

„Hirntod ist nicht Tod“

Inhalt

Vorwort

I. Hintergrund

II. Philosophische Überlegungen

III. Medizinische Begründung

IV. Verteidigung der Kriterien

V. Der „Apnea-Test“

VI. „Die Täuschung“

VII. Anzeichen für den Tod

VORWORT

Am 3. und 4. Februar 2005 war die Päpstliche Akademie der Wissenschaften, in Zusammenarbeit mit der Weltorganisation für die Familie, Gastgeber eines Treffens im Vatikan zum Thema „Die Zeichen des Todes“. Dieser Essay basiert zum einen auf den Aufsätzen, die bei der Päpstlichen Akademie eingereicht wurden, zum andern auf den Diskussionen, die in diesen zwei Tagen stattgefunden haben.

Das Treffen wurde auf die Bitte von Papst Johannes Paul II. einberufen, um erneut die Zeichen des Todes einzuschätzen und auf rein wissenschaftlicher Basis die Gültigkeit der auf das Gehirn bezogenen Kriterien für den Tod zu verifizieren sowie um in die derzeitige Debatte der Wissenschaftler über dieses Thema einzutreten.

In einer Botschaft an die Päpstliche Akademie der Wissenschaften, die anlässlich des Februartreffens veröffentlicht wurde, sagte der Heilige Vater, daß die Kirche stets „die Praxis der Organtransplantationen von toten Personen“ unterstützt hat. Er warnte jedoch, daß Transplantationen nur akzeptabel seien, wenn sie in einer Weise durchgeführt werden, die „den Respekt vor dem Leben und der menschlichen Person garantieren“.

Der Papst zitierte seinen Vorgänger, Papst Pius XII., der gesagt hatte, daß „es Aufgabe des Arztes ist, eine klare und genaue Definition des Todes und des Zeitpunktes des Todes zu geben.“ Er ermutigte die Päpstliche Akademie, diese Aufgabe zu verfolgen, und versprach, die Wissenschaftler könnten sich auf die Unterstützung der vatikanischen Stellen verlassen, „vor allem auf die Kongregation für die Glaubenslehre“.

I. HINTERGRUND

1968 wurde das „Harvard Kriterium“ zur Bestimmung des Hirntodes in der Zeitschrift der „American Medical Association“ veröffentlicht unter dem Titel „Eine Definition des irreversiblen (nicht umkehrbaren) Komas“. Dieser Artikel wurde ohne stichhaltige Fakten veröffentlicht, weder aus der wissenschaftlichen Forschung noch aus Fallstudien von Einzelpatienten. Aus diesem Grunde erklärte auch eine Mehrheit der Konferenzteilnehmer in Rom diese „Harvard Kriterien“ als wissenschaftlich ungültig.

2002 wurden in der Neurologie die Resultate einer weltweiten Untersuchung veröffentlicht mit der Schlußfolgerung, daß der Gebrauch des Begriffes „Hirntod“ weltweit zwar „akzeptierte Tatsache“ ist, daß es „aber keine globale Übereinstimmung über die diagnostischen Kriterien gab“ und daß es noch „weltweit ungelöste Fragen“ gibt. Tatsächlich wurden zwischen 1968 und 1978 mindestens 30 grundverschiedene Aufzählungen von Hirntod-Kriterien veröffentlicht, und seitdem kamen noch viele weitere hinzu. Jede neue Aufstellung von solchen Kriterien tendiert dazu, weniger streng zu sein als frühere, und keine von ihnen ist gegründet auf wissenschaftliche Beobachtungsmethoden und auf Hypothesen, die verifiziert wurden.

Versuche, die neueren Kriterien mit den im Lauf der Zeit erprobten und allgemein akzeptierten Kriterien für den Tod zu vergleichen - nämlich Stillstand des Kreislaufs, der Atmung und der Reflexe -, zeigen, daß diese Kriterien sich deutlich unterscheiden. Dies hatte für den medizinischen Beruf eine unglückliche Situation zur Folge. Viele Ärzte, die spüren, daß der Hippokratische Eid verletzt wird, wenn solch ungleichartige Kriterien akzeptiert werden, empfinden die Notwendigkeit, daß die Falschheit des „Hirntods“ entlarvt wird, denn das hohe Ansehen des medizinischen Berufes steht auf dem Spiel.

