



praxis
perspektiven

Dr. med. Assem Aweimer | Prof. Dr. Serdar Kurnaz

Islamrechtliche Fragestellungen in der Akutmedizin



Inhaltsverzeichnis

VORWORT	2
EINLEITUNG	4
WAS SIND AKUT-INTENSIVMEDIZINISCHE ENTSCHEIDUNGSSITUATIONEN?	5
INTENSIVMEDIZINISCHE FRAGEN AN DIE ISLAMISCH-THEOLOGISCHEN WISSENSCHAFTEN	8
AKUT-INTENSIVMEDIZINISCHE ENTSCHEIDUNGSSITUATIONEN: EINE THEOLOGISCHE REFLEXION	9
EIN FALLBEISPIEL	14
FAZIT UND AUSBLICK	16
ÜBER DIE AUTOREN	17
LITERATURANGABEN	18
WEITERFÜHRENDE LITERATUR	19
IMPRESSUM	20



Ulrich Paffrath

Koordinator Wissenstransfer an der Akademie
für Islam in Wissenschaft und Gesellschaft

Vorwort

Liebe Leser_innen,

Ich freue mich, Ihnen heute die zweite Ausgabe des Publikationsformats „AIWG-Praxisperspektiven“ mit dem Thema „Islamrechtliche Fragen in akut-intensivmedizinischen Entscheidungssituationen“ vorlegen zu können.

Die Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten in der Intensivmedizin haben sich in den vergangenen Jahren in Deutschland erheblich erweitert. Beispielsweise ist es nun ortsunabhängig möglich, Patient_innen mit einem Kreislaufstillstand durch relativ kleine und mobile Geräte am Leben zu erhalten. Während eines AIWG Roundtable zu „islamrechtlichen Fragen in akut-intensivmedizinischen Entscheidungssituationen“ im November 2020, in dessen Folge der vorliegende Text entstanden ist, sagte der in der Intensivmedizin tätige Dr. Assem Aweimer hierzu zuspitzend, dass es von den medizinischen Möglichkeiten her in Deutschland mittlerweile schwer sei, zu sterben. Der medizinische Fortschritt schafft eine Vielfalt von Therapiemöglichkeiten. Die Entscheidungsoptionen sowohl auf Seiten der Mediziner_innen als auch auf Seiten der Patient_innen sind somit zahlreicher und komplexer geworden. Diese Komplexität erweitert sich darüber hinaus, wenn die religiöse Dimension in den Abwägungsprozess einfließt.

Bezogen auf muslimische Patient_innen ergeben sich aus der medizinischen Praxis eine Reihe von Bedarfen, die auch die Patient_innen und ihren Willen betreffen. Sofern die medizinische Indikation mehrere Behandlungs-/Therapieoptionen zulässt, entscheiden die behandelnden Ärzt_innen im Austausch mit den Patient_innen über die geeignetste Option.

Ist dieser Ermessensspielraum gegeben, so stellen sich für religiöse Muslim_innen nicht nur medizinische Fragen, sondern auch Fragen, welche sich auf die ethische oder islamrechtliche Dimension beziehen: Welche Behandlungsoptionen sind aus islamischer Sicht zulässig? Gibt es eine Therapiepflicht? Darf auf künstliche Beatmung verzichtet werden? Gilt immer die Pflicht einer Maximaltherapie? Dies sind nur vier Beispielfragen, die sich in akut-intensivmedizinischen Entscheidungssituationen sowohl für muslimische Ärzt_innen, aber eben auch für Patient_innen und ihre Angehörigen ergeben können.

In ihrem Beitrag gehen der Akutmediziner Dr. Assem Aweimer und der Professor für Islamisches Recht Prof. Dr. Serdar Kurnaz auf genau diese Aspekte ein und versuchen, auf Basis eines vorab formulierten Praxisbedarfs, islamtheologisch-wissenschaftlich fundierte Grundlagen zu erarbeiten, welche Perspektiven für Ärzt_innen und Patient_innen in akut-intensivmedizinischen Entscheidungssituationen anbieten sollen.

Die vorliegende Ausgabe der AIWG-Praxisperspektiven führt zunächst akut-intensivmedizinische Aspekte mit Bezug auf muslimische Patient_innen an und formuliert Fragen aus der Praxis an die islamisch-theologischen Wissenschaften, insbesondere in Bezug auf das islamische Recht. Im zweiten Teil der Publikation werden der Praxisbedarf und die sich ergebenden Fragen aufgegriffen und es wird der Versuch unternommen, eine theologische Grundlage für Entscheidungsoptionen sowohl auf Seiten der Ärzt_innen als auch auf Seiten der Patient_innen zu formulieren. In einem dritten Teil erfolgt die Erörterung der erarbeiteten Grundlagen auf Basis eines konkreten medizinischen

Fallbeispiels. Abschließend gehen beide Autoren auf weitere Bedarfe und Kooperations- sowie Forschungsoptionen zwischen medizinischer Praxis und Forschung sowie islamisch-theologischer Studien an deutschen Universitäten ein.

