

Rom - Kurier

Religiöse Informationen – Dokumente – Kommentare – Fragen und Antworten

Deutsche Ausgabe der römischen Zeitschrift

SÌ SÌ NO NO

«Euer **Ja** wort sei vielmehr ein **Ja**, euer **Nein** ein **Nein**. Was darüber ist, das ist vom Bösen» (Matth. V, 37)

Der sogenannte Hirntod wird immer umstrittener Im Zweifelsfalle für das Leben *„In dubio pro vita“*

Vom 6. bis zum 8. November 2009 hat im Auditorium der Versöhnung (Auditorium della Conciliazione) von Rom die Päpstliche Akademie für das Leben und das Nationale Zentrum für Transplantation einen internationalen Kongreß über die Organverpflanzung abgehalten (*International Congress – A Gift for Life – Considerations on Organ Donation*).

Obwohl unser Zeitschrift *Sì sì no no* erst vor kurzem (August 2008) dieses Thema behandelte („Gibt der Hirntod die Sicherheit, daß der Patient wirklich tot ist?“) halten wir es doch für angebracht, auf diesen Gegenstand zurückzukommen. Wir befürchten in der Tat, daß kein Grund vorliegt, jenes menschliche Nachgeben aus Höflichkeit (wie Tozzini es definierte) zu wiederholen, denn eine

solche Haltung brachte Papst Johannes Paul II. zu jener Äußerung, welche den Befürwortern der Transplantation die Möglichkeit gibt, das päpstliche Wort so zu interpretieren, als sei damit der Gehirntod gutgeheißen (siehe *Sì sì no no* cit.). Nach dem Verlauf von acht Jahren ist heute die wissenschaftliche Diskussion unter den Medizinern noch weit lebhafter und verbreiteter geworden als zuvor. Die dabei vorgebrachten Argumente, vermögen leicht zu beweisen, daß der im Stande des Gehirntodes befindliche Patient nicht wirklich tot ist, sondern immer noch lebt. Der Tod tritt erst dann endgültig ein, wenn ein

lebenswichtiges Organ entnommen wird. Doch die Unmoral dieser Maßnahme dürfte eigentlich genügen, jegliches Nachgeben auszuschließen.

**“Die vom
sogenannten
Gehirntod ausgelöste
wissenschaftliche
Diskussion unter den
Medizinern”**

(Wir zitieren für unsere Leser nachstehend das 3. Kapitel des Werkes von Prof. Paolo Becchi, *Morte cerebrale et trapianto di organi / Der Hirntod und die Entnahme von Organen*. Verlag Morcelliana).

ACHTUNG!
Neue Postfachnummer!
Postfach 2016
1950 Sion 2

1. Die Prämisse

Neurologische Kriterien, welche das Hinscheiden eines Patienten feststellen, benutzt die praktische Medizin schon seit etwa vierzig Jahren. Die Zustimmung, welche sie erhalten ist anscheinend sehr solid. Trotzdem trat in der internationalen Gemeinschaft der Wissenschaftler seit mehr als einem Jahrzehnt eine bemerkenswerte Sinnesänderung auf. Doch in Italien existiert zwischen Laien und Katholiken gleichsam ein eiserner Pakt. Dieses Übereinkommen verhindert bei dem Versuch, die Organspenden möglichst zu vermehren, eine ernste Diskussion über die Bedingungen, unter denen die Wiedergutmachung vorgenommen wird.

Im folgenden Kapitel möchte ich erläutern, wie im Vergleich zu der Tendenz, welche am meisten Gehör findet, gewisse Forschungsergebnisse und klinische Beobachtungen gerade das Gegenteil beweisen, nämlich daß die Patienten, welche nach den aktuellen klinischen Kriterien gehirntot sind, nicht notwendigerweise den irreversiblen (absoluten) Verlust aller Gehirnfunktionen aufweisen. Diese Tatsache ist besonders bezeichnend und folgenreich, wenn wir z.B. bedenken, daß die Gesetzgebung Italiens ausdrücklich verlangt, es müsse das endgültige Aufhören aller Gehirnfunktionen eingetreten sein, damit der Arzt amtlich bestätigen darf, ein Patient mit Gehirnverletzungen, die dem klinischen Bild des vollständigen Gehirntodes entsprechen, sei nun tatsächlich tot. In zweiter Linie will ich die These, der vollständige Gehirntod stelle gemeinhin den nächsten Hinweis für den Tod des Organismus dar, kritisch betrachten und erklären, was ich für entscheidend halte.

2. Robert Truog und James Fackler bestreiten die These, daß der Gehirntod den irreversiblen Verlust aller Gehirnfunktionen bedeutet

Im Jahre 1992 veröffentlichten die beiden Ärzte Robert Truog und James Fackler in der führenden medizinischen Zeitschrift (*Critical Care Medicine*, XX,12 1992, auf den Seiten 1705-13) folgenden Artikel: „Erneute Überlegungen zum Gehirntod“. Ich beziehe mich hier auf folgenden Text von R.D. Truog und J.C. Fackler: *Rethinking Brain Death*. Mit Hilfe von dokumentierten Untersuchungen beweisen die beiden Autoren, daß die Patienten, welche den aktuellen in Kliniken ausgearbeiteten Kriterien für den Gehirntod entsprechen, den unumkehrbaren Verlust aller Gehirnfunktionen nicht unbedingt aufweisen.