II. PHILOSOPHISCHE ÜBERLEGUNGEN

In seiner Darlegung für die Päpstliche Akademie zitierte Robert Spaemann, ein bekannter ehemaliger Professor für Philosophie an der Universität München, die Worte Papst Pius' XII., der erklärte, daß „menschliches Leben weiter existiert, wenn sich seine vitalen Funktionen zeigen, selbst mit Unterstützung künstlicher Prozesse“.

Professor Spaemann bemerkte: „Der Stillstand der Atmung und des Herzschlags, das ‚Erlöschen der Augen‘, die Leichenstarre etc. sind die Kriterien, an denen die Menschen seit unvordenklichen Zeiten sahen und fühlten, daß ein menschlicher Gefährte tot ist.“ Doch die „Harvard Kriterien“ „veränderten grundlegend diese Wechselbeziehung zwischen der medizinischen Wissenschaft und der normalen zwischenmenschlichen Wahrnehmung“. Er stellte fest:

Wenn die Wissenschaft die Existenz der Todeszeichen, wie sie der gesunde Menschenverstand wahrnimmt, in Frage stellt, geht sie nicht mehr vom „normalen“ Verständnis von Leben und Tod aus. In der Tat macht sie die normale menschliche Wahrnehmung ungültig, indem sie Menschen für tot erklärt, die als noch lebend wahrgenommen werden.

Dieser neue Versuch, den Tod zu definieren, sagte der deutsche Gelehrte, spiegelt andere Prioritäten wider:

Das Interesse des Sterbenden, zu vermeiden, vorzeitig für tot erklärt zu werden, galt nicht mehr. Sondern es galt das Interesse anderer Leute, eine sterbende Person so schnell wie möglich für tot zu erklären. Zwei Gründe werden für diese Interessen Dritter genannt:

1. die gesetzliche Absicherung für die Nicht-Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen, die eine finanzielle und persönliche Belastung für Familienmitglieder und die Gesellschaft darstellen würden, und

2. das Sammeln lebenswichtiger Organe, um das Leben anderer Menschen durch Transplantationen zu retten. Diese zwei Interessen sind beide nicht die des Patienten, denn sie zielen darauf ab, ihn als Subjekt der eigenen Interessen so bald wie möglich zu eliminieren.

Die Argumente gegen die Anwendung des „Hirntods“ als Bestimmung des Todes werden, so Spaemann, „nicht nur von Philosophen und – vor allem in meinem Land – von führenden Juristen, sondern auch von Medizinwissenschaftlern“ vorgebracht. Er zitierte die Worte eines deutschen Anästhesisten, der schrieb: „Hirntote Menschen sind nicht tot, sondern sterbend“.

III. MEDIZINISCHE BEGRÜNDUNG

Dr. Paul Byrne, ein Neonatologe [Arzt für Neugeborene] aus Toledo, Ohio, bietet eine medizinische Perspektive an. Er bezeugt:

Wenn Organe von einem „hirntoten“ Spender entnommen werden, sind alle vitalen Zeichen des „Spenders“ vor der Organentnahme noch vorhanden wie: normale Körpertemperatur und Blutdruck; das Herz schlägt noch; die lebenswichtigen Organe wie Leber und Niere funktionieren noch und der Spender atmet noch mit Unterstützung eines Beatmungsgerätes.

Weiterhin sagte Byrne der Akademie, daß dieses Vorgehen für die meisten Transplantationen notwendig sei, denn lebenswichtige Organe verderben sehr rasch, nachdem der Patient gestorben ist. „Nach dem wirklichen Tod“, sagte er, „können unpaarige lebenswichtige Organe (besonders das Herz und die ganze Leber) nicht verpflanzt werden.“

Die Transplantation von unpaarigen lebenswichtigen Organen ist in den meisten westlichen Ländern legal, einschließlich der USA, und in einigen Entwicklungsländern wie Brasilien. Die wichtige Frage für jedermann aber ist: „Ist es moralisch zulässig, ein Leben zu beenden, um ein anderes zu retten?“ Papst Johannes Paul II. hat wiederholt gesagt, wie kürzlich am 4. Februar 2003 in seiner Botschaft zum „Welttag des Kranken“: „Es ist niemals erlaubt, einen Menschen zu töten, um einen anderen Menschen zu retten.“ Der „Katechismus der Katholischen Kirche“ erklärt ausdrücklich (Nr. 2296): „Es ist sittlich unzulässig, die Invalidität oder den Tod eines Menschen direkt herbeizuführen, selbst wenn dadurch der Tod anderer Menschen hinausgezögert würde.“