Ziel des Textes ist es nicht, theologische Eindeutigkeiten herzustellen beziehungsweise zu proklamieren, sondern eine Informations- und somit Entscheidungsgrundlage für Ärzt_innen und Patient_innen anzubieten. Die Ausführungen sollen dabei zu weiteren Diskussionen anregen und gemeinsame Lösungsansätze befördern. Darüber hinaus verdeutlicht der Beitrag, wie gewinnbringend der Austausch und künftige gemeinsame Forschungen zwischen medizinischer Wissenschaft und Praxis sowie islamisch-theologischen Studien sein können.

Wir wünschen Ihnen eine informative Lektüre der zweiten Ausgabe der AIWG-Praxisperspektiven.

} Einleitung

Deutschland ist in den letzten Jahrzehnten religiös und kulturell vielfältiger geworden. Gemäß der Studie *Muslimisches Leben in Deutschland 2020*, in Auftrag gegeben vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, leben zwischen 5,3 und 5,6 Millionen Muslim_innen in Deutschland. Das entspricht circa 6,4 beziehungsweise 6,7 % der Gesamtbevölkerung.¹ Aufgrund der sehr unterschiedlichen kulturellen und religiösen Hintergründe von Muslim_innen kann nicht von einer homogenen Bevölkerungsgruppe ausgegangen werden. Neben den muslimischen Zugewanderten nimmt der Anteil derjenigen Muslim_innen, die durch die hiesige Kultur von Geburt an geprägt werden, stetig zu. In der medizinischen Behandlung von Muslim_innen kann es – mittlerweile auch unabhängig von der Sprachkompetenz des Patienten/der Patientin – zu einem eingeschränkten Arzt-Patienten-Verhältnis kommen, vor allem wenn die kulturelle Differenz zwischen Patient_in und Arzt/Ärztin groß ist.²

Es herrscht der Eindruck im klinischen Alltag, dass *ärztlicherseits* ein eher vorsichtigerer Umgang mit muslimischen Patient_innen in Bezug auf begrenzende Therapieentscheidungen gewählt wird, was häufig in einer Maximaltherapie des Patienten/der Patientin *mündet*. Die *Ermittlung des (mutmaßlichen) Patient_innenwillens* ist zudem erschwert, da Patient_innen oder Angehörige diesen Willen nicht selten religiös begründen. So ist es keine Seltenheit, dass Äußerungen gemacht werden wie: „Im Islam muss alles Menschenmögliche gemacht werden, um das Leben der Patient_innen zu erhalten, koste es, was es wolle.“

In dieser Ausgabe der AIWG-Praxisperspektiven möchten wir uns dieser Thematik aus der akut-intensivmedizinischen Perspektive nähern und behandelnden *Ärzt_innen* sowie muslimischen Patient_innen mehr Klarheit verschaffen.

¹ Vgl. Pfündel/Stichs/Tanis 2021: 9.

² Vgl. Ilkilic 2007.

Was sind akut-intensivmedizinische Entscheidungssituationen?

Wenn sich ein Arzt/eine Ärztin mit akut-kritischen Gesundheitszuständen befasst, so betreibt er/sie Notfall- oder Intensivmedizin. Dieser Medizinbereich bietet Ärzt_innen eine räumliche und logistische Infrastruktur bestehend aus apparativen, diagnostischen sowie therapeutischen Möglichkeiten, um eine/n kritisch kranke/n Patientin/Patienten rasch zu identifizieren und zu behandeln. Dieser Umstand, der für die einzelne Patientin/der einzelne Patient meist ein Kampf zwischen Leben und Tod bedeutet, kann langsam (chronische Erkrankung, zum Beispiel Herzmuskelschwäche), rasch (akut-progrediente Erkrankung, zum Beispiel Herzinfarkt) oder unerwartet eintreten (zum Beispiel plötzlicher Herztod).³

Die Entscheidung zu einer medizinisch begründeten diagnostischen oder therapeutischen Behandlung, die dem Krankheitsbild angemessen ist, wird durch die sogenannte **medizinische Indikation** legitimiert.



„Als Indikation (Heilanzeige) bezeichnet man in der Medizin den Grund für die Durchführung einer bestimmten ärztlichen Maßnahme.“

Quelle: Gesundheit.GV.AT 2021. Vgl. auch Bundesärztekammer 2015.

Beispielsweise ist die Anfertigung eines Elektrokardiogramms (kurz EKG, meint Herzstromkurven) bei einem Patienten/einer Patientin mit akuten Brustschmerzen medizinisch indiziert. Falls das EKG krankhafte Veränderungen aufzeigt, im Sinne eines schweren Herzinfarktes, ist in der Regel eine Herzkatheteruntersuchung medizinisch indiziert.



Jede Minute zählt, jeder Handgriff muss sitzen im Schockraum eines Krankenhauses. Denn hier werden Patient_innen behandelt, die sich in einem lebensbedrohlichen Zustand befinden.

³ „Unter Progredienz (lateinisch: progredere – vorrücken, voranschreiten) versteht man das Fortschreiten einer Krankheit (progressiver Krankheitsverlauf) beziehungsweise eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustands.“ Quelle: Bionity.com 2021

Weiterhin steht in akut-intensivmedizinischen Fragestellungen der Patient/die Patientin im Zentrum aller Entscheidungen, die rasch und möglichst ohne Verzögerungen getroffen werden sollten. Eine auf ihn/sie zentrierte Behandlung kann am besten erreicht werden, wenn der/die behandelnde Arzt/Ärztin seine_n/ihre_n Patienten/Patientin über geplante medizinische Behandlungen umfassend informiert, fachgerecht aufklärt und den **Patient_innenwillen** respektiert. Dies entspricht dem Konzept der Patientenautonomie, welche durch das „Patientenrechtegesetz“ im Jahre 2013 im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) verankert wurde.



