende, da hier eine soziale Komponente zum Tragen kommt. Der Spender "verzichtet" auf eines seiner Organe bzw. Teil eines Organs (z.B. Leberlappen), geht ein Risiko durch die Operation und ggf. eintretende Komplikationen ein um jemanden – der mit ihm verbunden ist – ein Weiterleben zu ermöglichen. Hier besteht eine starke soziale und emotionale Bindung zwischen dem Spender und dem Empfänger, die z.T. sicher nicht frei von bestimmten Erwartungen dem Empfänger gegenüber ist. Bei einer Organspende auf Grundlage des Hirntodkriteriums besteht zwar keine direkte soziale Interaktion zwischen dem Spender und Empfänger, der Hirntote spendet seine Organe erst, wenn er diese nicht mehr „braucht“. Soll die Bereitschaft zu Lebzeiten aktiv dokumentiert werden (z.B. durch einen Organspendeausweis) kann dennoch davon ausgegangen werden, dass die Spendebereitschaft mit etwas Positiven verbunden wird („Organspende rettet Leben“). Somit besteht hier auch eine gewisse soziale Komponente, trotz der fehlenden Bindung zwischen Spender und Empfänger.

### *China im Fokus der Bioethik*

Die Entwicklung der Bioethik in China ist aufgrund der Ende der 1970er Jahre beginnende Reform- und Öffnungspolitik auf Ende der 1970er und Anfang der 1980er Jahre zu datieren (Li 2008, 448).

Der Philosoph und Sinologe Ole Döring analysiert den Begriff der Kultur unter der Fragestellung, welchen Zusammenhang Kultur bei der Erfassung von ethischen oder moralischen Werten hat. Zwei Bedeutungsebenen arbeitet Döring heraus: Kultur als Phänomen mit einer Vielzahl von Traditionen und Kultur als regulative Idee, bei der Kultur erst durch Selbstreflektion entsteht „durch die Kulturen zu Kultur werden“ (Döring 2004, 14). Döring kommt bei seinen Forschungen zu dem vorläufigen Schluss, dass es keine vollständige wissenschaftliche Bestimmung von Kultur geben kann. Die Entstehungs- und Wirkungsweisen von Kultur können nicht vollständig wissenschaftlich analysiert werden. „Weder Kultur, noch Ethik, noch Medizin lassen sich vollständig objektiv auflösen“ (Döring 2004, 12). Dies bedeutet im Umkehrschluss nicht, dass keine größtmögliche Objektivität

angestrebt werden sollte (Döring, 2004, 12). Bei der Darstellung der Medizinethik in der VR China soll es, wie Döring es formuliert, nicht um die Darstellung von Gegensätzen zwischen der BRD und der VR China gehen. „China wird dabei ausdrücklich nicht als fremder oder exotischer Gegenstand betrachtet [...], sondern als Raum einer sich aktuell entfaltenden ethischen Forschung und Debatte zu Problemen und Lösungsansätzen von immanentem Interesse für die Medizinethik schlechthin – und dadurch natürlich auch besonders für die Medizinethik in China“ (Döring 2004, 15).

Ein Ziel der Medizinethiker in der VR China besteht darin, eine Verbesserung der Allgemeinsituation und im Besonderen die der Gesundheit der Menschen zu erreichen. „In der chinesischen Medizinethik werden sämtliche Ebenen der Medizin in diesem Sinne wahrgenommen und angesprochen, von der Notwendigkeit administrativer Reformen, der sozial gerechten Neubegründung der chinesischen Gesundheits- und Sozialversicherung, über die Rationalisierung der Institutionen, die Erneuerung der Bildung, bis hin zur Entwicklung zeitgemäßer philosophisch-ethischer Theorien“ (Döring 2004, 216), dabei versteht sie sich nicht als verlängerter Arm der Politik (Döring 2004, 217). Dies zeigt sich auch innerhalb der Diskussion bzgl. des Hirntodkonzeptes, worauf an späterer Stelle dieser Dissertation eingegangen wird.

Laut Döring war es der chinesischen Medizinethik bislang nicht möglich, sich ein philosophisch fundiertes Grundgerüst zu erarbeiten. Er führt dies hauptsächlich auf politische Zwänge sowie schlecht ausgebildete Geisteswissenschaftler zurück. Für Taiwan gelte diese Entwicklung jedoch nicht.<sup>31</sup> Dort herrsche ein relativ hoher philosophischer Stand der Medizinethik (Döring 2002, 217).

Die gegenwärtige Medizinethik in der VR China beruft sich auf bestehende konfuzianische Beziehungsnormen, die im Folgenden kurz dargestellt werden. Dabei wird die Menschlichkeit (*ren*) – eine Kardinaltugend aus der konfuzianischen Philosophie – „als Inbegriff der besonderen *chinesischen* Pointe der Ethik aufgefasst, gerade weil sie den Grundwerten anderer Kulturen nicht widerspricht. Mit dem Motto, die Medizin sei eine *Kunst der Menschlichkeit*, identifiziert sich die über-

---

<sup>31</sup> Die lässt sich u.a. daran feststellen, dass dort bereits seit 1987 ein Transplantationsgesetz existiert.

wältigende Mehrheit der Ansätze und erkennt darin ein traditionelles Bindeglied zwischen den chinesischen Kulturen der Vergangenheit und deren Gegenwart. Moralische Beziehungsnormen, die besondere zwischenmenschliche Verhältnisse leiten, wie *xiao* (kindliche Pietät) und *ci* (elterliche Güte), *di* (Achtung des älteren Bruders), *xin* (Vertrauenswürdigkeit) und *yi* (Rechtlichkeit) und *hui* (ärztliches Wohlwollen), *baomi* (ärztlicher Vertrauensschutz) sowie prozedurale Vorschriften einer *zhiqing tongyi* (»informierte Zustimmung«) usw., werden als Schlüssel zu einem menschlichen Miteinander mit besonderem Interesse an den Strukturen von Handlungssituationen eingesetzt und aus dem Fundus konfuzianischer Sozialmoral neu interpretiert“ (Döring 2004, 218).

Dies bildet, laut Döring, auch zugleich eine Schwäche innerhalb der chinesischen Medizinethik. Begünstigt durch die Geschichte der VR China u.a. mit den Erfahrungen während der Kulturrevolution, haben chinesische Intellektuelle ein gespaltenes Verhältnis zu ihrer eigenen Kultur. Dies führt dazu, dass es einen Mangel an historischem Wissen gibt, das sich auch wieder auf die Entwicklung der Medizinethik auswirkt (Döring 2004, 221). „In Ermangelung einer ausreichend entwickelten unabhängigen sozialwissenschaftlichen und historischen Forschung fehlt der Medizinethik in China nicht nur in weiten Bereichen die Kenntnis der geschichtlichen und politischen Entwicklungen von Medizin und Ethik im eigenen Land. Mindestens ebenso dürftig sind Kenntnisse zu Medizin und Ethik im Rahmen der Weltgeschichte“ (Döring 2004, 221).

Innerhalb der chinesischen Medizinethik wird dem Individuum die Würde, d.h. die Fähigkeit der eigenständigen Entscheidung zugeschrieben. Das einzelne Individuum wird als vulnerables und schützenswertes Wesen begriffen, dem die Familie unterstützend zur Seite stehen sollte. Von Seiten der Medizinethik wird eine Forderung nach Nichtdiskriminierung und Toleranz, auch im sozialpolitischen Kontext erhoben.

Besonders ist hier hervorzuheben, dass einige Medizinethiker der Ansicht sind, dass aus Rücksichtnahme gegenüber dem Patienten dieser keine deprimierenden Nachrichten erhalten oder Entscheidungen treffen sollte. Dies ist ihrer Ansicht

nach ein grundlegender Unterschied zum Westen.<sup>32</sup> Dass es sich hierbei aber um eine Vorgabe aus der chinesischen Kultur handelt, dem widersprechen „explizit empirische und ethische Argumente in der chinesischen Debatte“ (Döring 2004, 218). „Die Autonomie als Selbstgesetzgebung aus Freiheit im Sinne einer deontologischen oder transzendentalen Ethik ist in der Medizinethik in China bislang nicht eingegangen, obwohl einige chinesische Ansätze inhaltlich eine große Nähe zu diesem Konzept aufweisen [...] und zum Beispiel mit der »Selbstregierung« oder »Selbstregulierung« (*zizhi, zilü*) ein hierfür geeigneter Terminus existiert“ (Döring 2004, 219). Innerhalb der chinesischen medizinethischen Debatte zeigt sich insgesamt eine große Vielfalt der Kulturverständnisse. Die Bedeutung der Kultur innerhalb dieser wird allgemein anerkannt, aber „die chinesische Medizinethik [hat] ihr Verständnis von Kultur und insbesondere davon, wie präskriptive Aussagen und Kulturalität mit einander verbunden sind, bisher nicht zu einem eigenen Thema gemacht. Explizit kommt Kultur nur am Rande vor, als Motiv der Wertschätzung jedoch ist sie allgegenwärtig“ (Döring 2004, 220).

Der chinesisch Philosoph Qiu Renzong arbeitet heraus, dass es seiner Ansicht nach innerhalb Asiens unterschiedliche bioethische Ansätze gibt. Als Begründung gibt er an, dass es keine einheitliche, dominierende religiös-philosophische Lehre gibt, die den asiatischen Raum prägt. Dies trifft seiner Ansicht nach auch auf den chinesischen Raum zu. Wobei er eingesteht, dass es sehr wohl gemeinsame Werte gibt. Diese können dann lokal und auch zwischen westlichen und asiatischen Ländern gefunden werden. Dazu zählen Wohlwollen, das Prinzip des Nicht-Schädigens, Respekt vor dem Menschen und eine gerechte Behandlung (Qiu 2006, 24). Diese allgemeingültigen Werte finden sich auch im Konfuzianismus. Daher sollen Qius Ansicht nach die moralischen Werte des Konfuzianismus bestimmend für die weitere Entwicklung der Bioethik in China sein (Qiu 2006, 29).

---

<sup>32</sup> Während meines Praktischen Jahrs (PJ), das ich am 北医三院 (bei yi san yuan, Krankenhaus der Medizinischen Fakultät der Universität von Peking) absolvierte, wurde diese Einstellung von Seiten der behandelnden Ärzte eingenommen. In einem Fall wurde dem Patienten die Diagnose Leberzellkarzinom mit der Begründung nicht mitgeteilt, dass dieser sich aufgrund einer solch „deprimierenden Diagnose“ evtl. das Leben nehmen könne. Die Diagnose wurde allerdings den Angehörigen des Patienten mitgeteilt, die diese Entscheidung offenbar mittrugen.

„Bioethics/research ethics with its principles and practices will further develop in China but they should be interpreted within the Confucian framework and colored with characteristics of the native culture. Some traditional values will be abandoned, some reinterpreted or refined, some assimilated into practice or regulations and even adapted by other cultures“ (Qiu 2006, 29).

In diesem Kapitel ging es zunächst darum die medizinische Definition des Hirntodes, die notwendigen klinischen Voraussetzungen sowie seine konkrete Umsetzung in Deutschland darzustellen. Dabei wurde auch aufgezeigt, dass es einen Unterschied innerhalb der medizinischen Debatte und Definition zwischen Ganzhirntod- und dem Teilhirntodkriterium gibt. Dem schloss sich eine Darstellung der verschiedenen Modelle einer Organspende an. In der vorliegenden Arbeit wird ein besonderer Fokus auf die Organspende nach dem Tod – insbesondere das Hirntodkriterium, aber auch die *Non-Heart-Beating Donation* – sowie die Lebendorganspende gelegt. Beide Bereiche werden im folgenden Kapitel weiter ausgeführt. Abschließend folgte eine kurze Darstellung wie der Begriff der Kultur aus bioethischer Perspektive im asiatischen Raum begriffen werden kann. Lock stellt dabei den japanischen Kulturraum dem westlichen gegenüber und arbeitet u.a. heraus, dass Kultur als soziales Konstrukt eigenständig in der Lage sei, Neuerungen aus anderen Kulturkreisen anzunehmen oder aber auch abzulehnen. Während Döring in Bezug auf China zu bedenken gibt, dass aufgrund der chinesischen Geschichte chinesische Bioethiker z.Zt. noch nicht in der Lage seien, ihr Verständnis von Kultur zu ihrem eigenen Thema zu machen. Qiu Renzong sieht dagegen eine chinesische Bioethik auf Grundlage einer konfuzianischen Ethik verwurzelt. Wie diese erläuterten Grundgedanken sich konkret in Deutschland und China wiederfinden, soll im folgenden Kapitel dargestellt werden.

## 7 Vergleichende Darstellung

### *Hirntodkonzept und Organtransplantation in Deutschland und China*

Es ist bereits darauf hingewiesen worden, dass der hier vorgesehene Vergleich als Gegenüberstellung und Kontextualisierung erfolgt. Dabei wird im Folgenden der

rechtliche Rahmen für Organtransplantationen in beiden Ländern vorgestellt, dessen Formulierung die Frage der Einführung des Hirntodkonzeptes als rechtlich verankertes Todeskriterium aufgeworfen hatte. Im Rahmen der jüngeren chinesischen Debatte ist eine solche rechtliche Verankerung des Todeskriteriums bisher nicht absehbar, auch wenn das Ziel, eine Rechtssicherheit in Sachen Hirntod herzustellen, zwischenzeitlich durchaus formuliert wurde. Da die Diskussion in der VR China noch relativ neu ist und nur wenige Debattenbeiträge dokumentiert und öffentlich zugänglich gemacht wurden, werden die Regelungen in Hongkong und Taiwan als ergänzende Referenzpunkte kurz vorgestellt. Im zweiten Abschnitt wird es um die Darstellung der ethischen Debatte um das Hirntodkonzept in den jeweiligen Ländern gehen, die weitgehend eine Experten-Diskussion geblieben ist. Dabei geht es auch noch einmal um die Einordnung des Themas in den größeren Kontext kulturell geprägter Vorstellungen von Tod generell. Zum besseren Verständnis des Ablaufs dieser Debatte erfolgt die Darstellung der medizinisch-technischen Voraussetzungen. Sie gründet auf der Auffassung, dass es sich bisher weitgehend um eine Debatte gehandelt hat, die den medizinisch-technischen Entwicklungen zeitlich nachgeordnet ist.

## **7.1 Deskriptiv-empirische Analyse**

### **7.1.1 Praxis der Organtransplantation in Deutschland**

Die eigentliche ethische Problematik, die mit dem Hirntodkonzept verbunden ist, ist nur im Zusammenhang mit der Frage der Organtransplantation darstellbar. Daher wird an dieser Stelle ausführlich auf den rechtlichen Rahmen und die Praxis der Organtransplantation eingegangen. Um eine Einordnung in den Gesamtkontext und eine inhaltliche Abgrenzung zu ermöglichen, erfolgt auch eine entsprechende Darstellung im Bereich der Lebendorganspende.

#### *Rechtlicher Kontext*

Seit 1987 gab es, entwickelt von Rudolf Pichlmayr, einen allgemeingültigen sogenannten Transplantationskodex, in dem wesentliche Grundsätze der medizinischen Praxis in Bezug auf ethische, juristische und medizinische Fragestellungen

bezüglich der Organtransplantation geregelt waren (Hauser-Schäublin et al. 2001, 37). In Deutschland wurde erst im Jahr 1997 ein Transplantationsgesetz verabschiedet, das Regelungen zur Organtransplantation beinhaltet. Dem gingen allerdings Jahrzehnte der Debatten und Anläufe voraus, eine gesetzliche Regelung über die Richtlinien einer Organspende in Deutschland<sup>33</sup> zu initiieren. Bereits im Jahre 1979 legte die damalige Bundesregierung einen Gesetzentwurf vor, der die Organspendepraxis klären sollte. In diesem Gesetzentwurf sprach sich die damalige sozial-liberale Bundesregierung für eine Organspende nach der Widerspruchsregelung aus, eine Organentnahme sollte auch hier von Menschen, die das Hirntodkriterium erfüllen, erfolgen. Es kam jedoch nicht zu einem Gesetz, da die Unionsparteien im Bundesrat einer solchen Regelung ablehnend gegenüberstanden (Bundestagsdrucksache 8/2681).

Es hat dann fast 20 Jahre gedauert, ein parlamentarisch mehrheitsfähiges dTPG zu entwickeln (Hauser-Schäublin et al. 2001, 209). Die mangelnde Spendebereitschaft war laut Hauser-Schäublin et al. ursächlich, weswegen 1995 die Diskussion um ein Transplantationsgesetz neu aufgenommen wurde. Zugeschrieben wurde die mangelnde Spendebereitschaft einer negativen Einstellung der Öffentlichkeit gegenüber der Organspende sowie der unklaren Rechtslage.

Eine Organentnahme bei hirntoten Menschen ist gegenwärtig in Deutschland formal zulässig, wenn der Mensch zu Lebzeiten – vorzugsweise mit einem Organspenderausweis schriftlich dokumentiert – seine Einwilligung zu einem solchen Eingriff gegeben hat (Nationaler Ethikrat 2007a, 24). Diese Zustimmung ist im zweiten Abschnitt des dTPG geregelt. „Die Entnahme von Organen und Geweben ist, [...] nur zulässig, wenn der Organ- oder Gewebespende in die Entnahme eingewilligt hat“ (dTPG § 3 Abs. 1 Nr. 1).

In Deutschland ist es möglich, dass der betreffende Mensch alternativ einer „namentlich bekannten Person seines Vertrauens“ (dTPG § 2 Abs. 2) die Entscheidung übertragen kann. Hat ein Mensch sich zu Lebzeiten weder für noch gegen eine Organspende ausgesprochen, so ist eine Organentnahme nur zulässig, wenn

---

<sup>33</sup> Hier ist nur auf die Bundesrepublik Deutschland Bezug genommen. In der Deutschen Demokratischen Republik gab es bereits seit 1978 eine gesetzliche Regelung, welche die Widerspruchsregelung beinhaltete.

## Vergleichende Darstellung

die sogenannte erweiterte Zustimmungslösung greift. Dies bedeutet, dass wenn oben genannte Bedingungen nicht erfüllt sind und auch kein Widerspruch seitens des potentiellen Spenders vorliegt, eine Organentnahme nur erfolgen kann, wenn der nächste Angehörige einer Organspende zustimmt. Dabei muss der Angehörige in seiner Entscheidung den mutmaßlichen Willen des Verstorbenen berücksichtigen und eine Entscheidung im Sinn des Verstorbenen treffen (dTPG § 4 Abs. 1). Im Transplantationsgesetz § 1a Absatz 5 wird detailliert erläutert, welche Personen als Angehörige gelten. Dabei ist eine gewisse Rangfolge zu berücksichtigen. An erster Stelle stehen hierbei der Ehepartner bzw. eingetragene Lebenspartner, dann folgen volljährige Kinder und in absteigender Gewichtung Eltern (außer bei minderjährigen Kindern, da sind diese zuerst zu befragen), volljährige Geschwister und zuletzt die Großeltern. „Diese Regelung [die der erweiterten Zustimmungslösung, M.F.] unterstreicht das Selbstbestimmungsrecht und gewährleistet, dass jedweder Grund, den man haben mag, eine postmortale Organspende für die eigene Person auszuschließen, unmittelbar zur Geltung kommt“ (Nationaler Ethikrat 2007a, 24).

Weiter ist in Abschnitt zwei des dTPG niedergeschrieben, dass eine Organentnahme erst erfolgen darf, wenn „der endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstammes“ (dTPG § 3 Abs. 2 Nr. 2) festgestellt wurde.<sup>34</sup> Eine Explantation nach dem Herzstillstand – *Non-Heart-Beating Donation* – ist in Deutschland nicht zulässig. Die Bundesärztekammer hat sich dagegen ausgesprochen, den von Eurotransplant vorgeschlagenen 10- minütigen Herz- und Kreislaufstillstand als Äquivalent zum Hirntod zu deuten, da dieser als ein unsicheres Todeszeichen gelte. Eine Einführung hätte hingegen zur Folge gehabt, dass nach 10 Minuten eines Herz- und Kreislaufstillstandes eine Explantation der Organe ermöglicht worden wäre (Bundesärztekammer 1998b, A-3235).

Im Jahr 2007 gab es den Vorschlag des Nationalen Ethikrates, ein Stufenmodell einzuführen, um die Zahl der Organspender zu erhöhen. Dieses Stufenmodell soll-

---

<sup>34</sup> Das Konzept des Hirntodes wird in Kapitel 7.2.1 genauer dargestellt.

## Vergleichende Darstellung

te die Elemente einer Erklärungs-<sup>35</sup> und Widerspruchsregelung beinhalten (Nationaler Ethikrat 2007a). Konkret bedeutet dies, dass der Staat verantwortlich gewesen wäre, die Bürger „zu einer persönlichen Erklärung [aufzufordern, M.F.], ob sie zur Organspende bereit sind und darüber informiert sind, dass die Organentnahme bei unterbliebener Erklärung gesetzlich erlaubt ist, sofern die Angehörigen ihr nicht widersprechen“ (Nationaler Ethikrat 2007b). Dieses Stufenmodell wurde von Politikern aller Parteien kritisiert, da es dem Selbstbestimmungsrecht des Menschen widersprechen würde (Handelsblatt 2007). Auch Hans Lilie, Vorsitzender der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer, beanstandet das Modell des Nationalen Ethikrates. Seiner Ansicht nach sei es problematisch, Schweigen als Zustimmung zu deuten und äußert die Sorge vor einem Rückgang der Spenderzahlen, da eine Diskussion um die Widerspruchsregelung in der Bevölkerung die Akzeptanz der Organspende verringern könnte (Klinkhammer und Hibbeler 2007).

2012 wurde die Praxis der Organtransplantation in Deutschland gesetzlich neu geregelt. Es handelt sich dabei um eine Änderung hin zu einer Entscheidungslösung, wobei jeder Bürger einmal im Leben gefragt wird, ob einer Organentnahme nach dem Tod zugestimmt wird. Dass eine solche Regelung kommen wird, ohne eine Entscheidung zu erzwingen, wurde bereits vermutet (Faul 2011). Sie wurde vom Bundestag am 25.5.2012 verabschiedet (Bundestagsdrucksache 17/9030) und sieht vor, dass Krankenkassen über das Thema Organspende informieren und alle Versicherten ab einem Alter von 16 Jahren wiederholt angeschrieben und zu einer Entscheidung zur Organspende aufgefordert werden.

Im dritten Abschnitt des dTPG wird die Lebendorganspende geregelt. Hierbei handelt es sich nicht um einen Eingriff an einer verstorbenen, sondern um eine Operation bei einer sonst gesunden Person (Nagel und Meier 2003, 530). Die Lebendorganspende ist „aus Sorge um die Freiwilligkeit“ (Schöne-Seifert 2005, 768)

---

<sup>35</sup> Es kann zwischen einer Erklärungspflichtregelung und einer Erklärungsregelung unterschieden werden. Bei der Erklärungspflichtregelung würden die Bürger zu einer Erklärung verpflichtet, ob sie einer postmortalen Organentnahme zustimmen oder ihr widersprechen. Die Erklärungsregelung ist dahingehend liberaler, da dem Bürger die Möglichkeit eingeräumt wird, sich lediglich dazu zu äußern. (Nationaler Ethikrat 2007a, 27).

nur unter bestimmten Voraussetzungen ermöglicht worden. Der § 8 des dTPG sieht vor, dass eine Lebendorganspende nur nach Erfüllung bestimmter Kriterien zulässig ist. Dazu gehören u.a. die Volljährigkeit sowie Einwilligungsfähigkeit des potentiellen Spenders (dTPG § 8 Abs. 1 Nr. 1a) und der Spender darf „voraussichtlich nicht über das Operationsrisiko hinaus gefährdet oder über die unmittelbaren Folgen der Entnahme hinaus gesundheitlich schwer beeinträchtigt“ (dTPG § 8 Abs. 1 Nr. 1c) werden. Weiter regelt § 8 Abs. 1, wem Organe zum Zweck einer Lebendorganspende entnommen werden dürfen. Darunter fallen „Verwandte ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, Lebenspartner, Verlobte oder andere Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe stehen“ (dTPG § 8 Abs. 1). Zudem muss eine nach Landesrecht zuständige Kommission darüber entscheiden, ob die Freiwilligkeit gewahrt ist und kein Organhandel vorliegt (dTPG § 8 Abs. 3). „Bei einem Lebenden darf die Entnahme von Organen erst durchgeführt werden, nachdem sich der Spender und der Empfänger, die Entnahme von Geweben erst, nachdem sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat. Weitere Voraussetzung für die Entnahme von Organen bei einem Lebenden ist, dass die nach Landesrecht zuständige Kommission gutachterlich dazu Stellung genommen hat, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder das das Organ Gegenstand verbotenen Handeltreibens nach § 17 ist. Der Kommission muss ein Arzt, der weder an der Entnahme noch an der Übertragung von Organen beteiligt ist, noch Weisungen eines Arztes untersteht, der an solchen Maßnahmen beteiligt ist, eine Person mit der Befähigung zum Richteramt und eine in psychologischen Fragen erfahrene Person angehören“ (dTPG § 8 Abs. 3). Offen lässt der Gesetzgeber im Rahmen der Lebendorganspende die Möglichkeit einer sogenannten "Cross-Spende". Darunter wird die Überkreuz-Lebendorganspende verstanden. Ein Beispiel aus der Praxis soll diesen Begriff kurz erläutern: „Im Mai 1997 suchte ein Mann per Zeitungsannonce ein Ehepaar mit einem dialysepflichtigen Ehepartner [...]. Sein Vorschlag an das andere Ehepaar lautete, man möge doch wechselseitig, sozusagen über Kreuz, jeweils eine Niere spenden“ (Dettmeyer 2006, 248). Dies war bis

dahin rechtlich nicht zulässig. Im Jahr 2003 wurde der Weg einer sogenannten Überkreuzspende vom Bundessozialgericht freigegeben (Dettmeyer 2006, 249).

Der Vierte Abschnitt des dTPG gibt Auskunft über die Vermittlung und Übertragung von Organen. In Deutschland dürfen nur in ausgewiesenen Transplantationszentren Organtransplantationen erfolgen (dTPG § 10), dies gilt aber nur für die Übertragung der Organe. Explantationen können auch in regionalen und nicht ausgewiesenen Transplantationszentren erfolgen. Insgesamt gibt es in der Bundesrepublik 50 solcher Transplantationszentren (DSO 2011, 6). „...die Entnahme von vermittlungspflichtigen Organen einschließlich der Vorbereitung von Entnahme, Vermittlung und Übertragung ist gemeinschaftliche Aufgabe der Transplantationszentren und der anderen Krankenhäuser in regionaler Zusammenarbeit“ (dTPG § 11 Abs. 1). Zur Koordinierung dieser Aufgabe wurde die *Deutschen Stiftung Organtransplantation* eingerichtet. Die Errichtung einer solchen Koordinationsstelle ist im Transplantationsgesetz festgeschrieben (dTPG § 11 Abs. 1). Ihre konkreten Aufgaben wurden durch einen Vertrag mit der Bundesärztekammer, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft festgelegt (DSO 2011, 6). Dazu gehören u.a. Organisation der Entnahme und Konservierung von Organen, erforderliche Transporte im Rahmen der Organspende, Klärung medizinischer und juristischer Voraussetzungen u.v.m. (DSO 2011, 10).

Ein weiterer wichtiger Teil des Transplantationsgesetzes ist das Verbot des Organhandels. Im dTPG § 17 ist dieses Verbot niedergeschrieben. Wörtlich heißt es hier „Es ist verboten, mit Organen oder Geweben, die einer Heilbehandlung eines anderen zu dienen bestimmt sind, Handel zu treiben“ (dTPG § 17 Abs. 1) und weiter „ebenso ist verboten, Organe oder Gewebe, die nach Absatz 1 Satz 1 Gegenstand verbotenen Handeltreibens sind, zu entnehmen, auf einen anderen Menschen zu übertragen oder sich übertragen zu lassen“ (dTPG § 17 Abs. 2). Damit wird nicht nur den Leitlinien der WHO entsprochen, sondern auch der 2008 verabschiedeten Deklaration von Istanbul<sup>36</sup>.

---

<sup>36</sup>[http://www.esot.org/Files/Elpat/Content\\_Files/rh2EzDeclaration%20of%20Istanbul%20on%20Organ%20Trafficking%20and%20Transplant%20Tourism-1.pdf](http://www.esot.org/Files/Elpat/Content_Files/rh2EzDeclaration%20of%20Istanbul%20on%20Organ%20Trafficking%20and%20Transplant%20Tourism-1.pdf) . Letzter Zugriff: 13.7.2012

### *Organisation der Organspende*

Wie bereits oben erwähnt, gilt in Deutschland inzwischen eine Form der Entscheidungslösung. Die Bereitschaft zur Organspende kann ein Mensch dabei sowohl mündlich als auch schriftlich – z.B. in Form eines Organspenderausweises – äußern. Postmortal können Organe und Gewebe gespendet werden. Insbesondere sind dieses bei den Organen Herz, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse, Dünndarm und Haut. Bei den Geweben sind es Hornhaut der Augen, Herzklappen und Teile der Blutgefäße, des Knochengewebes, des Knorpelgewebes und der Sehnen (DSO 2009). Der volljährige Mensch kann der Spende seiner Organe und seines Gewebes uneingeschränkt zustimmen. Es besteht aber auch die Möglichkeit, spezielle Organe und Gewebe auszuschließen. Beide Optionen sind mit dem Ausfüllen des Organspenderausweises möglich. Darüber hinaus kann aber auch einer Organentnahme widersprochen werden oder die Entscheidung darüber kann jemand anderem übertragen werden. Auch diese Möglichkeiten können auf dem Organspenderausweis angekreuzt werden (DSO 2009).