Byrne sagt: „In der Medizin schützen, erhalten und verlängern wir Leben und schieben den Tod hinaus. Unser Ziel ist, Körper und Seele vereint zu erhalten.“ Wenn ein lebenswichtiges Organ seine Funktion einstellt, so argumentierte er, kann der Tod eintreten. Andererseits kann ein medizinisches Eingreifen manchmal die Funktion des geschädigten Organs wiederherstellen oder es können medizinische Apparate (wie Herzschrittmacher und Herz-Lungen-Maschinen) Leben erhalten. Er sagte: „Die Beobachtung eines Stillstandes der Gehirnfunktion oder eines anderen Körperorgans zeigt noch nicht eine Zerstörung dieses Organs und noch viel weniger den Tod dieser Person an.“

IV. VERTEIDIGUNG DER KRITERIEN

Einige Teilnehmer des Treffens im Februar (2005) verteidigten die Anwendung der „Hirntodkriterien“. Dr. Stewart Youngner von der „Case Western University“ in Ohio gab zu, daß „hirntote“ Spender [noch] leben, aber er führte an, daß dies nicht ein Hindernis für die Entnahme ihrer Organe sein sollte. Sein Argument war, daß die „Lebensqualität“ im „hirntoten“ Patienten so schlecht sei, daß es viel nützlicher sei, seine Organe zu

entnehmen, um damit das Leben eines anderen zu verlängern, als das Leben des Organspenders fortzuführen.

Dr. Conrado Estol, ein Neurologe aus Buenos Aires, erklärte die Stufen, die befolgt werden sollten, um den „Hirntod“ eines potentiellen Organspenders festzustellen. Dr. Estol, der die Entnahme menschlicher Organe, um das Leben eines anderen Patienten zu verlängern, sehr stark verteidigte, zeigte ein dramatisches Video einer Person, die als „hirntot“ diagnostiziert wurde und die versuchte, sich aufzurichten und ihre Arme zu verschränken; gleichwohl versicherte Dr. Estol den Zuschauern, daß der Spender ein Leichnam sei. Dies führte zu einer erschütterten Reaktion bei vielen Teilnehmern der Konferenz.

Ein französischer Transplantationschirurg, Dr. Didier Houssin, gestand die Schwierigkeiten ein, die angesichts der Diskrepanzen zwischen den verschiedenen Hirntot-Kriterien bestehen. Er bemerkte, daß „der Tod eine medizinische Tatsache, ein biologischer Prozeß und eine philosophische Frage ist, aber auch eine soziale Tatsache.“ Es würde für eine Gesellschaft schwierig sein, zuzugeben, daß ein Mensch an dem einen Ort als lebendig und an einem anderen Ort als tot angesehen wird. Doch als Befürworter von Transplantationen sagte er, es sei für die Gesellschaft wichtig, daß sie Vertrauen zu den Ärzten habe.

Ein anderer französischer Arzt, Dr. Jean-Didier Vincent vom „Institute Universitaire“, betonte, daß eine „hirntote“ Person eine vollkommene und unwiderrufliche Zerstörung des Gehirns erlitten habe. Dr. Vincent wurde sehr ausführlich befragt über den Fall einer schwangeren Frau, die als hirntot diagnostiziert war und die ihre Schwangerschaft – an einem lebensunterstützenden System – fortführte und sogar Muttermilch für ihr ungeborenes Kind produzierte. Er gab zu, daß die Mutter Milch produzierte, aber er betrachtet diese Produktion eher als verbliebenen mechanischen Reflex denn als ein Zeichen eines fortdauernden Menschenlebens. Als er daran erinnert wurde, daß die Produktion von Muttermilch von einem Signal des vorderen Lappens der Hypophyse [im Gehirn] kommt, das die Milchsekretion und möglicherweise auch das Brustwachstum anregt, also ein funktionierendes Gehirn erfordert, antwortete er, es könnte wohl eine minimale Hormonproduktion im Gehirn geben.