„Das Patientenrechtegesetz verankert das Arzt-Patienten-Verhältnis als eigenen Vertrag im Rahmen des Bürgerlichen Gesetzbuchs und schreibt wesentliche Rechte der Patientinnen und Patienten wie z.B. das Recht auf umfassende und rechtzeitige Aufklärung oder das Einsichtsrecht in Behandlungsunterlagen fest.“

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2016.

Sowohl die medizinische Indikation als auch der (mutmaßliche) Patient_innenwille können vor allem in Akutsituationen nicht eindeutig sein⁴.

Ärzt_innen, die in der Notfall- und Intensivmedizin tätig sind, müssen in kürzester Zeit und ohne die Patient_innen länger zu kennen, medizinisch und ethisch sinnvolle Entscheidungen treffen. In diesen kritischen Situationen ist es kaum möglich, sich mit anderen Kolleg_innen länger zu beraten, geschweige denn Zugriff zu haben zu einem klinischen Ethikkomitee oder einem Ethik-konsil. Diese Optionen stehen in der Regel nur Patient_innen zur Verfügung, die sich in einer stationären Betreuung befinden und deren Zustand sich über Tage oder Wochen verschlechtert. Zusammengenommen entsteht vor allem in Akutsituationen ein Spannungsfeld zwischen Indikation und Patient_innenwille, welches die behandelnden Arzt_innen, die Patient_innen selbst und ihre Angehörigen vor besondere Herausforderungen stellt.

Patient_innen oder ihre Angehörigen bestimmen zwar nicht die medizinische Indikation, aber die in Frage kommenden Therapieoptionen mit. Für den Fall, dass es zwei oder mehr Therapieoptionen gibt (zum Beispiel beatmen versus nicht beatmen, operative Therapie versus medikamentöse Therapie), spielt der (mutmaßliche) Patient_innenwille eine buchstäblich entscheidende Rolle. Dieser Patient_innenwille ist bei vielen Muslim_innen von religiösen Überzeugungen geprägt. Muslim_innen, die



Sicherheit schaffen für den Notfall: Patient_innen können in einer Patient_innenverfügung festhalten, welche medizinischen Maßnahmen erfolgen dürfen. Eine solche Verfügung für Muslim_innen gibt es in Deutschland bislang noch nicht.

⁴ Vgl. Charbonnier/Dörner/Simon 2008; Preuß 2006



Neben Ärzt_innen, Familie und Internetquellen spielt die Einschätzung eines Imams bei medizinethischen Fragestellungen für viele Muslim_innen eine wichtige Rolle.

den Islam bewusst handlungsleitend ausleben möchten, werden daher oft erfahren wollen, was ihre Religion in diesen Situationen gebietet oder verbietet, um folglich ihren Patient_innenwillen möglichst autonom und frei von anderweitiger Beeinflussung äußern zu können. Eine Information erfolgt bekanntermaßen durch Hörensagen, Internetforen oder durch Internetvideos, die letztendlich den individuellen Zustand der Patientin/des Patienten nicht berücksichtigen und worüber dann fehlerhafte Schlussfolgerungen für den Patienten/die Patientin herbeigeführt werden können. Wäre es daher nicht sicherer für die Patient_innen, wenn der/die behandelnde Arzt/Ärztin – ob Muslim/Muslimin oder nicht – in dieser Thematik zumindest ein gewisses Grundwissen über den Islam oder zu fundierten Informationsquellen zu Medizinfragen besäße, um den Patient_innen bei etwaigen Nachfragen im Rahmen der Aufklärung eine Orientierung bieten zu können? Hierdurch erhielte der Patient/die Patientin oder der/die Angehörige durch den aufgeklärten Arzt/die aufgeklärte Ärztin eine faire Chance, seinen/ihren (mutmaßlichen) Patient_innenwillen aufgrund fundierter Informationen auch zu islamethischen Fragen zu äußern, sofern ihm/ihr islamische Grundprinzipien wichtig sein sollten.

Einfacher für die behandelnden Ärzt_innen wäre es sicherlich, wenn die Patient_innen oder ihre Angehörigen vor einer anstehenden Behandlung bereits über einen „aufgeklärten Willen“ verfügten, und da spielt die Vermittlung von Wissen in der Gesellschaft eine wichtige Rolle.

Aufgrund der gegenwärtig sehr heterogenen und dezentralen religiösen Organisation der Muslim_innen in Deutschland besteht keine einheitliche Vermittlung ethischer Grundprinzipien. Als muslimische_r Bürger_in und Patient_in hat man in der Regel Kontakt zu einem Moscheevereiner sowie deren Imam, wenn es um medizinethische Fragestellungen geht. Imame bilden nicht selten den Bezugspunkt und ihre Einschätzungen haben dabei Gewicht. Jedoch sind Imame, die nach wie vor vorwiegend nicht in Deutschland ausgebildet sind, zu spezifischen medizinethischen Fragestellungen im deutschen Gesundheitssystem noch nicht ausreichend geschult. Bei der Frage, wie sich muslimische Patient_innen bei medizinethischen Fragestellungen informieren und welche Akteur_innen besonderen Einfluss haben, ergeben sich hier eine Vielzahl von Quellen: vom Internet über Ärzt_innen bis hin zur eigenen Familie und den Imamen in den Moscheegemeinden.