Schematisch sei hier der Ablauf der Organspende nach dem Tod kurz dargestellt. Nach der Feststellung des Hirntodes durch zwei nicht an der Organentnahme beteiligte Fachärzte wird geschaut, ob ein Organspenderausweis oder eine andere Form der schriftlichen Einwilligung zur Organentnahme existiert. Wenn keine schriftliche Einwilligung vorliegt, werden die nächsten Angehörigen befragt, ob es eine mündliche Einwilligung seitens des Verstorbenen gibt. Liegt diese nicht vor, werden die nächsten Angehörigen befragt, die, bei zugrunde liegendem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen zur Organspende, eine Entscheidung treffen sollen, ob eine Organentnahme erfolgen soll. Über dieses Gespräch mit den nächsten Angehörigen ist der Arzt verpflichtet, Ablauf, Inhalt und Ergebnis festzuhalten (dTPG § 4a Abs. 2). Wenn die Angehörigen einer Organentnahme zustimmen, erfolgt eine Meldung an ein zuständiges Transplantationszentrum, das dann die DSO informiert. Zusammen mit dem Transplantationszentrum und der Koordinierungsstelle wird geklärt, ob eine Voraussetzung zur Organentnahme gegeben ist (Klinkhammer 2010, B-2053). Im Auftrag der DSO werden eine Reihe medizinischer Untersuchungen an dem potentiellen Organspender durchge-

führt, u.a. auf Infektionskrankheiten, die dem Schutz des potentiellen Empfängers dienen sollen. Darüber hinaus informiert die DSO Eurotransplant, das für die Vermittlung aller Organe in Deutschland, Österreich, den Niederlanden, Belgien, Luxemburg, Kroatien und Slowenien zuständig ist. Die Organentnahme erfolgt unter der Koordination der DSO zwischen dem Krankenhaus der Explantation und den Transplantationszentren (DSO 2011, 10).

Sichere Kontraindikationen, die gegen eine Organspende bzw. Organentnahme sprechen sind Erkrankungen, die eine vitale Bedrohung des Empfängers bedeuten würden. Dazu zählen im Regelfall eine akute oder abgelaufene HIV-Infektion, akute Hepatitis C- und B- Infektion, eine florierende Tuberkulose, eine Sepsis mit nachgewiesenem multiresistentem Erreger sowie ein nicht kurativ behandeltes Malignom (DSO 2003, Kapitel 1.2). Eine Ausnahme bilden hier die Basaliome, primäre Hirntumore, Spinaliome und das Carcinoma in situ der Cervix uteri. Darüber hinaus gibt es allerdings auch noch sogenannte Risikokonstellationen. Dies sind keine ausgewiesenen Kontraindikationen, stattdessen muss im Einzelfall geprüft werden, ob Organe entnommen werden können. Zu diesen Risikokonstellationen gehört zum einen das Alter des Spenders. Eine nach oben gesetzte Altersgrenze bezieht sich in erster Linie auf den Zustand der Organe und weniger auf das kalendarische Alter des Spenders. Wie bereits erwähnt, kann trotz einer malignen Erkrankung wie dem Basaliom eine Explantation erfolgen. Eine abgelaufene Hepatitis B- oder C- Infektion mit HBV-, anti-HBs-, HCV- und anti-HCV-Antikörpernachweis stellen hingegen keine Kontraindikation dar. Die konkrete Entscheidung über die Annahme des Organs hängt sowohl vom Empfängerprofil – ob er ein sogenannter *High Urgency* Patient mit hoher Transplantationsdringlichkeit ist – als auch vom Empfängerzentrum ab (DSO 2003, Kapitel 1.5).

### **7.1.2 Praxis der Organtransplantation in der VR China**

Nach Angaben des Ministeriums für Gesundheit brauchen jährlich ungefähr 1,5 Millionen Menschen in der VR China ein Organ, aber nur ca. 10.000 Organtransplantationen werden durchgeführt (Li 2011, 1). Laut der Tageszeitung *China Daily* waren bis zum Jahr 2008 in China insgesamt 86.000 Nieren, 14.643 Lebern,

882 Herzen und Lungen sowie 220 andere Organe zum Zweck einer Transplantation entnommen worden (Xie 2009). Erste vorläufige Bestimmungen, die als Anhaltspunkt zur Organtransplantation dienten, wurden im Jahre 2006 eingeführt. Eine erste gesetzliche Regelung wurde im März 2007 vom Staatsrat<sup>37</sup> verabschiedet (Huang et al. 2008, 1937) und trat am 1. Mai 2007 in Kraft. Diese Bestimmungen lösten die seit dem 1. Juli 2006 geltenden „Vorläufigen Bestimmungen zur Verwaltung klinischer Organtransplantation“ ab. Die bis dato bestehenden Regelungen wurden in dem neuen Gesetz präzisiert und verschärft (Döring 2007a, 123f).

Die am 1. Mai 2007 in Kraft getretene *Vorschrift über die Transplantation von menschlichen Organen*<sup>38</sup> ist die erste ihrer Art in China und ein Meilenstein im chinesischen Gesundheitssektor, wie der stellvertretende Gesundheitsminister Huang Jiefu betonte (Luan 2007). Sie wurde in Zusammenarbeit mit in- und ausländischen Experten aus den Bereichen Medizin, Recht, Soziologie und Ethik entwickelt. International anerkannte Grundsätze zum Verbot des Organhandels, wie u.a. von der World Health Organisation verabschiedet, fanden darin eine Berücksichtigung mit dem Ziel, eine Verbesserung der Medizin im Bereich der Transplantationsmedizin zu erreichen, aber auch die Interessen der Spender, Empfänger und Mediziner sollen durch dieses Gesetz verstärkt werden (Döring 2007a, 124).

In insgesamt 5 Kapiteln mit 32 Artikeln wurden Bestimmungen zur Organtransplantation sowie Regelungen zur Organspende erlassen. Kapitel 1 beinhaltet allgemeine Bestimmungen, Artikel 2 des ersten Kapitels benennt die Transplantation von menschlichen Organen – außer menschlichem Gewebe – wie Zellen, Hornhaut oder Knochenmark. Artikel 3 verbietet den Organhandel: „Keiner Organisation oder keiner Person ist gestattet, in irgendeiner Form mit menschlichen Organen direkt oder indirekt zu handeln“ (cTPG 2007, Artikel 3). Die für Gesund-

---

<sup>37</sup> In dem Artikel von Song et al. (2009) kritisieren die Autoren, dass es in der VR China noch keine gesetzliche Regelung gibt, die sich mit der Organtransplantation befasst. Damit wollen die Autoren darauf hinweisen, dass der Nationale Volkskongress als parlamentarisches Gremium der VR China noch kein Gesetz zu diesem Thema verabschiedet hat.

<sup>38</sup> Eine vollständige Übersetzung befindet sich im Anhang zu dieser Arbeit.

heitswesen zuständige Abteilung des Staatsrates ist für Kontroll- und Verwaltungsaufgaben zuständig. Dem Staat werden hingegen die Aufgaben zugewiesen, Aufklärungsarbeit in Bezug auf Organspende zu betreiben sowie ein zentrales System aufzubauen, das die Verteilung der Organe organisiert und koordiniert. Dem chinesischen Roten Kreuz wurde allgemein aufgetragen, sich an den Aufgaben der Organspende zu beteiligen (cTPG 2007, Artikel 4, 5 und 6).

Kapitel 2 erläutert konkrete Bedingungen der Organspende. Artikel 7 besagt, dass jegliche Organspende freiwillig und unentgeltlich erfolgen soll. „Organspenden sollen nach dem Prinzip der Freiwilligkeit und unentgeltlich erfolgen. Die Bürger haben das Recht, ihre Organe zu spenden oder nicht zu spenden. Keine Organisation oder Person darf andere zur Organspende zwingen oder dies durch Betrug oder Verführung erreichen“ (cTPG 2007, Artikel 7). Artikel 8 regelt detailliert, unter welchen Bedingungen gespendet werden kann. „Die Organe spendenden Bürger sollen volle zivilrechtliche Handlungsfähigkeit haben. Wenn Bürger ihre Organe spenden, dann sollen sie schriftlich ihren Wunsch bekunden. Sie sind berechtigt, einen bereits geäußerten Wunsch zur Organspende zurückzuziehen. Wenn ein Bürger in seinem Leben ausgedrückt hat, dass er mit der Organspende nicht einverstanden ist, dann darf keine Organisation oder Person seine Organe herausnehmen. Wenn ein Bürger in seinem Leben nicht ausgedrückt hat, dass er mit der Organspende nicht einverstanden ist, dann können nach seinem Tod seine Ehepartner, seine erwachsenen Kinder und seine Eltern gemeinsam den Wunsch für das Spenden seiner Organe in schriftlicher Form ausdrücken“ (cTPG 2007, Artikel 8). Um in China gegenwärtig seine Organe *post mortem* spenden zu können, müssen die möglichen Spender ein Antragsformular ausfüllen. Dies können sie beim chinesischen Roten Kreuz oder ähnlichen Institutionen. Die Registrierung als Organspender erhält erst dann ihre Gültigkeit, wenn auch die nächsten Familienangehörigen dieses Antragsformular unterschrieben haben (Changmin 2006). Zudem müssen die Organspender das 18. Lebensjahr vollendet haben (cTPG 2007, Artikel 9).

In Kapitel 2, Artikel 10 wird darauf eingegangen, welchem Personenkreis eine Lebendorganspende zukommen kann. „In Frage kommen als Organempfänger der

## Vergleichende Darstellung

Lebendspende nur Ehepartner, Verwandte 1. Grades in auf- und absteigender Linie oder Verwandte in der Seitenlinie innerhalb von drei Generationen oder jemand, der mit dem Organspender durch Unterstützung und Hilfeleistung eine besondere, enge Beziehung hat, was durch Beweise zu belegen ist“ (cTPG 2007, Artikel 10). Ende 2009 wurden vom Gesundheitsminister besondere Anforderungen an die Lebendorganspende erlassen. Diese gehen detaillierter auf den Personenkreis ein, der Organe spenden darf. „The only people who can apply for organ donation are couples who have been married more than three years or who have children, blood relatives of the patient, or foster parents and foster children“ (Li 2011, 1). Darüber hinaus überprüft das auf Provinzebene angesiedelte *Medical Administrative Department*, ob die Organspender auch diejenigen sind, für die sie sich ausgeben. Dies erfolgt u.a. durch Anfrage bei der zuständigen Polizeibehörde (Li 2011, 1).

Das dritte Kapitel befasst sich mit der Organisation der Organtransplantation. Besonders hervorzuheben sind die hier folgenden Artikel:

So gibt Artikel 11 Aufschluss darüber, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit ein Krankenhaus Organtransplantationen vornehmen darf. „Wenn eine medizinische Einrichtung eine Organtransplantation durchführt, dann soll sie nach Bestimmungen in der »Vorschrift über die Verwaltung medizinischer Einrichtungen« bei der zuständigen Gesundheitsbehörde der Provinz, des Autonomen Gebietes oder der regierungsunmittelbaren Stadt einen Antrag auf die Registrierung des Aufgabenkreises Diagnose und Behandlung zur Transplantation von menschlichen Organen einreichen. Wenn eine medizinische Einrichtung eine Transplantation von menschlichen Organen durchführt, dann sollen die folgenden Bedingungen erfüllt sein:

1. Es gibt praktizierende Ärzte und medizinische Mitarbeiter, die den Anforderungen der Organtransplantation entsprechen;
2. Es gibt Geräte und Anlagen, die den Erfordernissen einer Organtransplantation genügen;
3. Es gibt eine Kommission für die Klinische Anwendung von Transplantationstechniken und ethische Fragen der Organtransplantation, die aus Experten aus den Fachgebieten Medizin, Rechtsmedizin, Ethik usw. besteht.

## Vergleichende Darstellung

In dieser Kommission darf der Anteil der Experten aus dem Fachgebiet Medizin, die Organtransplantationen durchführen, ein Viertel nicht übersteigen;

4. Es gibt ein vollständiges System zur Kontrolle und Verwaltung der Qualität der Organtransplantation“ (cTPG 2007, Artikel 11).

Die Aufgaben der genannten Kommission werden in Artikel 18 näher erläutert. „Nachdem die Kommission für die Klinische Anwendung von Transplantationstechniken und ethische Fragen der Organtransplantation den Antrag auf Entnahme von menschlichen Organen erhalten hat, soll sie hinsichtlich folgender Punkte eine Überprüfung durchführen und eine schriftliche Stellungnahme über Zustimmung oder Ablehnung ausstellen:

1. Ob der Organspender wirklich sein Organ spenden will;
2. Ob ein Organhandel vorliegt oder dieser in versteckter Form vorliegt;
3. Ob die Übereinstimmung beim Abgleich von menschlichen Organen und die Indikation des Organempfängers den ethischen Prinzipien und Normen der technischen Verwaltung der Organtransplantation entsprechen.

Nur wenn mehr als zwei Drittel der Mitglieder der Kommission für die klinische Anwendung von Transplantationstechniken und ethische Fragen der Organtransplantation ihre Zustimmung geäußert haben, kann sie eine schriftliche Stellungnahme über die Zustimmung bezüglich der Entnahme von menschlichen Organen ausstellen“ (cTPG 2007, Artikel 18).

Artikel 20 hebt hervor, dass eine Organentnahme erst nach der gesetzmäßigen Feststellung des Todes erfolgen darf. „Die Entnahme von Organen aus einer Leiche soll erst nach der gesetzesmäßigen Feststellung des Todes desjenigen, der seine Organe spenden wollte, erfolgen. Das medizinische Personal, das mit der Organtransplantation befasst ist, darf sich nicht an der Feststellung des Todes des Organspenders beteiligen. Die medizinische Einrichtung und ihr medizinisches Personal sollen die Würde des Toten respektieren. Nachdem einer Leiche ein Organ entnommen wurde, soll sie ethischen Prinzipien entsprechend medizinisch behan-

delt werden. Außer dem entnommenen Organen bzw. entnommenen Organen soll die Leiche in ihren ursprünglichen Zustand versetzt werden“ (cTPG 2007, Artikel 20).

Die Besonderheiten bei der Organtransplantation bei einer Lebendorganspende werden in Artikel 19 benannt. „Bevor die medizinische Einrichtung und ihr medizinisches Personal eine Lebendorganspende vornimmt, sollen folgende Pflichten erfüllt sein:

1. Dem Organspender sollen die Risiken der Operation, die zur Entnahme des Organs durchgeführt wird, erläutert und die zu beachtenden Hinweise nach der Operation gegeben werden, es soll auch über mögliche Komplikationen sowie Maßnahmen zur Vorbeugung informiert werden. Vom Organspender soll eine schriftliche Erklärung über Kenntnisnahme und Einverständnis unterzeichnet werden.
2. Die schriftliche Einverständniserklärung des Organspenders und die Beweismaterialien über die den Bestimmungen in Art. 10 der vorliegenden Vorschrift entsprechenden Beziehungen zwischen dem Organspender und dem Organempfänger sollen überprüft werden.
3. Es soll bestätigt werden, dass außer der direkten Folge der Entnahme des Organs die normalen physiologischen Funktionen anderer Organe nicht beeinträchtigt werden.

Die mit der Durchführung von Organtransplantationen befassten medizinischen Einrichtungen sollen die medizinischen Daten der Organspender aufbewahren und dafür Sorge tragen, dass die Spender von medizinischem Personal aufgesucht werden“ (cTPG 2007, Artikel 19).

Bei jeder Art der Organspende, sei diese nun postmortal oder aber eine Lebendorganspende, ist die Zustimmung der bereits oben genannten *Kommission für die Klinische Anwendung von Transplantationstechniken und Ethische Fragen der Organtransplantation* einzuholen. „Bevor eine Lebendorganspende erfolgt oder vor dem Ableben eines Menschen, dessen Körper nach seinem Tod ein Organ entnommen werden soll, soll der für die Organtransplantation zuständige prakti-

## Vergleichende Darstellung

zierende Arzt bei der Kommission für die Klinische Anwendung von Transplantationstechniken und Ethische Fragen der Organtransplantation der betreffenden medizinischen Einrichtung einen Antrag auf Entnahme von menschlichen Organen einreichen.

Wenn die *Kommission für die Klinische Anwendung von Transplantationstechniken und Ethische Fragen der Organtransplantation* mit der Entnahme von menschlichen Organen nicht einverstanden ist, dann darf die medizinische Einrichtung keine Entscheidung über die Entnahme von menschlichen Organen treffen und das medizinische Personal darf demnach auch kein Organ entnehmen“ (cTPG 2007, Artikel 17).

In weiteren Artikeln des dritten Kapitels der *Vorschrift über die Transplantation von menschlichen Organen* ist geregelt, dass nicht jedes Krankenhaus eine Organtransplantation vornehmen darf, sondern nur ausgewiesene Zentren. Wenn diese den Anforderungen des im Artikel 11 genannten nicht erfüllen, so dürfen dort keine Organtransplantationen stattfinden. Ebenso wird die Lizenz zur Durchführung von Organtransplantationen aberkannt, wenn das Krankenhaus bei Überprüfungen als nicht qualifiziert eingestuft wird. (cTPG 2007, Artikel 12, 13 und 14). Derzeit dürfen in der VR China in insgesamt 163 Krankenhäuser Organtransplantationen vorgenommen werden (Li 2011, 1).

Das vierte Kapitel befasst sich mit der rechtlichen Verantwortung und benennt die strafrechtlichen Folgen von Zuwiderhandlungen gegen das Gesetz. Mediziner, die des Organhandels überführt werden, verlieren ihre Zulassung. Krankenhäuser, die in illegalen Organhandel involviert sind, werden drei Jahre von der Organtransplantation ausgeschlossen (cTPG 2007, Artikel 26; Lu 2007).

Laut einer Meldung von *China Daily*, hat der ständige Ausschuss des Nationalen Volkskongresses (NVK) eine Gesetzesänderung auf den Weg gebracht, die den Organhandel als ein besonderes Verbrechen behandelt. „The amendment also says that criminals convicted of »forced organ removal, forced organ donation or organ removal from juveniles« could face punishment for homicide, including the death penalty“ (Li 2011, 1).

## Vergleichende Darstellung

Eine Gesetzesänderung zu den *Vorschriften über die Transplantation von menschlichen Organen* von 2007 wurde angekündigt (Shan 2011a), ist jedoch bisher nicht erfolgt (Stand Juni 2013). Dabei soll der Aufgabenkreis der *Red Cross Society of China* sowie ihre bisherigen Aufgaben ausgeweitet und konkretisiert werden. „The proposed amendment would extend the RCSC’s responsibility from just encouraging posthumous voluntary organ donation to potential donor registration, organizing memorial services and operating an incentive plan“ (Li 2011, 1). Damit würde, laut Hung Jiefu, der *Red Cross Society of China (RCSC)* eine legale Grundlage zur Etablierung und Leitung eines national weit agierenden Transplantationssystems geschaffen werden (Li 2011, 1). Ein erstes Pilotprojekt wurde bereits im März 2010 gemeinsam von der RCSC und dem Gesundheitsministerium auf den Weg gebracht, das eine landesweite Vernetzung zum Ziel hat. Zunächst umfasst es folgende Städte und Provinzen: Shanghai, Tianjin, Wuhan, Liaoning, Nanjing, Zhejiang, Shandong, Guangdong, Jiangxi, Hunan, Xiamen (Li 2011, 1).

Huang Jiefus Vorstoß, die Bereitschaft zur Organspende auf dem Führerschein vermerken zu lassen, wurde vom Sprecher des Gesundheitsministeriums zurückgewiesen. Als Begründung führt er an, dass es noch kein angemessenes nationales System zur Regelung der Organspende sowie Organtransplantation gäbe. Zudem sei die Bevölkerung mit dem Konzept der Praxis einer Organspende nicht vertraut (Shan 2011b). Auch die RCSC lehnt diesen Vorschlag ab, da ihrer Ansicht nach dadurch nur eine westliche Methode wieder auf den chinesischen Kulturraum angewendet und nicht danach geschaut würde, welche Bedürfnisse und Traditionen die chinesische Bevölkerung habe (Wang und Cai 2011).

Die Bedenken in Bezug auf eine Organspende gelten jedoch nicht für die gesamte Bevölkerung. Die überwiegende Mehrheit – über 90 Prozent – der transplantierten Organe in der VR China stammten noch in der jüngsten Vergangenheit von hingerichteten Menschen (Huang et al. 2008, 1937). Wie viele Menschen jährlich in China die Todesstrafe erhalten ist öffentlich nicht bekannt (Amnesty International 2011) und auch nicht wie viele Organe von den Hingerichteten explantiert werden. Die Regierung der VR China hat jedoch angekündigt, schrittweise von der

Praxis der Organentnahme nach der Vollstreckung von Todesurteilen abzurücken<sup>39</sup>. Es steht außer Frage, dass diese Form der Organentnahme ethisch sehr umstritten ist, auch wenn die VR China bekannt gab, dass die Organe nur entnommen werden, wenn die betroffene Person zugestimmt habe, so stellt sich doch die Frage, wie unter solchen Umständen ein *Informed Consent* erfolgen kann (Lock 2002, 320). Der Vollzug der Todesstrafe und die damit verbundene Möglichkeit der Organtransplantation hat viele problematische Implikationen bis hin zur Schaffung eines möglichen Anreizes zur Verhängung von Todesurteilen.

Innerhalb der chinesischen Bevölkerung scheint zumindest die Verhängung der Todesstrafe bei bestimmten Verbrechen durchaus auf Zustimmung zu stoßen: „Most people there believe capital punishment for murderers, rapists, serial robbers, kidnappers and the like is appropriate“ (Ilkes 1997, 113). Darüber hinaus wird die Organspende als Wiedergutmachung an die Gesellschaft gesehen (Huang et al. 2008, 1937).

### *Gesetzgebung in Taiwan*

Für den chinesischen Kulturraum ist interessant, dass in Taiwan bereits seit 1987 ein Gesetz über die Transplantation von menschlichen Organen und Geweben (tTPG) existiert. In den Richtlinien des taiwanesischen Gesundheitsministeriums vom 11.03.1988 zur Einführung des Gesetzes über die Transplantation von Organen wird erklärend darauf eingegangen, was u.a. als Gewebe gilt und wie der Hirntod zu definieren ist. In Taiwan ist eine Form des Teilhirntodes, nämlich der Hirnstammtod das Kriterium zur Organentnahme (Chao 2003, 65ff). In insgesamt 25 Paragraphen werden Richtlinien zur Organtransplantation und zum Verstoß des Organhandels benannt. Organe dürfen demnach bei einer verstorbenen Person nur entnommen werden, wenn dessen Tod festgestellt wurde (tTPG § 4 Abs. 2 entnommen bei Chao 2003, 80). Der Hirnstammtod „wird als sicheres Zeichen für den eingetretenen Tod des Menschen anerkannt“ (Chao 2003, 68). Ärzte, die den Hirnstammtod diagnostizieren, dürfen weder an der Entnahme der Organe noch an deren Übertragung beteiligt sein (tTPG § 5 entnommen bei Chao 2003, 80).

---

<sup>39</sup> [http://europe.chinadaily.com.cn/china/2012-03/22/content\\_14893831.htm](http://europe.chinadaily.com.cn/china/2012-03/22/content_14893831.htm) . Letzter Zugriff: 13.7.2012

## Vergleichende Darstellung

Organe dürfen bei dem betroffenen Menschen nur dann entnommen werden, wenn er dieser zu Lebzeiten zugestimmt hat. Wenn keine schriftliche Einwilligung vorliegt, können die Angehörigen einer Organentnahme *post mortem* zustimmen (tTPG § 6 Abs. 1 & 2, entnommen bei Chao 2003, 80). Auch ist im tTPG geregelt, wann eine Lebendspende durchgeführt werden darf. In Taiwan gilt der Mensch mit Vollendung des zwanzigsten Lebensjahres als volljährig. Erst dann dürfen bei ihm Organe – im Rahmen einer Lebendspende – entnommen werden. Die schriftliche Einwilligung des Organspenders zur Organspende muss zusätzlich von zwei Familienangehörigen erteilt werden. Weiter wird benannt, dass die Organempfänger direkte Blutsverwandte innerhalb der ersten drei Grade sein müssen oder aber auch Ehepartner. Wobei ein Nachweis erbracht werden muss, dass die beiden bereits seit mindestens drei Jahren verheiratet sind oder ein gemeinsames Kind existiert. Eine Ausnahme bildet hier die dringende medizinische Notwendigkeit einer Organtransplantation, dann entfällt dieser Nachweis (tTPG § 8 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2 Nr. 2 entnommen bei Chao 2003, 81). Zudem enthält das Gesetz Bestrafungsrichtlinien bei Zuwiderhandlungen.

### *Gesetzgebung in Hongkong*

Seit dem 1. Juli 1997 untersteht Hongkong wieder der chinesischen Regierungshoheit, zuvor war Hongkong britische Kolonie. Kulturell betrachtet war und ist Hongkong als Hafenstadt vielen Einflüssen ausgesetzt. Gegenwärtig findet eine lebendige Auseinandersetzung mit der britischen Kolonialzeit statt, die stark durch die 1997 erfolgte Eingliederung Hongkongs als Sonderverwaltungszone in das politische System der VR China geprägt ist.<sup>40</sup>

Die Zeit der britischen Kolonialherrschaft über Hongkong, in die die Entstehung des Rechts- und Verwaltungssystems fällt, lässt die Existenz eines Organtransplantationsgesetzes sowie die Anwendung des Hirntodkonzeptes wenig verwunderlich erscheinen. Das 1995 in Kraft getretene Gesetz zur Organtransplantation enthält Richtlinien zur Handhabung der Lebendorganspende sowie dem Verbot des

---

<sup>40</sup> „Hong Kong’s Future: Sunshine, with clouds“, erschienen in: Time Specials Hong Kong 1997-2007;  
[http://www.time.com/time/specials/2007/article/0,28804,1630244\\_1630240\\_1630206,00.html](http://www.time.com/time/specials/2007/article/0,28804,1630244_1630240_1630206,00.html) .  
Letzter Zugriff: 12.7.2012

Organhandels (Human Organ Transplantation Ordinance 2007). Bei den Richtlinien betreffend der Lebendorganspende verhält es sich ähnlich wie bei dem Organtransplantationsgesetz von Taiwan. Auch in Hongkong können Organe nur von verheirateten Paaren transplantiert werden, wenn diese bereits mindestens drei Jahre verheiratet sind. (Human Organ Transplantation Ordinance 2007, Section 3A).

Die Benennung des Hirntodkonzeptes sowie die Organspende von Verstorbenen erfolgt in diesen Regularien nicht. Dennoch ist es eine gängige Praxis, dass Organe von hirntoten Menschen entnommen werden. Genauer gesagt findet, wie in Taiwan, das Konzept Teilhirntod in Form des Hirnstammtodes in Hongkong Anwendung. Die *Hong Kong Society of Critical Care Medicine* gab 2009 die dritte Fortschreibung der *Guidelines on Certification of Death following the Irreversible Cessation of Brainstem Function* heraus. Dort wird benannt, dass der Hirnstammtod des Menschen sowohl legal als auch innerhalb der medizinischen Gemeinschaft als Tod des Menschen anerkannt ist (Hong Kong Society of Critical Care Medicine 2009, 1).

### **7.1.3 Gemeinsamkeiten und Unterschiede**

Bei dem Vergleich zwischen den rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland und der in der VR China wird die oben erfolgte Darstellung der Regelungen in Taiwan und Hongkong insofern mit berücksichtigt, als diese den Blick auf die Vielfältigkeit des Themas und die Einflüsse innerhalb des chinesischen Kulturraumes erweitert. Sie dient demnach als Referenz bei der Vorstellung der Regularien in der VR China.

Dieser Vergleich zwischen der *Vorschrift über die Transplantation von menschlichen Organen* und dem deutschen *Transplantationsgesetz*, soll kein wertender, sondern ein rein deskriptiver sein. Bei der Analyse liegt der Fokus auf Übereinstimmungen und Unterschieden. Erst im Schlussteil soll unter Berücksichtigung des kulturellen Kontextes der Versuch unternommen werden, eine Interpretation und

damit Gewichtung der hier aufgeführten Gemeinsamkeiten und Unterschiede vorzunehmen.

Beiden Gesetzen ist zunächst gemeinsam, dass die Organspende freiwillig erfolgen soll (cTPG 2007, Artikel 7; dTPG § 3 Abs. 1 Nr. 1; dTPG § 8 Abs. 3). Die im deutschen Transplantationsgesetz verankerte Zustimmungslösung sowie die erweiterte Zustimmungslösung (dTPG § 3 Abs. 1 Nr. 1; dTPG § 4 Abs. 1) findet sich auch im chinesischen Gesetz wieder. Auch hier muss der Organspender einer Organentnahme in schriftlicher Form zugestimmt haben (cTPG 2007, Artikel 8). Wenn diese nicht erfolgte, dann können die Angehörigen eine Entscheidung zur Organexplantation treffen (cTPG 2007, Artikel 8). Die chinesischen Bestimmungen benennen keine Rangfolge bei den nächsten Angehörigen, während im deutschen Transplantationsgesetz § 1a Absatz 5 eine eindeutige Rangfolge niedergeschrieben ist. Ein Grund der fehlenden Benennung einer Rangfolge könnte sein, dass die Angehörigen gemeinsam eine Entscheidung treffen müssen, ob Organe des betreffenden Menschen gespendet werden sollen. Hingegen fehlt, im Gegensatz zum deutschen Gesetz, eine Festschreibung, ob eine Entscheidung den mutmaßlichen Willen des Spenders berücksichtigen muss (cTPG 2007, Artikel 8). Ebenso findet sich sowohl im deutschen als auch im chinesischen Gesetz, dass eine Organentnahme nicht erlaubt ist, wenn der Organspender dieser widersprochen hat (cTPG 2007, Artikel 8; dTPG § 3 Abs. 2 Nr. 1).

