

Aufsatz von einer Tagung der Päpstlichen Akademie der Wissenschaften Anfang
Februar 2005

Der „Hirntod“ ist nicht der Tod!

In der Medizin schützen, erhalten und verlängern wir das Leben und schieben den Tod hinaus. Unser Ziel ist es, Körper und Seele in Einklang zu halten. Das Versagen eines vitalen Organs kann den Tod zur Folge haben. Andererseits kann das medizinische Eingreifen manchmal die Funktion des geschädigten Organs wiederherstellen, oder medizinische Geräte (wie Herzschrittmacher oder Herz-Lungen-Maschinen) können das Leben erhalten. Die Feststellung, dass das Gehirn oder ein anderes Organ die Funktion einstellt, ist an sich kein Anzeichen dafür, dass das betreffende Organ zerstört ist und noch viel weniger ein Anzeichen für den Tod dieses Menschen.

Dr. Paul Byrne

Von: Dr. med. Paul A. Byrne, Prof. Dr. Cicero G. Coimbra, Prof. Dr. Robert Spaemann und Mercedes Arzu Wilson

Vorwort

Am 3. und 4. Februar 2005 hat die Päpstliche Akademie der Wissenschaften in Kooperation mit der „Weltorganisation für die Familie“ eine Tagung im Vatikan abgehalten zu dem Thema: „Die Zeichen des Todes“. Diese Abhandlung basiert sowohl auf den Texten, die der Päpstlichen Akademie vorgelegt wurden, als auch auf den Diskussionen, die in diesen zwei Tagen geführt wurden.

Die Tagung fand auf Wunsch von Papst Johannes Paul II statt mit dem Ziel, die Zeichen des Todes nochmals zu beurteilen und um auf rein wissenschaftlicher Ebene die Gültigkeit der auf das Hirn bezogenen Kriterien für den Tod auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Dabei bezog man die gegenwärtige Debatte in den Wissenschaftskreisen zu diesem Thema ein.

In einer Mitteilung des Heiligen Vaters an die Päpstliche Akademie der Wissenschaften, die bei der Tagung verlesen wurde, sagte er, dass die Kirche „bislang durchweg die Praxis der Transplantation von Organen Gestorbener unterstützt habe.“ Jedoch mahnte er, dass Transplantationen nur dann annehmbar seien, wenn sie in einer Weise durchgeführt werden, „die den Respekt für das Leben und den Menschen wahr“.

Der Papst zitierte seinen Vorgänger, Papst Pius XII, der gesagt hatte: „Es ist Aufgabe des Arztes, den Tod und den Todeseintritt klar und eindeutig zu definieren.“ Er ermutigte die Päpstliche Akademie, diese Aufgabe weiter wahrzunehmen und sagte den Wissenschaftlern zu, dass sie sich auf die Unterstützung durch den Vatikan verlassen könnten, besonders auf die der Glaubenskongregation.

Hintergrund

Im Jahre 1968 wurden die „Harvard-Kriterien“, die den Hirntod festlegten, in der Zeitschrift der Amerikanischen Ärztevereinigung veröffentlicht unter dem Titel: „Eine Definition des irreversiblen Komats“. Dieser Artikel enthielt keine Hintergrunddaten, weder auf der Basis von wissenschaftlicher Forschung noch auf der Grundlage von Fallstudien an Patienten. Aus diesem Grund stellte die Mehrheit der Tagungsteilnehmer in Rom fest, dass die „Harvard-Kriterien“ wissenschaftlich ungültig waren.

Im Jahr 2002 wurden die Ergebnisse einer weltweiten Umfrage in der Zeitschrift „Neurology“ veröffentlicht. Das Ergebnis der Umfrage war, dass die Verwendung des Begriffs „Hirntod“ weltweit akzeptiert wird, aber es gibt keine weltweite Übereinstimmung bei den diagnostischen Kriterien und es bleiben „weiterhin ungelöste Fragen weltweit“. Zwischen 1968 und 1978 wurden nachweislich mindestens 30 unterschiedliche Hirntod-Kriterien veröffentlicht und seitdem viele weitere. Die jeweils neu bekannt gegebenen Kriterien haben die Tendenz, weniger strikt zu sein als die früheren. Sie alle basieren nicht auf der wissenschaftlichen Methode von Beobachtung und Hypothese, welche durch Nachprüfung bestätigt wurden.