Zum Beweis ihrer Ansicht bringen die beiden Mediziner vier Argumente vor; ihre Beweisführung will ich nun hier darlegen: An erster Stelle steht fest: Obwohl die Ärzte den Gehirntod schon festgestellt haben, ist bei vielen Patienten die endokrine-hypothalamische Funktion nicht verschwunden, sondern die hormonale Aktivität der Hypophyse-Drüse des sie kontrollierenden Nervenzentrums (Hypothalamus) dauert an. In zweiter Linie gilt folgendes: Bei vielen Patienten ist es trotz dieses Zustandes immer noch möglich, mit Hilfe eines Enzephalogrammes eine schwache elektrische Aktivität in bestimmten Zonen der Gehirnrinde festzustellen. Erst nach 24 bis 48 Stunden erlischt diese dann vollständig. In dritter Linie überrascht die Tatsache, daß gewisse Patienten weiterhin auf äußere Reize reagieren. Diese Reaktion kommt daher, daß die Herzfrequenz und der Blutdruck in

dem Augenblick steigen, wenn kurz vor der eigentlichen Organentnahme der chirurgische Einschnitt erfolgt. An vierter Stelle ist zu vermerken, daß bei vielen für zerebral tot gehaltenen Patienten die Reflexe des Rückenmarkes erhalten bleiben. Diese Vorfälle beachtet man heute gar nicht mehr, während bis zur neuen Definition des Todes die Ärzte darauf geachtet haben. (Nach meiner Ansicht ist dies in dem Augenblick angemessen, weil das Rückenmark und der enzephalitische Rumpf miteinander verbunden sind; deshalb kann niemand mit Sicherheit ausschließen, daß der untere enzephalitische Rumpf an der Aktivität des spinalen Markes beteiligt ist.). Da diese vier Punkte die Grundlage der genauen Analyse ausmachen, kamen Truog und Fackler zu folgendem Schluß: Die in den Kliniken aktuell verwendeten Mittel, um festzustellen, daß alle Funktionen des Gehirns aufgehört haben sind in Wirklichkeit nicht geeignet, dieses gewünschte Ergebnis zu bestätigen; damit weisen die beiden Wissenschaftler darauf hin, daß die Definition des Todes und die Kriterien, den Tod genau anzugeben, nicht übereinstimmen, weil die Kohärenz fehlt.

Nun könnte jemand einwenden, zwei gegen den allgemeinen Strom schwimmende Mediziner hätten nur ihre persönliche Meinung vorgebracht, da die wissenschaftliche Gemeinschaft nervös reagierte und diese These sofort für falsch erklärte. Doch so einfach ist der Fall nicht, denn jener Artikel bestätigte bestimmte schon früher bekannte Orientierungen. (Zu diesem Thema erinnern wir besonders an die Arbeit von A. Mohandas, S.N. Chou, „Eine klinische und pathologische Studie zum Gehirntod“ /*Brain Death: A clinical and pathological study*,

cit.). Zum anderen fand die Studie weitgehend Bestätigung in der darauf folgenden wissenschaftlichen Literatur. Falls aber Truog und Fackler recht behalten sollten, dann müssen wir den Schluß ziehen, daß der Organspender dann noch am Leben ist, wenn ihm die inneren Organe entnommen werden, denn solange irgendwelche Funktionen des Gehirns noch vorhanden sind, dürfen wir streng genommen nicht glauben, der Patient sei gestorben. Diese Überlegungen sollten mit größerem Recht in Italien gelten, da hier eine besondere normative Anordnung das ärztliche Verhalten zum absoluten Gehirntod objektiv regelt. Wenn das absolute Aufhören der Gehirnfunktionen die notwendige Voraussetzung dafür ist, daß die Organentnahme aus einem Leichnam gestattet sei, dann ist es für mich evident, niemand dürfe die Organentnahme für erlaubt ansehen. (Vgl. das Gesetz vom 29. Dezember 1993 Nr. 578, „Normen für die Feststellung und Bescheinigung des Todes“ in *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Rom, CXXXXV Nr. 5 vom Samstag, den 8. Januar 1994, S. 4 f. Vgl. den Artikel 1 der folgendes festhält: „Der Tod ist identisch mit dem irreversiblen Aufhören aller Gehirnfunktionen“). Doch wenden wir uns wieder den beiden Autoren zu!