Eine weitere Gemeinsamkeit besteht darin, dass eine Organentnahme erst erfolgen darf, wenn der gesetzmäßige Tod des Organspenders festgestellt wurde (dTPG § 3 Abs. 1 Nr. 2; cTPG 2007, Artikel 20). Im deutschen Transplantationsgesetz wurde das Hirntodkriterium als Voraussetzung für eine Organentnahme festgeschrieben (dTPG § 3 Abs. 2 Nr. 2). Das chinesische Gesetz beinhaltet hingegen keine Aussage zum Hirntodkonzept.<sup>41</sup> Beide Gesetze benennen, dass die Würde des Verstorbenen gewahrt werden soll (cTPG 2007, Artikel 20; dTPG § 6). Außerdem sehen beide Gesetze vor, dass der den Tod feststellende Arzt nicht an der Organtransplantation beteiligt sein darf (cTPG 2007, Artikel 20; dTPG § 5 Abs. 2).

---

<sup>41</sup> Zur genaueren Darstellung der Hirntodkonzeption innerhalb Deutschlands und Chinas verweise ich auf die Kapitel 7.2.1 und 7.2.2.

## Vergleichende Darstellung

Die Regelung der Lebendspende weist ebenfalls gewisse Parallelen auf. So sieht auch das chinesische Gesetz eine Beschränkung des Personenkreises vor, der ein Organ von einem lebenden Menschen bekommen kann. Hier sind es in erster Linie Angehörige und Verwandte sowie dem Empfänger besonders nahestehende Menschen aufgeführt. Die persönliche Verbundenheit unterliegt der Beweispflicht (cTPG 2007, Artikel 10). Auch nach dem dTPG ist eine Lebendorganspende möglich, wenn die betroffene Person dem Spender „in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe steht“ (dTPG § 8 Abs. 1). Zudem bedarf es einer besonderen Aufklärungspflicht des Arztes. Dies ist im deutschen Transplantationsgesetz ebenso festgeschrieben, wie in der chinesischen *Vorschrift über die Transplantation von menschlichen Organen*. Dazu zählt u.a. die Aufklärung über Risiken der Operation sowie über mögliche Komplikationen und die Einholung der Einwilligung des Spenders (cTPG 2007, Artikel 19; dTPG § 8 Abs. 2).

Darüber hinaus muss in beiden Ländern eine Kommission ihre Zustimmung zur Lebendorganspende geben. In Deutschland besteht diese Kommission aus einem Arzt, der nicht an der Entnahme oder Übertragung des Organs beteiligt ist, einer zum Richteramt befähigten Person sowie einer psychologisch erfahrenen Person (dTPG § 8 Abs. 3). Die Zuständigkeit dieser Kommission liegt bei den Ländern.

Im chinesischen Gesetz wird diese als *Kommission für die Klinische Anwendung von Transplantationszwecken und Ethische Fragen der Organtransplantation* genannt. Ihre Mitglieder bestehen aus Experten aus dem Bereich der Medizin, Rechtswissenschaften und der Ethik. Ob die Mitglieder der Kommission, die als Experten aus dem Bereich der Medizin fungieren, generell an Organtransplantationen aktiv (als Chirurgen etc.) beteiligt sein dürfen, geht aus dem Gesetz nicht hervor (cTPG 2007, Artikel 11, 17). Im Gegensatz zum deutschen Gesetz muss die genannte Kommission für *Klinische Anwendung von Transplantationszwecken und Ethische Fragen der Organtransplantation* ihre Zustimmung auch bei der postmortalen Organspende geben (cTPG 2007, Artikel 17).

Beide Gesetze sprechen ein Verbot des Organhandels aus (cTPG 2007, Artikel 3; dTPG § 17).

Darüber hinaus gibt es auch Gemeinsamkeiten, die sich auf administrative Aufgaben beziehen. So dürfen Transplantationen nur in dafür eigens zugelassenen

## Vergleichende Darstellung

Krankenhäusern erfolgen (cTPG 2007, Artikel 11; dTPG § 10 Abs. 1). Das deutsche TPG sieht die Einrichtung einer Koordinierungsstelle für die Entnahme, Vermittlung und Übertragung von Organen vor (dTPG § 11 Abs. 1). Diese Aufgabe wurde von der DSO übernommen. Auch das chinesische Gesetz sieht so eine Koordinationsstelle zur Aufklärungsarbeit, Vermittlung und Übertragung vor. Der Staat wurde damit beauftragt (cTPG 2007, Artikel 6) und hat diese an die CRCS – zu mindestens für die Pilotstudie – weitergegeben. Daneben beinhalten beide Gesetze Maßnahmen zur Bestrafung bei Zuwiderhandlungen (cTPG 2007, Kapitel 4; dTPG Abschnitt 7).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die *Vorschriften über die Transplantation von menschlichen Organen* grundlegende Übereinstimmungen mit dem deutschen Gesetz aufweisen. Es zeigt sich aber insgesamt dennoch, dass das deutsche Gesetz z.T. detaillierte Angaben macht, z.B. in Bezug auf die Aufklärungspflicht des Arztes bei der Lebendorganspende.

### Postmortale Organspende

	dTPG	cTPG	tTPG
Zustimmung zur postmortalen Organspende	Entscheidungslösung, eine Weiterentwicklung der erweiterten Zustimmungslösung	Erweiterte Zustimmungslösung	Erweiterte Zustimmungslösung
	Schriftliche Dokumentation der Organspendebereitschaft	Schriftliche Dokumentation der Organspendebereitschaft	Schriftliche Dokumentation der Organspendebereitschaft
Todeskriterium	Hirntodkriterium	Keine Angabe zum Hirntodkriterium – Organentnahme bei gesetzmäßiger Feststellung des Todes	Teilhirtodkriterium (Tod des Hirnstammes)
	Verbot der Teilnahme der den Hirntod feststellenden Ärzte an der Transplantation	Verbot der Teilnahme der den Hirntod feststellenden Ärzte an der Transplantation	Verbot der Teilnahme der den Hirntod feststellenden Ärzte an der Transplantation

**Tabelle 1.1:** Vergleichende Darstellung: Rechtlicher Rahmen der Organtransplantation – Postmortale Organspende

## Vergleichende Darstellung

### Lebendorganspende

	dTPG	cTPG	tTPG
Voraussetzungen	Volljährigkeit (18 Jahre); Freiwilligkeit	Volljährigkeit (18 Jahre); Freiwilligkeit	Volljährigkeit (20 Jahre) zudem Zustimmung von zwei nächsten Angehörigen; Freiwilligkeit
	Verpflichtende Teilnahme an einer medizinischen Nachbetreuung	Nachbetreuung des Spenders soll erfolgen, allerdings keine Voraussetzung zur Lebendorganspende	Keine Angaben
Organempfänger	Verwandte ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Verlobte oder anderer Personen, die dem Spender besonders nahe stehen	Ehepartner, Verwandte ersten Grades oder Verwandte in der Seitenlinien innerhalb von drei Generationen oder Personen, die eine enge Beziehung zum Spender haben	Blutsverwandte innerhalb der ersten drei Grade, Ehepartner (dieser muss mit dem Spender Kinder haben oder mind. 3 Jahre verheiratet sein); Ausnahme bei schwerer Krankheit des Empfängers
	Aufklärungspflicht über Risiken	Aufklärungspflicht über Risiken	Keine Angaben
Gutachtliche Stellungnahme	Eine nach Landesrecht zuständige Kommission – bestehend aus: einem Arzt, der nicht an der Entnahme oder Übertragung beteiligt ist, einer zum Richteramt befähigten Person, einer in psychologischen Fragen befähigten Person	Eine im Krankenhaus ansässige Kommission – bestehend aus: Experten aus dem Bereich der Medizin, Rechtswissenschaft und Ethik, der Anteil der Mediziner darf $\frac{1}{4}$ nicht überschreiten – keine Angabe darüber, ob die Experten aus dem Bereich der Medizin an der Entnahme oder Übertragung beteiligt sein dürfen	Keine Angaben
Aufgabe der Kommission	Überprüfung der Freiwilligkeit, Ausschluss Organhandel	Überprüfung der Freiwilligkeit, Ausschluss Organhandel, $\frac{2}{3}$ der Kommission müssen der Organspende zustimmen	Keine Angaben

**Tabelle 1.2:** Vergleichende Darstellung: Rechtlicher Rahmen der Organtransplantation - Lebendorganspende

**Administrative Voraussetzungen**

	dTPG	cTPG	tTPG
Gesetzliche Regelung seit	1997	2007	1987
Vermittlung und Übertragung von Organen	Verbot des Organhandels	Verbot des Organhandels	Unentgeltlichkeit von Organspenden
Transplantation durch	Ausgewiesene Transplantationszentren	Ausgewiesene Transplantationszentren	Ausgewiesene Transplantationszentren
Koordinationsstelle bei postmortaler Organspende	Deutsche Stiftung Organtransplantation	ungenauere Angaben, der Staat ist für diese Aufgaben verantwortlich und delegiert einzelne Aufgaben (z.B. an die CRCS)	Keine Angaben
Zu widerhandlung	Freiheitsstrafe oder Geldstrafe	Freiheitsstrafe, Geldstrafe oder Lizenzentzug	Geldstrafe oder Lizenzentzug

*Tabelle 1.3: Vergleichende Darstellung: Rechtlicher Rahmen der Organtransplantation – Administrative Voraussetzungen*

**7.2 Deskriptiv-ethische Analyse**

Bei der Betrachtung des Hirntodes bzw. des Hirntodkonzeptes muss berücksichtigt werden, dass die zugehörige Debatte in Europa und den USA wesentlich in dem technischen und medizinischen Fortschritt zeitlich nachgelagert ist. Der Zusammenhang mit der Organtransplantation wurde ja bereits mehrfach erwähnt. An dieser Stelle soll es noch einmal um die Darstellung der Diskussion in Bezug auf die praktisch relevanten Fragen bis hin zu rechtlichen Regelungen gehen. Wissenschaftliche, ethische und politisch-rechtliche Fragen sind hier miteinander verwoben und besonders komplex, da es darum geht, ab wann individuelle Rechte verloren gehen (in diesem Fall mit der Feststellung des Todes). So wie es für die christliche Vorstellung wichtig ist, Explantationen an Verstorbenen (Trennung von Leib und Seele) und nicht etwa an Sterbenden oder gar Lebenden durchzuführen (Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirchen Deutschlands 1990), so bedeutend ist die klare Grenzziehung auch für die rechtliche Bewertung des Hirntodes, bei der es um nichts weniger als um den teilweisen oder vollständigen Verlust der Persönlichkeitsrechte geht. Für die VR China stellt sich die Entwicklung als "Import eines ganzen Pakets" dar. D.h., dass

die medizinische Praxis, die ja erst nach 1978 mit der Reform- und Öffnungspolitik erfolgen konnte, bereits Merkmale der in den jeweiligen Herkunftsländern geführten Debatte aufweist (so z.B. die Form der Einbeziehung der Angehörigen). Umso spannender ist der Blick auf die Debatte und Argumente um Organspende und Hirntodkonzept, die sich ja nun nicht mehr nur mit den Vor- und Nachteilen der neuen medizinischen Möglichkeiten, sondern auch mit den westlichen Werten auseinandersetzt, die davon kaum getrennt betrachtet werden. Wie noch zu sehen sein wird, sind chinesische Bioethiker in der Auseinandersetzung gezwungen, allgemeine Grundsätze traditioneller Vorstellungen – und hier vor allem des Konfuzianismus – in die medizinische Praxis zu übersetzen.

### **7.2.1 Deskriptiv-ethische Analyse und kulturelle Aspekte des Hirntodkonzeptes in Deutschland**

Aus medizinischer Sicht hat das Hirntodkriterium sowohl in der Intensivmedizin als Kriterium für einen Abbruch der intensivmedizinischen Behandlung als auch für die Organtransplantation eine besondere Bedeutung (Lindemann 2003, 94). „Jeder beatmete Patient mit diagnostiziertem Hirntod ist medizinisch ein potentiell geeigneter Multiorganspender“ (Bösebeck et al. 2008, 316). Durch die Anwendung des Hirntodkonzeptes können Organe länger durchblutet werden, die Zeit der Ischämie verkürzt sich (Lindemann 2003, 94). Eine Organentnahme ist in Deutschland *post mortem* nur möglich, wenn ein Hirntod diagnostiziert wurde. Würden Zweifel am Hirntodkonzept als Tod des Menschen bestehen und der Spender erlebte erst durch die Organentnahme den Tod, so wäre dies sowohl rechtlich als auch moralisch höchst bedenklich (Stoecker 2010, XXII). Damit steht fest, dass bei der Diagnose des Hirntodes bedacht vorgegangen werden muss. Eine falsch positive Diagnose würde in diesem Fall bedeuten, jemanden für biologisch tot zu erklären, obwohl der Mensch noch lebt. Deshalb müssen alle Möglichkeiten der Wiederbelebung ausgeschlossen werden. Dazu gehört vor allem, dass die medizinischen Tests absolut zuverlässig sein müssen. Im Umkehrschluss würde durch eine falsch negative Diagnose ein Mensch für lebendig er-

klärt, obwohl dieser Tod ist, dem Individuum dabei aber kein Schaden zugefügt (Lock 2002, 191).

Im Jahre 1982 veröffentlichte der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer eine Entscheidungshilfe zur Feststellung des Hirntodes. Bereits seit 1979 befasste sich eine Expertenkommission im Auftrage des Wissenschaftlichen Beirates mit der Diagnostik des Hirntodes (Bundesärztekammer 1991, C-2417). Seit 1982 gab es mehrere Fortschreibungen – 1986 und 1991 – der Kriterien des Hirntodes: Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes (Wiesemann 2001, 227; Bundesärztekammer 1986 und 1991). Mit der Einführung des Transplantationsgesetzes änderte sich die Gewichtung. Aus den einstmals unverbindlichen Entscheidungshilfen wurden nun bindende Richtlinien. Diese wurden in der dritten Fortschreibung erläutert (Bundesärztekammer 1998a, A-1861). Eine gesetzliche Legitimation bekam das Hirntodkonzept erst 1997 mit der Verabschiedung des Transplantationsgesetzes. Der dargelegte Zeitraum von fast 20 Jahren zeigt, dass hier nicht einfach eine neue, wissenschaftlich begründete Definition Eingang in die Gesetzgebung gefunden hat. Deshalb möchte ich den Verlauf der Debatte an dieser Stelle darstellen, um zum tieferen Verständnis dieses Diskussionsprozesses beizutragen.

### *Medizinisch-technische Voraussetzungen des Hirntodkonzeptes*

Die Ausarbeitung der Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes nach dem Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse wurde der Bundesärztekammer aufgetragen (dTPG § 16). Ihre Aufgabe – bezogen auf das Hirntodkonzept – besteht darin, die geltenden Regelungen dem jeweiligen medizinischen Wissenstand anzupassen und auf ihre bestehende Gültigkeit hin zu überprüfen (dTPG § 16). Nach § 16 Abs. 1 Nr. 1 des Transplantationsgesetzes stellt „die Bundesärztekammer den Stand der Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft in Richtlinien fest, die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 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 einschließlich der dazu jeweils erforderlichen ärztlichen Qualifikation“ (dTPG § 16 Abs. 1 Nr. 1).

## Vergleichende Darstellung

Einen großen Beitrag zur "Entdeckung" des Hirntodes hatten u.a. die Entwicklungen im Bereich der Intensivmedizin und Anästhesie. Als Ausgangspunkt für die Entwicklung der Intensivmedizin, wie wir sie heute kennen, war die Tat des dänischen Anästhesisten Björn Ibsen im Krankenhaus von Kopenhagen. Im Jahre 1952 wurde durch ihn erstmals ein Mädchen vor dem Ersticken gerettet, weil er einen Luftröhrenschnitt machte, einen Tubus einführte, das Kind mittels Barbituraten relaxierte und so aktiv beatmen konnte. Auch die nur ein Jahr später eingeführte Relaxierung der Muskulatur mittels Curare ist ihm zuzuschreiben (Schellong 2001, 195). Durch diese beiden beachtlichen Entwicklungen gewann die künstliche Beatmung in den folgenden Jahren zunehmend an Bedeutung. Aber erst mit dem Übergang von der manuellen Beatmung hin zur mechanischen konnte eine kontinuierliche Belüftung der Atemwege, vor allem bei Bewusstlosen, gewährleistet werden, da die Steuerung der Apparate es zuließ, Druck, Volumen, Frequenz, Verhältnis Inspiration zu Expiration usw. einzustellen. Dies stellte Mitte der 1960er Jahre eine neue Entwicklungsstufe in der Reanimations- und Intensivmedizin dar (Schellong 2001, 200). Dieser Meilenstein der intensivmedizinischen Entwicklung erlaubte es nun, Menschen, die nicht mehr eigenständig atmen konnten, zu beatmen. Erst dieser Umstand erlaubt es, Patienten mit schweren Schädel-Hirn-Traumata, die bewusstlos sind und keine Spontanatmung mehr aufweisen, weiter am Leben zu erhalten.

Der südafrikanische Chirurg Christiaan Bernard sorgte 1967 durch die erste Mensch-zu-Mensch-Herztransplantation für ein öffentliches Interesse an der Transplantationsmedizin und der damit verbundenen Frage nach der „richtigen“ Todesfeststellung. Die internationale und somit auch die deutsche Ärzteschaft standen unter dem Druck, sich diese neue Technik anzueignen (Wiesemann 2001, 224). Bernard experimentierte schon seit einigen Jahren auf dem Gebiet der Herztransplantation, so wie einige seiner US-amerikanischen und europäischen Kollegen auch (Malan 1968b). Es war nur eine Frage der Zeit, wer als erster einen geeigneten (Spender) Kandidaten für diesen Eingriff fand. Durch diesen Meilenstein der Medizingeschichte rückte Südafrika in den Mittelpunkt der Weltöffentlichkeit. Bernard erklärte einen Menschen für tot, der keine Anzeichen von Gehirnaktivität

mehr aufwies (Malan 1968a). Dieses ging über die in Deutschland bis dato vorherrschende Todesdefinition hinaus.

Bernard war jedoch nicht der erste Arzt, der einem Menschen, der keine Gehirnaktivität mehr aufwies, Organe zu Transplantationszwecken entnommen hat. Die anscheinend erste Organexplantation wurde 1963 bei einem Menschen, dessen Herz noch schlug, aber durch definierte Kriterien sich in dem von Mollaret benannten *coma dépassé* befand, durchgeführt (Lindemann 2003, 95).<sup>42</sup>

Eine weitere Entwicklung, die zwingend erforderlich war, damit eine Transplantation von nicht Blutsverwandten stattfinden konnte, waren die Weiterentwicklungen im Bereich der Immunsuppressiva. Besonders die Entwicklung der Cyclosporine Mitte der 1980er Jahre führte hier zu einem Durchbruch (Ikels 1997, 97). Erst durch diese Entwicklung konnten Abstoßungsreaktion reduziert und die Transplantationsmedizin zu einem Routineverfahren gemacht werden (Lock 2002, 65).

### *Debatte um ein neues Todeskriterium*

Auf der 85. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie im Jahre 1968 beschlossen die Teilnehmer, das bisher geltende Kriterium des Todes durch ein weiteres, neues zu ergänzen. „Die Kommission kommt zu dem Schluß, daß grundsätzlich wie bisher als Zeichen des Todes die fehlende Atmung und Herztätigkeit sowie die sekundären Erscheinungen der Abkühlung, Muskelstarre und Totenflecken gelten können“ (Kommission für Reanimation und Organtransplantation der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1968, 1113). Dieses bisherige Todeskriterium sollte weiterhin gelten, aber dadurch, dass der Sterbeprozess durch die moderne Reanimation verändert wurde, erschien es nötig, ein weiteres Kriterium zur Todesdefinition einzuführen. Dieses weitere Kriterium war das des Hirntodes. Es wurde als notwendig erachtet, die Funktionsfähigkeit des Gehirns in Abhängigkeit vom Herz-Kreislauf-System zu sehen. „Außer diesen Kriterien [denen des Atem- und Kreislaufstillstandes, M.F.] muss dann vor allem der Zustand des Gehirns und seine Abhängigkeit vom Kreislauf berücksichtigt werden“ (Kommission für Re-

---

<sup>42</sup> Lindemann weist allerdings darauf hin, dass ihrer Ansicht nach Mollaret das *coma dépassé* weder als Grund eines Abbruches der intensivmedizinischen Maßnahmen noch als Todeskriterium sah (Lindemann 2003, 75).

animation und Organtransplantation der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1968, 1113).

Die Grundlage für diese Entscheidung wurde durch eine 1967 dafür eigens gegründete Expertenkommission – Kommission für Reanimation und Organtransplantation – geschaffen. Diese erarbeitete Entscheidungshilfen, die Aufschluss über die Frage nach der Todeszeitbestimmung und den damit verbundenen weiteren Konsequenzen für die Transplantationsmedizin gaben. Die Initiative zur Gründung dieser Kommission ging auf den damaligen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie Werner Wachsmuth zurück. Wachsmuth unterbreitete dem Präsidium seinen Vorschlag, das daraufhin die Kommission für Reanimation und Organtransplantation gründete (Wiesemann 2001, 220).

Die Forderung nach Einführung eines weiteren Todeskriteriums gab es aber schon vor 1967. Der Neurochirurg R.A. Frowein sprach sich dafür aus, in bestimmten Fällen den zerebralen Tod dem Herz-Kreislauf-Tod vorzuziehen. In einer Veröffentlichung aus dem Jahr 1964 führte er an, dass Patienten, die im Koma liegen, weite, reaktionslose Pupillen haben und aufgrund eines Atemstillstandes an ein Beatmungsgerät angeschlossen sind, für zerebral tot zu erklären seien, wenn sich an der Reaktionslosigkeit der Pupillen innerhalb von 20-30 Minuten nichts ändere. Er begründet diese Einführung mit der steigenden Zahl der Schwerverletzten, die die oben genannte Symptomatik aufwiesen und den daraus folgenden Handlungsbedarf (Frowein et al. 1964). „Angesichts der vielen Schwerverletzten, die mit diesen Symptomen heute mehr und mehr in alle Krankenhäuser eingeliefert werden, ist die Klärung [wann die künstliche Beatmung beendet werden kann, M.F.] und Begründung der Grenzen ärztlichen Handelns notwendig geworden“ (Frowein et al. 1964, 281).

Wilhelm Tönnis und R.A. Frowein beschrieben 1963 in dem Aufsatz „Wie lange ist Wiederbelebung bei schweren Hirnverletzungen möglich?“ (Tönnis und Frowein 1963) ausführlich, wie eine Behandlung von Schwerverletzten mit Verletzungen des Kopfes und Gehirns aussieht und unter welchen Bedingungen diese eingestellt werden sollte (Tönnis und Frowein 1963). Gesa Lindemann kommt zu dem Schluss, dass hier eine andere Intention zum Tragen kommt als beispielsweise bei den US-Amerikanern Schwab, Potts und Bonazzi. Diese haben ihrer An-

## Vergleichende Darstellung

sicht zeitgleich „neue Tests zur Todesfeststellung“ (Lindemann 2003, 82) und damit explizit eine neue Todeskonzeption erarbeitet, während Tönnis und Frowein sich die Frage nach dem richtigen Zeitpunkt des Behandlungsabbruches stellten (Lindemann 2003, 82).

Aber warum hat es von der „Entdeckung“ des Hirntodkonzeptes bis zur Ausarbeitung gesetzlicher Regelungen fast 30 Jahre gedauert (Schlich 1999)?

Bis 1997 gab es in Deutschland keine gesetzliche Regelung zur Anwendung des Hirntodkonzeptes. Mit dem 1997 verabschiedetem Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (detaillierte Darstellung im Kapitel 7.1.1) wurde diese Lücke gefüllt. Neben den bereits benannten Aufgaben sind hier auch die Voraussetzungen zur postmortalen Organspende niedergeschrieben. In § 3 Abs. 1 Nr. 2 des Transplantationsgesetzes wurde festgehalten, dass „der Tod des Organ- oder Gewebespenders nach den Regeln, die dem Stand der Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft entsprechen“ festzustellen ist. Weiter heißt es im dTPG § 3 Abs. 2 Nr. 2, dass eine Organentnahme unzulässig ist, wenn „nicht vor der Entnahme bei dem Organ- oder Gewebespende der endgültige, nicht beheb- bare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach Verfahrensregeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen“ festgestellt wurde. Somit wurde der Hirntod gesetzliche Voraussetzung für die postmortale Organentnahme (Vollmann 2001, 45).

In der Diskussion um ein Transplantationsgesetz wurden im deutschen Bundestag Stimmen gegen das Hirntodkonzept laut. Einige Abgeordnete des Bundestages forderten, im Hirntod nicht den Tod des Menschen zu sehen, sondern vielmehr einen *Prozess des Sterbens*. Sie sahen im hirntoten Menschen noch einen Lebenden und waren deshalb der Auffassung, dass der betroffenen Person ihre Organe nur mit ihrer vorherigen ausdrücklichen Zustimmung entnommen werden dürften (Schneider 2001, 292). Innerhalb des Parlaments gab es keine einheitliche Sichtweise zum Konzept des Hirntods. Dies zeigte sich auch in der Antragsstellung. So fanden sich beide Positionen, den Hirntod als Tod des Menschen bzw. als Zäsur in

## Vergleichende Darstellung

der Unumkehrbarkeit des Sterbeprozesses zu sehen, in den Gesetzesanträgen wieder. Gerade aus den Reihen der Bundestagsfraktion von Bündnis 90 / Die Grünen kam der Einwand, es handle sich beim Hirntodkonzept um ein „pragmatisches Todeskonzept“ und eine „willkürliche Vorverlegung des Todes“ (Monika Knoche), dessen Befürworter sich von der gesetzlichen Festlegung eine Zunahme von Spenderorganen erhofften (Plenarprotokoll 13/183, 16404B). Die Gruppe Parlamentarier, die den Hirntod als Tod des Menschen ansahen, bildete sich um den damaligen Gesundheitsminister Horst Seehofer. Edzard Schmidt-Jortzig, Herta Däubler-Gmelin u.a. beschrieben einen Menschen, der sich im Stadium des Hirntods befindet, als jemanden, der einen *Prozess des Sterbens* durchläuft (Schneider 2001, 292). Erst bei der Abstimmung der Gesetzesentwürfe am 25.06.1997 fand sich eine Mehrheit für das Konzept des Hirntodes (Hauser-Schäublin et al. 2001, 203).

Es waren u.a. der Theologe Johannes Hoff sowie der Mediziner Jürgen in der Schmitten, die diese Diskussion im öffentlichen und akademischen Kontext eingeleitet haben. Auch sie sahen im "hirntoten" Menschen einen Menschen, der noch nicht tot ist, sondern sich in einem *Prozess des Sterbens* befindet. Der Mensch würde demnach schon vor dem Abbruch der lebensverlängernden Maßnahmen für tot erklärt (Hoff und in der Schmitten 1995). Als Argument gegen das Hirntodkonzept führen sie an, dass, wenn der hirntote Mensch noch in der Lage sei, mit seiner Umwelt zu kommunizieren (z.B. in Form von Reflexen), dann könne er noch nicht als tot gelten, sondern müsse als lebendig angesehen werden. Er sei erst dann tot, wenn es keine Interaktion mehr „zwischen Gesamtorganismus und Organen“ (Hoff und in der Schmitten 1995, 224) gäbe. Zudem sehen Hoff und in der Schmitten in dem Papier der *Ad Hoc Committee of the Harvard Medical school* den Versuch einer nachträglichen Legitimation eines „offensichtlich pragmatisch begründeten Schritt[es]“ (Hoff und in der Schmitten 1995, 169f), mit dem Ziel, Organe für die Transplantationsmedizin zu beschaffen. Dagegen ist vorgebracht worden, dass diese Intention vorhanden sein kann, ohne dass sich daraus automatisch eine Verwerfung des Hirntodkonzeptes ableiten lässt (Schlich 1999).

Die Soziologin Gesa Lindemann vertritt die Ansicht, dass das Hirntodkonzept zunächst doppeldeutig war. „Es konnte sowohl als Kriterium des Behandlungsabbruchs in hoffnungslosen Fällen als auch als Todeskriterium verstanden werden“ (Lindemann 2003, 9). Ihrer Ansicht nach hätte es auch bei dieser Doppeldeutigkeit bleiben können, wenn es nicht eine Verbindung zwischen Hirntodkonzept und Organtransplantation geben würde. Da dem Menschen ein besonderer rechtlicher Status zukommt, musste geklärt werden, wann die Organentnahme bei Toten oder Lebenden erfolgen kann. Lindemann kommt zu dem Schluss, dass „die Transplantationsmedizin [...] nicht die »Erfinderin« des Hirntodkonzeptes [ist], aber sie befördert einen harten Zwang zur Klarheit“ (Lindemann 2003, 9).

Des Weiteren kritisieren Hoff und in der Schmitt den die Definition des Bewusstseinsverlustes. Ihrer Ansicht nach könne keine Aussage darüber gemacht werden, wie das Bewusstsein eines Menschen zustande kommt. Es gäbe keine Hirnstruktur, die die Eigenschaften menschlichen Lebens bestimme. Das, was den Menschen charakterisiert, sei keiner bestimmten Region im Gehirn zuzuordnen. Das Hirntodkonzept beweise lediglich, dass bestimmte Attribute des Bewusstseins nicht vorhanden sind, es weise keineswegs die „Nichtexistenz von Bewusstsein“ (Hoff und in der Schmitt 1995, 208) nach. Der Mediziner und Hirntodbefürworter Angstwurm (1993) greift genau dieses Argument auf, vertritt aber die Ansicht, dass ohne Gehirn eine geistige Interaktion mit der Umwelt nicht möglich ist.