Intensivmedizinische Fragen an die islamisch-theologischen Wissenschaften

Mit diesem Beitrag kann ein Anfang zur Formulierung und Klärung einzelner Leitfragen der intensivmedizinischen Entscheidungsfindung für Muslim_innen geschaffen werden. Die weitläufige Meinung „Alles machen, kann ja nicht falsch sein.“ könnte so durch eine differenzierte Diskussion über die offenstehenden Möglichkeiten des tatsächlichen beziehungsweise mutmaßlichen Patient_innenwillens ersetzt werden. Hieraus ergeben sich die Fragen, ob es im Islam eine absolute Therapiepflicht gibt. Ist eine Unterlassung einer Therapie eine Option für muslimische Patient_innen? Wie weit darf nach der islamischen Lehre der Patient_innenwille gehen, vor allem in Bezug auf akut-intensivmedizinische Entscheidungen?

Ein weiterer Aspekt, den es durch die islamische Gelehrsamkeit zu beleuchten gilt, ist die Anwendung von Hightechmedizin in akut-intensivmedizinischen Situationen. So ist es heutzutage in einem Land wie Deutschland möglich, durch

die Anwendung von mobilen Herz- und Lungenersatzverfahren – somit gänzlich ortsunabhängig – das Leben eines Menschen mit komplettem Kreislaufstillstand zu erhalten. Wie steht das islamische Recht zu diesen künstlich lebenserhaltenden Methoden?



Fragen an die islamisch-theologischen Studien:

- › Gibt es im Islam eine absolute Therapiepflicht?
- › Ist die Unterlassung einer Therapie unter bestimmten Umständen von islamethischer Warte aus eine Option für muslimische Patient_innen?
- › Wie weit darf der Patient_innenwille gehen, insbesondere bei akut-intensivmedizinischen Entscheidungen?

Neben den beschriebenen, rein weltlichen Problemlagen stehen hier also vier Fragen im Zentrum (siehe obige Infobox), welche die islamtheologische Dimension betreffen. Daraus ergibt sich der Bedarf, Grundlagen aus islamtheologisch-wissenschaftlicher Perspektive zu beschreiben, die bei Entscheidungsfindungen in akut-intensivmedizinischen Fällen hilfreich sein und einen aufgeklärten Patient_innenwillen befördern können.



Welche Behandlungsoptionen sind aus islamrechtlicher Sicht zulässig?
Die Forschung dazu steckt noch in den Kinderschuhen.

Akut-intensivmedizinische Entscheidungssituationen: eine theologische Reflexion

Islamisch-theologische und islamwissenschaftliche Forschungen zu bioethischen Themen, worunter akut-intensivmedizinische Therapiemaßnahmen fallen, stecken noch in den Kinderschuhen. Es gibt vorwiegend vereinzelte Studien von Wissenschaftler_innen (zum Beispiel von İlhan İlkılıç, Martin Kellner und Thomas Eich) und Gelehrten aus muslimisch geprägten Ländern. Ausgehend von diesen Vorarbeiten versuchen Muslim_innen, Fragen aus der Bioethik so zu beantworten, dass sie den Grundsätzen der islamischen Tradition gerecht werden. Dabei fallen die Antworten unterschiedlich aus. Diese aber decken sich nicht unbedingt mit der Erwartung der muslimischen Community. Meist fordern Muslim_innen klare Anweisungen im Rahmen eines „binären Denksystems“: Entweder ist etwas eindeutig erlaubt oder verboten. Entsprechend soll es auch nur eine Lösung geben, die als *die islamische* gelten und sich gegenüber konkurrierenden Lösungen durchsetzen soll. Das geht nicht selten damit einher, dass eine relative Unkenntnis darüber herrscht, dass es in der muslimischen Tradition stets eine Meinungspluralität gibt. Erschwerend kommt hinzu, dass kulturelle Vorstellungen zur Erhaltung des Lebens mit religiösen Grundsätzen durcheinandergebracht werden. Dazu zählt unter anderem die weitverbreitete (kulturell gespeiste) Auffassung, wie noch zu zeigen sein wird, dass angeblich aus islamischer Sicht alles Menschenmögliche getan werden müsse, um jemanden am Leben zu erhalten. Im Folgenden soll gezeigt werden, nach welchen theologischen Grundlagen Lösungen formuliert werden können, die dazu verhelfen können, Entscheidungen im Rahmen intensivmedizinischer Therapiemaßnahmen zu treffen.