Da die heute in den Kliniken üblichen Mittel nicht imstande sind, das Aufhören aller Funktionen festzustellen – sie vermögen nur das Aufhören gewisser Funktionen festzuhalten und höchstens den Gehirnrindentod zu diagnostizieren – sind Truog und Fackler zu folgendem Vorschlag übergegangen, das Konzept des vollständigen Gehirntodes durch den Begriff des Gehirnrindentodes zu ersetzen. Es besteht kein Zweifel, daß die ethischen und

juristischen Aspekte dieser These diskutierbar sind; außerdem ist die Annahme folgenreich, denn die von ihr in der Praxis hervorgerufenen Schwierigkeiten mußte Truog vorausgesehen haben. Im Jahre 1997 kam er tatsächlich auf das Problem zurück, wie mit Hilfe von neurologischen Kriterien der Tod festgestellt werden kann. Obwohl unter den philosophischen Aspekten der Gehirnrindentod den Tod der Person bezeichnet, muß er gleichermaßen zugestehen, daß eine solche Hypothese nicht annehmbar sei (Vgl. R.D. Truog, *Ist es nun Zeit, den Begriff des Gehirntodes aufzugeben? – Is it Time to Abandon Brain Death?*, in „Hastings Center Report“ XXXVII, 1, 1997, S. 29-37). Für diese Annahme gibt es verschiedene Gründe. Vom medizinischen Standpunkt aus scheint immer noch ein gewisser Raum der Unsicherheit zu bestehen, ob die Diagnose, daß der vegetative Zustand des Patienten dauernd anhält, auch zuverlässig ist. Was den sozialen Aspekt betrifft, so ist es für viele Menschen undenkbar, das noch atmende Individuum zu begraben oder zu verbrennen, auch wenn es sich im Zustand der Bewußtlosigkeit befindet. Die Bestattung oder Verbrennung bildet die Barriere, diese Ansicht in die Sozialpolitik aufzunehmen (vgl. R. D. Truogs Artikel: *Ist die Zeit gekommen, den Begriff des Gehirntodes aufzugeben?* S. 219 des auf italienisch verfassten Artikels in der oben zitierten Anthologie, Notiz 5, S. 2, die nachfolgenden Seiten beziehen sich auf diese Veröffentlichung.). Die Gründe für die Ablehnung legt Truog auf folgende Weise dar:

„Wohl die größten Einwände gegen die Formulierung des Gehirnrindentodes entstehen aus den komplizierten Umständen, noch atmende Patienten so zu

behandeln, als ob sie bereits tot wären. Wenn wir zum Beispiel Patienten, die sich im Zustand des permanenten Dahinvegetierens befinden, für tot erklärten, dann müßten wir annehmen, sie seien für die Beerdigung auch bereit. Trotzdem leben alle diese Patienten, ja einige vegetieren noch viele Jahre lang dahin“ (ebd. S. 218).

Zur Lösung dieses Problems schlägt Truog vor, den betreffenden Personen eine tödliche Injektion zu geben, bevor die Beerdigung oder die Verbrennung stattfindet, damit die Herz- und Atmungsfunktionen aufhören; sein Motiv für diese Maßnahmen ist „rein ästhetisch“ und gleichsam nur „die Ausdehnung unserer laufenden Protokolle“. Für diese nämlich werden die Lebensfunktionen der zerebral für tot diagnostizierten Patienten vor der Beerdigung abgebrochen, indem man die künstliche Beatmung abschaltet oder während der Organentnahme das Herz und / oder die Lunge entfernt. Dann schließt der Arzt aus den USA auf nachfolgende Weise seine Ausführungen:

„Obschon die in diese Richtung zielende Argumentation auf gewisse Weise logisch überzeugend ist, geht sie doch bei näherer Betrachtung der wichtigen Tatsache aus dem Weg, daß die Mehrheit der Menschen es für ungereimt erachtet, ein noch atmender Patient sei wirklich tot“ (ebd. S. 219).

Wenn daher auf der einen Seite die Lösung des Gehirnrindentodes nicht stimmt und auf der anderen Seite der Gehirntod Widerspruch hervorruft, so bleibt uns nur noch die Möglichkeit übrig, umzukehren und den Begriff des Todes so zu bestimmen, wie das die Tradition schon immer getan hat (ebd. S. 220).

Truog meint, die Tatsache, den Tod wieder nach dem (üblichen) Herz-Atmungs-Standard festzulegen, würde alle Schwierigkeiten beseitigen, was den Zusammenhang zwischen der Definition des Todes und den Kriterien seiner Feststellung angeht; gleichzeitig böte diese Rückkehr (zur traditionellen Sichtweise) zweifellos den Vorteil, „einen gemeinsamen Nenner anzugeben, den Begriff des Todes genau zu definieren, denn fast alle kulturellen Gruppierungen und religiösen Traditionen würden die Lösung annehmbar finden“ (ebd. S. 227). Kurzum, am Ende schlägt Truog ausdrücklich vor, die unzureichende Vorstellung vom Gehirntod völlig aufzugeben.

Der wertere Leser beachte, diese Auffassung ist keine reine Rückkehr zur Vergangenheit, sondern der Versuch, die beiden Probleme der Organspende und der Wesensbestimmung des Todes säuberlich zu trennen!

Mit seinen jüngsten Recherchen versuchte Truog tatsächlich herauszufinden, wie nun auf andere Weise die Organtransplantation ethisch zu rechtfertigen ist. Den Kernpunkt der Argumentation bildet dabei das Prinzip, keine Übeltat zu begehen (non-maleficence), sondern die Zustimmung zu erreichen. (Zu unserem Thema vergleiche auch R.D. Truog, *Organtransplantation ohne Gehirntod / Organ Transplantation Without Brain Death* in „Annals of the New York Academy of Sciences“ 913 (2000), S. 229-239, R.D. Truog-W.M. Robinson, *Die Rolle des Gehirntodes und die Regeln für den toten Organspender in der die Organtransplantation behandelnden Ethik / Rule of Brain Death and the Dead-Donor Rule in the Ethics of Organ Transplantation* in „Critical Care Medicine“ XXXI. 9, 2003, S. 2391-2396).