Die hier beschriebene Kritik am Hirntodkonzept befasst sich zum einen mit dem Bruch der traditionellen Todesdefinition, zum anderen mit der Frage, ob Bewusstsein überhaupt erfasst werden kann. Es gibt aber auch Kritik an der Beweisführung des vollständigen Hirnausfalls. Einer dieser Kritiker ist der Neurologe Martin Klein. Seines Erachtens beweist das Hirntodkonzept nicht den Ausfall aller Gehirnfunktionen. Er argumentiert, dass eine Untersuchung von Madlein Griggo zufolge bei 11 von 56 Patienten nach Feststellung des Hirntodes noch EEG-Aktivitäten vorhanden waren. Den Einwand, dies seien nur Restaktivitäten einzelner Zellen, lässt er nicht gelten, denn dies würde „willkürlichen Todesbeurkundungen Tür und Tor öffnen“ (Klein 1995, 12).

Auch der US-Amerikanische *President's Council on Bioethics* hat sich 2008 dafür ausgesprochen, den Hirntod neu zu bewerten. In der Veröffentlichung *Controversies in the Determination of Death* wird dem menschlichen Körper auch nach dem Hirntod noch eine integrative Funktionsfähigkeit zugeschrieben, die sich u.a. in der Aufrechterhaltung der Homöostase zeigt. Sie räumen in Ihrem Bericht ein, dass die integrativen Funktionen des menschlichen Körpers nicht unmittelbar kurz nach dem Eintreffen des Hirntodes persistieren, daher kann dieses Argument nicht mehr aufrechterhalten werden (President's Council on Bioethics 2008, 39ff). Bislang wurde sich bei der Gleichsetzung des Hirntodes mit dem Tod des Menschen darauf berufen, dass es einen engen zeitlichen und kausalen Zusammenhang zwischen Hirntodkonzept und Tod gibt (Müller 2010, 10). Zudem räumt der Council ein, dass es keine Differenzierung des Todes in den Tod der Person und den Tod des Organismus geben kann (Müller 2010, 10). Die Philosophin Sabine Müller arbeitet heraus, dass der Council ein gänzlich anders Konzept von Ganzheit vertritt, welches „das Kriterium der Integration der körperlichen Funktionen aufgibt und die "Intuition" unterstützt, dass der Körper nach dem Hirntod kein organismisches Ganzes mehr sei“ (Müller 2010, 10). Daher sieht der Council „Determining whether an organism remains a whole depends on recognizing the persistence or cessation of the fundamental vital work of a living organism – the work of self-preservation, achieves through the organism's need driven commerce with the surrounding world“ (President's Council on Bioethics 2008, 64). Diese Arbeit, die der Selbsterhaltung, die der Organismus in seiner Umgebung verrichtet, wird definiert als Fähigkeit zum Bewusstsein einer Schmerzreaktion und dem Vorhandensein der spontanen Atmung. Damit würde dem Hirntodkriterium doch noch seine Gültigkeit zugesprochen, zwar nicht durch den Verlust der integrativen Körperfunktionen, sondern vielmehr dadurch, dass „der Organismus nicht mehr die wesentliche Arbeit leisten könne, die lebende Dinge charakterisiere“ (Müller 2010, 10). Eine andere Denkrichtung spricht der Philosoph Dieter Birnbacher an. Dieser vertritt die Ansicht, dass die *Dead Donor Rule* aufzuheben sei. Er ist der Ansicht, dass die Explantation von Organen bei hirntoten Menschen an einem lebenden Organismus vorgenommen wird. Er plädiert daher für ein Weiterbestehen des Hirntodkonzeptes, spricht sich allerdings dafür aus, dem bewussten Leben

eine höheren Stellenwert zukommen zu lassen und daher die Organentnahme bei Hirntoten zu akzeptieren (Birnbacher 2007, 474f). Würde dieser Überlegung Recht gegeben, so würden Ärzte bei der Explantation lebenswichtiger Organe den Menschen töten. Dies wäre höchstens mit der Akzeptanz und Zulassung der aktiven Sterbehilfe vereinbar, die aber sowohl vom Gesetzgeber als auch von der Bundesärztekammer nicht anerkannt ist (Müller 2010, 15f). Müller plädiert dafür, „auch wenn aus ethischen, juristischen, politischen und/oder ökonomischen Gründen am bestehenden Hirntod-Kriterium festgehalten werden sollte, ist zumindest eine valide Hirntod-Diagnostik auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand zu fordern. Daher sollte die zerebrale Angiographie für die Hirntoddiagnostik zwingend vorgeschrieben werden, in Zweifelsfällen auch die fMRT, PET oder SPECT“ (Müller 2010, 16). Der Philosoph Ralf Stoecker spricht sich für eine Ethik des Hirntodes aus, die ganz auf den Todesbegriff verzichtet. Stattdessen spricht er sich „für eine moralische Transformation der Hirntod-Debatte in eine echte Ethik der Transplantationsmedizin, in der dann solche Gesichtspunkte, wie das Recht auf den eigenen Körper, die Pflicht zur Hilfe gegenüber anderen in der Not, die Möglichkeit zu supererogatorischen Handlungen, die Rechte der Gesellschaft, den Einzelnen in Anspruch zu nehmen, aber auch die Bedeutung biologischen Lebens und der lebendigen Anmutung unseres Gegenübers für dasjenige, was wir mit ihm tun dürfen, im Mittelpunkt stehen“ (Stoecker 2010,L).

### *Organspende als Akt der Nächstenliebe*

Bereits 1990 – also sieben Jahre bevor es eine gesetzliche Regelung zur Transplantationsmedizin gab – verfassten die Deutsche Bischofskonferenz und der Rat der Evangelischen Kirchen Deutschlands eine gemeinsame Erklärung zur Organtransplantation. In dieser wird die Organspende als ein Akt der Nächstenliebe verstanden. Daher sprechen sie sich nicht gegen eine Organspende aus. Ihnen ist es wichtig, dass – wie später auch im Transplantationsgesetz niedergeschrieben – die Freiwilligkeit der Spende gewahrt wird und das der Spender durch die Transplantation nicht stirbt, daher dürfen lebenswichtige Organe erst nach Feststellung des Todes entnommen werden. Auch dem Hirntodkonzept stehen die beiden christlichen Konfessionen positiv gegenüber. Sie sehen im Hirntodkonzept „allein das

Krankheitsgeschehen ohne Bezug zu irgendwelchen Zwecken“ (Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirchen Deutschlands 1990). Weiter heißt es in der Erklärung „der Hirntod wird auch festgestellt zur Beendigung einer zwecklos gewordenen Intensivbehandlung und ohne eine später mögliche Organspende“ (Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirchen Deutschlands 1990).

Damit, so scheint es, distanzieren sich die beiden Kirchen eindeutig von dem Vorwurf der Hirntodkritiker an die Transplantationschirurgie, sich eine nachträgliche Legitimation zu verschaffen. Allerdings sei der Hinweis erlaubt, dass die Kirchen direkt oder indirekt als Krankenhausbetreiber an der langjährigen Praxis der Transplantationschirurgie ihren Anteil hatten.

Die Deutsche Bischofskonferenz und der Rat der Evangelischen Kirchen Deutschlands unterstützten eindeutig das Konzept des Hirntodes. „Der Hirntod bedeutet ebenso wie der Herztod den Tod des Menschen“ (Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirchen Deutschlands 1990). Zudem ziehen sie die postmortale Organspende einer Lebendorganspende eindeutig vor. Eine postmortale Organspende widerspricht auch nicht einer theologisch geprägten Anthropologie. Diese sieht im Tod des Menschen das Ende der leib-seelischen Einheit. Daher kann die theologische und vom Glauben gestützte Auferstehung nach dem Tod nur als eine neue Stufe der Entwicklung gedacht werden, bei der es nicht relevant ist, ob die leib-seelische Einheit noch existiert (Körtner 2003, 108f).

### *Problem der Todesdefinition*

Durch die Entwicklungen auf dem Gebiet der Beatmung, Reanimation und intensivmedizinischen Betreuung sahen sich die Ärzte in den 1960er Jahren einem Problem gegenübergestellt, auf das sie keine zureichende Antwort hatten: Wo sich die Grenze zwischen Leben und Tod befindet (Schellong 2001, 205) und damit verbunden die Feststellung des Todes. Dabei sind die Ebene der Todesdefinition und die Feststellung des Todes innerhalb der Transplantationsmedizin durchaus umstrittene Bereiche. So zeigte die Gallup-Studie von 1985 (Ach et al. 2000, 29) für den US-amerikanischen Kulturkreis, dass die Ablehnung der Bevölkerung

einer Organtransplantation mit dem Problem der Todesdefinition und Todesfeststellung zu tun haben. Die dort getätigten Äußerungen zeigten sowohl die Angst des Menschen, trotz Hirntod nicht tot zu sein als auch die Sorge, die Mediziner würden dem Menschen Leid zufügen. Hier offenbart sich eine tiefe Verunsicherung der Bevölkerung gegenüber dem Hirntodkonzept sowie ein Vertrauensverlust in die Mediziner, der nach Ach et al. der wachsenden Ökonomisierung zuzuschreiben ist (Ach et al. 2000, 29f). In den 1990er Jahren gab der Fall des "Erlanger Babys"<sup>43</sup> und seiner hirntoten Mutter diesen Befürchtungen neue Nahrung. Die Menschen und auch die Medien<sup>44</sup> stellten sich die Frage, wie bei jemandem, der tot sein soll, die Körperfunktionen zur Aufrechterhaltung einer Schwangerschaft noch bestehen könne. Daher „liegt der Verdacht nahe, daß solche Menschen zwar im Sterben liegen, aber eben nicht tot sind, und daß es an anderen Gründen liegt, wenn sie dennoch für tot erklärt werden“ (Ach et al. 2000, 30). Aktuelle Untersuchungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) geben für den deutschen Raum einen Überblick über das Organspendeverhalten von Pflegekräften sowie der allgemeinen Bevölkerung. Beide Gruppen zeigen eine relativ hohe Bereitschaft Organe nach ihrem Tod zu spenden, sie liegen jeweils bei 76 % für die Befragten der Pflegekräfte (BZgA 2010b, 31) und 74 % bei der allgemeinen Bevölkerung (BZgA 2010a, 37). Als Gründe, die gegen einen Organspendeausweis und damit gegen eine Organspende angeführt wurden, standen bei beiden Gruppen an erster Stelle eine fehlende Entscheidungsfähigkeit, gefolgt von der Sorge, dass es zu einem Missbrauch ihrer Organe z.B. durch einen Organhandel kommt. Aber auch die Sorge, dass Mediziner nicht mehr alles zur Rettung der betreffenden Person unternehmen, war ein angegebener Grund für die Ablehnung einer Organspende (BZgA 2010a, 47; BZgA 2010b, 32f).

---

<sup>43</sup> Im Jahr 1992 verunglückte eine 18jährige Zahnarzhelferin lebensgefährlich. Zu diesem Zeitpunkt war sie im vierten Monat schwanger. Wenige Tage nach ihrer Einlieferung in die Erlanger Universitätsklinik wurde sie als hirntot diagnostiziert. Da der Fötus bei dem Unfall unverletzt blieb, versuchten die Ärzte die Schwangerschaft aufrechtzuerhalten (Klinkhammer G (1992, A-3632).

<sup>44</sup> [www.spiegel.de/spiegel/print/d-13679986.html](http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-13679986.html) . Letzter Zugriff: 28.01.2012

## Vergleichende Darstellung

Die Gründe, warum es zu Verwirrungen um das Hirntodkonzept kommt, sind demnach der Verwechslung der verschiedenen Ebenen bzw. der mangelnden Trennung dieser innerhalb der Diskussion zuzuschreiben (Ach et al. 2000, 31). „Übersehen wird, daß die Frage nach Kriterien zur Feststellung des Todes einerseits und dem Begriff des Todes andererseits ganz unterschiedliche Arten von Antworten verlangen“ (Ach et al. 2000, 31). Zur Klärung schlagen Ach et al. drei Strategien vor, den Todesbegriff zu definieren: Eine moralische, eine biologische und eine ontologische. Dabei existiert ein Gegensatz zwischen der moralischen Strategie auf der einen Seite sowie der ontologischen und biologischen Strategie auf der anderen Seite. Die adäquate Todesdefinition ist nach der moralischen Strategie eine genuin moralische Frage, das bedeutet, dass sie sich nicht auf das Ende der Existenz eines Individuums bezieht, sondern z.B. die Frage behandelt, welcher moralische Status einem Menschen im irreversiblen Koma zukommt (Ach und Marckmann 2008, 332).

Im Gegensatz dazu gehen sowohl die biologische als auch die ontologische Strategie davon aus, „daß es bei der Definition des Todes um das Ende der Existenz eines bestimmten Individuums geht“ (Ach et al. 2000, 38). Der ontologische Ansatz stellt den Tod der Person in das Zentrum, der biologische Ansatz geht vom Tod des Menschen als Tod des Organismus als Ganzem aus (Ach et al. 2000, 38). Demnach stellt sich die Frage nicht nur danach, wann ein Mensch tot ist, sondern was personale Identität überhaupt bedeutet, wie Leib und Seele, Körper und Geist zusammenhängen. „Es stellt sich, mit anderen Worten, die Frage nach den Grundkategorien menschlichen Lebens. Die Frage, ob wir über den Tod der Person oder den Tod des Organismus sprechen, wenn wir danach fragen, wann ein Mensch tot ist, läßt sich nur vor diesem Hintergrund richtig verstehen. Wenn die Frage nach dem Tod des Menschen implizit auch eine Frage nach dem Menschsein des Menschen ist, dann ist nicht mehr selbstverständlich, daß der biologische und der personale Tod immer zusammenfallen. Daß eine Person tot ist, könnte heißen, daß die für personelles Leben konstitutiven Eigenschaften wie Bewußtsein, Selbstbewußtsein oder Rationalität irreversible verlorengegangen sind.“ (Ach et al. 2000, 38).

Birnbacher stellte ähnliche Überlegungen an und definiert den ontologischen Ansatz darüber, dass die Bewusstseinsfähigkeit des Individuums irreversibel erloschen ist (Birnbacher 1999, 55). Neben dem genannten irreversiblen Verlust der Bewusstseinsfähigkeit wird der biologische Ansatz zusätzlich um den Verlust der Fähigkeit zur Integration und zentralen Steuerung der Körperfunktion erweitert (Birnbacher 1999, 55). Birnbacher geht in seinen Ausführungen zwar nicht auf die moralische Strategie ein, formuliert stattdessen aber eine weitere Strategie, um den Todesbegriff zu definieren. Bei dieser Definition ist es entscheidend, dass zu den bereits beim biologischen Tod erwähnten Bedingungen auch die „zentrale Körperfunktion selbst irreversibel“ (Birnbacher 1999, 56) ausfällt. Demnach ist der Mensch nicht tot, wenn einzelne zentrale Funktionen von Maschinen übernommen werden, sondern erst dann, wenn „der Blutkreislauf in seinem Körper irreversibel“ (Birnbacher 1999, 56) zusammenbricht.

In der Auseinandersetzung mit dem Hirntodkriterium stellt sich daher nicht nur die Frage nach der Klärung des Todesbegriffs und damit verbunden die Frage, wann der Mensch tot ist, sondern vielmehr geht es darum, wer oder was der Mensch ist und was personale Identität bedeutet (Ach und Marckmann 2008, 333). Um dies klären zu können, ist es notwendig, sich das Menschenbild in der jeweiligen Gesellschaft anzuschauen. Doch zunächst soll ein kurzer Blick darauf geworfen werden, was *tot* bedeutet.

### *Analyse des Todesbegriffs*

Eine gängige Formulierung der Todesdefinition findet sich im Brockhaus Lexikon. „Zustand eines Organismus nach dem irreversiblen Ausfall der Lebensfunktionen. Als Abschluss eines Alterungsprozesses, dem jedes Lebewesen von Geburt an unterworfen ist, ist der Tod genetisch programmiert und somit ein in der organischen Verfassung des Lebens begründetes biologisches Ereignis [...]. Von dem Tod anderer Lebewesen unterscheidet sich der menschliche Tod dadurch, dass der Mensch mit dem Bewusstsein seiner eigenen Sterblichkeit begabt ist und daher besonders der menschliche Tod ebenso wie das Leben über die biologischen Fakten hinaus auch metaphysische Erklärungen herausfordert“ (Brockhaus 2005).

Diese doch eher wissenschaftlich-biologische Definition des Todes beschreibt oberflächlich, was der Tod bedeutet, liefert aber keine Analyse des Todesbegriffs. Stoecker nennt in seinem Buch „Der Hirntod – Ein medizinethisches Problem und seine moralphilosophische Transformation“ mehrere analytische Ebenen des Todesbegriffs, die hier kurz skizziert werden sollen. Demnach ist der Tod das Ende des Lebens. Diese Aussage ist komplementär zum Leben: „wer tot ist, lebt nicht mehr, und wer nicht mehr lebt, ist tot“ (Stoecker 2010, XXIV). Dabei besteht allerdings insofern eine Asymmetrie zwischen Leben und Tod, als dass das Leben eine Eigenschaft ist bzw. ein Zustand des Menschen, der Tod nicht (Stoecker 2010, XXIV und 51f). Eine weitere analytische Ebene benennt die Endgültigkeit des Todes, der Tod ist der unwiderrufliche Verlust des Lebens, der *Point of no Return*, wo es kein Zurück mehr in das Leben vor dem Tod gibt (Stoecker 2010, 69f). Weiter benennt der Tod das Ende des biologischen Leben (Stoecker 2010, XXV) und darüber hinaus das Ende des personalen Lebens. Dabei steht der Personenbegriff für dasjenige, was den Menschen von anderen Lebewesen unterscheidet. Damit es nicht zu einem „Dammbruch“<sup>45</sup> kommt. Bei Menschen, die nicht das psychische Profil aufweisen, das üblicherweise mit Personalität verbunden wird, wurde nur ein zentraler Aspekt der Personalität berücksichtigt: Das Bewusstsein (Stoecker 2010, XXIX). Als Abgrenzung zum Ende des personalen Lebens benennt der Tod auch das Ende der Existenz als Person, wobei hier der Personenbegriff nicht an eine metaphysische<sup>46</sup> Personalität gebunden ist, sondern vielmehr an bestimmte Eigenschaften. Auf Aristoteles geht die Vorstellung zurück, „dass die Existenz einer Sache an bestimmte, dieser Sache wesentliche Eigenschaften gekoppelt ist“ (Stoecker 2010, XXX). Daher ist der Verlust der wesentlichen Eigenschaft – der des Bewusstseins – gekoppelt mit dem Verlust der Existenz. Wird dies auf den Menschen übertragen, so wären unsere personalen

---

<sup>45</sup> Als Dammbruch-Argument werden Argumente bezeichnet, die davor warnen sollen, bestimmte Handlung zu vollziehen, die zwar anfangs als moralisch wenig problematisch gelten, aber in eine Form von Automatismus („schiefe Ebene“ (*slippery slope*)) führen, so dass es dann zu weiteren Handlungen als Konsequenz kommen könne, die von keinem an der Diskussion Beteiligten gewünscht würde (Schöne-Seifert 2005, 732ff).

<sup>46</sup> Metaphysik ist die Lehre von dem empiristisch nicht mehr Erfahrbaren. Als eine zentrale Disziplin der Philosophie fragt sie nach den Prinzipien des Seins (Möller 2011).

Charakteristika (wie Wahrnehmung, Denkfähigkeit, Empfindungsfähigkeit, Handlungsfähigkeit) diejenigen, die für uns wesentlich sind.

Abgesehen von den bereits erwähnten biologischen und personalen Eigenschaften geht mit dem Tod der Verlust der phänomenologischen Lebendigkeit einher, die betreffende Person wird dann optisch nicht mehr als Mensch wahrgenommen.

Die bislang vorgestellten Untersuchungen des Todesbegriffs sind deskriptiven Charakters. Leben und Tod werden aber nicht nur deskriptiv verwendet, sondern als sogenannte "dichte" oder "dicke" Begriffe<sup>47</sup>, welche die beschriebenen Dimensionen noch mit einer wertenden Dimension verbindet. Der besondere Umgang mit Lebenden als Abgrenzung zum Umgang mit Toten und das Verbot der Tötung eines Menschen. Dadurch markiert das Leben den moralischen Status des Menschen, der Tod damit die moralische Schwelle (Stoecker 2010, XXXff).

### *Menschenbild und gesellschaftliche Dimension des Todesbegriffs*

Wie zuvor bereits aufgezeigt wurde, gibt es verschiedene Strategien den Begriff des Todes zu definieren. Allen gemeinsam ist, dass diese Definition abhängig von der jeweiligen Gesellschaft ist. Sie ist selbst gemacht, sozusagen *man-made* und u.a. abhängig von der jeweiligen Kultur (Birnbacher 1999, 51). Damit ist es notwendig, sich mit dem Menschenbild in einer Gesellschaft auseinanderzusetzen. Der Mensch als biologisches und physiologisches Wesen, wird stark von sozialen und kulturellen Organisationen mitbestimmt und ist somit ein Produkt aus der Entwicklung von Biologie und Kultur (Sperling 2003, 189).

Das Menschenbild in unserer heutigen Gesellschaft ist gekennzeichnet davon, dass der Mensch eine individuelle, autonome Persönlichkeit ist, die mit anderen Individuen durch soziale Interaktionen verbunden ist (Hauser-Schäublin et al. 2001, 223). Gekennzeichnet ist dies u.a. durch das im Grundgesetz Artikel 2 Absatz 1 verankerte Recht auf Selbstbestimmung. „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und

---

<sup>47</sup> Geprägt hat diesen Begriff Bernard Williams. Darunter werden Begriffe verstanden, die sowohl eine deskriptive als auch eine normative Ebene enthalten (Williams 1999, 197).

nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt“. Darüber hinaus geht er ebenfalls eine Beziehung mit einer abstrakten sozialen Gemeinschaft, der Gesellschaft ein (Hauser-Schäublin et al. 2001, 223). Die Bioethikerin Silke Schicktanz stellt in ihrem Aufsatz zwei soziokulturelle Kategorien, Identität und Körper, vor, die „für die Identifizierung, Analyse und Bewertung bioethischer Fragestellungen an der Schnittstelle von Medizin, Kultur und Ethik hilfreich erscheinen“ (Schicktanz 2003, 276). Dabei ist ein zentrales Konzept unserer westlichen Medizin das der individuellen Identität, das sich u.a. in dem Recht auf Selbstbestimmung und körperliche Integrität ausdrückt. Zugleich besitzt der Mensch auch eine soziale Identität, die sich als Mitglied einer bestimmten Gruppe, z.B. einer Religionsgemeinschaft oder aber auch als Bürger einer Stadt ausdrückt. Somit hat Identität je eine soziale und individuelle Komponente, die nicht einzeln, sondern als sich gegenseitig bedingend angesehen werden müssen. Dabei gewinnt die soziale Identität im kulturellen Diskurs scheinbar wieder an Bedeutung, bei der Diskussion um die Berücksichtigung bestimmter, der Gesellschaft innewohnender religiöser oder aber auch traditioneller Riten (Schicktanz 2003, 276). Es genügt also nicht, die individuelle Seite bzw. das Individuum und dessen „freien Willen“ allein zu berücksichtigen.

Die westliche Biomedizin sieht den menschlichen Körper als etwas Objektivierbares an. Daraus bedingt sich auch ein fragmentiertes, standardisiertes und austauschbares Menschenbild. Das Menschenbild bei der Organtransplantation und dem Hirntodkonzept ist von dieser Fragmentierung und Austauschbarkeit des menschlichen Körpers geprägt (Schicktanz 2003, 276f). Die Anthropologin Lock (2002) hat diese Einsicht stark geprägt. Mit dem Hirntodkonzept sei eine Veräußerlichung des Menschen eingetreten. Sie schreibt diese Entwicklung dem westlichen Kulturraum zu. Den Menschen fragmentiert zu betrachten, geht ihrer Ansicht nach auf das Christentum sowie die mittelalterliche Medizin zurück. Die Durchführung von menschlichen Sektionen führte zur Entwicklung der Anatomie und damit zu einmaligen Entwicklungen in der Chirurgie. Die europäische Geschichte der Sektion und auch der Vivisektion geht zurück bis in die Antike. Im 4. Jahrhundert v.u.Z. führte der Grieche Herophilus Vivisektionen – Sektionen am le-

benden Menschen – an Kriminellen und Verstoßenen vor. Die nächsten Aufzeichnungen liegen dann erst wieder um 1286 vor, wo Sektionen in Italien durchgeführt wurden. Im 14. Jahrhundert wurden Sektionen an Universitäten zu Lehrzwecken durchgeführt (Lock 2002, 298f). Der menschliche Körper wurde hierbei detailliert dargestellt. „The idea that the truth about life and death can be found in the inferior body is a long standing“ (Lock 2002, 299).

Der am spanischen Hof tätige Arzt Vesalius war der führende Anatom des 16. Jahrhunderts. Auch wenn sich Vesalius nicht davon abhalten ließ, dass es keine regulären Möglichkeiten zur Beschaffung von Leichen für seine Zwecke gab und ihm u.a. nachgesagt wird, einem Menschen sogar das schlagende Herz entnommen zu haben; so ist sein Werk *De humani corporis fabrica* als Meilenstein der medizinischen Anatomie zu betrachten (Lock 2002, 298f). „With the recognition of anatomy as the key to medical knowledge, the corps became commodified as a unique, irreplaceable object for the advancement of medicine“ (Lock 2002, 301).

Am Anfang des 17. Jahrhunderts wurde der bisherige Anatomieunterricht, die Demonstration des Lehrbuchwissens an Leichen, durch einen praktischen Anatomieunterricht ersetzt. „Der tote menschliche Körper wurde zum Feld großartiger Entdeckungen, die in der gelehrten Öffentlichkeit mit Interesse verfolgt wurden“ (Emter 2001, 117). In Deutschland gab es den ersten Anatomiesaal erst um 1650 (Emter 2001, 117), zuvor wurden Sektionen auch teilweise in Kirchen durchgeführt (Lock 2002, 298). Das Wissen um die Anatomie des menschlichen Körpers diente zum einen zur Selbsterkenntnis und zum anderen sah die Öffentlichkeit im 17. Jahrhundert den menschlichen Körper nicht mehr als den stinkenden Abfall, sondern als ein Wunderwerk Gottes an (Emter 2001, 118f).

Die Ethnologin Brigitta Hauser-Schäublin nennt dies eine Voraussetzung, die charakteristisch für die „Schaffung von »Körpern« als Gegenstände von spezifischen Formen ärztlicher Behandlung“ war (Hauser-Schäublin et al. 2001, 79), damit Organtransplantation überhaupt möglich wurde. Eine weitere Voraussetzung war die deskriptive Trennung von Körper und Geist und die damit verbundene unterschiedliche Gewichtung (Hauser-Schäublin et al. 2001, 80). In unserer westlichen Kultur wird dem Gehirn eine große Bedeutung beigemessen (Roelcke 2001, 79). Kulturbedingt steht es an erster Stelle einer Wertehierarchie und ist von einer

Transplantation ausgenommen. Weiter folgt in der Wertehierarchie das Herz als „Sitz der Gefühle“ (Hauser-Schäublin et al. 2001, 31), gefolgt von der Lunge. Den anderen Organen kommt – mit Ausnahme der Augen – keine weitere kulturelle Bedeutung zu (Hauser-Schäublin et al. 2001, 31). Das Gehirn sei „jene organisatorische Instanz, welche die Integration des gesamten Organismus zu einer leiblich-seelischen Ganzheit gewährleistet“ (Körtner 2003, 106). Es ist verantwortlich für die Verbindung zwischen dem geistig-seelischen und dem anatomisch-körperlichen. Wo der Geist bzw. die Seele sitzt, wird offen gelassen, aber es ist klar, dass mit dem Verlust der anatomischen Struktur dem Gehirn jegliche geistige Aktivität in dieser Welt unmöglich wird (Angstwurm 1993, 187f). Der Mensch wird somit als rein biologisch-physiologisches Wesen verstanden. „Wenn dies der Fall ist, dann können logischerweise gravierende oder funktionale Veränderungen am Gehirn, wie durch Transplantationen, auch eine Veränderung des Geistes nach sich ziehen“ (Schicktanz 2001, 569).

Schicktanz weist u.a. auf eine Umfrage hin, bei der 74 Prozent der Befragten eine Gehirngewebetransplantation ablehnen. Daran lässt sich die Verbreitung eines neurozentrischen, eher biologisch-kausalen Menschenbildes (Schicktanz 2001, 569) auch in der Bevölkerung ablesen.

Auch die gemeinsame Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirchen Deutschlands spricht sich gegen eine Transplantation von Gehirnzellen aus. „Die medizinisch utopische Verpflanzung des Gehirns verbietet sich ethisch, weil mit diesem Organ die persönlichkeitsbestimmenden Merkmale verbunden sind“ (Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirchen Deutschlands 1990). Dennoch fanden und finden in einigen Ländern dieser Welt Transplantationen von fetalem Hirngewebe u.a. in das Gehirn von Parkinson-Patienten oder Menschen, die an einer schizophrenen Persönlichkeitsstörung leiden, statt. Die erste Einpflanzung dieser Art geschah 1987 in Mexiko. Dabei wurde einer Frau, die an der Parkinsonschen Krankheit erkrankt war, menschliches embryonales Hirngewebe implantiert (Linke 1996, 12f). Unter solchen Umständen stellt sich die Frage nach der Identität dieser Person und ob es zu einer Wesensveränderung kommen könnte (Linke 1996, 104).