Versuche, die neueren Todeskriterien mit den bewährten, allgemein akzeptierten Todeskriterien - Aussetzen des Kreislaufs, der Atmung, der Reflexe - zu vergleichen, zeigen, dass diese Kriterien deutlich anders sind. Das hat den ärztlichen Berufsstand in eine unheilvolle Situation gebracht. Viele Ärzte, die den Eindruck haben, dass die Akzeptanz von derart unvereinbaren Kriterien ein Verstoß gegen den Hippokratischen Eid ist, haben das starke Bedürfnis, die Irreführung durch den Begriff „Hirntod“ offen zu legen, weil das hohe Ansehen des ärztlichen Berufsstandes auf dem Spiel steht.

Philosophische Betrachtungen

In seiner Darlegung vor der Päpstlichen Akademie zitierte Robert Spaemann - ein bekannter ehemaliger Philosophie-Professor von der Universität München - die Worte von Papst Pius XII, der erklärt hatte, dass „das Leben weiter besteht, wenn vitale Funktionen festzustellen sind, auch wenn sie durch künstliche Mittel unterstützt werden“.

Professor Spaemann konstatierte: „ Das Ende von Atmung und Herzschlag, die Trübung der Augen, die Totenstarre usw. sind die Kriterien, anhand derer Menschen seit ewigen Zeiten erkennen und begreifen konnten, dass ein Mitmensch tot ist.“ Aber die Harvard-Kriterien „haben diese Übereinstimmung von Medizinwissenschaft und der normalen zwischenmenschlichen Wahrnehmung grundlegend verändert“.

Er sagte: „Wenn man die bestehenden Todeszeichen, wie sie vom gesunden Menschenverstand gesehen werden, denen der Wissenschaft gegenüberstellt, wird klar, dass die Wissenschaft nicht länger das normale Verständnis von Leben und Tod zur Voraussetzung hat. Tatsächlich setzt sie die normale menschliche Wahrnehmung außer Kraft, indem sie Menschen für tot erklärt, die noch als lebend wahrgenommen werden.“

Der deutsche Wissenschaftler führte aus, dass der neue Ansatz für eine Definition des Todes andere Prioritäten widerspiegeln:

Priorität hätte nicht mehr das Bedürfnis eines Sterbenden, nicht vorzeitig für tot erklärt zu werden, sondern das Interesse von Anderen daran, einen sterbenden Menschen so früh wie möglich für tot zu erklären. Es werden zwei Gründe genannt für dieses Interesse von Dritten:

1) um legal lebensverlängernde Maßnahmen beenden zu können, die sonst eine finanzielle und persönliche Belastung für Angehörige und Gesellschaft gleichermaßen bedeuten würden

und

2) um Organe gewinnen zu können mit dem Ziel, andere Menschen mit Hilfe der Transplantation retten zu können. Diese zwei Interessen sind nicht am Wohl des Patienten ausgerichtet, da sie ihm so schnell wie möglich den Status eines Subjekts aberkennen wollen.

Spaemann stellte fest, dass die Argumente gegen die Verwendung des Begriffs „Hirntod“ als Todesfeststellung „nicht nur von Philosophen und besonders in meinem Land von führenden Juristen vorgebracht werden, sondern auch von Medizin-Wissenschaftlern.“ Er zitierte einen deutschen Anästhesisten: „Hirntote Menschen sind nicht tot, sondern Sterbende.“

Medizinische Beweise

Dr. Paul Byrne, ein Kinderheilkundler aus Toledo, Ohio, gab einen Einblick in die Medizin - er machte folgende Aussage:

Wenn einem hirntoten Patienten Organe entnommen werden, sind bis zur Entnahme der Organe alle vitalen Lebenszeichen des Spenders vorhanden, wie normale Körpertemperatur, Blutdruck und Herzschlag. Vitale Organe wie Leber und Nieren arbeiten, und der Spender atmet mit Hilfe der künstlichen Beatmung.