3. Alan Shewmons Kritik an der These, der Gehirntod sei der Tod des Organismus

Der bedeutende aus den USA stammende Neurologe Alan Shewmon betrachtet vor allem den zweiten Aspekt, der Gehirntod sei ein Indikator für den Tod des Organismus. Unter anderem änderte dieser Mediziner im Verlauf seiner Karriere die Meinung, denn zuerst war er ein überzeugter Verfechter des Gehirntodes, dann aber wechselte er zu den härtesten Kritikern dieser Auffassung über. Wie im Falle der beiden eben angeführten Autoren, sind auch Shewmons Ausgangspunkte die in den Kliniken gemachten Beobachtungen. Wir haben bereits hervorgehoben, wie die Tatsache, daß zerebral für tot erklärte Patienten in einem kurzen Zeitabschnitt immer den Herzstillstand (Asystolie) entwickeln, die neue Definition des Todes kräftig unterstützt. Diese These ist an und für sich anfechtbar, denn wenn jemand sagt, daß infolge des Gehirntodes der Herzstillstand unweigerlich droht, dann streitet er eigentlich ab, daß der Patient bereits tot sei, sondern behauptet nur, er beginne zu sterben. Doch die Fakten stellen diese Auffassung gemeinhin in Abrede. Den Fall, welchen Shewmon für bezeichnend hält und eingehender behandelt, will ich hier vollständig bringen.

„Laßt euch nur den Fall von T.K. erläutern, weil er, was das Überleben angeht, den zeitlichen Rekord hält. Im Alter von vier Jahren erkrankte der Junge an einer Meningitis; diese Hirnhautentzündung verursachte innerhalb des Schädels eine solche Druckerhöhung, daß die Schädelknochen des kleinen Jungens auseinandergingen. Vielfache Überprü-

fungen der Gehirnwellen brachten negative Ergebnisse. In den nun folgenden 14 1/2 Jahren waren weder spontane Atmung noch Reflexe des Gehirnrumpfes festzustellen. Als die Mediziner vorschlugen, die das Leben erhaltende Hilfe zu unterbrechen, wollte die Mutter von einem solchen Eingriff nichts wissen. Am Anfang war der Krankheitsverlauf sehr unterschiedlich, aber am Ende kam T.K. nach Hause; dort blieb er an eine Sauerstoffpumpe angeschlossen. Die Speise, welche durch eine Sonde direkt in den Magen gelangte, hatte er assimiliert, der Urin kam spontan. Das Wasserlassen erforderte nur die Hilfe eines Krankenwärters. Im Zustand des sogenannten Gehirntodes ist das Kind gewachsen, hat Infektionen erfolgreich überwunden und seine früheren Wunden heilten.

Die Mutter von T.K. erlaubte mir, den Gesundheitszustand des Buben zu überprüfen und jede Einzelheit photographisch festzuhalten. Ich gewann die Überzeugung, daß bei ihm das Stammhirn keine Dienst mehr leistete. Die Gesichtshaut und der obere Teil des Rumpfes freilich bekamen Flecken, wenn ich verschiedene Teile des Körpers zwickte, ebenfalls nahmen die Herzfrequenz und der Blutdruck zu. Diese Antwort auf die von mir gegebenen Reize wurden durch das Rückenmark vermittelt, auf dem Gesicht war dieses Ergebnis nicht feststellbar, denn das Stammhirn verarbeitet ansonsten die über die Sinne laufenden Impulse. Doch der Knabe besaß ja kein funktionierendes Stammhirn mehr. Folgender Umstand bestätigte schließlich die Diagnose: Das wachgerufene Leistungsvermögen zeigte keine von der Gehirnrinde oder vom Stammhirn kommenden Antworten. Die mit magnetischen Schwingungen gemachte Aufzeichnung

der Gefäße (das Angiogramm) bewies, daß innerhalb des Schädels kein Blut floß. Die magnetische Resonanz brachte zu Tage, daß ein aus Gewebe und flüssigem, nicht organisch geordnetem Eiweiß bestehender Schatten die Funktion des Gehirns und des Gehirnrumpfes vollständig ersetzt hatte. Der Fall von T.K. lehrt uns viel, in dem Fragenbereich, wie weit das Gehirn für die integrierende Einheit des Körpers notwendig ist. Kein Zweifel besteht darüber, daß der Junge im Alter von vier Jahren in den Zustand des Gehirntodes eintrat. Andererseits dürfen wir nicht daran zweifeln, daß er im Alter von 18 1/2 Jahren immer noch am Leben ist“. (Auch eine in italienischer Sprache verfaßte Studie von Shewmon behandelt diesen oft diskutierten Fall; der Titel lautet: „*Der sogenannte Tod des Stammgehirns, der sog. Gehirntod und der (wirkliche) Tod: eine kritische Prüfung ihrer angeblichen Gleichwertigkeit*“ / „*Morte del tronco cerebrale*“, „*morte cerebrale*“ e morte: un riesame critico della loro presunta equivalenza“ in *Questioni mortali*, cit. S. 177-203. Jüngstens meinte Shewmon, was die Bedingungen des Gehirntodes angehe, so halte T.K. den Rekord im Überleben, denn er ist mehr als 20 Jahre alt. Belegstelle für diese Publizierung ist die Zeitschrift *Finis Vitæ*; vgl. auch weiter unten).