Nach dem muslimischen Menschenbild ist die gesamte Schöpfung dem Menschen Untertan. Der Mensch hat dabei eine besondere Verantwortung: Er darf der Schöpfung nicht schaden, obschon sie ihm zu Diensten steht. Als Statthalter auf Erden (*ḥalīfa fī l-ard*) kann er sich von dieser Verantwortung nicht befreien. Damit ist die Schöpfung ein ihm anvertrautes Gut (*amāna*). Dazu gehört auch

der menschliche Körper. Grundsätzlich gilt, dass der Körper des Menschen ein ihm anvertrautes Gut ist. Der Mensch hat also keine Befugnis, willkürlich darüber zu entscheiden, was mit seinem Körper geschieht; er darf ihm nicht schaden. Der Körper genießt damit einen besonderen Schutz (*ḥurma*). Jeder Eingriff in den Körper muss somit legitimiert beziehungsweise begründet werden. Folgerichtig gilt nach islamisch-theologischer Auffassung, dass der Mensch das Leben nicht beenden darf, weder das eigene noch das Leben anderer. Nur Gott steht es zu, das Leben der Menschen zu beenden. Entsprechend stellt sich die Frage, ob die Unterlassung von Therapiemaßnahmen, durch welche das Leben eines Patienten/einer Patientin enden kann, zulässig ist. Andersherum gefragt: Wann darf man auf lebenserhaltende Maßnahmen nicht verzichten?

Das bisher Ausgeführte setzt voraus, dass dem Menschen eine Willens- und Handlungsfreiheit zugesprochen wird. Wie soll er sonst das eigene und das Leben anderer Menschen beenden können oder für seine Handlungen im oben genannten Sinne verantwortlich sein? Die Willens- und Handlungsfreiheit des Menschen wurde in der theologischen Tradition kontrovers diskutiert. Es lässt sich insgesamt sagen, dass die Mehrheitsmeinung dem Menschen (eine bedingte) Willens- und Handlungsfreiheit zuspricht. Daher muss jede Handlungsentscheidung des Menschen begründet werden.

Von diesen Grundsätzen leiten die Gelehrten verschiedene Handlungsvorschriften ab. Nach einer Gruppe von Gelehrten besteht eine Therapiepflicht bis zum Lebensende. Dabei zitieren sie Überlieferungen des Propheten Muḥammad (also Hadithe), die dazu aufrufen, Therapiemöglichkeiten in Erwägung zu ziehen. In diesen Hadithen ist aber nicht die Rede von lebenserhaltenden Maßnahmen in Notsituationen, sondern lediglich die Behandlung von (den damals bekannten) Krankheiten. Ein solcher Hadith befindet sich zum Beispiel in der Hadithsammlung von Abū Dāwūd as-Siğistānī (gest. 275/889), einer sunnitischen



Für bioethische Themen finden sich weder im Koran noch in der Sunna konkrete Handlungsanweisungen.

Autorität. Im Kapitel über medizinische Präparate, deren Zufuhr zum Patienten als verpönt gelten (wörtl. *Bāb fī l-adwiyat al-makrūha*), führt er den Hadith an, der sinngemäß besagt: „Gott hat die Krankheit und die Heilung herabgesandt; für jede Krankheit gab er auch eine Heilung. So lasst euch behandeln, aber nicht mit verbotenen Dingen.“⁵ Dieser und ähnliche Hadithe, die sich explizit auf medizinische Behandlungen beziehen, sind nicht zwingend auf Offenbarungswissen zurückzuführen, sondern können persönliche Erfahrungen und die Erfahrungen der damaligen Menschen mit Krankheiten widerspiegeln. Sie gehören unter anderem zum Genre „Die Medizin des Propheten“ (*ṭibb an-nabī* beziehungsweise *aṭ-ṭibb an-nabawī*), kommen auch sonst in Hadithkompendien vor und zählen nicht unbedingt zu den vertrauenswürdigen Hadithen. Sie sind tendenziell schwach. Das heißt aber nicht, dass man sie einfach ignorieren sollte, sie jedoch mit Vorsicht in Erwägung ziehen kann; sie geben aber meistens die damalige medizinische Kenntnis der Menschen wieder.

Die Mehrheit der Gelehrten leitet unter anderem von den oben genannten Quellen und mit Rückbezug auf allgemeine Aussagen des Korans zum Schutz des Lebens oder zur Schadensverminderung die Meinung ab, dass der Mensch darin freigestellt sei, sich für oder gegen Therapiemaßnahmen zu entscheiden. Diese Meinung gesteht dem Menschen die Möglichkeit ein, ein Recht auf Sterben zu haben. Der Mensch dürfe durch Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen das Sterben zulassen. Zudem halten die Gelehrten fest, dass Ärzt_innen Schmerzmittel anordnen dürfen, obwohl sie zum Beispiel den Sterbeprozess des Patienten/der Patientin beschleunigen können. Eine Minderheitsmeinung wiederum sieht die Schmerzen als Läuterung von Sünden, sodass sie dafür plädiert, auf Schmerzmittel zu verzichten. Im Volksglauben ist solch eine Meinung jedoch stärker verbreitet. Die Mehrheitsmeinung begründet ihre Auffassung dem gegenüber damit, dass, wie sonst in der muslimischen Tradition nicht unüblich, die jeweilige Expertise zu Entscheidungen verhelfen soll. Konkret heißt dies für uns, dass, wenn die ärztliche Expertise Therapiemaßnahmen empfiehlt, man sich danach richten sollte; wenn nicht, dann nicht.

⁵ Vgl. Abū Dāwūd as-Sijistānī o. J.: 7 (= Kapitel *ṭibb, Bāb fī l-adwiyat al-makrūha*, Hadith Nr. 3874); s. Sunnah.com [2021].