Außerdem berichtete Byrne der Akademie, dass diese Vorgehensweise für die meisten Organentnahmen notwendig sei, weil vitale Organe nach dem Tod eines Patienten schnell unbrauchbar werden. „Nach dem richtigen Tod“, sagte er, „können unpaarige Organe (vor allem das Herz und die Leber) nicht transplantiert werden.“ Die Transplantation von unpaarigen vitalen Organen ist legal in den meisten westlichen Ländern, einschließlich der USA, und in einigen Entwicklungsländern wie in Brasilien, aber die entscheidende Frage ist: „Ist es moralisch erlaubt, das Leben des Einen zu beenden, um ein anderes Leben zu retten?“ Papst Johannes Paul II hat wiederholt gesagt, wie auch am 4. Februar 2003 in seiner Botschaft zum Welttag der Kranken: „Es ist niemals erlaubt, einen Menschen zu töten, um einen anderen zu retten.“ Der Katechismus der Katholischen Kirche sagt unmissverständlich (2296): „Es ist moralisch nicht erlaubt, einen Menschen zu verstümmeln oder zu töten, auch nicht, wenn man dadurch den Tod von anderen Menschen hinausschieben kann.“

„In der Medizin schützen, erhalten und verlängern wir das Leben und schieben den Tod hinaus“, sagte Byrne. „Unser Ziel ist es, Körper und Seele in Einklang zu halten.“

Wenn ein vitales Organ ausfällt, so argumentierte er, kann das den Tod herbeiführen. Andererseits kann die medizinische Intervention manchmal die Funktion des beschädigten Organs wiederherstellen oder medizinische Geräte wie Herzschrittmacher und Herz-Lungen-Maschinen können das Leben erhalten. Er sagte: „Die Feststellung, dass das Gehirn oder ein anderes Organ die Funktion einstellt, ist an sich kein Anzeichen dafür, dass das betreffende Organ zerstört ist und noch viel weniger ein Zeichen für den Tod dieses Menschen.“

Verteidigung der Kriterien

Einige Teilnehmer an der Februar-Tagung verteidigten die Anwendung der „Hirntod“-Kriterien. Dr. Stewart Younger von der Case Western University räumte ein, dass „hirntote“ Spender leben, aber er argumentierte, dass diese Tatsache kein Hinderungsgrund für die Organentnahme sein sollte. Seine Begründung war, dass die Lebensqualität von hirntoten Patienten so schlecht sei, dass es viel vorteilhafter sei, ihnen die Organe zu entnehmen, um das Leben eines Anderen zu retten, anstatt das Leben der Organspender zu erhalten.

Dr. Conrado Estol, ein Neurologe aus Buenos Aires, erklärte die Schritte, die erfolgen müssen, um den „Hirntod“ eines potenziellen Organspenders feststellen zu können. Dr. Estol, der ein großer Befürworter der Organentnahme ist, weil damit das Leben Anderer verlängert werden kann, zeigte ein dramatisches Video von einem Menschen nach der Hirntod-Feststellung, der versuchte, sich aufzusetzen und seine Arme zu verschränken. Trotzdem versicherte Dr. Estol den Anwesenden, dass der Spender eine Leiche war. Das rief Unruhe bei vielen Teilnehmern der Tagung hervor.

Ein französischer Transplanteur, Dr. Didier Houssin, gestand Probleme ein, die durch die Widersprüche zwischen den unterschiedlichen Hirntod-Kriterien entstehen. Er stellte fest, dass „der Tod eine medizinische Tatsache, ein biologischer Prozess und eine philosophische Frage ist, aber auch eine soziale Tatsache.“. Es sei schwierig für eine Gesellschaft zu verstehen, dass ein Mensch an dem einen Ort für lebendig und an dem anderen Ort für tot gehalten werde. Als Befürworter von Transplantationen sagte er aber, es sei wichtig für die Gesellschaft, den Ärzten zu vertrauen.