Der Fall des jungen T.K. ist jedoch kein Einzelfall. In der wissenschaftlichen Literatur sind Fälle, daß Personen etliche Wochen überleben keineswegs selten, denn es gibt viele Beispiele, wie Eltern (und Angehörige) darauf bestehen, daß Kinder oder auch schwangere Frauen weiterhin künstliche lebenserhaltende Hilfe bekommen, um so das Ungeborene zu retten. (Klinische Einzelheiten und Bibliographie findet der Leser

in der Abhandlung von D.A. Shewmon: *Chronischer Gehirntod: Die Analyse und die Folgen der richtigen Begriffe / Chronic „brain death“: meta-analysis and conceptual consequences*, erschienen in „*Neurology*“ 51, 1998, S. 1538-1545). Shewmon schließt nun so: Die Vorstellung, der Gehirntod sei das Zeichen dafür, daß der Tod des Organismus nahe sei, entbehrt des Fundaments der Wirklichkeit.

Indem Shewmon die in der zweiten Auflage seines Werkes von Pallis aufgestellte These offen bestreitet, hält er fest, heute könne keiner mehr behaupten, der Tod des Stammhirns würde in verhältnismäßig kurzer Zeit den Herzstillstand (die Asystolie) herbeiführen (Vgl. *Genesung nach dem sog. Gehirntod, die Verteidigung eines Neurologen / Recovery from „Brain Death“: A Neurologist's Apologia*, in „*Linacre Quarterly*“ 64, 1997, S. 30-96. Zur Erklärung siehe Seite 51 ff). Das Weiterleben von Personen, welche die Ärzte für gehirntot erklärten, weist nach der Meinung des Neurologen aus den USA indirekt auf die Tatsache hin, daß für das vollständige Funktionieren des Organismus das Gehirn nicht die wesentliche Rolle spielt, wie man bisher annahm. Shewmon ist nicht allein, wenn er die Vorstellung ablehnt, daß bei einem Patienten, der mit Atemstillstand im apneutischen Koma liegt, innerhalb kurzer Zeit der Herzstillstand eintritt, und außerdem die Zerstörung des Stammhirns von sich aus mit Notwendigkeit dazu führt, daß die Fähigkeit aufhört, Bewußtsein zu entwickeln und atmen zu können.

Als Shewmon auf das erste Problem Bezug nahm, benutzte er folgende Analogie: Die Unterbrechung (Zerstörung) der elektrischen Verbindung führt nicht dazu, daß eine Lampenbirne die Fähig-

keit verliert, wieder aufzuleuchten, denn es tritt nur der Fall ein, daß besagte Lampe keinen Strom mehr empfängt. Auf ähnliche Weise verhindert die Zerstörung des Gehirnstammes das Auftreten der bewußt wahrgenommenen Funktionen, insofern die im Stammhirn enthaltene, belebende Vernetzung nicht mehr von unten nach oben die Großhirnhälfte stimuliert, aber nicht direkt besagt, daß die Fähigkeit fortfällt, Bewußtsein zu haben.

Beim Hinweis auf die zweite Frage erinnert Shewmon daran, wie die Zerstörung des Stammhirns dazu führt, daß die Spontanität der Atmung verloren geht; dagegen aber bleibt bei dem Patienten die Fähigkeit zu atmen bestehen, d.h. der Austausch von (verschiedenen) Gasen auf der Ebene der Gewebe und Organe geht weiter, denn die betroffene Person wird an das künstliche Beatmungsgerät so angeschlossen, daß es die Aufgabe, auf mechanische Weise das Blut mit Sauerstoff zu versorgen, weiterhin erfüllt.

Die These, das Gehirn sei dafür verantwortlich, daß die Körperteile, welche den Organismus zu einem organisierten und funktionierenden Ganzen machen, ihre integrale Funktion behalten, stellt Shewmon auf radikale Art in Frage. Auf dieser Annahme beruht folgende Rechtfertigung für den Gehirntod: Das Aufhören der Hirnfunktionen bestimmt das Auseinanderfallen des Organismus. Wenn aber der Organismus sich selbst überlassen ist, dann stellt er nur noch eine Ansammlung von Organen dar. Gegen diese Theorie bringt Shewmon die eigene These vor: Das sog. kritische System des Körpers ist nicht auf ein einziges Organ beschränkt, mag auch das Gehirn dabei sehr wichtig sein.