Die endgültige Entscheidung trifft am Ende die therapeutisch zu behandelnde beziehungsweise zu versorgende Person. Denn, wie oben bereits gesehen, die Gläubigen tragen die Verantwortung für ihre eigene Handlung; jede_r ist für seine/ihre eigene Handlung verantwortlich. Ist die zu behandelnde Person nicht in der Lage, eine Entscheidung zu treffen, wird die Verantwortung und die Entscheidungskompetenz nacheinander auf die Angehörigen und Vertrauten der Person übertragen.

Wieso gibt es diese konkurrierenden Meinungen? Nach sunnitisch-muslimischer Auffassung sollte jede Meinung mit Rückbezug auf den Koran und die Sunna (die Gesamtheit der Aussagen und Handlungen des Propheten Muhammad und seiner Billigung der Handlungen Dritter, die in überlieferten Berichten, also in Form von Hadithen, vorliegen) begründet werden. Nach schiitisch-muslimischer Auffassung ist dieser Schritt zwar ebenfalls wichtig, jedoch nicht so streng gehandhabt und als so zentral angesehen, wie die sunnitische Tradition es vorsieht. Für bioethische Themen gibt es in der Regel weder im Koran noch in der Sunna konkrete Anweisungen. Damit haben wir einen „textfreien Diskursraum“; es liegen keine religiösen, autoritativen Texte vor, die sich direkt mit dem hiesigen Thema befassen. Wie sollen sich die Gelehrten nun entscheiden, um immer noch Lösungen vorschlagen zu können, die mit der muslimischen Tradition konform sind?

Über die Geschichte hinweg war die theologische Argumentation nicht auf den Koran und die Sunna beschränkt geblieben. Die Gelehrten haben sich oft auf Prinzipien berufen, die sie aus den Quellen deduziert haben, welche sie wiederum einer rationalen Überprüfung unterzogen. Für unseren Fall gilt:

- a) Bioethische Fragen wurden bisher in der Disziplin „Islamisches Recht“ (*fiqh*) diskutiert.
- b) Dort gibt es grundlegende Rechtsprinzipien, die zu den oben genannten Lösungen führen können. Zu den Grundprinzipien (*qawā'id*, Sg. *qā'ida*) des islamischen Rechts, die man stets zu berücksichtigen hat, gehören unter anderem:

Prinzip 1: Zweifel kann Gewissheit nicht aufheben (*al-yaqīn lā yazūl bi-š-šakk*).

Konkret würde dieses Prinzip bedeuten, dass sofern mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ermittelt werden kann, dass Therapiemaßnahmen den Zustand eines_einer

Patienten_in nicht verbessert, so darf nicht mit der Vermutung, dass eine Verbesserung eintreten könnte, argumentiert werden. Die notwendigen Maßnahmen können mit Rücksicht auf das, was mit Sicherheit, also mit fachlicher Expertise feststeht, nicht ohne Weiteres unberücksichtigt bleiben.

Prinzip 2: Der Schaden ist zu beheben (*aḍ-ḍarar yuzāl*).

Liegt ein Schadensfall vor, den man mit fachlicher Expertise oder durch gesunden Menschenverstand erkennen kann, so können verschiedene Lösungen vorgeschlagen werden, um diesen Schaden zu beheben.

Prinzip 3: Nutzen soll herbeigeführt und Schaden abgewehrt werden (wörtl. *ḡalb al-manāfi' wa-daf' al-mafāsīd*).

Grundsätzlich kann durch das Beheben eines Schadens ein Nutzen herbeigeführt werden. Es ist aber auch möglich, dass durch bestimmte Maßnahmen sowohl ein Nutzen herbeigeführt wird und zugleich ein Schaden abgewehrt wird, wie etwa der sichere Fall des Einsatzes von Therapiemaßnahmen, wodurch ein kritischer Zustand beendet und durch die Maßnahmen die Lebensqualität verbessert werden kann.

- c) Daneben greift man auf die sogenannten übergeordneten Ziele (*maqāṣīd*) der Scharia für eine religiös gerechtfertigte Lösung zurück. Unter den Zielen der Scharia wird unter anderem der Schutz des Lebens genannt. Dieses ist ein notwendig (*ḍarūrī*) zu schützendes Gut. Wir können damit ein weiteres Prinzip selbst formulieren:

Prinzip 4: Das Leben ist notwendig zu schützen, sofern damit kein (großer) Schaden verbunden ist.



Grundprinzipien zur Bewertung akut-intensivmedizinischer Maßnahmen

Prinzip 1: Zweifel kann Gewissheit nicht aufheben (*al-yaqīn lā yazūl bi-š-šakk*).

Prinzip 2: Der Schaden ist zu beheben (*aḍ-ḍarar yuzāl*).

Prinzip 3: Nutzen soll herbeigeführt und Schaden abgewehrt werden (wörtl. *ḡalb al-manāfi' wa-daf' al-mafāsīd*)

Prinzip 4: Das Leben ist notwendig zu schützen, sofern damit kein (großer) Schaden verbunden ist.