Ein anderer französischer Arzt, Dr. Jean-Didier Vincent vom Institut Universitaire, hob hervor, dass ein hirntoter Mensch eine vollständige und irreversible Zerstörung des Gehirns erlitten hat. Dr. Vincent wurde eingehend befragt nach dem Fall einer schwangeren Frau mit der Diagnose „Hirntod“, die ihre Schwangerschaft unter Einsatz von lebenserhaltenden Maßnahmen fortsetzte und bei der sich sogar Muttermilch für das ungeborene Kind bildete. Er räumte ein, dass die Frau zwar Muttermilch ausbildete, beurteilte diese Milchbildung aber eher als einen unterdrückten mechanischen Reflex denn als Zeichen für fortbestehendes menschliches Leben. Als man ihn daran erinnerte, dass die Herstellung von Muttermilch auf ein Signal hin erfolgt, das vom Vorderlappen der Hypophyse ausgeht und welches die Entstehung von Muttermilch und möglicherweise das Brustwachstum anregt und insofern ein funktionierendes Gehirn benötigt, erwiderte er, es könnte noch eine minimale Produktion von Hormonen im Gehirn möglich sein.

Der Apnoetest

Bei seiner Präsentation auf der Konferenz verurteilte Dr. Cicero Coimbra, ein klinischer Neurologe von der Bundesuniversität Sao Paulo, die Grausamkeit des Apnoetests. Dabei wird dem Patienten die künstliche Beatmung für bis zu 10 Minuten entzogen, um feststellen zu können, ob er selbstständig zu atmen beginnt. Dies ist ein Teil der (notwendigen) Untersuchungen, bevor ein hirntot Patient für hirntot erklärt wird. Dr. Coimbra erklärte, dass diese Untersuchung eindeutig die mögliche Erholung eines hirntoten Patienten beeinträchtigt und sogar den Tod des Patienten hervorrufen kann.

Er führte aus: Viele hirntote Patienten, sogar in tiefem Koma, können das Bewusstsein wiedererlangen und ins normale Leben zurückkehren; ihr Nervengewebe ist möglicherweise nur ruhiggestellt und nicht irreversibel geschädigt als Folge einer teilweise verminderten Durchblutung des Gehirns. (Dieses Krankheitsbild, das „ischämischer Halbschatten“ genannt wird, war noch nicht bekannt, als vor 37 Jahren die ersten neurologischen Kriterien für den Hirntod festgelegt wurden.) Jedoch kann der Apnoetest (der als der wichtigste Schritt bei der Diagnose „Hirntod“ oder „Stammhirntod“ gilt) einen irreversiblen Stillstand der Hirndurchblutung oder sogar Herzstillstand herbeiführen und somit eine Wiederherstellung des Nervensystems verhindern.

Während des Apnoetests hindert man die Patienten daran, Kohlendioxid auszustoßen. Die Anreicherung des Blutes mit Kohlendioxid jedoch ist Gift für das Herz.

Als Folge dieses Tests fällt der Blutdruck, und die Blutzufuhr zum Gehirn wird irreversibel gestoppt. Auf diese Weise wird eher der irreversible Hirntod hervorgerufen, als dass er diagnostiziert wird; indem man den Blutdruck reduziert, verringert der Test zudem den Blutzufuhr zum Atemzentrum im Gehirn. Dadurch hindert man den Patienten daran, während dieser Prozedur selbstständig zu atmen. (Durch eigenständige Atmung würde der Patient nachweisen, dass er lebt.)

Irreversibler Herzstillstand (Tod), Herzrhythmusstörungen, Herzmuskelinfarkt und andere lebensbedrohliche schädliche Auswirkungen können ebenfalls während des Apnoetests eintreten. Folglich kann eine irreversible Hirnschädigung während und vor Beendigung der diagnostischen Verfahren zur Hirntodfeststellung eintreten.