Das Gehirn ist weit davon entfernt, der zentrale „Integrator“ zu sein, da es genauer gesagt der Modulierer und Regulierer des Organismus darstellt. Auf indirekte Weise optimiert, erhebt und beschützt es die bereits bestehende zentrale Einheit des Körpers. Die integrale Einheit stammt nicht von oben, ist nicht Funktion des zentralen „Integrator“, welcher die Aufgabe hätte, eine noch nicht angeschlossene Ansammlung von Organen in ein übergeordnetes Ganzes einzubeziehen. (Wenn er aber diese Funktion ausüben würde, so besäße der gesunde Körper keine wahre Einheit, sondern bestände eher aus dem Gehirn, welches ganz kleine Körperzellen im Kreise bewegen und auf sogenannte diktatorische Weise am Leben erhalten.). Die gesamte Einheit dagegen ist ein nicht lokalisierbares, ganzheitliches Merkmal; sie beruht auf der wechselseitigen Interaktion von allen Teilen des Körpers. Folglich ist der Tod des einzelnen Menschen wohl eher das Ergebnis davon, daß an dem Organsystem Schäden auftreten.

Shewmon vertritt folgende Ansicht: Wenn die kritische Schwelle überschritten und der Punkt, von dem aus es keine Rückkehr mehr gibt, erreicht ist, so kündigt diese Entwicklung das Näherkommen des Sterbeprozesses an und bewirkt, daß jeder medizinische Eingriff, der das Ziel hat, den Exitus (das Ende) abzuwenden, unwirksam wird. So kommt der klare Hinweis zustande, daß der körperliche Zerfall (Desintegration) weitergeht und Wirklichkeit wird. Wer nun daran gehen will, die genaue Todeserklärung zu erstellen, der sollte deshalb nicht nur den Gehirntod diagnostizieren, sondern auch die anderen damit verbundenen Parameter, nämlich die Tätigkeit der Atmung, des

Kreislaufs und der Nerven angeben. Wenn es klar ist, daß der Punkt, von dem aus es keine Rückkehr mehr geben kann, bereits überschritten ist, dann sollte der Patient von den Apparaten der künstlichen Beatmung gelöst werden. Nach zwanzig Minuten Wartezeit, welche Shewmon für notwendig erachtet, um die Sicherheit zu erhalten, daß es der betroffenen Person unmöglich ist, die spontane Wiederaufnahme der lebenswichtigen Funktionen durchzuführen, dürfte der Arzt den Tod erklären.

Aus dieser Überlegung folgt, daß die derzeitigen Organspender unaufhebbare und unheilbare Gehirnschäden erlitten haben; demnach waren sie dabei zu sterben, aber noch nicht vollständig tot. Die Organentnahme aber beendete definitiv ihre Existenz. Leider geht Shewmon nicht in adäquater Weise an das Problem heran, sodaß er eventuelle neue Eingriffe zur Organentnahme entdecken und damit die noch üblichen Maßnahmen ersetzen könnte. Unklar bleibt, ob der Neurologe es für möglich hält, die Organe zu entnehmen, wenn seit dem Ende der künstlichen Beatmung, welche die Herz-Kreislauf-Tätigkeit aufrechterhält, bereits zwanzig Minuten verstrichen sind, oder ob er beabsichtigt, bei einem gehirntoten Patienten die Organentnahme moralisch zu rechtfertigen, obwohl er sich bewußt ist, daß der betroffene Mensch noch nicht vollständig tot ist. Wenn diese zweite Hypothese nicht gegeben ist, so muß man eigentlich folgende neue Fragenreihe bedenken: wie aber sind die Organe beschaffen, falls sie zwanzig Minuten keinen Sauerstoff und keine Blutzufuhr gehabt haben? Welche Erfolgchancen besitzt dann die mit solchen Organen ausgeführte Transplantation? Kann

dieser Eingriff, obwohl er den Patienten physisch und psychologisch belastet und für das Krankenhaussystem in organisatorischer und ökonomischer Hinsicht schwierig ist, noch einen Sinn haben, wenn das Resultat fragwürdig ist, was den Standard angeht, der normalerweise die Ärzte zur Entscheidung inspiriert, den Eingriff doch noch vorzunehmen? Ist das Risiko noch zumutbar, den Patienten der recht hohen Wahrscheinlichkeit auszusetzen, daß sein Körper eine Nekrose erleidet, oder das fremde Organ abstößt?

Ich beabsichtige nicht, diese Fragen hier zu beantworten. (Ich weise jedoch auf die *Einleitung* hin /*Introduzione* von R. Barcaro und P. Becchi in dem bereits zitierten Werk *Die den Tod behandelnden Fragen. Die aktuelle Diskussion über den Gehirntod und das Problem der Transplantation / Questioni mortali. L'attuale dibattito sulla morte cerebrale e il problema dei trapianti*, S. 7-43 und auf die Arbeit von P. Becchi: *Von der Organallokation als juristisches Problem*, in *Organallokation. Ethische und rechtliche Fragen*, in der Bearbeitung durch P. Becchi, A. Bosdolfi, U. Kostka, K. Seelmann, Basel 2004, Seiten 141-50). Ich versuche jedoch, folgendes zu beweisen: Wenn die italienische Gesetzgebung die Organentnahme auf der Grundlage der neuen Definition des Todes heute noch erlaubt, dann ist zu sagen, daß sie die wissenschaftliche Basis, nach welcher sie sich am Anfang richten konnte, heute nicht mehr besitzt, denn die vom sog. Gehirntod betroffene Person ist in der Tat noch keine vollständige (leblose) Leiche. Gewisse im Zustand des Gehirntodes befindliche Patienten zeigen doch noch einige Gehirnfunktionen, ja es steht medizinisch fest: Obschon

andere Patienten keine Gehirnfunktionen mehr besitzen, zeigt ihr Organismus in überraschender Weise noch eine solche Vitalität, sodaß es sehr schwierig ist, zu behaupten, der Körper sei wirklich tot. (Zu diesem Punkt vergleiche auch R. Barcaro: *Das angebliche Dogma / Il dogma che non c'è* in „Liberal“ 40(2007), S. 104-113). Wie lang vermag in unserem Lande die Medizin – und besonders die Gerichtsmedizin – noch fortfahren, diese Wahrheit vor der allgemeinen Öffentlichkeit zu verbergen?