V. DER „APNEA-TEST“

Dr. Cicero Coimbra, ein klinischer Neurologe von der „Federal University von Sao Paulo“, Brasilien, verurteilte in seiner Darlegung vor der Konferenz die Grausamkeit des „Apnea-Tests“, bei dem die mechanische Beatmungsunterstützung dem Patienten für bis zu 10 Minuten entzogen wird, um festzustellen, ob er unabhängig davon wieder zu atmen beginne. Dies ist ein Teil des Vorgehens, ehe ein gehirnverletzter Patient als „hirntot“ erklärt wird. Dr. Coimbra führte aus, daß dieser Test ausdrücklich die mögliche Gesundheit eines gehirnverletzten Patienten wesentlich beeinträchtigt und sogar den Tod des Patienten verursachen kann. Er argumentierte:

- Viele gehirnverletzte Patienten, sogar wenn sie in tiefem Koma liegen, können wieder gesund werden und ein normales tägliches Leben führen; ihr Nervengewebe mag nur ruhen und nicht unwiderruflich geschädigt sein in Folge einer teilweisen Verringerung der Blutversorgung zum Gehirn. (Dieses Phänomen, das man unter dem Begriff „ischemic penumbra“ kennt, war nicht bekannt, als vor 37 Jahren die ersten neurologischen Kriterien für den Hirntod aufgestellt wurden.) Der „Apnea-Test“ jedoch (er gilt als die wichtigste Stufe zur Diagnose des „Hirntodes“ oder des Hirnstamm-Todes) kann

zu einem unwiderruflichen intra-cranialen Kollaps der Blutzirkulation oder gar zu Herzstillstand führen, wodurch eine neurologische Gesundung verhindert wird.

- Beim „Apnea-Test“ werden die Patienten daran gehindert, Kohlendioxid (CO₂) auszuatmen, was dann zu einem Gift für das Herz wird, wenn die Kohlendioxidkonzentration im Blut ansteigt.

- Als Folge dieses Vorgehens fällt der Blutdruck, die Versorgung des Gehirns mit Blut kommt unwiderruflich zum Stillstand und verursacht dadurch – noch vor der Diagnose – einen unwiderruflichen Gehirnschaden. Indem er den Blutdruck reduziert, reduziert der „Test“ ferner die Blutzufuhr zu den Atmungszentren im Gehirn und hindert dabei den Patienten während dieser Prozedur am Atmen. (Mit dem Atmen würde der Patient zeigen, daß er am Leben ist.)

- Unwiderruflicher Herzstillstand (Tod), Herzrhythmusstörungen, Myokardinfarkt [Herzinfarkt] und andere lebensbedrohende schädliche Wirkungen können während dieses „Apnea-Tests“ eintreten. Deshalb kann ein unwiderruflicher Gehirnschaden auftreten vor, während und am Ende dieses „Hirntod“-Diagnoseverfahrens.

Dr. Coimbra schloß mit der Bemerkung, daß der „ApneaTest“ als unethisch betrachtet und als inhumanes medizinisches Verfahren für illegal erklärt werden sollte. Wenn Familienangehörige von der Brutalität und dem Risiko dieses Verfahrens informiert würden, so sagte er, verweigerten die meisten ihre Erlaubnis dazu.

Er stellte noch folgendes fest: Wenn ein Herzanfall-Patient in die Notaufnahme eingeliefert wird, dann wird er ja auch nie einem Streß-Test unterworfen, um herauszufinden, ob er wirklich an einem Herzversagen leidet. Stattdessen wird dem Patienten eine besondere Sorge zugewendet und er wird vor weiterer Belastung des Herzens geschützt.

Im Gegensatz dazu wird ein hirnverletzter Patient dem „Apnea-Test“ unterworfen und dem schon verletzten Organ [Gehirn] wird ein noch größerer Streß zugefügt; und zusätzliche Schädigung kann das Leben des Patienten in Gefahr bringen. Dr. Yoshio Watanabe, ein Kardiologe aus Nagoya, Japan, war der gleichen Meinung. Er sagte, wenn ein Patient nicht einem „Apnea-Test“ unterworfen würde, hätte er wohl eine 60%ige Heilungschance zu einem normalen Leben, wenn er mit rechtzeitiger therapeutischer Hypothermie [Unterkühlung des Körpers] behandelt werde.