Wenden wir diese Prinzipien auf akut-intensivmedizinische Entscheidungssituationen an:

Prinzip 1: Wenn mit Sicherheit ermittelt wird, dass der zu behandelnden Person nicht mehr geholfen und ihre Lebensqualität nicht gesichert werden kann und kein klares Therapievorgehen vorgesehen ist, so darf man auf Therapiemaßnahmen verzichten. Die pure Vermutung, dass einige Maßnahmen doch in irgendeiner Form helfen könnten, darf im Abwägungsprozess die finale Entscheidung nicht beeinflussen. Im entgegengesetzten Fall können, ja sogar müssen Therapiemaßnahmen ergriffen werden.

Prinzip 2 und 3: Kniffliger wird eine Entscheidung mit Rücksicht auf die Prinzipien 2 und 3. Denn es ist nicht klar vorgegeben, was unter Schaden (*mafsada*, *ḍarar*) und Nutzen (*maṣlaḥa*) zu verstehen ist. Es gibt verschiedene Optionen:

- i. Wir können den Therapieverzicht als Schaden deuten. Das hieße dann, dass Therapiemaßnahmen stets unternommen werden müssten, da der Verzicht darauf als Schaden gälte, der ja gemäß Prinzip 2 behoben werden soll.
- ii. Versteht man unter Schaden die Verschlechterung des Zustands der zu behandelnden Person durch Therapiemaßnahmen trotz Verhinderung des Todesintritts, so kann auf Therapiemaßnahmen verzichtet werden. Damit betrachtete man den Verzicht auf die Zustandsverschlechterung als Nutzen, der dem Schaden stets vorgezogen wird.

Wir sehen also, dass das, was wir unter Nutzen und Schaden verstehen, variieren kann. In der klassischen Literatur wird angegeben, dass Prinzip 3 es zulasse, dass für die Wahrung des Nutzens ein Schaden in Kauf genommen werden kann. Es können aber auch mehrere Schäden kollidieren. Dann gilt, dass man sich für den geringsten Schaden entscheiden sollte, was einen Verzicht auf Therapiemaßnahmen bedeuten kann, um größeres Leid für den Patienten/die Patientin zu unterbinden.

Ähnliches gilt für das **Prinzip 4:** Das Leben ist zwar notwendig zu schützen, jedoch sollte großer Schaden im Sinne von Prinzip 2 und Prinzip 3

ausgeschlossen werden. Wir dürfen also den Schutz des Lebens nicht absolut setzen.

Wir halten fest: Weder der Koran noch der Prophet Muḥammad und die Gelehrten definieren genau, was mit Nutzen (*maṣlaḥa*) und Schaden (*ḍarar*, *mafsada*) gemeint ist. Füllen lassen sich diese beiden Begriffe mit einem anderen Begriff aus dem Koran: *al-ma'rūf* (das bekannte Gute). Der Koran überlässt es dem Menschen, selbst zu bestimmen, was das Gute und Nützliche ist, um danach zu streben. Der Begriff *al-ma'rūf* kommt an 36 verschiedenen Stellen im Koran insgesamt 39-mal vor. Es stechen drei Verwendungen besonders hervor: Das Gute zu gebieten (vgl. Suren 22:41, 3:104, 3:110, 3:114, 4:114, 7:157, 9:67, 9:71, 9:112, 31:17, 60:12), Aufrichtigkeit (vgl. Suren 2:235, 24:53, 47:20f.) und in schwierigen Situationen das Richtige zu tun oder zu sagen (vgl. Suren 2:178, 2:180, 2:228f., 2:231-234, 2:236, 2:240f., 2:263, 4:5f., 4:8, 4:19, 4:25, 31:15, 33:32, 33:6, 65:2).⁶ Repräsentativ seien nachfolgend zwei Stellen zitiert, um zu zeigen, dass der Koran *al-ma'rūf* bewusst offen lässt und dem Menschen die Möglichkeit gibt, nach bestem Wissen und Gewissen das Gute zu tun beziehungsweise zu sagen:

„Rechtes Wort (*qawlun ma'rūfun*) und Verzeihung sind besser als ein Almosen, dem Verletzung folgt. Gott ist auf niemanden angewiesen, milde.“

Sure 2:263

„Es werde eine Gemeinde aus euch, die zum Guten aufruft, das Rechte gebietet, das Schlechte verbietet. Denen wird es wohl-ergehen.“⁷

Sure 3:104

Der Koran lässt aber nicht willkürlich offen, was *al-ma'rūf* ist. Die Sunna (im weitesten Sinne die Praxis des Propheten und der Prophetengefährten) dagegen nimmt ebenfalls bewusst keine klaren Konkretisierungen vor, so auch die späteren Koranexegeten nicht. Die eingangs erwähnten theologischen Grundlagen sind wegweisend, um zu ermitteln, ob eine Handlung *ma'rūf* ist. Welche Meinung zutrifft ist also, wie sonst im islamischen Recht, eine Wahrscheinlichkeitsabwägung. Dabei

⁶ Für die Auflistung und Auswertung dieser Passagen und eine Analyse des Begriffs *ma'rūf*s. Reinhart 2007.

⁷ Beide Koranpassagen sind übersetzt nach Bobzin 2019.