Buchempfehlungen

Rosangela Barcaro, Paolo Becchi und Paolo Donadoni – Bioethische Darlegungen zum Lebensende – Der sog. Gehirntod und die Organverpflanzung / Prospettive bioetiche di fine vita – La morte cerebrale e il trapianto organi – Franco Angeli, Milano, 2008, 230 Seiten, 20 Eur.

Obschon das Werk nicht umfangreich ist, geht es in seinem Gesamtduktus an den schwierigen und problematischen Komplex des sog. Gehirntodes und der Organverpflanzung tapfer heran.

Frau Dr. Barcaro von der Universität Genua ist für die bioethische Forschung zuständig. Diese Dozentin machte präzise Analysen der verschiedenen Etappen, um festzulegen, wie der Begriff des Gehirntodes sich entwickelte; dabei beachtete sie auch genau die ersten vorausgehenden Überlegungen des berühmten Reports von Harvard. Professor Becchi kam ihr zu Hilfe, als es darum ging, die Argumente für und gegen die Existenz des Gehirntodes zu prüfen. Der Gehirntod galt als der Tod des menschlichen Organismus. Verständig und klug debattiert sie und legt verschiedene Argumente vor, auch wertet sie die vielfältigen Theorien des Problems aus, indem sie an die Theorien von Pallis oder des Stammhirns von Lamb, Veatch oder des Hirnrindentodes herangeht. Dann überprüft sie u.a. auch die Ansichten von Jonas, Seifert und Shewmon.

Paolo Becchi, Professor für Rechtsphilosophie an den Universitäten von Genf und Luzern, erläutert die rechtlichen Aspekte des Todes und der Organtransplantation. Unter anderem sichtet und prüft er genau das umstrittene

vom Verfassungsgericht zum sog. Gehirntod abgegebene Urteil Nr. 414/95.

Schließlich bestimmt Paolo Donadoni, Rechtsanwalt am Gerichtshof von Chiavari, die Regeln für Organspenden, indem er die vorübergehende aktuelle Phase vom endgültigen Stadium in der Zukunft unterscheidet. In gebührender Weise hebt er die Unterschiede zwischen dem heute geltenden Gesetz (Nr. 91/99) und der früher bestehenden, nun abgeschafften Bestimmung (Nr. 644/75) hervor. Der Rechtsanwalt Donadoni ist auch der Autor des recht nützlichen Gesetzanhangs.

Obwohl das Werk auf ganz dramatische Weise das Faktum hervorhebt und eindeutig darlegen kann, daß die sogenannten Gehirntoten noch keine Leichen sind, bringt es leider am Schluß die von uns nicht annehmbare Lösung, indem es die Hypothese aufstellt, man dürfe mit der Organentnahme und den Organverpflanzungen trotzdem weiter fortfahren, obschon (bei folgerichtiger Überlegung) solche Eingriffe absolut verboten sind.

Zensor

Referenz

BÜCHER

- AN 1 **DIE FAMILIENMUTTER**, 72 Seiten, Pater Jean-Paul André (Fr. 12.– / 8.–)
Zur größeren Ehre Gottes; zur größeren Ehre Mariens. In Dankbarkeit gegenüber jener, die mir das Leben gab. In Dankbarkeit gegenüber jenen, die mir halfen diese Abhandlung zu schreiben. Zur Freude größerer Mütter. Zur Hoffnung kinderreicher christlicher Familien.
Das vorliegende Buch wurde nach einer Konferenz über die Fastenzeit in der Kirche St. Nicolas du Chardonnet in Paris geschrieben und das Thema nur etwas ausführlicher behandelt. Deshalb ist es nicht verwunderlich, daß das Kreuz und das Opfer den ersten Platz einnehmen.
(Anmerkung des Autors)
- AN 2 **DIE EUCHARISTIE – DAS PRIESTERTUM**, 116 Seiten, Pater Jean-Paul André (Fr. 15.– / 10.–)
Vorwort: Wenn es ein Thema gibt, das jedem Katholiken, besonders aber den gottgeweihten Personen am Herzen liegen muß, so behandelt dies Pater Andrés Broschüre: „Die Eucharistie und das Priestertum.“ Leider muß man auch feststellen, daß zum größten Schaden der Seelen und der Kirche die kostbarsten göttlichen Gaben ein Gegenstand des Skandals und der Entehrung geworden sind. Mögen diese von der rechten Lehre und der geistigen und mystischen Erhebung erfüllten Seiten den Seelen helfen, diese Wunder der göttlichen Liebe zu würdigen und lebendig zu erhalten.
Mögen sie in diesen Zeiten der geistigen Trockenheit eine sehr große Verbreitung finden und so die Rückkehr

zum wahren Opfer der heiligen Messe begünstigen und Berufungen wecken!
 Möge Jesus und Maria den Autor und die Leser dieser erbaulichen Zeilen segnen!
 † Marcel Lefebvre, Ecône, den 14. Juni 1985, am Fest des heiligsten Herzens Jesu