Dr. Coimbra beendete seine Ausführungen mit den Worten, dass der Apnoetest als unethisch verurteilt werden sollte und als unmenschliches medizinisches Verfahren für ungesetzlich erklärt werden müsste. Er sagte, wenn die Angehörigen um die Brutalität und Risiken dieses Verfahrens wüssten, würden die meisten ihre Zustimmung verweigern.

Er machte darauf aufmerksam, dass ein Patient mit Herzinfarkt, der in die Notfallstation aufgenommen wird, keinesfalls einem Belastungstest ausgesetzt wird, zur Bestätigung dafür, dass er einen Herzinfarkt erlitten hat. Stattdessen behandelt man den Patienten mit besonderer Sorgfalt, um sein Herz vor weiteren Belastungen zu schützen.

Im Gegensatz dazu steht die Behandlung eines hirnerkrankten Patienten. Wenn er dem Apnoetest unterzogen wird, wird das ohnehin schon geschädigte Organ weiter belastet, und eine zusätzliche Schädigung kann das Leben des Patienten gefährden. Dr. Yoshio Watanabe, ein Kardiologe aus Nagoya, Japan, stimmte ihm zu. Er sagte, wenn die Patienten nicht dem Apnoetest ausgesetzt würden, könnten sie eine 60prozentige Chance zur Rückkehr ins Leben haben, wenn sie rechtzeitig mit therapeutischer Unterkühlung behandelt würden.

Dr. David Hill, ein britischer Anästhesist und Dozent in Cambridge, befasste sich ebenfalls mit der Frage nach einer möglichen Genesung eines hirnerkrankten Patienten. Er sagte: „Es sollte erstens hervorgehoben werden, dass umfassend zugestanden wurde, dass einige Funktionen oder zumindest einige Aktivitäten im Gehirn weiterbestehen können. Zweitens ist der einzige Grund, warum ein Patient eher für tot als für sterbend gehalten wird, der, dass man lebensfähige Organe für Transplantationen erhalten will.“ Die Anwendung dieser Kriterien, so seine Schlussfolgerung, könne keineswegs als dem Wohl des Patienten dienlich gewertet werden, sondern sie dienen (im Gegensatz zu den Hippokratischen Werten) ausschließlich dem Wohl des potenziellen Organempfängers.

„Die Irreführung“

Dr. Hill erinnerte daran, dass die ersten Versuche, vitale Organe zu transplantieren, oft daran scheiterten, dass die Organe von Leichen nicht die Phase der Ischämie nach dem Tod des Spenders überstanden. Die Übernahme der Hirntod-Kriterien löste das Problem, wie er ausführte: „durch die Möglichkeit, vitale Organe entnehmen zu können vor Abschalten der lebenserhaltenden Maßnahmen - ohne gesetzliche Einschränkungen, die sonst möglicherweise diese Vorgehensweise begleitet hätten.“ Es sei erstaunlich, dass die Öffentlichkeit diese neuen Kriterien akzeptiert habe, stellte Dr. Hill fest, und er führte diese Akzeptanz zum großen Teil auf die Werbung zugunsten der Organtransplantation zurück, und zum Teil darauf, dass die Öffentlichkeit nichts über die Vorgehensweise weiß.

„Man weiß im Allgemeinen nicht“, so sagte er, „dass die lebenserhaltenden Maßnahmen erst nach der Entnahme der Organe beendet werden. Man weiß auch nicht, dass während der Entnahmeoperation anästhetische Maßnahmen zur Kontrolle des Spenders notwendig sind.“ Da das Wissen um diese Vorgehensweise zunehme, sagte er, sei es nicht überraschend, dass - wie eine englische Studie von 2004 ergibt - die Ablehnungsrate der Angehörigen gegen eine Organentnahme von 30% im Jahr 1992 auf 44% angestiegen ist. Er vermutete auch, dass die Angehörigen starke Zweifel bekommen, wenn sie mit ihren eigenen Augen sehen, dass ein potenzieller Organspender lebt, und deshalb nicht bereit sind, einer Organentnahme zuzustimmen.