## Vergleichende Darstellung

Die dritte und somit letzte Voraussetzung war die Abwendung von der Vorstellung, bestimmte Eigenschaften eines Menschen seien durch Organe übertragbar, so bestand die Furcht davor, kriminell zu werden, wenn z.B. das Organ eines Kriminellen übertragen wurde (Hauser-Schäublin et al. 2001, 81f). Diese Annahme wurde zum einen davon genährt, dass im 17. Jahrhundert Bluttransfusionen zwischen zerstrittenen Verwandten oder Eheleuten mit dem Ziel durchgeführt wurden, dass diese sich dadurch wieder versöhnten. Zum anderen wurden, beginnend im 17. Jahrhundert, Bluttransfusionen mit Tierblut bei Menschen mit dem Ziel durchgeführt, bestimmte Eigenschaften des Tieres auf den Menschen zu übertragen. Bis in das 20. Jahrhundert hinein glaubten die Menschen, mit der Transplantation von Gewebe von Tieren gehe eine (Wesens-)Veränderung des Empfängers einher. Konkretes Beispiel sind Anfang der 1920er Jahre transplantierte Affenhoden, die den männlichen Organempfängern eine Verjüngung bringen sollten (Schicktanz 2001, 560ff).

### *Hirntod als Heldentod*

Die hier genannten Bedingungen sind ein Spiegelbild der westlichen humanmedizinischen Vorstellungen in Bezug auf die Bedeutung des Körpers für das Menschenbild und elementare Voraussetzung für das Konzept des Hirntodes (Hauser-Schäublin et al. 2001, 83f). Die Organtransplantation mit dem Hirntodkonzept bietet die Möglichkeit, zwar nicht unsterblich zu werden, aber dem Tod durch eine Organspende einen positiven Aspekt zu geben, z.B. als „Lebensretter“. Dies wird gerade dann versucht, wenn junge Menschen einen Unfalltod erleiden. Die Organspende ermöglicht ggf. die weitere Existenz eines anderen Menschen (Röselcke 2001, 76). Empfänger können funktionseingeschränkte Organe ersetzen und so ihr Leben vielleicht verlängern (Hauser-Schäublin et al. 2001, 16).

Der moderne, säkulare Mensch sieht im Tod das endgültige Ende seiner Existenz. Er glaube nicht mehr an ein Leben nach dem Tod, er konzentriert sich auf das Hier und Jetzt. Begriffe wie Selbstverwirklichung orientieren sich auf das Diesseits (Schneider 2001, 288), obgleich unsere Gesellschaft auch von religiösen Wertvorstellungen geprägt ist. Veranschaulicht wird das durch die Präambel des

Grundgesetzes. Hier wird explizit auf Gott und die menschliche Verantwortung ihm gegenüber verwiesen. Auch die Gewichtung der Zustimmung zum Hirntodkonzept der beiden großen Kirchen in Deutschland ist ein Zeichen dafür, dass religiöse Wertvorstellungen eine wichtige Rolle in unserer Gesellschaft spielen (Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirchen Deutschlands 1990). Ob die Organspende als Akt der Nächstenliebe oder als heldenhafte Lebensrettung begriffen wird, hängt maßgeblich von den Vorstellungen der beteiligten Personen - also auch von Angehörigen und Freunden der Organspendenden sowie den Empfängern - ab.

### *Informed Consent*

Ein Konzept, das individuelle Identität und Selbstbestimmung in der biomedizinischen Praxis berücksichtigt, ist das des *Informed Consent*. Darunter können unterschiedliche rechtlich-ethische Modelle der Zustimmung des Einzelnen zu Eingriffen an seinem Körper durch Dritte verstanden werden, die jeweils einen unterschiedlichen Stellenwert des Individuums reflektieren. Unter dem *Informed Consent* wird ein allgemeines Prinzip verstanden, das abhängig von der jeweiligen Kultur, in der es Anwendung findet, modifiziert wird. Je nach soziokulturellem Kontext wird der Fokus dabei mehr auf das Individuum als *Individual Informed Consent* oder aber auf die Familie als *Family Consent*<sup>48</sup> gelegt (Braune et al. 2008, 136). „Die verschiedenen »Consent«-Ausgestaltungen orientieren sich an den jeweilig vorherrschenden Gesellschaftsstrukturen und den Bedeutungen, die dem Status des Individuums in der Familie zuerkannt werden“ (Braune et al. 2008, 137). Der *Individual Informed Consent* ist dadurch charakterisiert, dass der Patient nach ausführlicher Aufklärung des Arztes, eigenverantwortlich entscheidet. Dabei ist nicht ausgeschlossen, dass er Familienmitglieder mit in die Entscheidungsfindung einbezogen hat. Diese Art des *Informed Consent*, verstanden als *Individual Informed Consent*, entwickelte sich auf der Grundlage der westlichen Kultur, mit ihrer europäischen Aufklärung, welche die Idee eines autonomen Individuums beinhaltet (Braune et al. 2008, 139f). Verbreitung findet dieses Mo-

---

<sup>48</sup> Auf das Modell des *Family Consent* wird in Kapitel 7.2.2 noch einmal eingegangen.

dell daher auch vor allem in den westlichen Gesellschaften und legt den Fokus daher auch auf die rechtliche sowie politische Unabhängigkeit des Individuums. Dadurch wird der Paternalismus des Arztes aufgehoben, aber auch eine ungewollte Einmischung von Seiten der Familie verhindert (Braune et al. 2008, 141). Obwohl es in Deutschland eine starke Orientierung hin zur Patientenautonomie gibt, wird bei der Organspende der Familie eine ethisch-moralische Bedeutung insofern zugeschrieben, als dass sie zum Entscheidungsträger wird. Namentlich, wenn kein Organspenderausweis vorliegt und es gleichrangige Angehörige gibt, müssen diese zu einem Konsens kommen (Braune et al. 2008, 149f). „Bei mehreren gleichrangigen nächsten Angehörigen genügt es, wenn einer von ihnen nach Absatz 1 beteiligt wird und eine Entscheidung trifft; es ist jedoch der Widerspruch eines jeden von ihnen beachtet“ (dTPG § 4 Abs. 2).

Insgesamt lässt sich das Hirntodkonzept vielleicht am ehesten als Arbeitshypothese beschreiben, die aufgrund mangelnder (handhabbarer) Alternativen weitgehende Akzeptanz gefunden hat. Zumindest findet sich das Hirntodkonzept nicht unter den am häufigsten angegebenen Gründen, warum Menschen in Deutschland auf eine Registrierung als Organspender verzichten. Das Hirntodkonzept könnte gleichwohl Teil einer unbestimmten Ablehnung des System der Organspende sein, weil die Verwertung des Körpers insgesamt Unbehagen auslöst (BZgA 2010a, 47; BZgA 2010b, 32f).

### **7.2.2 Deskriptiv-ethische Analyse und kulturelle Aspekte des Hirntodkonzeptes in China**

Im August 2007 wurde von der Tageszeitung *China Daily* gemeldet, dass es im Oktober desselben Jahres zu einer Ausarbeitung der Kriterien zur Definition des Hirntodes kommen sollte (Shan 2007). Diese ist bislang nicht erfolgt. In einer neueren Erklärung, veröffentlicht in der *China Daily*, spricht sich der Vize-Gesundheitsminister der VR China und Transplantationschirurg Huang Jiefu dahingehend aus, dass es in nächster Zeit zu keiner gesetzlichen Legalisierung des Hirntodkonzeptes kommen wird (Shan 2011a). In einer Stellungnahme verweist er

auf die Vorbehalte in der chinesischen Öffentlichkeit: „Given that the concept of brain death remains controversial and unclear among the Chinese public, and even some medics, we can only invite the organ donation after cardiac death“<sup>49</sup>. Eine Organentnahme findet also nach dem Herzstillstand statt, das Hirntodkonzept wird vor dem Hintergrund kultureller Überzeugungen kontrovers diskutiert. Zudem gibt es auch keine gesetzliche Grundlage für eine solche Praxis der Organentnahme (The Lancet 2009, 758).

Im Folgenden soll dargestellt werden, welche diesbezüglichen Denktraditionen es in China gibt, welches Menschenbild von ihnen propagiert wird und inwieweit sie die Prämissen eines Hirntodkonzeptes berühren.

### *Medizinische Entwicklungen*

Bei den Entwicklungen im Bereich der Transplantationsmedizin innerhalb der VR China werde ich mich hauptsächlich auf den Zeitraum seit 1978/79 beschränken, da dieser als eine Zäsur innerhalb der chinesischen Geschichte als Post-Mao-Ära (Döring 2004, 39) sowie als Beginn der sogenannten Reform- und Öffnungspolitik unter dem damaligen Staatspräsidenten Deng Xiaoping angegeben wird. Entsprechend beginnt auch der intensive Austausch mit westlichen medizinischen Techniken nach Beginn der Reform- und Öffnungsperiode 1978.

Die ersten Erfahrungen im Bereich der Transplantationsmedizin datiert Huang jedoch bereits auf das Jahr 1966 zurück, in welchem die erste Nierentransplantation innerhalb der VR China stattgefunden habe soll (Huang 2007, 193). Es finden sich jedoch Belege dafür, dass die erste Nierentransplantation bereits im Jahr 1959 im Beijing University Hospital durchgeführt wurde (Ikels 1997, 96). In Hongkong wurden die ersten Transplantationen in den späten 1960er Jahren durchgeführt (Ikels 1997, 96). Für Taiwan lassen sich die ersten Erfahrungen im Bereich der Transplantationsmedizin in das Jahr 1968 zurückverfolgen (Chao 2003, 65). Die folgenden Entwicklungen im Bereich der Transplantationsmedizin innerhalb der VR China werden wieder ab dem Jahr 1978 genannt (Huang 2007, 193). Dies ist

---

<sup>49</sup> People's Daily vom 8.3.2012, <http://english.people.com.cn/90882/7751483.html> . Letzter Zugriff: 1.8.2012

vermutlich auf die von 1966 bis 1976 stattgefundene Kulturrevolution und die damit verbundenen politischen Geschehnissen zu denen eine Phase der Hinwendung zur TCM im Rahmen von Autarkiebestrebungen gehört, zurückzuführen. Daher waren die ersten Lebertransplantationen nach der Kulturrevolution im Zeitraum 1978 bis 1983 eine Zäsur innerhalb der chinesischen Transplantationsmedizin. Die damalige Überlebenszeit der Patienten lag bei maximal einem Dreivierteljahr, so dass zwischen den Jahren 1983 und 1993 die Bemühungen auf dem Gebiet der Lebertransplantationen zunächst eingestellt wurden. Erst 1993 erfuhr die chinesische Transplantationsmedizin einen neuen Vorstoß (Huang 2007, 193f). „As a result of international exchange and cooperation, a group of overseas-trained scholars have played a very important role in continuous efforts in improving liver-transplantation in the PRC“ (Huang 2007, 194).

### *Debatte um ein neues Todeskriterium*

In China wird der Mensch 15 Minuten nach Aufhören des Herzschlages und der Atmung für tot erklärt (Luan 2007). Einen Menschen mit dem Zweck, dessen Organe zu entnehmen, um sie jemand anderes zu spenden, für hirntot zu erklären, ist in China hingegen illegal (Shan 2007).

Vom Gesundheitsminister wurden bereits erste Entwürfe zur Standardisierung der Hirntoddiagnostik erarbeitet, diese wurden unter Konsultation von nationalen und internationalen Medizinern und Ethikern erstellt. Aber auch wenn diese Standards eine allgemeine Anwendung finden sollten, hieße es nicht, dass die Bevölkerung sie akzeptieren würde (Huang 2007, 195). Ursächlich sieht Huang hier die fehlende Entwicklung der Bioethik verglichen mit dem Bereich der Biomedizin. Die Bioethik würde sich entsprechend den schnellen Fortschritten der Biomedizin höchstens nachrangig entwickeln. „Much of the concern about ethics is driven by newfound technological medical prowess. Particularly in the realm of transplantation, organ donation has been fertile territory for both extraordinary compassion and complex ethical questions. There is no doubt that Chinese medical ethics have not kept pace with rapidly changing technologies [...]“ (Huang 2007, 195).

## Vergleichende Darstellung

Aus der Umfrage von Song et al. aus dem Jahr 2009 unter chinesischen Beamten, Ärzten und Apothekern lässt sich schließen, dass es immer wichtiger wird, eine gesetzliche Regelung zum Hirntodkriterium zu erarbeiten. Insgesamt 95% der Befragten sprachen sich für eine gesetzliche Regelung aus, zudem sind 71% der Befragten der Ansicht, dass die Regierung das Hirntodkonzept anerkennen sollte, damit es als neues Todeskriterium etabliert werden kann (Song et al. 2009, 489). Dabei arbeiten die Autoren heraus, dass eine Änderung des Todeskriteriums vom Herz-Lungen-Tod zum Hirntod nicht einfach sein würde, aber erschwerender sei es, wenn es zu keiner gesetzlichen Regelung käme. (Song et al. 2009, 288ff). Darüber hinaus weisen die Autoren darauf hin, dass Krankenhäuser und andere medizinische Institute unverantwortlich handeln, wenn es keine gesetzliche Grundlage gäbe. Auch würden Ärzte ohne eine gesetzliche Grundlage keine Absicherung haben (Song et al. 2009, 491). „We think that brain death and organ transplant legislation will not only solve this problem, but also help resolve death standard disputes, regulate organ transplant, protect human rights, and remove organ repair loopholes in order to save lives in a legitimate and feasible way“ (Song et al. 2009, 491). Das zu implementierende Gesetz müsse zudem über Rechte des Patienten im Zusammenhang mit dem Hirntod, der Organentnahme und der Organverteilung Klarheit verschaffen sowie die Fragen nach der Kostenübernahme oder einer Kompensationsleistung beantworten (Song et al. 2009, 493). Song Ru-Liang et al. sind sich bewusst, dass ihre Umfrage nicht die Ansichten der allgemeinen Bevölkerung wiedergibt, sondern nur einen ausgewählten Teil dieser repräsentiert (Song et al. 2009, 493).

Im Gegensatz zu der genannten Umfrage von Song et al. scheint in der allgemeinen Bevölkerung das Konzept des Hirntodes keine breite Zustimmung zu finden. Die Mehrheit der chinesischen Bevölkerung stehe dem Hirntodkonzept skeptisch gegenüber (Liu et al. 2008, 1018). Dies gelte vor allem für die älteren Menschen in der Bevölkerung. Die jüngeren, in Städten lebende Chinesen sollen einer aus dem Jahre 1997 stammenden Studie zufolge Organtransplantation und Hirntod-

konzept aufgeschlossen gegenüber zu stehen (Liu et al. 1997, 213)<sup>50</sup>. Zhang Lie, ein Transplantationschirurg aus Beijing, gibt als Grund dafür an, dass die meisten Chinesen denken, „human life ends with the last breath and heartbeat“ (Shan 2007, 3). Aber nicht nur diese traditionelle Sicht auf die Todesdefinition sei eine weit verbreitete Ansicht in der Bevölkerung. Eine Umfrage von Luo Jingbin et al. hat ergeben, dass die Spenderrate in der älteren Bevölkerung besonders gering ist (Jingbin et al. 1998, 29), da in dieser Bevölkerungsgruppe die konfuzianische Verhaltensregel der Kindlichen Pietät - und damit der Gedanke der körperlichen Unversehrtheit - einen hohen Stellenwert einnehme (Changmin 2006, 13). Auch die Ansicht, dass der Körper nach dem Tod intakt sein müsse, um die Seelenwanderung zu gewährleisten, scheint unter den älteren Menschen weit verbreitet zu sein (Changmin 2006, 13ff). Lock unterstreicht diese Aussage für den asiatischen Raum im Allgemeinen. „The importance of maintaining the body in balance and harmony is a deeply entrenched belief in East Asia“ (Lock 2002, 199). Bestätigt wird diese Einschätzung auch durch einen Bericht auf dem First International Liver Transplantation Workshop in China. Danach sei es aufgrund des soziokulturellen Hintergrundes, also den in Asien vorherrschenden Bräuchen und Sitten schwierig, Organe von Leichen zu bekommen (Geller 2000, 6).

Huang argumentiert hingegen, dass das Hirntodkonzept, wie es u.a. in Deutschland zur Anwendung kommt, auch auf China anzuwenden sei und dass dazu nur die traditionelle Sicht der Bevölkerung in Bezug auf die Todesdefinition geändert werden müsse. Zudem ist er der Auffassung, dass die Bevölkerung ein falsches Bild vom Hirntodkonzept habe (Luan 2007). Dennoch wurde das Hirntodkonzept auch in der VR China bereits angewendet. Im Jahr 2006 wurde unter Leitung des Transplantationschirurgen Chen Zhonghua Klaus die Chinese Organ Procurement Society gegründet. Dieser Zusammenschluss von mehreren Transplantationschirurgen hat im Zeitraum 2006 bis 2008 insgesamt 340 Organe von 75 Menschen entnommen, die zuvor für hirntot erklärt wurden (Parry 2008, 581). Diese Praxis

---

<sup>50</sup> Befragt wurden 3012 Chinesen im Alter von 20-45 Jahren aus den städtischen Gebieten Beijing, Wuhan und Shanghai.

der Organentnahme erfolgte mit Zustimmung der Familie.<sup>51</sup> Besonders hervorzuheben ist hier, dass es sich um eine Organentnahme beim Hirnstammtod handelte (Parry 2007, 961). Zudem spricht Chen sich dafür aus, dass das Hirntodkonzept und die Transplantationsmedizin als zwei unterschiedliche Themen behandelt werden müssten (Parry 2008, 581). Auch andere sprechen sich dafür aus, dass die Frage der Fortführung lebensverlängernder Maßnahmen getrennt von der Frage der Organtransplantation beantwortet werden müsse. „[T]he decision to terminate life support must be separated from the discussion decision for organ donation“ (Liu et al. 2008, 1020).

Inwieweit dieser Anspruch im Allgemeinen umgesetzt werden kann oder wurde sei hier erst einmal dahingestellt, denn wie bereits an anderer Stelle gezeigt, ist diese Frage eine Diskussion mit langer Tradition innerhalb der Entstehungsgeschichte der Transplantationsmedizin und des Hirntodkonzeptes.

Das bereits oben erwähnte Konzept der Kindlichen Pietät ist in der gegenwärtigen chinesischen Kultur tief verwurzelt (Döring 2004, 218). Der Erhalt der Integrität des eigenen Körper ist daher bedeutend und beinhaltet auch, dass er nicht beschädigt werden darf. Auch die reduzierte Bereitschaft einer Lebendorganspende – selbst zwischen Familienmitgliedern – ist dieser Überzeugung zuzuschreiben. So gab es in den 1990er Jahren über Jahre hinweg keine einzige Lebendorganspende einer Niere. Als Ursache dieser mangelnden Spenderbereitschaft könne die Überzeugung sein, dass die Traditionelle Chinesische Medizin den Sitz von Yin und Yang in der Niere verortet. Zudem erfülle die Niere bestimmte Funktionen, ist demnach u.a. wichtig für die Reproduktion (Ikels 1997, 98). Besonders die Überzeugung, der Mensch müsse intakt bleiben, stelle einen der Hauptgründe für eine Entscheidung gegen Organentnahmen dar (Lock 2002, 199).

Der Leiter des Instituts für Ethik der Universität Hongkong, Edwin C. Hui, erläutert in einem Aufsatz, worin seiner Ansicht nach die wesentlichen Unterschiede

---

<sup>51</sup> Abstract: Current Situation of Organ Donation and Transplantation in China – from Stigma to Stigmata <http://www.cityu.edu.hk/garc/ARC/ARCfile/SSS/SSS06122007.htm> . Letzter Zugriff: 29.06.2011

zwischen der westlichen und der chinesischen Kultur liegen und wo sich Spannungsfelder befinden. Hui beschreibt zunächst, dass die westliche Philosophie nicht in der Lage sei, den Menschen als ganzheitliches Wesen zu betrachten. Er verweist auf Descartes, der in seinen Schriften<sup>52</sup> davon spräche, dass der Geist auch ohne den Körper leben kann. Weiter argumentiert Hui, dass westliche Bioethiker dazu neigen, die Persönlichkeit eines Menschen auf höhere Gehirnfunktionen zu reduzieren (Hui 2004, 29). Traditionelle chinesische Philosophen sehen aber den Menschen als psychosomatische Einheit. Der Mensch bestehe aus dem *xing* oder *ti* (Körper) und dem *shen* (Geist) und ihrer Beziehung zueinander. So gäbe es Daoisten, für die der Geist abhängig vom Körper sei oder umgekehrt, aber es stünde fest, dass „sowohl der Körper als auch der Geist bestimmend sind für das menschliche Leben und sich vom *qi* ableiten“ (Hui 2004, 32). Die Traditionelle Chinesische Medizin beruft sich auf eine „psychische Energie“, die mit fünf psychischen Fähigkeiten assoziiert wird: *spirit*, *will*, *soul*, *animal spirit*, and *ideas* (Hui 2004, 33). Diese Fähigkeiten wohnen demnach in fünf entsprechenden Organen: Niere, Herz, Leber, Lunge und Milz (Hui 2004, 33). Nur wenn die Organe geschützt seien, seien auch die psychischen Energien geschützt und die mentale Energie bliebe erhalten. Diese Sichtweise der Dinge habe einen großen Einfluss auf die medizinische Ethik, gerade auch im Bereich Organtransplantation und Hirntod. Teilweise würden Chinesen chirurgische Interventionen aus der Angst ablehnen, die verschiedenen Energien könnten entweichen, insbesondere wenn solche Körperhöhlen wie Thorax oder Abdomen eröffnet würden. Auch dies sei ein Grund, warum Chinesen Organtransplantationen ablehnend gegenüber stünden. Dies gilt nicht nur für Lebendspenden, sondern auch bei *post mortem*-Organentnahmen. Denn die Energien könnten noch eine Bedeutung über den biologischen Tod hinaus haben (Hui 2004, 33).

---

<sup>52</sup> „Ich bemerke nämlich, dass vorzüglich darin ein grosser Unterschied zwischen Seele und Körper ist, dass der Körper seiner Natur nach immer theilbar ist, die Seele aber durchaus untheilbar. Denn wenn ich hierbei mich als denkendes Wesen betrachte, so kann ich keine Theile in mir erkennen, sondern sehe mich nur als ein einiges und vollständiges Wesen; und obgleich mit dem ganzen Körper die ganze Seele geeint zu sein scheint, so kann man doch einen Fuss oder einen Arm oder irgend ein Glied des Körpers abschneiden, ohne dass der Seele dadurch etwas abgenommen wird.“ Descartes, Untersuchungen über die Grundlagen der Philosophie, Sechste Untersuchung, aus: René Descartes' philosophische Werke. Hrsg. v. V Kichmann JH Abteilung 2, Berlin 1870, S. 111.

Wang Mingxu, Zhang Wen und Wang Xueliang interpretieren den Konfuzianismus mit dem Konzept der Kindlichen Pietät anders. Ihrer Ansicht nach ist es nicht das Anliegen des Konfuzianismus, gegen eine Organtransplantation zu sein. Im Gegenteil, ein Mensch könne seine moralische Integrität erreichen, wenn er Opfer bringen würde. „[O]ne should protect one’s life and body, but this does not mean that one should never sacrifice one’s life or a part of the body. Such sacrifice may be required to preserve righteousness“ (Wang et al. 2008, 190). So lehne der Konfuzianismus chirurgische Maßnahmen nicht ab. Auch der Organtransplantation als sinnvolle chirurgische Entwicklung stehe der Konfuzianismus nicht ablehnend gegenüber, solange es dem Patienten nützt (Wang et al. 2008, 191). Auch dürfte das Konzept der Kindlichen Pietät nicht insofern missverstanden werden, als dass es sich gegen Organspenden richtet. „A filial person should take care of his own body, but this does not mean that he should not seek to help others. Confucians regard devotion to society as a supreme principle. If one can greatly help others by donating one’s organs, this would be a great course of action that Confucians should advocate“ (Wang et al. 2008, 194). Sie kommen daher zu dem Schluss, dass bei der Ausarbeitung der Standards für das Hirntodkonzept die Konfuzianische Ethik mit berücksichtigt werden sollte. Nur in diesem Rahmen sei es möglich, die Unterstützung der Bevölkerung zu bekommen (Wang et al. 2008, 195).

Anders stellt sich die Situation in Hongkong und Taiwan dar. In Hongkong gibt es bereits seit 1998 die Human Organ Transplant Ordinance, die Richtlinien für menschliche Transplantationen beinhaltet. Einen Hinweis auf den Hirntod des Menschen als Kriterium zur Entnahme von Organen findet sich nicht (Human Organ Transplantation Ordinance 2007). Dennoch ist der Hirntod, genauer gesagt der Hirnstammtod, in Hongkong sowohl gesetzlich als auch medizinisch anerkannt (Fung On Yee et al. 2008, 125). Auch in Taiwan wird das Konzept des Hirntodes angewendet. Es wurde 1987 gesetzlich festgeschrieben.

Insgesamt ist festzuhalten, dass traditionelle Vorstellungen offenbar keinen zwingenden Schluss oder abschließendes Urteil zu konkreten Herausforderungen wie Hirntodkonzept oder Organtransplantation zulassen. Die Argumentationen bewe-

gen sich allerdings im sprachlichen und kulturellen Bezug zu ihnen und können diese nicht ignorieren, weshalb im Folgenden konkreter auf die von traditionellen Vorstellungen abgeleiteten Argumente chinesischer Bioethiker eingegangen wird.

### *Das Menschenbild im chinesischen Kulturraum*

Viele chinesische Bioethiker argumentieren, dass die Entwicklung innerhalb der chinesischen Medizin ohne eine Fragmentierung des Körpers entstanden sei. Erst in jüngerer Zeit seien Sektionen an Leichen durchgeführt und dies in die medizinische Alltagspraxis mit aufgenommen worden (Qiu 2006, 25). Die fehlende Praxis der anatomischen Sektionen wird in den asiatischen Ländern oft dem Konfuzianischen Glauben zugeschrieben, der sich gegen eine Manipulation am toten Menschen ausspricht (Lock 2002, 307). Dennoch sind bereits Jahrhunderte bevor die Praxis der Sektionen in Europa – im 13. Jahrhundert – begannen, Überlieferungen vorhanden, die anatomische Sektionen in China erwähnen, die dann aber auch relativ schnell wieder eingestellt wurden. Die Vermutung liegt nahe, dass chinesische Mediziner zu der damaligen Zeit kein Interesse an dieser Form der Erforschung des menschlichen Körper hatten, da ihre Aufmerksamkeit mehr den lebenden Menschen denn den Toten galt, woraus sich auch die Theorien der TCM ableiten lassen (Sung 1981, 25ff). „The Western marriage of professional medical knowledge and forensic practice was lacking in China“ (Sung 1981, 26). Lock teilt diese Einschätzung für die jüngere Vergangenheit. Bevor die Mediziner im ostasiatischen Raum Kontakt zu europäischen Medizinern bekamen, hatten sie nur ein geringes Interesse an der Anatomie mit den Sektionen, denn die ostasiatische Medizin basiert auf einem anderen Körperverständnis. Demzufolge geht es dabei um ein physiologisches Konzept, dessen Schwerpunkt auf die Beziehungen innerhalb bzw. zwischen den physiologischen Systemen liegt (Lock 2002, 307).

Wie bereits angedeutet, ist die Autonomie des einzelnen Individuums, im Bereich der Praxis der Organspende, (noch) nicht Bestandteil der gelebten Alltagspraxis innerhalb des chinesischen Kulturraumes. Dies drückt sich auch in der fehlenden Verfügbarkeit über den eigenen Körper bei medizinischen Eingriffen aus. Döring macht deutlich, dass die im Westen gängige medizinische Praxis mit der dahinter

stehenden Idee des *Informed Consent* bisher nicht in das generelle Verständnis der Ärzteschaft in China eingeflossen ist. Döring beruft sich dabei auf Lü Yaohui, der herausgearbeitet hat, dass eine der zentralen Fragen der Bioethik in China die nach dem Eigentumsrecht am eigenen Körper – und damit verbunden auch die Frage nach der Autonomie des Individuums – nicht genügend gewürdigt wird. Die Ursache dafür sieht Lü in sehr traditionellen und autoritären Vorstellungen der ärztlich-paternalistischen Vorherrschaft (Döring 2007b, 292). „Die Anerkennung des uneingeschränkten Eigentums des Patienten am eigenen Körper bringt eine Anerkennung der Persönlichkeitswürde mit sich. Denn die Unabhängigkeit der Person und ihre Freiheit sind unvollständig, solange ihr Eigentum am eigenen Körper oder dessen Teile eingeschränkt wird“ (Lü 2006, zitiert nach Döring 2007b, 293). Die Vorstellung von einem Recht am eigenen Körper sei dabei, laut Lü, in der Bevölkerung weitgehend unbekannt und somit auch das Prinzip des *Informed Consent* (Döring 2007b, 293). Innerhalb der medizinischen Praxis spielt die Familie bei medizinischen Entscheidungen eine große Rolle. Oft wird die Meinung der Familie höher gewertet als das Interesse des Individuums (Qiu 2006, 28). Dieses Modell des *Informed Consent* wird als *Family Consent* bezeichnet. Grundlage dieses Prinzips ist, dass die Familie in die Entscheidungsfindung des Individuums auf jeden Fall mit einbezogen wird. Dabei kann es vorkommen, dass der Patient keine Kontrolle über diese Art der Einbeziehung seitens der Familie hat. „Die Position des Patienten beim Family Consent ist nicht eindeutig bestimmt, das Spektrum der Verhaltensmöglichkeiten reicht von einer Orientierung an den Ratschlägen der Familie bis zu einer Übernahme ihrer Entscheidung“ (Braune et al. 2008, 139). Bei diesem Modell steht die Idee der Benevolenz im Vordergrund. Der Patient soll dabei – in seiner Verantwortung eine Entscheidung zu treffen – entlastet werden, ohne dass er dabei seiner Autonomie grundsätzlich enthoben wird. Demzufolge bleibt er auch Mitglied des Entscheidungsprozesses. „Diese Form des Consent geht von einem Menschen aus, der seine Identität aus bedeutungsvollen menschlichen Beziehungen herleitet“ (Braune et al. 2008, 141). Daraus kann geschlossen werden, dass der Idee eines autonomen Individuums eine geringere Bedeutung zugeschrieben wird (Braune et al. 2008, 140f).