Die Frage der möglichen Heilung eines gehirngeschädigten Patienten bewegte auch Dr. David Hill, einen britischen Anästhesisten und Dozenten in Cambridge. Er sagte: „Es sollte zuerst betont werden, daß man weithin zugibt:

1. Manche Funktionen oder wenigstens einige Aktivitäten im Gehirn können noch weiterbestehen.

2. Der einzige Zweck, einen Patienten lieber als tot denn als sterbend zu bezeichnen, ist, lebensfähige Organe zur Transplantation zu entnehmen. Die Anwendung dieser Kriterien, so schloß er, könne in keiner Weise als eine Wohltat für den sterbenden Patienten interpretiert werden, sondern nur (im Gegensatz zu den Hippokratischen Prinzipien) als eine potentielle Wohltat für den, der die Organe des Patienten erhält.“

VI. „DIE TÄUSCHUNG“

Dr. Hill erinnerte daran, daß die ersten Versuche, lebenswichtige Organe zu verpflanzen, oft scheiterten, weil die Organe, die von Leichnamen entnommen wurden, sich von der dem Tod des Organspenders folgenden Ischämie [Blutleere, mangelnde Versorgung einzelner Organe mit Blut] nicht mehr erholten. Die Annahme der Hirntodkriterien löste dieses Problem, berichtete er, „indem man die Entnahme lebenswichtiger Organe, bevor die Lebensunterstützung abgeschaltet wird, erlaubte, ohne gesetzliche Konsequenzen befürchten zu müssen, die sonst mit dieser Praxis verbunden gewesen wären.“

Zwar sei es bemerkenswert ist, daß die Öffentlichkeit diese neuen Kriterien akzeptierte, so stellte Dr. Hill fest, doch sei – so fügte er hinzu - diese Akzeptanz zu einem großen Teil einer begünstigenden Darstellung der Organtransplantationen in der Öffentlichkeit und teilweise einer öffentlichen Unwissenheit über die Verfahren zuzuschreiben.

„Es wird im allgemeinen nicht erkannt“, sagte er, „daß die Lebensunterstützung nicht entzogen wird, ehe die Organe entnommen werden; ebensowenig, daß gewisse Formen der Anästhesie [Narkose] notwendig sind, um den Spender zu kontrollieren, während die Operation durchgeführt wird.“ Mit zunehmendem Wissen über dieses Verfahren, so beobachtete er, überrasche es nicht, daß - wie im Jahr 2004 in einer Britischen Studie berichtet wird - die Rate der Ablehnung einer Organtransplantation durch Verwandte von 30 Prozent im Jahr 1992 auf 44 Prozent im Jahr 2004 angestiegen ist.“ Dr. Hill wies auch darauf hin, daß Angehörige, wenn sie mit ihren eigenen Augen den Beweis sähen, daß ein potentieller Organspender noch am Leben sei, genug Zweifel hegten und nicht bereit seien, einer Organentnahme zuzustimmen.

Im Vereinigten Königreich [Großbritannien], so berichtete Dr. Hill, gibt es einen steigenden Druck auf Personen, Spenderausweise zu unterzeichnen und sie jederzeit mit sich zu führen, mit denen Ärzte bevollmächtigt werden, ihre lebenswichtigen Organe zu entnehmen. Heute haben sich nur ungefähr 19 Prozent der Bevölkerung des Landes als Organspender registrieren lassen, obwohl Fahrzeugregistrierformulare, Führerscheinanträge und andere öffentliche Dokumente Ankreuzkästchen aufweisen, wo Bürger im Voraus ihr Einverständnis [zu einer Organentnahme] geben können; sogar Kinder ermutigt man, das anzukreuzen. Alle diese Dokumente legen fest, daß Organe entnommen werden können nur „nach meinem Tod“; es wird jedoch keine Erklärung gegeben, was dieser Begriff „Tod“ beinhaltet. Dr. Hill bemerkte erneut dazu, daß dieser Akzeptanz von Transplantationen ein allgemeiner Mangel des Wissens über die Prozedur zugrunde liegt. Und doch würden, so stellte er fest, „obwohl für jede andere Vorgehensweise eine informierte Zustimmung erforderlich ist, für diese endgültigsten Operationen weder eine Erklärung noch zwei Unterschriften [Gegenzeichnung] verlangt; es ist auch keine Möglichkeit, die Frage der Anästhesie zu besprechen.“

Bischof Fabian Bruskewitz von Lincoln, Nebraska, sprach das Thema der Zustimmung des Spenders an. „So viel ich weiß“, sagte er zur Päpstlichen Akademie, „hat kein angesehener, ausgebildeter und akzeptierter katholischer Moraltheologe je gesagt, daß die Worte JESU bezüglich der Hingabe des eigenen Lebens für seine Freunde (Joh 15,13) ein Befehl sei oder gar eine Erlaubnis zu einer selbstmörderischen Zustimmung zur Wohltat, das irdische Leben eines anderen zu verlängern.“