In Großbritannien, berichtete er, werde zunehmend Druck auf Menschen ausgeübt, einen Organspendeausweis auszufüllen und immer bei sich zu tragen, der Ärzten das Verfügungsrecht über ihre Organe gibt. Bislang haben nur etwa 19% der Bevölkerung einen Organspendeausweis, aber KFZ-Anmelde-Papiere, Führerscheinanträge und andere offizielle Dokumente enthalten Rubriken, in denen die Bürger ihr Einverständnis dokumentieren können. Sogar Kinder werden darin bestärkt zu unterschreiben. In allen diesen Dokumenten steht, dass Organe nur „nach meinem Tod“ entnommen werden dürfen, aber es gibt keine Erläuterung, was

mit „Tod“ gemeint ist. Hier hängt wieder seiner Meinung nach die Akzeptanz von Transplantationen mit dem mangelnden Wissen der Öffentlichkeit um die Vorgehensweisen zusammen. Er hob hervor, dass andererseits „für jeden anderen Eingriff die informierte Zustimmung vorgeschrieben ist, aber für diesen endgültigen Eingriff wird keine Aufklärung oder Gegenzeichnung verlangt. Ebenso wenig wird (den potenziellen Organspendern) die Möglichkeit gegeben, sich mit der Frage einer Narkose auseinander zu setzen.“

Bischof Fabian Bruskewitz aus Lincoln, Nebraska, sprach das Thema der Zustimmung des Spenders an. „Soweit ich weiß“, sagte er der Päpstlichen Akademie, „hat kein geachteter, gebildeter und angesehener katholischer Moraltheologe behauptet, dass die Worte von Jesus, man solle sein Leben für seine Freunde geben (Johannes 15, Vers 13) eine Aufforderung oder sogar eine Erlaubnis zur Einwilligung in die Selbsttötung darstellten, damit andere weiterleben können.“

Der Bischof führte weiter aus, dass die gegenwärtige Technologie es den Ärzten ermöglicht, nur in den äußeren 1-2 Zentimetern des Gehirns Aktivität messen zu können. Er stellte die Frage: „Haben wir unter diesen Umständen überhaupt die unwiderlegbare moralische Gewissheit, etwas über die Existenz der Hirnaktivität geschweige denn über das Ende der Hirnaktivität auszusagen?“

Aus dem Blickwinkel der katholischen Moraltheologie heraus sagte der Bischof, die Würde und Autonomie des Menschen - sei es als Zygote, Blastozyste, Embryo, Fötus, Neugeborenes, Kind, Heranwachsender, Erwachsener, behinderter Erwachsener, alter Mensch, Mensch in einem komatösen (oder sogenannten) dauerhaft vegetativen Zustand - werde so gesehen, wie sie schon immer in der Geschichte der Katholischen Kirche gesehen wurde, mit Respekt und dem Anspruch auf Schutz vor schädigenden Eingriffen, die das Ende eines menschlichen Lebens in einem dieser Stadien herbeiführen.

Mit Blick auf die ernstesten Fragen um die Gültigkeit der Hirntod-Kriterien sagte Professor Josef Seifert von der Internationalen Akademie der Philosophie in Liechtenstein, medizinische Ethiker sollten sich auf das wahre und offensichtliche ethische Prinzip berufen (wie es die gesamte Kirchentradition der Morallehre verlangt) nämlich dass wir, „wenn auch nur ein kleiner begründeter Zweifel besteht, dass unsere Handlungen einen Menschen töten, davon Abstand nehmen müssen.“

Die Todeszeichen

Schlussfolgerungen der Tagung der Päpstlichen Akademie der Wissenschaften nach Überprüfung der Hirntod-Kriterien:

1. Einerseits erkennt die Kirche an, im Einklang mit ihrer Tradition, dass die Heiligkeit des menschlichen Lebens von der Empfängnis bis zum natürlichen Ende uneingeschränkt geschützt und aufrechterhalten bleiben muss. Andererseits neigt eine säkularisierte Gesellschaft dazu, mehr Gewicht auf die Lebensqualität zu legen.