Interessanterweise können innerhalb des chinesischen Kulturraumes drei unterschiedliche Varianten gesellschaftlicher und politischer Modernisierung ausgemacht werden, die sich in Taiwan, Hongkong und der VR China wiederfinden. Aufgrund dieser unterschiedlichen Entwicklungen finden sich auch Unterschiede im Arzt-Patienten-Verhältnis.

In Taiwan<sup>53</sup> – formal betrachtet ein demokratischer Rechtsstaat mit Mehrparteiensystem – wird der Arzt als Freund charakterisiert, der dem Patienten und seiner Familie zur Seite steht und die Familie ganz selbstverständlich mit einbezieht. Die Bedeutung des Individuums wächst, der Einfluss der Familie geht zurück, verliert aber nicht seine Bedeutung.

Hongkong durchläuft zurzeit eine Akzentverschiebung: Das Konzept des Paternalismus tritt zurück, dies führt aber nicht zu einer Individualisierung. Die Familie bleibt weiter Referenzpunkt für Einwilligungen in die Behandlung (Braune et al. 2008, 141ff). „Die traditionell ebenfalls paternalistische Rolle des Arztes bei der medizinischen Entscheidungsfindung hat sich in die eines Moderators gewandelt“ (Braune et al. 2008, 146).

In der VR China hingegen hat bisher ein sehr patriarchales Familienbild Bestand, welches auch das Arzt-Patienten-Verhältnis beeinflusst (Braune et al. 2008, 146). Eine Umfrage unter Ärzten in Beijing zeigte, dass diese überwiegend erst die Familien bei Entscheidungsfindungen konsultieren würden (Cong 2004, 151). „Whether the patient is informed or how much the patient should be informed depends on the family member’s decision. Usually, the physician first discusses with the family member about what and how much to inform the patient; then physician goes to inform the patient because in this way the patient accepts and trusts the diagnosis and prognosis more easily; If the illness is very easy to cure, the family member will directly disclose all the information to the patient, or allow the physician to do so. Otherwise, the family member offers only partial information or lies to the patient“ (Cong 2004, 152). Somit ist die Information, die der Patient letztendlich erhält, das Ergebnis einer Diskussion zwischen Arzt und Familienangehörigen. Dabei wird selektiert, wie viel der Patient erfahren darf

---

<sup>53</sup> Taiwan und die Sonderverwaltungszone Hongkong sollen hier die Vielfältigkeit des *Informed Consent* innerhalb des chinesischen Kulturraumes verdeutlichen.

oder aber auch, ob er die Wahrheit überhaupt erfährt (Cong 2004, 155). Die Ursachen für dieses Verhalten liegen der Autorin zufolge zum einen in der soziokulturellen Geschichte des Landes, zum anderen aber auch in den neuen ökonomischen Entwicklungen (Cong 2004, 157). Durch die Einführung der Marktwirtschaft wurden staatliche Sozialleistungen, darunter auch die kostenlose Gesundheitsversorgung, oftmals ersatzlos gestrichen. Die Menschen müssen z.T. die Kosten für Behandlungen o.ä. selber tragen, was sehr kostspielig sein kann. Die Familie ist daher in der Verantwortung, für diese Kosten aufzukommen und somit entscheidungsberechtigt (Cong 2004, 165f), durchaus gegen den Willen des Patienten, wenn dieser z.B. nicht zur finanziellen Belastung für seine Familie werden will. Dazu gehört auch, dass die Ärzteschaft in China mit der Möglichkeit konfrontiert ist, ihren Beruf entsprechend finanzieller Anreize auszuüben. Das habe zur Folge, dass Patienten nicht die gleiche gerechte medizinische Behandlung erfahren, so etwa Qiu (Qiu 2006, 23). Ein anderes Spannungsfeld zwischen der Bevölkerung und der Ärzteschaft ist das mangelnde Vertrauen in die Ärzte. Zuwendungen an Ärzte (in Form von mit Geld gefüllten roten Umschlägen) durch Familienmitglieder sollen den Patienten die notwendige medizinische Aufmerksamkeit sichern helfen (Chen 2006, 9f). Verschreibungen z.T. unnötiger Medikamente gehören zu den ständigen Einkommensquellen der Ärzteschaft (Chen 2006, 7ff), vielfach zum finanziellen und gesundheitlichen Schaden der Patienten. Da das Sozialversicherungssystem in China die entstehenden Kosten nur zu einem geringen Teil abdeckt, gibt es hier Konfliktpotential, das sich im Verhältnis von Arzt, Patient und Familie ausdrückt.<sup>54</sup> Gerade in ländlichen Gegenden des Landes müssen oftmals die Familienangehörigen die Kosten tragen (Qiu 2006, 24).

---

<sup>54</sup> Während meiner Famulatur 2006 in der TCM Klinik von Shanghai wurde ich Zeugin eines solchen Konfliktes: Eine alte Bäuerin wurde aufgrund von Magenschmerzen in die Klinik gebracht. Der Arzt verschrieb ihr einen Trunk aus verschiedenen Kräutern der TCM. Am nächsten Tag stellte der Arzt die Behandlung um und andere Kräuter sollten stattdessen verabreicht werden. Die zur Herstellung des Sudes notwendigen Kräuter mussten jedes Mal von der Apotheke neu zusammengestellt und abgepackt werden. Ein Sohn der Patientin versuchte nun, die am Tag zuvor zusammengestellten Kräuter zurückzugeben, da ja nur zwei Teilpackungen fehlten. Der Arzt verweigerte diese. Daraufhin wurde der Sohn der Patientin sehr ungehalten und laut. Als der Arzt sich weiter weigerte, die Medikamente zurückzunehmen, wurde der Sohn handgreiflich und schlug den Arzt. Der finanzielle Wert dieses Medikamentes, das der Sohn zurückgeben wollte, weil die Kosten für ihn hoch waren, lag bei 20 RMB umgerechnet ca. 2 Euro.

**Ethische und kulturelle Aspekte des Hirntodkonzeptes anhand der vier Diskussionsebenen:**

Diskussionsebenen	Westlicher Kulturraum inkl. Deutschland (D)	Asiatischer Kulturraum (China, Hongkong, Taiwan)
Diagnostische Tests	D: Ausarbeitung obliegt dem Wissenschaftlichen Beirat der BÄK	China: Bislang keine Ausarbeitung erfolgt Taiwan: Ausarbeitung der Richtlinien obliegt dem Gesundheitsministerium Hongkong: Keine Richtlinien
Todeskriterium	Deutsche Gesellschaft für Chirurgie beschloss 1968 das bisher geltende Kriterium des Todes (fehlende Atmung und Herztätigkeit mit den sekundären Erscheinungen: Abkühlung, Muskelstarre, Totenflecken) durch das des Hirntodes zu erweitern	China: Der Tod des Individuums ist 15 Minuten nach Herz-Kreislaufstillstand eingetreten
	D: Hirntodkriterium: Irreversibel erloschene Gesamtfunktion des Großhirns, Kleinhirns und Hirnstamms, Voraussetzung für Organexplantation	China: Kein Hirntodkriterium Taiwan: Teilhirntodkriterium – der nicht behebbare Ausfall der Hirnstammfunktion Honkong: Teilhirntod der des Hirnstamms
	D: Anwendung des Hirntodkriteriums bereits vor der gesetzlichen Regelung	China: Anwendung des Hirntodkriteriums ohne gesetzliche Grundlage Taiwan: Transplantationsgesetz Hongkong: Hirnstammtod ist gesetzliche Grundlage
	Diskussion um das Hirntodkonzept: Prozess des Sterbens vs. Tod des Menschen	
	Deutsche Bischofskonferenz und Rat der Evangelischen Kirchen unterstützen das Hirntodkonzept	
Todesdefinition und Menschenbild	Theologisch geprägte Anthropologie: Tod des Menschen als leiblich-seelische Einheit	Buddhismus: Todesdefinition – fehlende Lebenskraft (Atem), Körperwärme und Bewusstsein
		Konzept der Kindlichen Pietät sei stark verwurzelt: Der Erhalt der Integrität des eigenen Körpers
	Fragmentiertes, standardisiertes und austauschbares Menschenbild: - Sektionen und Vivisektionen bereits im 4 Jhd. v. Chr. - Trennung von Körper und Geist - Loslösung von der Vorstellung, dass durch eine Transplantation Wesensveränderungen stattfinden	Keine lange „Tradition“ der anatomischen Sektionen, da das medizinische Studium durch das Studium des lebenden Objektes erfolgte
	<i>Individual Informed Consent</i> : Patient entscheidet nach ausführlicher Aufklärung durch den Arzt eigenverantwortlich, dabei kann er seine Familie	<i>Family Informed Consent</i> : Einbeziehung der Familie ist immer gegeben: Von orientierend wirken bis zur Übernahme

	mit in die Entscheidung einbeziehen, muss es aber nicht – Autonomie des Individuums	von Entscheidungen
		<p>Innerhalb des chinesischen Kulturraumes drei unterschiedliche Stadien gesellschaftlicher und politischer Modernisierungen</p> <p>China: Patriarchales Familienbild – die Familie bespricht sich mit dem Arzt, dann wird entschieden welche Information der Patient erhält</p> <p>Taiwan: Arzt wird als Freund charakterisiert, Bedeutung des Individuums wächst, der Einfluss der Familie geht zurück</p> <p>Hongkong: Paternalismus geht zurück – Familie bleibt Referenzpunkt</p>

*Tabelle 2: Ethische und kulturelle Aspekte des Hirntodkonzeptes anhand der vier Diskussionsebenen*

### 7.3 Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Bei dem ethisch-kulturellem Vergleich zwischen der BRD und der VR China soll es an diesem Punkt darum gehen, kurz die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Bezug auf das Hirntodkriterium und Organtransplantation aufzuzeigen, auf die in den vorherigen Kapiteln bereits Bezug genommen wurde.

Todeskriterien, wie das Persistieren des Herzschlages und der Atmung finden in beiden Ländern Anwendung. Unterschiede lassen sich jedoch im Kontext der Transplantationsmedizin finden. Während in Deutschland Organentnahmen bei vorliegendem Herz-Kreislauf-Tod nicht vorgenommen werden dürfen, ist dies in der VR China gängige Praxis. Mit dem Argument, dass kurz nach dem eingetretenen Tod die sicheren Todeszeichen – Totenflecken, Leichenstarre – noch nicht eingetreten sind, wurde die *Non-Heart-Beating Donation* in der BRD unterlassen. Eine Organentnahme kann nur bei eingetretenem Hirntodkriterium erfolgen, dies wurde 1997 im dTPG festgeschrieben. In der VR China ist bislang keine gesetzliche Grundlage geschaffen worden, um eine Organentnahme bei Menschen aufgrund des Hirntodkriteriums zuzulassen. Dennoch werden Menschen, die das Hirn-

todkriterium aufweisen, Organe zu Transplantationszwecken entnommen. Diese Organentnahme erfolgt mit Einwilligung der Familie, der vermutete Willen des Hirntoten muss nicht berücksichtigt werden.

Die Explantation von Organen bei Menschen, die das Hirntodkriterium aufweisen, war bereits vor Verabschiedung des dTPG gängige Praxis in der BRD. Die gesetzliche Regelung hat diese Praxis weniger verändert als vielmehr bestätigt.

In Deutschland wurde in den 1990er Jahren intensiv über das Hirntodkriterium diskutiert. Zwei gegensätzliche Meinungen dominierten das Bild der Diskussion. Die einen sahen im Hirntodkriterium den eingetretenen Tod des Menschen, die anderen einen *Prozess des Sterbens*. Sowohl die Deutsche Bischofskonferenz als auch der Rat der Evangelischen Kirchen Deutschlands unterstützen eine Organentnahme bei Menschen mit Hirntod und somit das Hirntodkonzept, das die Beendigung einer Behandlung bedeutet. Maßgeblich für diese weitgehende Akzeptanz ist die geschichtliche Entwicklung der Medizin im europäischen Kulturraum. Durch die Praxis der Sektionen im Mittelalter wurde eine Fragmentierung des menschlichen Körpers eingeleitet. Das Individuum wird demnach als eine Einheit von Seele und Körper begriffen, die unabhängig voneinander existieren. Der "Wert" des menschlichen Körpers als einer Art Ersatzteillager für Andere ist aufgrund der medizinisch-technischen Entwicklung seit etwa 60 Jahren akut (Lock, 2002, 317).

Die Diskussion um das Hirntodkonzept in der VR China ist davon geprägt, wie der Mensch sich selber versteht und in der Bevölkerung wahrgenommen wird. Bioethiker diskutieren dahingehend, dass aufgrund der *Kindlichen Pietät* – mit der These der Unversehrtheit des Körpers – sowie der im Körper innewohnenden Energie *qi/ki* eine Organentnahme im Allgemeinen, aber auch das Hirntodkonzept zurzeit keine breite Anerkennung finden werden und somit eine gesetzliche Implementierung derzeit nicht möglich ist. Wie dargestellt wurde, sind aus chinesischer Sicht sowohl die Untrennbarkeit von Körper und Geist als auch das Verständnis von fließenden Übergängen im Gegensatz zu einer definierten Trennung von Körper und Geist zu sehen und sowohl Teil der klassischen chinesischen Denktraditionen als auch der TCM. Die Darstellung der traditionellen Denkrich-

tungen in China, die junge Praxis der Organtransplantation in China sowie die Debatte um eine mögliche Einführung des Hirntodkonzeptes in die chinesische Gesetzgebung verweisen darauf, dass das Hirntodkonzept, wie es sich z.B. im deutschen TPG wiederfindet, selbst einer bestimmten Denktradition entstammt, die von einer Fragmentierbarkeit des Köpers ausgeht, den Tod als Ereignis definitiv festhält und das Individuum dazu anhält, über sich und seinen Körper auch im Falle eines Bewusstseinsverlustes selbst zu bestimmen. Die Kritik chinesischer Bioethiker richtet sich nicht nur gegen die Interpretation des Gehirns als Ort und Träger von Persönlichkeit – anstelle einer ganzheitlichen Betrachtung des Menschen – und gegen das Bestreben, den Todeszeitpunkt möglichst genau zu bestimmen, anstatt den Tod als Prozess zu sehen, sondern auch gegen die Individualisierung des Todes, der doch für nahestehende Personen ein besonderes Ereignis ist.

Interessanterweise ist in Taiwan dagegen das Hirntodkonzept bereits 1987 im Gesetz zur Organtransplantation verankert worden. Chao benennt eine geringe Ablehnung des Hirntodkonzeptes in Taiwan (Chao 2003, 68), obwohl hier gemeinsame kulturelle Wurzeln mit der VR China zu konstatieren sind. Die Vermutung liegt also nahe, dass die von Politikern und Ethikern geäußerte Ablehnung des Hirntodkonzeptes in der VR China zumindest keine Unvereinbarkeit mit einer sich auf die Diagnose Hirntod stützende Transplantationspraxis bedeutet.

In der Darstellung wird vielmehr deutlich, dass der Tod eines Menschen in China – und nach Aussage von Lock gilt dies auch für Japan (Lock, 2002, 369) – ein soziales Moment hat und als Prozess wahrgenommen wird. Hier sind Japan und China kulturell betrachtet "näher" am Problem, wenn es um die Entscheidung gehen soll, ob Organe einem hirntoten Angehörigen entnommen werden dürfen; und dies scheint auch der Grund zu sein, warum eine rechtliche Regelung in der VR China bisher ausgeblieben ist oder sich zumindest schwierig gestaltet: Es müsste ein eigener, neuer Ansatz verfolgt werden, welcher der starken Stellung der Familie im Prozess eines Todesfalls als soziales Ereignis Rechnung trägt. Dieser kann sich auf die „Arbeitshypothese“ Hirntod stützen, wenn damit die Unumkehrbarkeit des Sterbens verdeutlicht wird, es können aber auch die für den Hirn-

tot herangezogenen Kriterien erklärend in den Vordergrund rücken, ohne dass der Begriff „Hirntod“ gebraucht werden muss, wie z.B. Lock resümierend vorschlägt (Lock, 2002, 376). Hier ist entscheidend, ob und wie das Prinzip des *Informed Consent* zum Tragen kommen wird. Denn es besteht die Möglichkeit, anstelle einer Todesfeststellung, die *Kriterien* des Hirntodes durch die Variante des *Family Consent* den Angehörigen näherzubringen und ggf. auch zu spezifizieren oder zu erweitern.

*„Weil der Hirntod nichts an ihrer leiblichen Präsenz für die Angehörigen ändert, müssen die Bedürfnisse der Angehörigen nach Nähe, Abschied, Trauer, aber auch nach Information und Mitsprache respektiert werden. Weil sie eine zu achtende Würde haben, dürfen alle Eingriffe in ihre körperliche Integrität, angefangen von der Hirntoddiagnostik, prinzipiell nicht ohne ihren Informed Consent stattfinden, wenn er auch wie bei anderen bewusstlosen Patienten erschlossen werden kann.“*  
Stoecker 2012, 7

## 8 Ausblick

Diese Arbeit beinhaltet eine Darstellung verschiedenster Ebenen. Ethische Grundbegriffe, medizinische Verfahren, rechtliche und politische Fragen werden in Bezug auf das Hirntodkonzept und die Organspende insbesondere in jenen Bereichen dargestellt und diskutiert, wo diese Aspekte Berücksichtigung in gesetzlichen Regelungen gefunden haben. Dabei spielen diese Ebenen auch eine Rolle, um zu verstehen, warum es überhaupt eine anhaltende Debatte um den Begriff *Hirntod* und das damit verbundene Hirntodkriterium, aber auch die damit verbundene Organspende gibt.

Spannungsfelder sind innerhalb dieser Debatte ausreichend vorhanden. Wie bereits zuvor in Kapitel 7.2.1 aufgezeigt, gibt es Überlegungen, das Konzept des Hirntodes neu zu bewerten. So plädiert Stoecker dafür, sich in Bezug auf das Hirntodkonzept vom Todesbegriff zu verabschieden und den Hirntod stattdessen als Prozess des Sterbens zu begreifen. Das *President's Council on Bioethics* spricht sich dafür aus, sich auf die "Intuition" zu berufen, dass nämlich der Organismus des Menschen im Zustand des Hirntodes nicht mehr die wesentlichen Aufgaben erfüllen kann, die menschliches Leben charakterisieren.

Es wird deutlich, dass eine Überprüfung des Hirntodkonzeptes geboten ist. Um eine Akzeptanz oder auch Ablehnung des Hirntodkonzeptes gerade in der medizinischen Praxis herbeizuführen, ist eine weitere Debatte unablässig. Ziel könnte die Operationalisierung des Hirntodes in anderer Funktion – also im deutschen Kontext nicht als rechtlich festgeschriebene Todesdefinition – sein. Stoecker weist darauf hin, dass beispielsweise die Wertung des Hirntodes als unumkehrbarer Sterbeprozess, als „Zwischenstadium zwischen Leben und Tod“, nicht eine grundsätzliche Absage an die Transplantationsmedizin bedeuten muss (Stoecker 2012). Voraussetzung ist eine öffentliche, transparente Debatte, bei der nicht davor gescheut wird, Problemfelder offen zu benennen und anzusprechen. Dazu ist es nötig, sich immer wieder mit der eigenen Kultur auseinanderzusetzen und diese auch in die öffentliche Debatte zu tragen.

Ein weiteres Spannungsfeld besteht zwischen dem Individuum auf der einen Seite und der Familie auf der anderen. Zuvor wurde darauf eingegangen, dass das Individuum im westlichen Kulturkreis dadurch charakterisiert ist, eine eigenständige autonome Persönlichkeit zu sein, die ihre Entscheidungen unabhängig trifft. So dient der Organspendeausweis als Indiz für den zu berücksichtigenden Willen des Individuums. Dennoch sollte hier das direkte soziale Umfeld bzw. die Familie mit einbezogen werden und ggf. auch mitentscheiden. Wenn kein Organspendeausweis vorliegt, soll, ja muss die Familie sogar eine Entscheidung zur Organentnahme treffen, teilweise ohne das Thema jemals mit dem Spendenden besprochen zu haben. Würde hier das Individuum teilweise weit auf seine Persönlichkeitsrechte verzichten und mit der Familie als *Family Consent* einen Organspendeausweis ausfüllen, könnte dies zur Entlastung eines Spannungsfeldes beitragen.

An dieser Stelle ist die chinesische Perspektive auf das und die Kritik am Hirntodkonzept fruchtbar; denn unabhängig davon, ob ein Organspendeausweis vorliegt oder nicht, für Familie und Freunde ist der (Hirn-)Tod einer nahestehenden Person ein Ereignis, das gerade aufgrund der Möglichkeit einer Organentnahme nicht mit dem Abstellen der lebenserhaltenden Apparatur beendet ist. In der Praxis bedeutet dies: Wie kann die Tatsache, dass es sich beim Tod um ein prozesshaftes, soziales Ereignis handelt, in der medizinischen Praxis (auch in Deutschland) stärker berücksichtigt werden? Dem behandelnden Arzt kommt hier eine

besondere Rolle zu. Er fungiert als Berater und Begleiter mit sozialer und ethischer Kompetenz, der sich nicht nur auf medizinische Befunde und rechtliche Voraussetzungen zurückzieht.

Auch wenn nicht sicher ist, ob ein Hirntodkonzept jemals Eingang in (chinesische) rechtliche Regelungen finden wird oder ob nicht vielmehr eine Infragestellung der derzeitigen Regelung in Deutschland – gerade aufgrund der aktuell niedrigen Spendezahlen – wahrscheinlicher ist: das Bemühen um eine Erhöhung der Organspendezahlen wird die Frage, wann eine Organentnahme erfolgen kann und welche Rolle das direkte soziale Umfeld bei dieser Entscheidung spielen soll, immer wieder auf die Agenda von Mediziner\*innen, Ethiker\*innen und Politiker\*innen bringen. Das Ziel aktueller Bemühungen der DSO, nämlich die Erhöhung der Spendezahlen, wird dann neue Konflikte aufwerfen, wenn Akteure nicht nach den Prinzipien des *Informed Consent* einbezogen werden.

Auch dies ist ein Prozess, der als solcher wahrgenommen werden muss: Wenn wir Ethik auch als Versuch verstehen, Gründe für die herrschende Moral aufzuzeigen (Marckmann et al. 2008, 21) und somit implizierte Prämissen sichtbar zu machen, also u.a. Wertmaßstäbe zu hinterfragen (Birnbacher 1993, 45ff), birgt der Leitgedanke des *Informed Consent* die „Gefahr“, dass ein pragmatisches Ziel (hier: Erhöhung der Spendezahlen) verfehlt wird oder ersetzt werden muss. Die Einbeziehung von Betroffenen in den notwendigen Diskurs, der mehr in den Blick nimmt als nur die medizinischen und rechtlichen Risiken, sollte meines Erachtens Transparenz und Sicherheit zum Ziel haben, nicht eine Erhöhung der Spendezahlen. Diese kann – muss aber nicht – eine Folge einer ergebnisoffenen Debatte um eine geregelte Organspendepraxis sein, die nicht auf einem wissenschaftlich bewiesenen Hirntodkonzept als Todeskriterium für postmortale Spenden beruht.

Besonders wichtig scheint mir zu sein, dass die bereits erwähnten Neuorientierungen (*turns*) in der medizinischen Praxis Berücksichtigung finden, um Betroffenen entsprechende Hilfestellungen geben zu können. Eine eindimensionale Lösung der Probleme, die lediglich aus den medizinisch-technischen Entwicklungen abgeleitet werden, ist angesichts der dargestellten ethischen Herausforderungen und ihrer Komplexität keine Option.

## 9 Literaturverzeichnis

Ach JS, Anderheim M, Quante M: Ethik der Organtransplantation. Fischer, Erlangen 2000

Ach JS, Marckmann G: Todesbegriff und Hirntodkriterium: Einführung; in: Ethik in der Medizin – Ein Studienbuch. Hrsg. v. Wiesing U; Reclam, Stuttgart 2008, 329-337

Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School (1968): A Definition of Irreversible Coma. JAMA 205, 337-340

Ambrosek R: America Debates – United States Policy on Immigration. The Rosen Publishing Group, New York 2008

American Academy of Neurology (1995): Practice Parameters: Determining Brain Death in Adults. Neurology 45, 1012-1014

Amnesty International (2011) <http://www.amnesty.org/en/region/china/report-2011>. Letzter Zugriff: 08.06.2011

Angstwurm H (1993): Aus der Forschung: Das Absterben des gesamten Gehirns während einer Intensivbehandlung. Medizinische Ethik 39, 186-190

Angstwurm H (1999): Todesdefinition sowie Hinweise zum Hirntod, Teilhirntod und Herztod. Der Internist 3, 283-285

Angstwurm H: Tod und sichere Todesfeststellung vor der Organtransplantation; in: Transplantation: Organgewinnung und –allokation, Band 2: Medizin, Ethik, Recht. Hrsg. v. Oduncu FS, Schroth U; Vossenkuhl W; Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2003, 28-35

Bauer W: Geschichte der chinesischen Philosophie. C.H. Beck, München 2006

Beauchamp TL, Childress JF: Principles of Biomedical Ethics. 5. Edition; Oxford University Press, New York 2001

Bernat JL (2008): The Boundaries of Organ Donation after Circulatory Death. N Engl J Med 359, 669-671

Birnbacher D: Welche Ethik ist als Bioethik tauglich?; in: Herausforderungen der Bioethik. Hrsg. v. Ach JS, Gaidt A; Frommann-Holzboog, Stuttgart 1993, 45-67.

Birnbacher D: Fünf Bedingungen für ein akzeptables Todeskriterium; in: Hirntod und Organverpflanzung: Ethische, medizinische, psychologische und rechtliche Aspekte der Transplantationsmedizin, Band 3: Medizin und Philosophie. Hrsg. v. Ach JS, Quante M; Frommann-Holzboog, Stuttgart-Bad Cannstatt 1999, 49-74

## Literaturverzeichnis

Birnbacher D (2007): Der Hirntod – eine pragmatische Verteidigung. *Jahrb Recht Ethik* 15, 459-477

Bösebeck D, Mauer D, Wesslau C: Spenderkonditionierung und Organprotektion, in: *Neurointensiv*. Hrsg. v. Schwab S, Schelling P, Werner C, Unterberg A, Hacke W; Springer Verlag, Berlin, Heidelberg 2008, 316-320

Braune F, Wiesemann C, Biller-Andorno N: Informed Consent und seine Konkretisierung in der internationalen Bioethik: Zur medizinethischen Bedeutung von Aufklärung und Zustimmung in Taiwan und Deutschland; in: *Gibt es eine universale Bioethik?* Hrsg. v. Biller-Andorno N, Schaber P, Schulze-Baldes A; mentis Verlag Paderborn 2008, 135-156

Breyer F et al.: Organmangel: Ist der Tod auf der Warteliste unvermeidbar? Springer Verlag, Berlin, Heidelberg 2006

Brockhaus Enzyklopädie Online, 2005

Buchner H, Gobelé R: Neurophysiologische Diagnostik; in: *Neurointensiv*. Hrsg. v. Schwab S, Schelling P, Werner C, Unterberg A, Hacke W; Springer, Berlin, Heidelberg 2008, 66-84

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2010a): Einstellung, Wissen und Verhalten der Allgemeinbevölkerung zur Organ und Gewebespende. <http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/organ-und-gewebespende/>  
Letzter Zugriff: 27.01.2013

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2010b): Einstellung, Wissen und Verhalten von Pflegekräften zur Organ und Gewebespende 2010. <http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/organ-und-gewebespende/>  
Letzter Zugriff: 27.01.2013

Bundesärztekammer (1986): Kriterien des Hirntodes. Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes. Erste Fortschreibung 1986  
*Dtsch Arztebl* 83, B 2940-2946

Bundesärztekammer (1991): Kriterien des Hirntodes. Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes. Zweite Fortschreibung 1991.  
*Dtsch Arztebl* 88, C 2417-2422

Bundesärztekammer (1993): Der endgültige Ausfall der gesamten Hirnfunktion („Hirntod“) als sicheres Todeszeichen. *Dtsch Arztebl* 44, C 1975-1977

## Literaturverzeichnis

Bundesärztekammer (1998a): Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes. Dritte Fortschreibung 1997 mit Ergänzungen gemäß Transplantationsgesetz (TPG). Dtsch Arztebl 95, A 1861-1868

Bundesärztekammer (1998b): Organentnahme nach Herzstillstand. Dtsch Arztebl 95, A 3235

Bundestagsdrucksache: Entwurf eines Gesetzes über Eingriffe an Verstorbenen zu Transplantationszwecken (Transplantationsgesetz), 1979; 8/2681.  
<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/08/026/0802681.pdf>  
Download am 23.10.2009

Changmin J (2006): Ethical Considerations on Organ Transplantation in China. Penn Bioethics Journal 2, 13-15

Chao YC: Gesetz über die Transplantation von Organen und Gewebe in Taiwan; in: Rechtliche und ethische Fragen der Transplantationstechnologie in einem interkulturellen Vergleich. Hrsg. v. Kawaguchi H, Seelmann K; Steiner Verlag Stuttgart 2003, 65-81

Chen XY (2006): Clinical Bioethics in China: The Challenge of Entering a Market Economy. J Med Philos 31, 2-12

Cong Y (2004): Doctor-Family-Patient Relationship: The Chinese Paradigm of Informed Consent. J Med Philos 29, 149-178

Deal WE: Bioethics in Buddhism; in: Encyclopaedia of Bioethics. Hrsg. v. Post S G; Macmillan Library Reference, 2004

Declaration von Istanbul (2008). <http://www.esot.org/Elpat/Content.aspx?item=59>  
Letzter Zugriff: 06.07.2011

Delank HW, Gehlen Walter: Neurologie. Thieme Verlag, Stuttgart 2004

Dettmeyer R: Medizin & Recht: Rechtliche Sicherheit für den Arzt. 2. Auflage; Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2006

Deutscher Ethikrat (2013): Kriterien für die Verteilung von Organen brauchen gesellschaftliche Legitimation.