Der Bischof sagte ferner, daß die gegenwärtige Technologie den Ärzten nur ermöglicht, Gehirnströme „in den äußeren ein oder zwei Zentimetern des Gehirns“ zu kontrollieren. Er fragte: „Haben wir da überhaupt moralische - unumstößlich zu nennende - Sicherheit bezüglich des Vorhandenseins und erst recht bezüglich des Stillstands der Gehirntätigkeit?“ Aus der Sicht der katholischen Morallehre sagte der Bischof:

„Ob der Mensch Zygote, Blastozyt, Embryo, Fötus, Neugeborener, Kind, Jugendlicher, Erwachsener, invalider oder behinderter Erwachsener, betagter Erwachsener, Erwachsener im Koma oder (im sogenannten) andauernden vegetativen Zustand usw. ist – seine Würde und Autonomie werden als achtenswert angesehen (wie man es durch die ganze Geschichte der katholischen Kirche hindurch tat); und sie haben Anspruch auf Schutz vor schädlichen menschlichen Eingriffen, die eine Beendigung des Lebens in einem dieser Stadien bewirken.“

Im Licht der ernstesten Fragen über die Gültigkeit der „Hirntod“-Kriterien argumentierte Professor Josef Seifert von der Internationalen Akademie für Philosophie in Liechtenstein, daß Medizinethiker sich auf den wahren und einsichtigen ethischen Grundsatz berufen sollten (der ausdrücklich von der gesamten kirchlichen Tradition in der Morallehre gelehrt wird), daß wir - **„wenn sogar nur ein kleiner vernünftiger Zweifel besteht, daß unser Handeln eine lebende menschliche Person tötet - diese Handlung unterlassen müssen.“**

VII. ANZEICHEN FÜR DEN TOD

Hier die Beschlüsse, die nach der Untersuchung der gehirnbezogenen Kriterien für den Tod bei der Tagung der Päpstlichen Akademie der Wissenschaften erreicht wurden:

1. Auf der einen Seite erkennt die Kirche in Übereinstimmung mit ihrer Tradition, daß die Heiligkeit allen menschlichen Lebens von der Empfängnis bis zu ihrem natürlichen Ende absolut respektiert und aufrecht erhalten werden muß. Auf der anderen Seite tendiert eine säkularisierte Gesellschaft dazu, die Lebensqualität stärker zu betonen.
2. Die Katholische Kirche ist der Zerstörung des ungeborenen menschlichen Lebens durch Abtreibung immer entgegengetreten und sie verurteilt es in gleicher Weise, wenn das Leben eines unschuldigen Spenders vorzeitig beendet wird, um das Leben eines anderen Menschen durch eine Transplantation von unpaarigen lebenswichtigen Organen zu verlängern. „Es ist sittlich unzulässig, die Invalidität oder den Tod eines Menschen direkt herbeizuführen, selbst wenn dadurch der Tod anderer Menschen hinausgezögert würde.“ [KKK 2296] „Es ist nie gestattet, einen Menschen zu töten, um einen anderen zu retten.“
3. Wir können auch nicht schweigen angesichts anderer mehr heimlicher, aber nicht weniger ernster und realer Formen von Euthanasie. Dies könnte zum Beispiel geschehen, wenn, um die Verfügbarkeit von Organen für Transplantationen zu steigern, Organe entnommen werden, ohne objektive und angemessene Kriterien zu beachten, die den Tod des Spenders beweisen.
4. „Der Tod einer Person ist ein einmaliges Ereignis; er besteht im völligen Zerfall des einheitlichen und integrierten Ganzen, das das persönliche Selbst ist. Er resultiert aus der Trennung des Lebensprinzips (oder der Seele) von der körperlichen Wirklichkeit der Person.“ Papst Pius XII. verkündete die gleiche Wahrheit, als er erklärte, daß menschliches Leben weiter existiert, wenn sich seine vitalen Funktionen zeigen, selbst mit Unterstützung künstlicher Prozesse.
5. „Die Anerkennung der einzigartigen Würde der menschlichen Person hat eine weitere zugrundeliegende Konsequenz: Lebenswichtige Organe, die einzeln im menschlichen Körper vorkommen, können nur nach dem Tode entnommen werden, das heißt, aus dem Körper von jemandem, der mit Sicherheit tot ist. Diese Bedingung ist von selber einsichtig, denn handelte man anders, würde das bedeuten, bewußt den Tod des Spenders bei der Verfügung über seine Organe zu verursachen.“ Das Natürliche Moralgesetz schließt eine Entnahme von unpaarigen lebenswichtigen Organen zur