- CAT 7 BILDERKATECHISMUS** (Das Buch 30 x 22 Zentimeter, 140 S.) (Fr. 50.– / 36.–)
 Der vorliegende Katechismus mit seinen farbigen Bildtafeln wird die Kleinen und auch die weniger Kleinen entzücken... Dieses Werk legt die Erklärungen des berühmten Bilder-Katechismus aufs neue dar und stattet es zum ersten Mal mit farbigen Darstellungen aus. So will es die Lehre der Kirche durch diese schönen Bildtafeln in allen Farben aufleuchten lassen, indem es jene Bilder wiedergibt, die in den Pfarreien für den Katechismus-Unterricht verwendet wurden und die uns daran erinnern, daß die ewige Weisheit Fleisch geworden ist, um in die Geschichte des Menschengeschlechtes einzutreten.
- Aus dem Vorwort: Möge dieser Bilder-Katechismus uns helfen, unseren Kindern einen tiefen religiösen Unterricht zu erteilen; ist dies doch eine heilige Verpflichtung, da eine gute christliche Formung ein Unterpfand des Heiles ist. Und darum sollte dieses wertvolle Buch in jedem christlichen Haus ganz vorn auf dem Regal stehen und oft im Kreise der Familie gelesen werden; denn der Glaube kommt vom Hören (Röm 10, 17) und ist seinerseits die Pforte zum ewigen Leben. „Das ist das ewige Leben, daß sie Dich erkennen, den allein wahren Gott, und den Du gesandt hast, Jesus Christus“, sagt uns der Herr in seinem hohenpriesterlichen Gebet (Joh 17, 5).
- CAT 8 KATECHISMUS-BILDТАFELN** (Format 42 x 30 Zentimeter) 68 Tafeln (Fr. 100.– / 70.–)
 Die in diesem Werk veröffentlichten Bilder sind eine Verkleinerungen der großen Katechismus-Bildertafeln.
- GRAF 2 BRUDER KLAUS beschützte die Schweiz auf wunderbare Weise vor der deutschen Invasion am 13. Mai 1940 (27 Bilder).** (Fr. 7.50 / 5.–)
 «Der hl. Bruder Klaus von Flüe ist euer Heiliger, nicht nur weil er die Eidgenossenschaft in einer Stunde äußerster Gefahr gerettet hat, sondern weil er für euer Land die Richtlinien einer christlichen Politik geschaffen hat» (Pius XII.).
- KT 2 GEFÄNGNIS-MEMOIREN**, 200 Seiten, Katharina TANGARI (Fr. 18.– / 13.–)
 Die Autorin berichtet über ihre 15-monatige Gefängniszeit in Brünn in der Tschechoslowakei.
- KT 3 BESUCHE BEI PATER PIO**, 172 Seiten, Katharina TANGARI (Fr. 18.– / 13.–)
 Die Autorin war 16 Jahre lang die geistliche Tochter Pater Pios. Sie berichtet in diesem Buch über das Leben und die Ereignisse in San Giovanni Rotondo und ihre Gespräche mit ihrem Beichtvater Pater Pio.
- RK 1 DIE „NEUE THEOLOGIE“**, 276 Seiten (Fr. 23.– / 16.–)
 Das vorliegende Werk enthält die in den Jahren 1993/94 vom Verlag ROM-KURIER, veröffentlichte Artikel-Serie mit dem Titel: „Sie glauben, gewonnen zu haben“
- TAM 11 EINE DOKUMENTATION ÜBER DIE REVOLUTION IN DER KIRCHE** (Fr. 18.– / 13.–)
 Eine Auswahl mehrerer Artikel aus dem „Osservatore Romano“ verglichen mit dem unfehlbaren Lehramt der Kirche. Pater Giulio Maria TAM, 164 Seiten.

Rom-Kurier

Religiöse Informationen – Dokumente – Kommentare – Fragen und Antworten

Anschrift der Redaktion: ROM-KURIER, Ass. Amis de St. François de Sales, Postfach 2016, CH—1950 SION 2

Konten: in der SCHWEIZ: ROM-KURIER, 1950 SITTEN, Postanweisung auf Konto C.C.P. 34-321518-5

in DEUTSCHLAND: Pater Emmanuel du CHALARD, ROM-KURIER, Landesgirokasse Stuttgart BLZ: 600 501 01, Girokonto: 288 49 01

in OSTERREICH: Erste Osterreichische Sparkasse, WIEN, Verein der Priesterbruderschaft St. Pius X., ROM-KURIER, Konto: 029 – 36550

Jahresabonnement: Schweiz: CHF 30.— Ausland: CHF. 35.— / EUR 23.—

E-mail Adresse: info@amissfs.com – www.amissfs.com

Geben Sie Ihre Bestellung durch über Tel.-Fax- Nr. 41-27 322.85.08 oder Fax Nr. 41-27 / 323.25.44