2. Die Katholische Kirche hat immer gegen die Zerstörung menschlichen Lebens durch Abtreibung Widerstand geleistet, und ebenso verurteilt sie die vorzeitige Beendigung des Lebens eines unschuldigen Organspenders mit dem Ziel, das Leben eines Anderen durch die Transplantation eines unpaarigen Organs zu verlängern.

„Es ist moralisch unzulässig, die Verstümmelung oder den Tod eines Menschen unmittelbar herbeizuführen, auch dann nicht, wenn dadurch der Tod von anderen Menschen hinausgeschoben werden kann.“ „Es ist niemals erlaubt, einen Menschen zu töten, um einen anderen zu retten.“

3. „Wir dürfen auch nicht schweigen bei anderen heimlicheren, aber nicht weniger schwerwiegenden und praktizierten Formen der Euthanasie. Diese könnten zum Beispiel auftreten, wenn man, um die Verfügbarkeit von Organen für Transplantationen zu steigern, Organe entnimmt, ohne objektive und angemessene Kriterien anzuwenden, die den Tod des Spenders nachweisen.“

4. Der Tod eines Menschen ist ein einzigartiges Ereignis. Er besteht aus der völligen Auflösung des einheitlichen und integrierten Ganzen, dem Selbst. Der Tod ist die Folge der Trennung des Lebensprinzips (oder der Seele) vom Körper des Menschen. Papst Pius XII berief sich auf dieselbe Wahrheit, indem er feststellte, dass das menschliche Leben weiterbesteht, wenn die vitalen Funktionen offensichtlich sind, auch bei künstlicher Unterstützung.

5. „Die Anerkennung der einzigartigen Würde des Menschen hat eine weitere zugrundeliegende Konsequenz: Vitale unpaarige Organe dürfen nur nach dem Tod entnommen werden - das heißt, aus dem Körper eines Menschen, der mit Sicherheit tot ist. Diese Forderung ist selbstverständlich, denn anders zu handeln heißt, dass man mit Absicht den Tod eines Spenders herbeiführt, um über seine Organe verfügen zu können.“ Das natürliche Moralgesetz erlaubt nicht die Entnahme von unpaarigen vitalen Organen zum Zwecke der Transplantation von einem Menschen, der noch nicht mit Sicherheit tot ist. Die Feststellung des „Hirntodes“ reicht nicht aus, um zu der Folgerung zu kommen, dass der Patient mit Sicherheit tot ist. Sie reicht nicht einmal aus, um moralische Gewissheit zu erlangen.

6. Viele Menschen aus medizinischen und wissenschaftlichen Kreisen verfechten weiterhin, dass die auf den „Hirntod“ gestützten Kriterien ausreichen, um moralische Gewissheit über den Tod selbst zu haben. Gegenwärtige medizinische und wissenschaftliche Beweise widersprechen dieser Annahme. Neurologische Kriterien allein genügen nicht, um moralische Gewissheit über den Tod zu bekommen, und sind absolut nicht in der Lage, eine physische Sicherheit über den eingetretenen Tod zu gewährleisten.

7. Es ist jetzt offenkundig und offensichtlich, dass es kein einziges sogenanntes neurologisches Kriterium gibt - woran internationale Wissenschaftskreise öffentlich festhalten - welches den sicheren Tod feststellt. Vielmehr werden viele unterschiedliche neurologische Kriterien ohne weltweite Übereinstimmung angewendet.

8. Neurologische Kriterien reichen nicht aus für eine Todeserklärung, wenn noch ein intaktes Herz-Kreislauf- und Atemsystem besteht. Diese neurologischen Kriterien können nur das Fehlen von einigen bestimmten Hirnreflexen überprüfen. Die Hirnfunktionen wie Temperaturkontrolle, Blutdruck, Herzschlag und der Ausgleich des Salz- Wasserhaushaltes werden dabei nicht berücksichtigt. Wenn ein künstlich beatmeter Mensch für „hirntot“ erklärt wird, sind diese Funktionen nicht nur vorhanden, sondern auch anhaltend aktiv.