Transplantation von einer Person, die nicht wirklich tot ist, aus. Die Erklärung des „Hirntodes“ ist unzureichend, um zu dem Schluß zu kommen, daß der Patient wirklich tot ist. Sie ist nicht einmal ausreichend, um eine moralische Gewißheit darüber zu erlangen.

6. Viele in der medizinischen und wissenschaftlichen Gemeinschaft behaupten, daß gehirnspezifische Kriterien für den Tod ausreichend seien, um eine moralische Gewißheit des Todes selbst hervorzubringen. Weitergehender medizinischer und wissenschaftlicher Befund widerspricht dieser Annahme. Neurologische Kriterien allein sind nicht genug, eine moralische Sicherheit des Todes selbst zu erzeugen, und sind auch völlig ungeeignet, um die physische Sicherheit zu erzeugen, daß der Tod eingetreten ist.

7. Es ist nun offenkundig klar, daß es kein einziges sogenanntes neurologisches Kriterium gibt, das allgemein durch die internationale wissenschaftliche Gemeinschaft festgehalten wird, um den Tod sicher zu bestimmen. Es werden vielmehr viele verschiedene neurologischen Kriterien benutzt ohne einen weltweiten Konsens.

8. Neurologische Kriterien sind nicht ausreichend für die Bestimmung des Todes, wenn ein intaktes Herz-Lungensystem funktioniert. Diese neurologischen Kriterien prüfen die Abwesenheit einiger bestimmter Gehirnreflexe. Gehirnfunktionen, die nicht berücksichtigt werden, sind Temperaturkontrolle, Blutdruck, Herzschlagfrequenz sowie der Salz- und Wasserzustand. Wenn ein Patient an einem Beatmungsgerät als „hirntot“ bezeichnet wird, dann sind diese Funktionen nicht nur vorhanden, sondern auch häufig noch aktiv.

9. Der „Apnea-Test“ - die Wegnahme einer Atmungsunterstützung - ist Teil der neurologischen Diagnose und wird paradoxerweise angewendet, um eine Unumkehrbarkeit festzustellen. Dies beeinträchtigt das Resultat erheblich oder verursacht sogar erst den Tod bei Patienten mit schweren Gehirnverletzungen.

10. Es gibt einen überwältigenden medizinischen und wissenschaftlichen Befund, daß das vollständige und unwiderrufliche Ende aller Gehirntätigkeit (im Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm) kein Beweis für den Tod ist. Der vollkommene Stillstand von Gehirnaktivität kann nicht hinreichend festgestellt werden. Irreversibilität ist eine Prognose und nicht eine medizinisch feststellbare Tatsache. Wir behandeln heute viele Patienten mit Erfolg, die in der jüngsten Vergangenheit als hoffnungslose Fälle betrachtet worden waren.

11. Eine Diagnose des Todes durch neurologische Kriterien allein ist Theorie, keine wissenschaftliche Tatsache. Sie reicht nicht aus, die Lebensvermutung zu überwinden.

12. Kein Gesetz sollte überhaupt versuchen, einen Akt als legal hinzustellen, der in sich ein Übel ist. „Ich wiederhole noch einmal, daß ein Gesetz, welches das natürliche Recht zum Leben einer unschuldigen Person verletzt, ungerecht und als solches als Gesetz nicht gültig ist. Aus diesem Grund appelliere ich noch einmal dringend an alle politischen Führer, keine Gesetze zu beschließen, die unter Mißachtung der Würde der Person sogar den Bestand der Gesellschaft unterminieren.“

13. Das Beenden eines unschuldigen Lebens bei dem Versuch, ein anderes Leben zu retten, wie es im Falle der Transplantation von unpaarigen lebenswichtigen Organen geschieht, mildert nicht das Übel, einem unschuldigen Menschen das Leben zu nehmen. Böses darf nicht getan werden, damit Gutes daraus entstehen möge.

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 [Deutsche Fassung: Freundeskreis Maria Goretti e. V., Engelbertstr. 21, 81241 München, September 2005]