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/56030/Deutscher-Ethikrat-Kriterien-fuer-die-Verteilung-von-Organen-brauchen-gesellschaftliche-Legitimation>

Letzter Zugriff: 5.11.2013

Deutsche Stiftung Organtransplantation: Organspende – eine gemeinsame Aufgabe. Informationen zur Organspende. Neu-Isenburg 2003

Deutsche Stiftung Organtransplantation (2009). [www.dso.de/](http://www.dso.de/)  
Letzter Zugriff: 26.08.2009

Deutsche Stiftung Organtransplantation (2011): Organspende und Transplantation in Deutschland 2010. Frankfurt/Main, 2011

Dong P, Wang XY: Life, Death and End-of-Life Care: Taoist perspective, in: Bioethics: Asian Perspectives: A Quest for moral Diversity. Hrsg. v. Qiu R; Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2004, 147-155

Döring O: Chinesische Bioethik verstehen: Ergebnisse, Analysen und Überlegungen aus einem Forschungsprojekt zur kulturellen aufgeklärten Bioethik. Abera Verlag, Hamburg 2004

Döring O (2007a): China hebt Gesetzgebung zur Organtransplantation auf höhere Stufe. China aktuell 3, 123-124

Döring O (2007b): Grenzen der kommerziellen und medizinischen Verfügbarkeit des menschlichen Körpers. Ein Fallbeispiel aus der chinesischen Medizinethik; in: Kommerzialisierung des menschlichen Körpers. Hrsg. v. Taupitz J; Springer Verlag, Berlin, Heidelberg 2007, 289-296

Emter E: Bilder vom Tod in der frühen Neuzeit; in: Hirntod – Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung. Hrsg. v. Schlich T, Wiesemann C; Suhrkamp, Frankfurt am Main 2001, 115-132

Encyclopaedia of Everyday Law (2011): Organ donation.  
<http://www.enotes.com/everyday-law-encyclopedia/organ-donation>  
Letzter Zugriff: 14.02.2011

Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirchen Deutschlands, Bonn/Hannover 1990.  
[http://www.ekd.de/EKD-Texte/organtransplantation\\_1990.html](http://www.ekd.de/EKD-Texte/organtransplantation_1990.html)  
Download am 23.10.2009

Faul C (2011): Jeder Bürger soll sich entscheiden.  
<http://www.tagesschau.de/inland/organspende118.html>  
Letzter Zugriff: 01.07.2011

Frowein RA, Euler K H, Karim-Najad A (1964): Grenzen der Wiederbelebung bei schweren Hirntraumen.  
Langenbecks Arch Klin Chir Ver Dtsch Z Chir 308, 276-280

Fung On Yee C, Leung Kwan Hung K, Au Cheuk C, Chan Man Ka D, Leung Ka Kit G (2008): Knowledge, acceptance and perception towards brainstem death among medical students in Hong Kong: a questionnaire survey on brainstem death. Med Teach 30, 125-130

Geller DA (2000): Conference Report. Medscape Transplantation 1  
[http://www.medscape.com/viewarticle/408778\\_1](http://www.medscape.com/viewarticle/408778_1)  
Download am 11.12.2007

Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz-TPG).

Transplantationsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), das durch Artikel 3 des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) geändert worden ist

Goyal M, Mehta RL, Schneidermann LJ, Sehgal AR (2002): Economic and Health Consequences of Selling a Kidney in India. *JAMA* 288, 1589-1593

Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland, 2006

[http://www.bundestag.de/dokumente/rechtsgrundlagen/grundgesetz/gg\\_00.html](http://www.bundestag.de/dokumente/rechtsgrundlagen/grundgesetz/gg_00.html)

[http://www.bundestag.de/dokumente/rechtsgrundlagen/grundgesetz/gg\\_01.html](http://www.bundestag.de/dokumente/rechtsgrundlagen/grundgesetz/gg_01.html)

Download am 22.11.2006

Handelsblatt (2007): Ärzte uneins über Organspende-Modell des Ethikrats.

<http://www.handelsblatt.com/technologie/forschung/aerzte-uneins-ueber-organspende-modell-des-ethikrats;1259993>

Letzter Zugriff: 28.03.2010

Hauser-Schäublin B, Kalitzkus V, Peterson I, Schröder I: Der geteilte Leib. Campus Verlag, Frankfurt/Main 2001

Hoff J, in der Schmitt J: Kritik der „Hirntod“-Konzeption; in: Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und Hirntodkriterium. Hrsg. v. Hoff J, in der Schmitt J; Rowohlt, Reinbeck bei Hamburg 1995, 153-253

Holz H-H: China im Kulturvergleich – Ein Beitrag zur philosophischen Komparatistik. Jürgen Dinter Verlag, Köln 1994

Hong Kong Society of Critical Care Medicine (2009): Guidelines on Certification of Death following the Irreversible Cessation of Brainstem Function.

[http://www.hksccm.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1118](http://www.hksccm.org/index.php?option=com_content&view=article&id=1118):

2009-sep-14-guidelines-on-certification-of-death-following-the-irreversible-cessation-of-brainstem-function-&catid=91:clinical-management&Itemid=69

Letzter Zugriff: 15.06.2011

Huang J (2007): Ethical und Legislative Perspective on Liver Transplantation in the People's Republic of China. *Liver Transpl* 13, 193-196

Huang J, Mao Y, Millis M (2008): Government policy and organ transplantation in China. *Lancet* 372, 1937-1938

Hui E C: Personhood and Bioethics: A Chinese Perspective; in: Bioethics: Asian Perspectives: A Quest for moral Diversity. Hrsg. v. Qiu R; Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2004, 29-44

Human Organ Transplant Ordinance (2007)

## Literaturverzeichnis

[http://www.legislation.gov.hk/blis\\_pdf.nsf/6799165D2FEE3FA94825755E0033E532/9C78C1E7BF94FF05482575EF000A9DE2?OpenDocument&bt=0](http://www.legislation.gov.hk/blis_pdf.nsf/6799165D2FEE3FA94825755E0033E532/9C78C1E7BF94FF05482575EF000A9DE2?OpenDocument&bt=0)  
Letzter Zugriff: 15.06.2011

Ikels C (1997): Ethical Issues in Organ Procurement in Chinese Society.  
The China Journal 38, 95-119

Jaques M: When China Rules the World: The Rise of the Middle Kingdom and the End of the Western World. Penguin Books, London 2010

Kalitzkus V: Ein ethnologischer Blick auf die Biomedizin; in: Anerkennung, Ethik und Behinderung. Hrsg. v. Graumann S, Grüber K; LIT Verlag, Münster 2005, 195-209

Klein M (1995): Hirntod: Vollständiger und irreversibler Verlust aller Hirnfunktionen? Ethik Med 7, 6-15

Klinkhammer G (1992): Ärzte wollen Kind eine hirntoten Frau retten: Würdelos.  
Dtsch Arztebl 89, A-3632

Klinkhammer G (2010): Die Suche nach dem passenden Empfänger.  
Dtsch Arztebl 48, B 2053-2054

Klinkhammer G, Hibbeler B (2007): Organ- und Gewebetransplantation: Der menschliche Körper ist keine veräußerbare Ware. Dtsch Arztebl 21, B 1296

Körtner UHJ: Hirntod und Organtransplantation aus christlicher, jüdischer und islamischer Sicht; in: Transplantation: Organgewinnung und -allokation. Hrsg. v. Oduncu F S, Schroth U, Vossenkuhl W; Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2003

Kommission für Reanimation und Organtransplantation der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (1968): Todeszeichen und Todeszeitbestimmung.  
Chirurg 39, 196-197

Kurthen M: Begriffliche Probleme des Hirntodes; in: Organentnahme und Transplantation. Hrsg. v. Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg; Stuttgart 1997. <http://www.lpb-bw.de/publikationen/organ/organ9.htm>  
Download am 22.10.2009

Lackner M: Konfuzianismus von oben? Tradition als Legitimation politischer Herrschaft in der VR China; in: Länderbericht China. Hrsg. v. Herrman-Pillath M, Lackner M, Band 351; Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn 1998

Li EC (2008): Bioethics in China. Bioethics 22, 448-454

Li L (2011): New law targets organ traders.  
[http://www.chinadaily.com.cn/cndy/2011-02/28/content\\_12085094.htm](http://www.chinadaily.com.cn/cndy/2011-02/28/content_12085094.htm)

## Literaturverzeichnis

Letzter Zugriff: 03.04.2011

Lindemann G: Beunruhigende Sicherheiten; UVK Verlagsgesellschaft, Konstanz 2003

Linke DB: Hirnverpflanzung. Die erste Unsterblichkeit auf Erden. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg 1996

Liu Y, Lei H, Qui F (1997): Investigation of attitudes towards organ transplantation in young people in China. Chinese Medical Journal 110, 210-215

Liu Z, Zhu B, Yun P, Wang P, Wang X, Xu H (2008): Are we ready to utilize non-heart-beating donors for clinical allotransplantation in China? Transplant Proc 40, 1018-1020

Lock M: Twice dead: Organ transplants and the reinvention of the death. University of California Press, Berkeley, Los Angeles 2002

Lu H (2007): China issues regulation banning trade of human organs. [http://news.xinhuanet.com/english/2007-04/06/content\\_5944580.htm](http://news.xinhuanet.com/english/2007-04/06/content_5944580.htm)  
Download am 23.11.2007

Luan S: Recognition of brain death will aid organ transplants. [http://news.xinhuanet.com/english/2007-04/28/content\\_6041807.htm](http://news.xinhuanet.com/english/2007-04/28/content_6041807.htm)  
Download am 23.11.2007

Luo J, Wei T, Gao B, Wang J, Wang C (1998): A Survey and Analysis of the Possibility to Promote Organ Donation in China. Chinese Medical Ethics 4; 28-29

Lutter C, Reisenleitner M: Cultural Studies-Eine Einführung. Erhard Löckner GesmbH, Wien 2002

Malan M (1968a): Herrgott, es schlägt wieder. Die Herzverpflanzung des Professor Barnard. Der Spiegel 10, 118-130

Malan M (1968b): Herrgott, es schlägt wieder. Die Herzverpflanzung des Professor Barnard. Der Spiegel 12, 110-122

Marckmann G, Bormuth M, Wiesing U: Allgemein Einführung; in: Ethik in der Medizin – Ein Studienbuch. Hrsg. v. Wiesing U; Reclam, Stuttgart 2008, 21-35

Möller P (2011): Metaphysik. <http://www.philolex.de/metaphys.htm>  
Letzter Zugriff: 10.07.2011

Müller S (2010): Revival der Hirntod-Debatte: Funktionelle Bildgebung für die Hirntod-Diagnostik. Ethik Med 22, 5-17

## Literaturverzeichnis

Nagel E, Mayer J (2003): Ethische Grundfragen zur Lebendspende. *Chirurg* 74, 530-535

Nationaler Ethikrat (2007a): Die Zahl der Organspenden erhöhen – Zu einem drängenden Problem der Transplantationsmedizin in Deutschland. [http://www.ethikrat.org/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme\\_Organmangel.pdf](http://www.ethikrat.org/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Organmangel.pdf)  
Download am 26.12.2008

Nationaler Ethikrat (2007b): Nationaler Ethikrat schlägt Stufenmodell zur Erhöhung der Organspenden vor. Pressemitteilung 04/2007  
[http://www.ethikrat.org/presse/pdf/PM\\_2007\\_04.pdf](http://www.ethikrat.org/presse/pdf/PM_2007_04.pdf)  
Download am 26.12.2008

Nyitray VL: Bioethics of Confucianism; in: *Encyclopaedia of Bioethics*. Hrsg. v. Post S G; Macmillan Library Reference, 2004

Parry J (2007): A matter of life or death: China moves towards changing its transplantation practices. *BMJ* 335, 961

Parry J (2008): Doctor hope consensus on brain death will boost transplants. *BMJ* 336, 581

People's Daily Online: Harmonious world: China's ancient philosophy for new int'l order. <http://english.people.com.cn/90001/90776/6275744.html>  
Download am 10.10.2007

Plenarprotokoll Bundestag: 13/183.  
<http://dip21.bundestag.de/dip21/btp/13/13183.pdf>  
Letzter Zugriff: 21.03.2010

President's Council on Bioethics (2008), Controversies in the determination of death. A White Paper. Washington, D.C.  
<http://www.bioethics.gov/reports/death/index.html>. Letzter Zugriff: 19.07.2011

Qiu R (2006): Bioethics: a search for moral diversity. *Eastern Mediterranean Health* 12, 21-29

Richter-Kuhlmann E, Siegmund-Schultze N (2012): Organtransplantation: Was sich gesetzlich ändert. *Dtsch Arztebl* 25, C 1114-1117

Roelcke V: Kulturen des Todes. Beobachtungen und Theorieansätze aus Ethnologie und Ethnomedizin; in: *Hirntod – Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*. Hrsg. v. Schlich T, Wiesemann C; Suhrkamp, Frankfurt am Main 2001, 66-81

Schellong SM: Die künstliche Beatmung und die Entstehung des Hirntodkonzeptes; in: *Hirntod – Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*. Hrsg. v. Schlich T, Wiesemann C; Suhrkamp, Frankfurt am Main 2001, 187-208

Schicktanz S (2001): Herz und Hirn vom Schwein. Körper- und Identitätsverständnisse im Zeitalter der Xenotransplantation. *Universitas* 6, 557-571

Schicktanz S: Die kulturelle Vielfalt in der Bioethik-Debatte; in: *Kulturelle Aspekte der Biomedizin*. Hrsg. v. Schicktanz S, Tannert C, Wiedemann P; Campus Verlag, Frankfurt am Main 2003, 261-282

Schicktanz S: Medizinethik – Aktuelle Trends und Neuorientierungen; in: *Ethikdialog in der Wissenschaft*. Hrsg. v. Weidmann-Hügler T, Christen M; Schwabe Verlag, Basel 2009

Schiebler TH, Schmidt W (Hrsg.): *Anatomie*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg 2002

Schlich T (1999): Ethik und Geschichte: Die Hirntoddebatte als Streit um die Vergangenheit. *Ethik Med* 11, 79-88

Schlich T: Tod, Geschichte, Kultur; in: *Hirntod: Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*. Hrsg. v. Schlich T, Wiesemann C; Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main 2001, 9-42

Schlieter J (2003a): Die aktuelle Biomedizin aus der Sicht des Buddhismus; in: *Kulturelle Aspekte der Biomedizin: Bioethik, Religionen und Alltagsperspektiven*, Band 9: *Kultur der Medizin*. Hrsg. v. Schicktanz S, Tannert C, Wiedemann P; Campus Verlag, Frankfurt am Main 2003, 132-159

Schlieter J (2003b): Die aktuelle Biomedizin aus Sicht des Buddhismus. Gutachten für die „AG Bioethik und Wissenschaftskommission“. 2. verbesserte Fassung; Berlin-Buch 2003

[ruhr-uni-bochum.de/kbe/Akt.Biomed.Buddh.pdf](http://ruhr-uni-bochum.de/kbe/Akt.Biomed.Buddh.pdf)

Letzter Zugriff: 14.06.2014

Schmidt KW: Ethische Problemfelder der Organtransplantation; in: *Neue Perspektiven der Transplantationsmedizin im interdisziplinären Dialog*. Hrsg. v. Engels E-M, Badura-Lotter G, Schicktanz S; Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2000, 35-55

Schneider W: Vom schlechten Sterben und dem guten Tod – Die Neu-Ordnung des Todes in der politischen Debatte um Hirntod und Organtransplantation; in: *Hirntod – Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*. Hrsg. v. Schlich T, Wiesemann C; Suhrkamp, Frankfurt am Main 2001, 279-317

Schöne-Seifert B: Medizinethik; in: *Angewandte Ethik – Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung*. Ein Handbuch. Hrsg. v. Nida-Rümelin J; Kröner Verlag, Stuttgart 2005, 690-802

## Literaturverzeichnis

Siegmund-Schultze N (2010): Neue Wege aus dem Organmangel – in der BRD nur nach Gesetzesänderung; in: Ärzte Zeitung.  
<http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/urologische-krankheiten/niereninsuffizienz/article/632914/neue-wege-organmangel-brd-nur-nach-gesetzesanderungen.html?sh=1&h=-301353489>  
Letzter Zugriff: 14.02.2010

Siegmund-Schultze N (2011): Neuregelung der Organspende: Ringen um die Entscheidung. Dtsch Arztebl 27, C 1273-1275

Siegmund-Schultze N (2013): Organspende in Deutschland: Wege aus einer Angespannten Situation. Dtsch Arztebl 45, C 1826-1829

Shan J (2007): Health authorities to define legal brain death.  
China Daily 23.08.2007, 3

Shan J (2009): Public call for organ donations.  
[http://www.chinadaily.com.cn/cndy/2009-08/26/content\\_8615738.htm](http://www.chinadaily.com.cn/cndy/2009-08/26/content_8615738.htm)  
Letzter Zugriff: 04.04.2011

Shan J (2011a): Organ donation regulation to be revised.  
[http://www.chinadaily.com.cn/usa/china/2011-01/10/content\\_11817261.htm](http://www.chinadaily.com.cn/usa/china/2011-01/10/content_11817261.htm)  
Letzter Zugriff: 04.04.2011

Shan J (2011b): Organ donation system is not on agenda.  
[http://europe.chinadaily.com.cn/china/2011-05/11/content\\_12488683.htm](http://europe.chinadaily.com.cn/china/2011-05/11/content_12488683.htm)  
Letzter Zugriff: 24.06.2011

Söffker G, Bhattaral M, Welte T, Quintel M, Kluge S (2013): Einstellung des intensivmedizinischen Fachpersonals zur postmortalen Organspende in Deutschland. <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00063-013-0271-x/fulltext.html>  
Letzter Zugriff: 15.11.2013

Song RL, Cui XH, Gao Z, Deng SL, Li YP (2009): Brain death and organ transplant legislation: analysis of 969 respondents by classroom questionnaire. Hepatobiliary Pancreat Dis Int 8, 483-493

Sperling S: Die aktuelle Biomedizin aus Sicht der Medizin- und Kulturanthropologie; in: Kulturelle Aspekte der Biomedizin: Bioethik, Religionen und Alltagsperspektiven, Band 9: Kultur der Medizin. Hrsg. v. Schicktanz S, Tannert C, Wiedemann P; Campus Verlag, Frankfurt am Main 2003, 187-262

Spiegel Online (2004): Transplantationen: Experte fordert freien Organhandel  
<http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,299541,00.html>  
Letzter Zugriff: 04.04.2010

Steinbrook R (2007): Organ Donation after Cardiac Death.  
N Eng J Med 357, 209-213

## Literaturverzeichnis

Stoecker R: Der Hirntod: Ein medizinisches Problem und seine moralphilosophische Transformation. Verlag Karl Alber, Freiburg im Breisgau 2010

Stoecker R: Der Hirntod aus ethischer Sicht. Referat beim Forum Bioethik März 2012. <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/fb-21-03-2012-stoecker-referat.pdf>  
Letzter Zugriff: 14.11.2013

Sung T: The washing away of wrongs. Translated by Mc Knight BE; Ann Arbor Verlag, Michigan 1981

Taylor, Ch: A secular age. Stanford University Press 2007

Teasdale G, Jennett B (1974): Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet* 304 (7872), 81-84

The Lancet (2009): Editorial: Organ donation in China. *Lancet* 374 (9692), 758

Tönnis W, Frowein RA (1963): Wie lange ist Wiederbelebung bei schweren Hirnverletzungen möglich?  
*Monatsschr Unfallheilkd Versicher Versorg Verkehrsmed* 66, 169-190

Truog RD (2005): The Ethics of Organ Donation by Living Donors.  
*N Eng J Med* 353, 444-446

Van Ess H: Der Konfuzianismus. C.H. Beck, München 2003

Vollmann J: Das Hirntodkriterium heute. Begriffserklärungen und medizinethische Kontroversen; in: *Hirntod – Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*. Hrsg. v. Schlich T, Wiesemann C; Suhrkamp, Frankfurt am Main 2001, 45-65

Vorschrift über die Transplantation von menschlichen Organen vom 21.03.2007 (im Anhang); bis dato unveröffentlichte Fassung. Übersetzung im Auftrag der Autorin durch: 北京中外翻译咨询公司 (Chinese-Foreign Translation & Information Service Beijing)

Wang M, Zhang W, Wang X (2008): The Principle of Family Determination in Organ Donation: The Application of Confucian Ethics. *HEC Forum* 20, 183–196

Wang Q, Cai W (2011): Criticism of organ donor plan.  
<http://www.shanghaidaily.com/nsp/Metro/2011/04/26/Criticism%2Bof%2Borgan%2Bdonor%2Bplan/>  
Letzter Zugriff: 24.06.2011

WHO (1991): Human organ transplantation.  
<http://whqlibdoc.who.int/publications/1991/9241693045.pdf>  
Letzter Zugriff: 04.04.2010

## Literaturverzeichnis

WHO (2010): WHO guiding principles on human cell, tissue and organ transplantation. <http://www.who.int/transplantation/TxGP08-en.pdf>  
Letzter Zugriff: 05.11.2013

Wiesemann C: Notwendigkeit und Kontingenz. Zur Geschichte der ersten Hirntod-Definition der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie von 1968; in: Hirntod – Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung. Hrsg. v. Schlich T, Wiesemann C; Suhrkamp Frankfurt am Main 2001, 209-235

Wijdicks, EFM (1995): Determining Brain Death in Adults.  
*Neurology* 45, 1003-1011

Wijdicks, EFM (2001): The Diagnosis of Brain Death.  
*N Engl J Med* 344, 1215-1221

Wildish P: Daoismus im Überblick. Die Weisheitslehre von Ying und Yan. Herder, Freiburg im Breisgau 2002

Williams B: Ethik und die Grenzen der Philosophie; Rotbuch Verlag, Hamburg 1999

Wolf A, Dilger H: Universalismus versus lokale Besonderheiten. Medizin, Globalisierung und AIDS; in: Kulturelle Dimensionen der Medizin. Hrsg. v. Lux T; Reimer Verlag, Berlin 2003, 252-276

Youngner SJ, Bartlett ET (1983): Human death and high technology: The failure of the whole-brain formulation. *Ann Intern Med* 99, 252-258

Xie F (2009): China launches organ donation system.  
[http://www.chinadaily.com.cn/m/tianjin/e/2009-08/26/content\\_8619682.htm](http://www.chinadaily.com.cn/m/tianjin/e/2009-08/26/content_8619682.htm)  
Letzter Zugriff: 03.04.2011

Zimmer HG, Zimmer R: Altern und Tod; in: Physiologie. Hrsg. v. Deetjen P, Speckmann EJ, Hescheler J; Urban & Fischer, München 2005

Zhai X (2004): ABA Country Report for China 2003.  
*Eubios J Asian and Int Bioeth* 14, 5-10

Anhang

## **10 Anhang**

Verordnung des Staatesrates der Volksrepublik China

<<Vorschrift über die Transplantation von menschlichen Organen>> wurde am 21.03.2007 auf der 171. regulären Arbeitssitzung des Staatesrates angenommen und wird hiermit bekannt gegeben und tritt am 01.05.2007 in Kraft.

Ministerpräsident Wen Jia Bao

31.03.2007

## Vorschrift über die Transplantation von menschlichen Organen

### Kapitel 1 Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Um die Transplantation von menschlichen Organen zu standardisieren, die Qualität der medizinischen Behandlung abzusichern, die Gesundheit der Menschen zu gewährleisten und die legitimen Rechte und Interessen der Bürger zu wahren, wurde die vorliegende Vorschrift ausgearbeitet.

Art. 2 Die vorliegende Vorschrift gilt der Transplantation von menschlichen Organen, aber nicht der Transplantation von Gewebe von Menschen wie Zellen, Hornhaut und Knochenmark.

Bei der Transplantation von menschlichen Organen handelt es sich hierbei um den Vorgang des Herausnehmens des ganzen oder eines Teils des Organs wie Herz, Leber, Niere und Pankreas, der bestimmte Funktionen hat, und der Einpflanzung des herausgenommenen Organs in einen menschlichen Körper zur Ersetzung eines beschädigten Organs.

Art. 3 Keiner Organisation oder keiner Person ist gestattet, in irgendeiner Form mit menschlichen Organen direkt oder indirekt zu handeln.

Art. 4. Die für Gesundheitswesen zuständige Abteilung des Staatesrates ist landesweit für die Kontroll- und Verwaltungsaufgaben bei Transplantationen von menschlichen Organen verantwortlich. Die Gesundheitsbehörde der lokalen Volksregierung von der Kreisebene aufwärts ist für die Kontroll- und Verwaltungsaufgaben bei Transplantationen von menschlichen Organen in der eigenen administrativen Region verantwortlich.

Das Rote Kreuz aller Ebenen beteiligt sich gesetzesgemäß an Aufgaben wie der Aufklärungsarbeit über Organspenden.

Art. 5. Jede Organisation oder Person ist berechtigt, bei der zuständigen Gesundheitsbehörde oder den anderen Abteilungen jedwede Organisation oder Person wegen eines Verstoßes gegen die vorliegende Vorschrift anzuzeigen. Jede Organisation oder Person ist berechtigt, der Volksregierung der betreffenden Ebene und den Abteilungen der Volksregierung der höheren Ebene gegenüber die zuständige Gesundheitsbehörde oder andere Abteilungen anzuzeigen, die nicht gesetzesgemäß

ihre Kontroll- und Verwaltungspflicht erfüllt haben. Nachdem die Volksregierung, die zuständige Gesundheitsbehörde und die anderen Abteilungen die Anzeige entgegengenommen haben, sollen sie rechtzeitig den Sachverhalt überprüfen und behandeln und den betreffenden Personen, die die Anzeige erstattet haben, das Ergebnis der Untersuchung mitteilen.

Art. 6. Der Staat entfaltet durch den Aufbau des Arbeitssystems für die Transplantation von menschlichen Organen die Aufklärungsarbeit in Bezug auf Organspenden, treibt diese voran, bestimmt die Liste derjenigen, die eine Transplantation von menschlichen Organen beantragt haben, und organisiert und koordiniert die Verwendung der Organe.

## Kapitel 2 Organspenden

Art. 7 Organspenden sollen nach dem Prinzip der Freiwilligkeit und Unentgeltlichkeit erfolgen.

Die Bürger haben das Recht, ihre Organe zu spenden oder nicht zu spenden. Keine Organisation oder Person darf andere zur Organspende zwingen oder dies durch Betrug oder Verführung erreichen.

Art. 8 Die Organe spendenden Bürger sollen volle zivilrechtliche Handlungsfähigkeit haben. Wenn Bürger ihre Organe spenden, dann sollen sie schriftlich ihren Wunsch bekunden. Sie sind berechtigt, einen bereits geäußerten Wunsch zur Organspende zurückzuziehen.

Wenn ein Bürger in seinem Leben ausgedrückt hat, dass er mit der Organspende nicht einverstanden ist, dann darf keine Organisation oder Person seine Organe herausnehmen. Wenn ein Bürger in seinem Leben nicht ausgedrückt hat, dass er mit der Organspende nicht einverstanden ist, dann können nach seinem Tod seine Ehepartner, seine erwachsenen Kinder und seine Eltern gemeinsam den Wunsch für das Spenden seiner Organe in schriftlicher Form ausdrücken.

Art. 9 Keine Organisation oder Person darf Bürgern, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Organe zu deren Transplantation herausnehmen.

Art. 10 In Frage kommen als Organempfänger der Lebendspende nur Ehepartner, Verwandte 1. Grades in auf- und absteigender Linie oder Verwandte in der Seitenlinie innerhalb von drei Generationen oder jemand, der mit dem Organspender durch Unterstützung und Hilfeleistung eine besondere, enge Beziehung hat, was durch Beweise zu belegen ist.

## Kapitel 3 Organtransplantation

Art 11. Wenn eine medizinische Einrichtung eine Organtransplantation durchführt, dann soll sie nach Bestimmungen in der „Vorschrift über die Verwaltung

medizinischer Einrichtungen“ bei der zuständigen Gesundheitsbehörde der Provinz, des Autonomen Gebiets oder der regierungsunmittelbaren Stadt einen Antrag auf die Registrierung des Aufgabenkreises Diagnose und Behandlung zur Transplantation von menschlichen Organen einreichen.