9. Der Apnoetest - das Abstellen der künstlichen Beatmung - ist als Teil der neurologischen Diagnose vorgeschrieben und wird paradoxerweise eingesetzt, um die Irreversibilität zu bestätigen. Dieser Test beeinträchtigt merklich das Untersuchungsergebnis oder verursacht sogar den Tod eines Patienten mit schweren Hirnschädigungen.

10. Es gibt überwältigende medizinische und naturwissenschaftliche Beweise, dass das vollständige Einstellen der Hirnaktivität (in Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm) kein Nachweis des Todes ist. Das vollständige Ende der Hirntätigkeit kann nicht angemessen beurteilt werden. Die Irreversibilität ist eine Prognose, keine medizinisch feststellbare Tatsache. Heute behandeln wir viele Patienten mit Erfolg, deren Genesung noch vor kurzem hoffnungslos schien.

11. Eine Todesfeststellung allein aufgrund von neurologischen Kriterien ist eine Theorie, keine wissenschaftliche Tatsache. Sie genügt nicht, um die Annahme, dass der Patient noch lebt, zu widerlegen.

12. Kein Gesetz (welches auch immer) sollte versuchen, eine Vorgehensweise für legal zu erklären, die in sich schlecht ist. „Ich wiederhole noch einmal, dass ein Gesetz, welches das natürliche Recht eines unschuldigen Menschen auf Leben verletzt, ungerecht und als solches ungültig ist. Deshalb appelliere ich noch einmal eindringlich an alle politisch Verantwortlichen, keine Gesetze zu erlassen, welche die Würde des Menschen missachten und dadurch die Grundlagen der Gesellschaft zugrunde richten.“

13. Das Leben eines unschuldigen Menschen zu beenden, um das Leben eines anderen zu retten - wie bei der Transplantation von unpaarigen vitalen Organen - macht das Böse nicht besser, das darin besteht, einem unschuldigen Menschen das Leben zu nehmen. Böses darf nicht getan werden, um Gutes zu bewirken.

Unterzeichner:

J. A. Armour, Arzt, University of Montreal – Hospital of the Sacred Heart, Montreal, Quebec

Fabian Bruskwitz, Bischof von Lincoln, Nebraska

Paul A. Byrne, ehemaliger Präsident der „Catholic Medical Association“, USA

Pilar Mercado Calva, Professor, Medizinische Fakultät, Anahuac University, Mexiko

Cicero G. Coimbra, Professor für Klinische Neurologie, Federal University, Sao Paulo, Brasilien

William F. Colliton, emerit. Professor für Geburtshilfe u. Gynäkologie, George Washington University, Medizin. Fakultät, Virginia

Joseph C. Evers, assoziierter Professor für Kinderheilkunde, Georgetown University, Medizinische Fakultät, Washington, DC

David Hill, emeritierter beratender Anästhesist am Addenbrooke Hospital, und assoziierter Dozent, Cambridge University, England

Ruth Oliver, Psychiaterin, Kingston, Ontario

Michael Potts, Direktor der Abteilung Religion und Philosophie, Methodist Colleg, Fayetteville, North Carolina

Josef Seifert, Professor für Philosophie an der Internationalen Akademie für Philosophie in Vaduz, Liechtenstein; Ehrenmitglied der Medizinischen Fakultät der Päpstlichen Katholischen Universität von Chile in Santiago, Chile

Robert Spaemann, emeritierter Professor der Philosophie an der Universität München, Deutschland

Robert F. Vasa, Bischof der Diözese Baker, Oregon

Yoshio Watanabe, beratender Kardiologe, Nagoya Tokushukai General Hospital, Japan

Mercedes Arzú Wilson, Präsidentin der „Family of the Americas Foundation“ und der „Weltorganisation für die Familie“

Quelle:

Essay - Das Treffen der Päpstlichen Akademie der Wissenschaften, anfangs Februar 2005 - Dr. Paul A. Byrne, für „The Compassionate Healthcare Network“, 29. März 2005, per E-Mail

Der englische Originaltext ist auch abrufbar unter:
www.chninternational.com/brain_death_is_not_death_byrne_paul_md.html