Wenn eine medizinische Einrichtung eine Transplantation von menschlichen Organen durchführt, dann sollen die folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- (1) Es gibt praktizierende Ärzte und medizinische Mitarbeiter, die den Anforderungen der Organtransplantation entsprechen;
- (2) Es gibt Geräte und Anlagen, die den Erfordernissen Organtransplantation genügen;
- (3) Es gibt eine Kommission für die Klinische Anwendung von Transplantationstechniken und Ethische Fragen der Organtransplantation, die aus Experten aus den Fachgebieten Medizin, Rechtswissenschaft, Ethik usw. besteht. In dieser Kommission darf der Anteil der Experten aus dem Fachgebiet Medizin, die Organtransplantationen durchführen, ein Viertel nicht übertreffen;
- (4) Es gibt ein vollständiges System zur Kontrolle und Verwaltung der Qualität der Organtransplantation.

Art 12. Die zuständige Gesundheitsbehörde der Provinz, des autonomen Gebiets und der regierungsunmittelbaren Stadt ist für die Registrierung der Gegenstände der Diagnose und Behandlung für die Transplantation von menschlichen Organen zuständig. Neben den in Art. 11 der vorliegenden Vorschrift genannten Bedingungen sollen auch der medizinische Bedarf nach Transplantation von menschlichen Organen und die legitime Quelle von menschlichen Organen in der betreffenden administrativen Region berücksichtigt werden.

Die zuständige Gesundheitsbehörde der Provinz, des Autonomen Gebiets oder Regierungsunmittelbaren Stadt soll die Liste der medizinischen Einrichtungen, bei denen die Formalitäten zur Registrierung des Aufgabenkreises Diagnose und Behandlung zur Transplantation von menschlichen Organen bereits abgeschlossen wurde, rechtzeitig bekannt geben.

Art. 13 Diejenigen Einrichtungen, die die Formalitäten zur Registrierung des Aufgabenkreises Diagnose und Behandlung zur Transplantation von menschlichen Organen abgeschlossen haben, nicht jedoch die Bedingungen, die in Art. 11 der vorliegenden Vorschrift genannt werden, erfüllen, sollen Organtransplantationen einstellen und dies der Behörde, bei der sie den Antrag eingereicht haben, melden. Nachdem die Behörde den Bericht erhalten hat, soll diese innerhalb von zwei Tagen die Registrierung des Aufgabenkreises Diagnose und Behandlung zur Transplantation von menschlichen Organen der betreffenden medizinischen Einrichtung zurücknehmen und dies bekannt geben.

Art. 14. Die Gesundheitsbehörde von der Provinzebene aufwärts soll regelmäßig

Experten dazu veranlassen, dass sie die Erfolgsrate der Organtransplantationen und die langfristige Überlebensrate der Patienten, denen ein menschliches Organ transplantiert wurde, und die Kapazität der klinischen Durchführung von Organtransplantationen der medizinischen Einrichtungen begutachten, und die Ergebnisse der Begutachtung rechtzeitig bekannt geben. Wenn bei dem Begutachten eine medizinische Einrichtung als nicht ausreichend qualifiziert eingestuft wird, dann soll die Behörde, bei der die Registrierung vorgenommen wurde, die Registrierung des Aufgabenkreises Diagnose und Behandlung zur Transplantation von menschlichen Organen der betreffenden Einrichtung streichen. Konkrete Verfahren werden von der zuständigen Gesundheitsbehörde des Staatsrates ausgearbeitet.

Art. 15 Die mit der Durchführung von Organtransplantationen befassten medizinischen Einrichtungen und ihr medizinisches Personal sollen ethische Prinzipien und Verwaltungsnormen für den technischen Ablauf zur Organtransplantation erfüllen.

Art. 16 Die mit der Durchführung von Organtransplantationen befassten medizinischen Einrichtungen sollen den Organspender medizinisch untersuchen und das Infektionsrisiko bei einer Organtransplantation für den Organempfänger begutachten und Maßnahmen zur Senkung der Risiken treffen.

Art. 17 Bevor eine Lebendspende erfolgt oder vor dem Ableben eines Menschen, dessen Körper nach seinem Tod ein Organ entnommen werden soll, soll der für die Organtransplantation zuständige praktizierende Arzt bei der Kommission für die Klinische Anwendung von Transplantationstechniken und Ethische Fragen der Organtransplantation der betreffenden medizinischen Einrichtung einen Antrag auf Entnahme von menschlichen Organen einreichen.

Wenn die Kommission für die Klinische Anwendung von Transplantationstechniken und Ethische Fragen der Organtransplantation mit der Entnahme von menschlichen Organen nicht einverstanden ist, dann darf die medizinische Einrichtung keine Entscheidung über die Entnahme von menschlichen Organen treffen und das medizinische Personal darf demnach auch kein Organ entnehmen.

Art. 18 Nachdem die Kommission für die Klinische Anwendung von Transplantationstechniken und Ethische Fragen der Organtransplantation den Antrag auf Entnahme von menschlichen Organen erhalten hat, soll sie hinsichtlich folgender Punkte eine Überprüfung durchführen und eine schriftliche Stellungnahme über Zustimmung oder Ablehnung ausstellen:

- (1) ob der Organspender wirklich sein Organ spenden will;
- (2) ob ein Organhandel vorliegt oder dieser in versteckter Form vorliegt;
- (3) ob die Übereinstimmung beim Abgleich von menschlichen Organen und die Indikation des Organempfängers den ethischen Prinzipien und den Normen der technischen Verwaltung der Organtransplantation entsprechen.

Nur wenn mehr als zwei Drittel der Mitglieder der Kommission für die Klinische Anwendung von Transplantationstechniken und Ethische Fragen der Organtransplantation ihre Zustimmung geäußert haben, kann sie eine schriftliche Stellungnahme über die Zustimmung bezüglich der Entnahme von menschlichen Organen ausstellen.

Art. 19 Bevor die medizinische Einrichtung und ihr medizinisches Personal eine Lebendspende vornimmt, sollen folgende Pflichten erfüllt sein.

- (1) Dem Organspender sollen die Risiken der Operation, die zur Entnahme des Organs durchgeführt wird, erläutert und die zu beachtenden Hinweise nach der Operation gegeben werden, es soll auch über die mögliche Komplikationen und die Maßnahmen zur Vorbeugung informiert werden. Vom Organspender soll eine schriftliche Erklärung über Kenntnisnahme und Einverständnis unterzeichnet werden.
- (2) Die schriftliche Einverständniserklärung des Organspenders und die Beweismaterialien über die den Bestimmungen in Art. 10 der vorliegenden Vorschrift entsprechenden Beziehungen zwischen dem Organspender und dem Organempfänger sollen überprüft werden.
- (3) Es soll bestätigt werden, dass außer der direkten Folge der Entnahme des Organs die normalen physiologischen Funktionen anderer Organe nicht beeinträchtigt werden.

Die mit der Durchführung von Organtransplantationen befassten medizinischen Einrichtungen sollen die medizinischen Daten der Organspender aufbewahren und dafür Sorge tragen, dass die Spender von medizinischem Personal aufgesucht werden.

Art. 20 Die Entnahme von Organen aus einer Leiche soll erst nach der gesetzgemäßen Feststellung des Todes desjenigen, der seine Organe spenden wollte, erfolgen. Das medizinische Personal, das mit der Organtransplantation befasst ist, darf sich nicht an der Feststellung des Todes des Organspenders beteiligen.

Die medizinische Einrichtung und ihr medizinisches Personal sollen die Würde des Toten respektieren. Nachdem einer Leiche ein Organ entnommen wurde, soll sie ethischen Prinzipien entsprechend medizinisch behandelt werden. Außer dem entnommenen Organ bzw. den entnommenen Organen soll die Leiche in ihren ursprünglichen Zustand versetzt werden.

Art. 21 Wenn eine medizinische Einrichtung eine Operation zur Transplantation durchführt, darf sie außer den folgenden Gebühren keine andere Gebühren erheben noch versuchen, diese in anderer Form vom Organempfänger zu erheben:

- (1) Gebühren für die Operation zur Entnahme und Transplantation von menschlichen Organen;

- (2) Gebühren für Aufbewahrung und Transport von menschlichen Organen
- (3) Gebühren für Medikamente, für Untersuchung und für Verbrauch von medizinischem Material bei Entnahme und Transplantation von menschlichen Organen

Die Normen für die Erhebung der oben genannten Gebühren sollen den Bestimmungen in den Gesetzen und administrativen Verordnungen entsprechend festgelegt und bekannt gegeben werden.

Art. 22 Die Reihenfolge der Patienten, die eine Organtransplantation beantragen, soll dem Bedarf der medizinischen Behandlung und den Prinzipien der Fairness, Gerechtigkeit und Transparenz entsprechen. Die konkreten Verfahren werden von der zuständigen Gesundheitsbehörde des Staatsrates ausgearbeitet.

Art. 23 Das medizinische Personal, welches die Organtransplantation durchführt, soll die persönlichen Daten von Organspendern, Organempfängern und Patienten, die eine Operation zur Organtransplantation beantragen, geheim halten.

Art. 24 Die mit der Durchführung von Organtransplantationen befassten medizinischen Einrichtungen sollen regelmäßig der zuständigen Gesundheitsbehörde ihrer Provinz, ihres Autonomen Gebiets oder ihrer Regierungsunmittelbaren Stadt, über die Durchführung der Organtransplantation berichten. Die konkreten Verfahren werden von der zuständigen Gesundheitsbehörde des Staatsrates ausgearbeitet.

#### Kapitel 4 Rechtliche Verantwortung

Art. 25 Wenn einer der folgenden Verstöße gegen die vorliegende Vorschrift festgestellt wird und dieser Verstoß ein Vergehen darstellt, wird gesetzesgemäß die strafrechtliche Verantwortung ermittelt:

- (1) Ohne Einverständnis eines Bürgers wird ihm ein Organ entnommen.
- (2) Der Bürger hat sich vor seinem Tod geäußert, dass er seine Organe nicht spenden will, dennoch wird seiner Leiche ein Organ entnommen.
- (3) Einem Bürger, der das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, wird ein Organ entnommen.

Art. 26 Bei einem gegen die vorliegende Vorschrift verstoßenden Handel mit menschlichen Organen oder indirekter Beteiligung daran soll die zuständige Behörde der Volksregierung von der Stadt auf Bezirksebene aufwärts entsprechend der Kompetenzeinteilung das illegale Einkommen beschlagnahmen und eine Geldstrafe erteilen, deren Summe mehr als achtmal und weniger als zehnmals höher liegen soll wie der entsprechende Umsatz des Organhandels. Wenn sich die medizinische Einrichtung an den oben genannten Tätigkeiten beteiligt hat, dann soll dem hauptverantwortlichen Personal und dem Personal, das die direkte Verantwortung trägt, den gesetzlichen Vorgaben entsprechend eine Disziplinarstrafe erteilt werden,

und die Behörde, bei der die Registrierung vorgenommen wurde, soll die Registrierung des Aufgabenkreises Diagnose und Behandlung zur Transplantation von menschlichen Organen der betreffenden medizinischen Einrichtung streichen und diese Einrichtung wird für drei Jahre von einer erneuten Beantragung einer Registrierung des Aufgabenkreises Diagnose und Behandlung zur Transplantation von menschlichen Organen ausgeschlossen. Wenn medizinisches Personal an den oben genannten Tätigkeiten teilgenommen hat, dann soll die Behörde die von ihr ausgestellte Lizenz für den Beruf entziehen.

Wenn Mitarbeiter der Staatsorgane direkt oder indirekt am Organhandel teilgenommen haben, dann soll das betreffende Staatsorgan nach Befugnis und gesetzesgemäß dem entsprechenden Mitarbeiter als Strafe die Entlassung aus dem Amt oder die Entlassung aus dem Staatsorgan erteilen.

Art. 27 Wenn eine medizinische Einrichtung ohne die Registrierung des Aufgabenkreises Diagnose und Behandlung zur Transplantation von menschlichen Organen und eigenmächtig Organtransplantationen durchführt, dann soll sie nach den Bestimmungen der „Vorschrift über die Verwaltung medizinischer Einrichtungen“ bestraft werden.

Wenn eine medizinische Einrichtung und ihr medizinisches Personal der vorliegenden Vorschrift widersprechend keine medizinische Untersuchung des Organspenders durchgeführt oder keine entsprechenden vorbeugenden Maßnahmen getroffen hat, so dass der Organempfänger durch die Transplantation eines menschlichen Organs eine Infektion erleidet, dann sollen sie nach den Bestimmungen der „Vorschrift über die Behandlungen von medizinischen Kunstfehlern“ bestraft werden.

Wenn das medizinische Personal der vorliegenden Vorschrift widersprechend die persönlichen Daten von Organ Spendern, Organempfängern und Patienten, die einen chirurgischen Eingriff im Rahmen einer Organtransplantation beantragen, preisgegeben hat, dann soll es nach dem „Gesetz über Berufsausübung von Ärzten“ oder nach den nationalen Bestimmungen über das Krankenpflegepersonal bestraft werden.

Wer der vorliegenden Vorschrift widersprechend anderen Schaden zugefügt hat, trägt die zivilrechtliche Verantwortung.

Wer den Bestimmungen in Art. 21 der vorliegenden Vorschrift widersprechend Gebühren erhebt, wird nach den Gesetzen und administrativen Verordnungen über Preisregulierung bestraft.

Art. 28 Wenn medizinisches Personal eine der folgenden Taten begangen hat, dann wird ihm gesetzesgemäß eine Strafe auferlegt; bei schwerwiegenden Sachverhalten soll die zuständige Gesundheitsbehörde der Volksregierung von der Ebene des Kreises aufwärts entsprechend der Kompetenzeinteilung das medizinische Personal von seiner Berufsausübung für eine Zeitspanne von sechs Monaten bis zu einem Jahr suspendieren; bei sehr schwerwiegenden Sachverhalten soll die Behörde die von ihr ausgestellte Lizenz zur Berufsausübung zurückziehen.

- (1) Ohne die von der Kommission für die Klinische Anwendung von Transplantationstechniken und Ethische Fragen der Organtransplantation vorgenommene Überprüfung und ohne das von dieser Kommission ausgedrückte Einverständnis wurde eine Organentnahme vorgenommen;
- (2) Vor der Entnahme eines Organs wurden die in Art. 19 genannten Pflichten der Erläuterung, Überprüfung und Bestätigung nicht erfüllt;
- (3) Nachdem einer Leiche ein Organ entnommen wurde, wurde sie nicht den ethischen Prinzipien entsprechend behandelt und nicht in ihren ursprünglichen Zustand versetzt.

Art. 29 Wenn eine medizinische Einrichtung eine der folgenden Taten begangen hat, dann wird dem hauptverantwortlichen Personal und dem Personal, das die direkte Verantwortung trägt, eine Strafe auferlegt; bei schwerwiegenden Sachverhalten soll die Behörde, bei der die Registrierung vorgenommen wurde, die Registrierung des Aufgabenkreises Diagnose und Behandlung zur Transplantation von menschlichen Organen der betreffenden medizinische Einrichtung zurückziehen. Diese medizinische Einrichtung ist drei Jahren von einer erneuten Beantragung der Registrierung des Aufgabenkreises Diagnose und Behandlung zur Transplantation von menschlichen Organen auszuschließen:

- (1) Ohne Erfüllung der in Art 11 genannten Bedingungen wurde die Transplantation von menschlichen Organen vorgenommen;
- (2) Ohne die von der Kommission für die Klinische Anwendung von Transplantationstechniken und Ethische Fragen der Organtransplantation vorgenommene Überprüfung und ohne das von dieser Kommission ausgedrückte Einverständnis wurde die Entscheidung über das Entnehmen menschlicher Organe getroffen oder das medizinische Personal wurde bedroht und Zwang ausgesetzt, der vorliegenden Vorschrift widersprechend menschliche Organe zu entnehmen;
- (3) Die in Punkt 2 und Punkt 3 in Art. 28 genannten Taten wurden begangen.

Wenn eine medizinische Einrichtung der zuständigen Gesundheitsbehörde der Provinz, des Autonomen Gebiets oder der Regierungsmittelbaren Stadt, in der sie sich befindet, nicht regelmäßig über die Durchführung Organtransplantationen berichtet hat, dann soll die zuständige Gesundheitsbehörde der Provinz, des Autonomen Gebiets oder der Regierungsunmittelbaren Stadt diese medizinische Einrichtung auffordern, eine Korrektur innerhalb einer Frist vorzunehmen; wenn über diese Frist hinaus keine Korrektur vorgenommen wird, dann soll dem hauptverantwortlichen Personal und dem Personal, das die direkte Verantwortung trägt, den gesetzlichen Vorgaben entsprechend eine Strafe auferlegt werden.

Art. 30 Wenn sich medizinisches Personal, welches an der Durchführung von Organtransplantationen beteiligt ist, an der Feststellung des Todes desjenigen, aus dessen Leiche Organe zwecks einer Spende entnommen werden sollen, beteiligt hat, dann soll es die zuständige Gesundheitsbehörde der Volksregierung von der Ebene des

Kreises aufwärts nach der Kompetenzeinteilung von seiner beruflichen Praktizierung für eine Zeitspanne von sechs Monaten bis zu einem Jahr suspendieren.

Art. 31 Wenn Mitarbeiter eines Staatsorgans bei Kontrolle und Verwaltung von Organtransplantationen ihre Machtstellung missbrauchen, Amtsversäumnisse begehen oder mit unlauteren Methoden persönliche Vorteile erzielen und der Bestand einer Straftat erfüllt ist, wird die strafrechtliche Verantwortung ermittelt. Ist der Straftatbestand nicht erfüllt, wird gemäß den gesetzlichen Regelungen eine Disziplinarstrafe verhängt.

#### Kapitel 5 Ergänzungsbestimmung

Art. 32 Die vorliegende Vorschrift tritt am 1. Mai 2007 in Kraft.

译文无误  
2008年6月3日  
  
刘永亮

# 中华人民共和国国务院令

第 491 号

《人体器官移植条例》已经 2007 年 3 月 21 日国务院第 171 次常务会议通过，现予公布，自 2007 年 5 月 1 日起施行。

总 理 温家宝

二〇〇七年三月三十一日

## 人体器官移植条例

### 第一章 总 则

**第一条** 为了规范人体器官移植，保证医疗质量，保障人体健康，维护公民的合法权益，制定本条例。

**第二条** 在中华人民共和国境内从事人体器官移植，适用本条例；从事人体细胞和角膜、骨髓等人体组织移植，不适用本条例。

本条例所称人体器官移植，是指摘取人体器官捐献人具有特定功能的心脏、肺脏、肝脏、肾脏或者胰腺等器官的全部或者部分，将其植入接受人身体以代替其病损器官的过程。

**第三条** 任何组织或者个人不得以任何形式买卖人体器官，不得从事与买卖人体器官有关的活动。

**第四条** 国务院卫生主管部门负责全国人体器官移植的监督管理工作。县级以上地方人民政府卫生主管部门负责本行政区域人体器官移植的监督管理工作。各级红十字会依法参与人体器官捐献的宣传等工作。

**第五条** 任何组织或者个人对违反本条例规定的行为，有权向卫生主管部门和其他有关部门举报；对卫生主管部门和其他有关部门未依法履行监督管理职责的行为，有权向本 级人民政府、上级人民政府有关部门举报。接到举报的人民政府、卫生主管部门和其他有关部门对举报应当及时核实、处理，并将处理结果向举报人通报。

**第六条** 国家通过建立人体器官移植工作体系，开展人体器官捐献的宣传、推动工作，确定人体器官移植预约者名单，组织协调人体器官的使用。

### 第二章 人体器官的捐献

**第七条** 人体器官捐献应当遵循自愿、无偿的原则。

公民享有捐献或者不捐献其人体器官的权利；任何组织或者个人不得强迫、欺骗或者利诱他人捐献人体器官。

**第八条** 捐献人体器官的公民应当具有完全民事行为能力。公民捐献其人体器官应当有书面形式的捐献意愿，对已经表示捐献其人体器官的意愿，有权予以撤销。

公民生前表示不同意捐献其人体器官的，任何组织或者个人不得捐献、摘取该公民的人体器官；公民生前未表示不同意捐献其人体器官的，该公民死亡后，其配偶、成年子女、父母可以以书面形式共同表示同意捐献该公民人体器官的意愿。

**第九条** 任何组织或者个人不得摘取未满 18 周岁公民的活体器官用于移植。

**第十条** 活体器官的接受人限于活体器官捐献人的配偶、直系血亲或者三代以内旁系血亲，或者有证据证明与活体器官捐献人存在因帮扶等形成亲情关系的人员。

### 第三章 人体器官的移植

**第十一条** 医疗机构从事人体器官移植，应当依照《医疗机构管理条例》的规定，向所在地省、自治区、直辖市人民政府卫生主管部门申请办理人体器官移植诊疗科目登记。

医疗机构从事人体器官移植，应当具备下列条件：

- (一) 有与从事人体器官移植相适应的执业医师和其他医务人员；
- (二) 有满足人体器官移植所需要的设备、设施；
- (三) 有由医学、法学、伦理学等方面专家组成的人体器官移植技术临床应用与伦理委员会，该委员会中从事人体器官移植的医学专家不超过委员人数的 1/4；
- (四) 有完善的人体器官移植质量监控等管理制度。

**第十二条** 省、自治区、直辖市人民政府卫生主管部门进行人体器官移植诊疗科目登记，除依据本条例第十一条规定的条件外，还应当考虑本行政区域人体器官移植的医疗需求和合法的人体器官来源情况。

省、自治区、直辖市人民政府卫生主管部门应当及时公布已经办理人体器官移植诊疗科目登记的医疗机构名单。

**第十三条** 已经办理人体器官移植诊疗科目登记的医疗机构不再具备本条例第十一条规定条件的，应当停止从事人体器官移植，并向原登记部门报告。原登记部门应当自收到报告之日起 2 日内注销该医疗机构的人体器官移植诊疗科目登记，并予以公布。

**第十四条** 省级以上人民政府卫生主管部门应当定期组织专家根据人体器官移植手术成功率、植入的人体器官和术后患者的长期存活率，对医疗机构的人体器官移植临床应用能力进行评估，并及时公布评估结果；对评估不合格的，由原登记部门撤销人体器官移植诊疗科目登记。具体办法由国务院卫生主管部门制订。

**第十五条** 医疗机构及其医务人员从事人体器官移植，应当遵守伦理原则和人体器官移植技术管理规范。

**第十六条** 实施人体器官移植手术的医疗机构及其医务人员应当对人体器官捐献人进行医学检查，对接受人因人体器官移植感染疾病的风险进行评估，并采取措施，降低风险。

**第十七条** 在摘取活体器官前或者尸体器官捐献人死亡前，负责人体器官移植的执业医师应当向所在医疗机构的人体器官移植技术临床应用与伦理委员会提出摘取人体器官审查申请。

人体器官移植技术临床应用与伦理委员会不同意摘取人体器官的，医疗机构不得做出摘取人体器官的决定，医务人员不得摘取人体器官。

**第十八条** 人体器官移植技术临床应用与伦理委员会收到摘取人体器官审查申请后，应当对下列事项进行审查，并出具同意或者不同意的书面意见：

- （一）人体器官捐献人的捐献意愿是否真实；
- （二）有无买卖或者变相买卖人体器官的情形；
- （三）人体器官的配型和接受人的适应症是否符合伦理原则和人体器官移植技术管理规范。

经 2/3 以上委员同意，人体器官移植技术临床应用与伦理委员会方可出具同意摘取人体器官的书面意见。

**第十九条** 从事人体器官移植的医疗机构及其医务人员摘取活体器官前，应当履行下列义务：

（一）向活体器官捐献人说明器官摘取手术的风险、术后注意事项、可能发生的并发症及其预防措施等，并与活体器官捐献人签署知情同意书；

（二）查验活体器官捐献人同意捐献其器官的书面意愿、活体器官捐献人与接受人存在本条例第十条规定关系的证明材料；

（三）确认除摘取器官产生的直接后果外不会损害活体器官捐献人其他正常的生理功能。

从事人体器官移植的医疗机构应当保存活体器官捐献人的医学资料，并进行随访。

**第二十条** 摘取尸体器官，应当在依法判定尸体器官捐献人死亡后进行。从事人体器官移植的医务人员不得参与捐献人的死亡判定。

从事人体器官移植的医疗机构及其医务人员应当尊重死者的尊严；对摘取器官完毕的尸体，应当进行符合伦理原则的医学处理，除用于移植的器官以外，应当恢复尸体原貌。

**第二十一条** 从事人体器官移植的医疗机构实施人体器官移植手术，除向接受人收取下列费用外，不得收取或者变相收取所移植人体器官的费用：

- （一）摘取和植入人体器官的手术费；
- （二）保存和运送人体器官的费用；
- （三）摘取、植入人体器官所发生的药费、检验费、医用耗材费。

前款规定费用的收取标准，依照有关法律、行政法规的规定确定并予以公布。

**第二十二条** 申请人体器官移植手术患者的排序，应当符合医疗需要，遵循公平、公正和公开的原则。具体办法由国务院卫生主管部门制订。

**第二十三条** 从事人体器官移植的医务人员应当对人体器官捐献人、接受人和申请人体器官移植手术的患者个人资料保密。

**第二十四条** 从事人体器官移植的医疗机构应当定期将实施人体器官移植的情况向所在地省、自治区、直辖市人民政府卫生主管部门报告。具体办法由国务院卫生主管部门制订。

#### 第四章 法律责任

**第二十五条** 违反本条例规定，有下列情形之一的，构成犯罪的，依法追究刑事责任：

- （一）未经公民本人同意摘取其活体器官的；

(二) 公民生前表示不同意捐献其人体器官而摘取其尸体器官的;

(三) 摘取未满 18 周岁公民的活体器官的。

**第二十六条** 违反本条例规定, 买卖人体器官或者从事与买卖人体器官有关活动的, 由设区的市级以上地方人民政府卫生主管部门依照职责分工没收违法所得, 并处交易额 8 倍以上 10 倍以下的罚款; 医疗机构参与上述活动的, 还应当对负有责任的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分, 并由原登记部门撤销该医疗机构人体器官移植诊疗科目登记, 该医疗机构 3 年内不得再申请人体器官移植诊疗科目登记; 医务人员参与上述活动的, 由原发证部门吊销其执业证书。

国家工作人员参与买卖人体器官或者从事与买卖人体器官有关活动的, 由有关国家机关依据职权依法给予撤职、开除的处分。

**第二十七条** 医疗机构未办理人体器官移植诊疗科目登记, 擅自从事人体器官移植的, 依照《医疗机构管理条例》的规定予以处罚。

实施人体器官移植手术的医疗机构及其医务人员违反本条例规定, 未对人体器官捐献人进行医学检查或者未采取措施, 导致接受人因人体器官移植手术感染疾病的, 依照《医疗事故处理条例》的规定予以处罚。

从事人体器官移植的医务人员违反本条例规定, 泄露人体器官捐献人、接受人或者申请人体器官移植手术患者个人资料的, 依照《执业医师法》或者国家有关护士管理的规定予以处罚。

违反本条例规定, 给他人造成损害的, 应当依法承担民事责任。

违反本条例第二十一条规定收取费用的, 依照价格管理的法律、行政法规的规定予以处罚。

**第二十八条** 医务人员有下列情形之一的, 依法给予处分; 情节严重的, 由县级以上地方人民政府卫生主管部门依照职责分工暂停其 6 个月以上 1 年以下执业活动; 情节特别严重的, 由原发证部门吊销其执业证书:

(一) 未经人体器官移植技术临床应用与伦理委员会审查同意摘取人体器官的;

(二) 摘取活体器官前未依照本条例第十九条的规定履行说明、查验、确认义务的;

(三) 对摘取器官完毕的尸体未进行符合伦理原则的医学处理, 恢复尸体原貌的。

**第二十九条** 医疗机构有下列情形之一的, 对负有责任的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分; 情节严重的, 由原登记部门撤销该医疗机构人体器官移植诊疗科目登记, 该医疗机构 3 年内不得再申请人体器官移植诊疗科目登记:

(一) 不再具备本条例第十一条规定条件, 仍从事人体器官移植的;

(二) 未经人体器官移植技术临床应用与伦理委员会审查同意, 做出摘取人体器官的决定, 或者胁迫医务人员违反本条例规定摘取人体器官的;

(三) 有本条例第二十八条第(二)项、第(三)项列举的情形的。

医疗机构未定期将实施人体器官移植的情况向所在地省、自治区、直辖市人民政府卫生主管部门报告的, 由所在地省、自治区、直辖市人民政府卫生主管部门责令限期改正; 逾期不改正的, 对负有责任的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

**第三十条** 从事人体器官移植的医务人员参与尸体器官捐献人的死亡判定的, 由县级以上地方人民政府卫生主管部门依照职责分工暂停其 6 个月以上 1

年以下执业活动；情节严重的，由原发证部门吊销其执业证书。

**第三十一条** 国家机关工作人员在人体器官移植监督管理工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊，构成犯罪的，依法追究刑事责任；尚不构成犯罪的，依法给予处分。

## 第五章 附 则

**第三十二条** 本条例自 2007 年 5 月 1 日起施行。

## **Danksagung**

Eine wissenschaftliche Arbeit ist nie das Werk einer einzelnen Person, deshalb ist es jetzt an der Zeit, mich bei allen Menschen zu bedanken, die mir die Erstellung meiner Dissertation ermöglicht haben: Frau Professorin Schicktanz danke ich für ihre fortwährende Unterstützung. Sie hat meine Dissertation mit ihrem fundierten Wissen über die Jahre begleitet.

Ein besonderer Dank gilt auch Lars Thiede und Christoph Beyer, die mit Hinweisen zu formalen und sprachlichen Fragen zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.