Ein nicht zu unterschätzender Faktor bei der medizinischen Behandlung: Eine transparente und frühzeitige Kommunikation zwischen Patient_innen, Angehörigen und Krankenhauspersonal.

müssen verschiedene Expertisen berücksichtigt werden. Für unseren Fall gilt also: Wenn sich Muslim_innen nach bestem Wissen und Gewissen nach der ärztlichen Expertise richten, haben sie nicht zu befürchten, etwas zu tun, das verboten wäre. Es geht also nicht zwangsläufig um den Lebenserhalt durch die moderne Technik, die unbegrenzt anmutende Möglichkeiten gibt, sondern um die Abwägung zwischen Patient_innenwohl und den Möglichkeiten, die die moderne Medizin bringt. Also wird der Gedanke „Schutz des Lebens“ (s. S. 11 unter c) durch weitere Prinzipien relativiert und *nicht absolut* gesetzt.

Zusammenfassend können wir sagen, dass aus muslimischer Sicht sowohl der Therapiezwang als auch der Therapieverzicht theologisch begründbar sind. Eine Haltung, die den Gläubigen die Freiheit gibt, nach bestem Wissen und Gewissen auf therapeutische Maßnahmen zu verzichten oder sie in Anspruch zu nehmen, entspricht den Grundprinzipien des islamischen Rechts.



Die Wahlfreiheit muslimischer Patient_innen, therapeutische Maßnahmen in Anspruch zu nehmen oder auf sie zu verzichten, entspricht den Grundprinzipien des islamischen Rechts.

Auch wenn der Schutz des Lebens ein hohes Gut, sogar nach islamischem Recht ein notwendig zu schützendes Interesse darstellt, muss immer zwischen Nutzen und Schaden nach bestem Wissen und Gewissen abgewogen werden. Bei dieser Wahrscheinlichkeitsabwägung spielt die ärztliche Expertise eine zentrale Rolle. Damit ist die Frage nach einer genuin islamischen Lösung eine künstliche: Die einzig gültige, also die *islamische* Lösung gibt es nicht! Eine Entscheidung, die die ärztliche Expertise berücksichtigt und den oben genannten theologischen Grundlagen nicht widerspricht, ist muslimisch gerechtfertigt, auch wenn es zur Konsequenz hat, dass dadurch das Ende eines Lebens eingeleitet wird.

Dass diese theologischen Grundprinzipien praxisrelevant, dabei zugleich nicht zu vage sind, und nicht in ein „anything goes“ münden, zeigt das folgende Fallbeispiel. Es soll die ärztlichen Gedankengänge und die Komplexität eines Falls verdeutlichen, der so oder so ähnlich in Deutschland tagtäglich in der Akutmedizin anzutreffen ist.

Ein Fallbeispiel

Fallbeschreibung

Herr A. ist 72 Jahre alt und wird in Begleitung des Notarztes in der Notfallaufnahme mit dem Bild einer schweren Luftnotsymptomatik vorstellig. Bei dem Patienten ist eine chronische Lungenerkrankung mit ausgeprägten Vernarbungen (Lungenfibrose) bekannt, die seit Jahren mit einer medikamentösen Dauertherapie behandelt wird und den Krankheitsprozess verlangsamt. Die Vitalparameter des Herrn A. sind als instabil zu werten bei einem zu hohen Puls, einem zu niedrigen Blutdruck und einem hohen Sauerstoffbedarf unter nicht-invasiver Maskenbeatmung.

In einer notfallmäßig angefertigten Röntgen-Schichtaufnahme (Computertomographie) im Rahmen der Schockraumbehandlung zeigt sich eine akute Gerinnselbildung in den Lungengefäßen (Lungenembolie). Die behandelnden Ärzt_innen besprechen den Befund mit dem

Patienten und empfehlen die Durchführung einer notfallmäßig gerinnselauflösenden Therapie (Fibrinolyse).

Herr A. stimmt dieser potenziell nebenwirkungsbehafteten Therapie (zum Beispiel Einblutung ins Gehirn) zu. Zusätzlich klären die behandelnden Ärzt_innen Herrn A. über eine anstehende künstliche Beatmung (Intubation) auf, da sich sein Zustand weiter verschlechtert und eine umgehende Änderung des Beatmungsmodus erfolgen müsse. Jedoch weisen sie ihn darauf hin, dass sich bei der bestehenden Lungenfibrose sein Zustand trotz künstlicher Beatmung noch weiter verschlechtern könne, da vernarbte Lungen eine maschinelle Beatmung schlecht verkraften. Eine Alternative hierzu gebe es nur in Form der palliativen Therapie, also rein schmerzlindernder und abschirmender Maßnahmen.



„Beatmen“ oder „nicht beatmen“? Das fiktive Fallbeispiel verdeutlicht, wie komplex die Abwägung der medizinischen Behandlungsmaßnahmen ist.

Einschätzung der Situation

Einerseits handelt es sich beim Befund von Herrn A. um eine akute lebensbedrohliche Erkrankung (d. i. Lungenembolie), andererseits besteht eine chronische Grunderkrankung (sprich: Lungenfibrose). Die Akuterkrankung ist in diesem Fall die dominierende und akut lebenslimitierende, welche zu einem „Schockgeschehen“ mit Minderversorgung sämtlicher Organe führt. Jedoch gibt es eine lebensrettende Therapiemöglichkeit, welche mindestens zwei bis vier Stunden Wirkungszeit benötigt. Die Erfolgschancen für eine Kreislaufstabilisierung sind sehr hoch. Nichtsdestotrotz zwingt die Akuterkrankung die Ärzt_innen zu einer Änderung der Beatmungstherapie (d. i. der Wechsel von nicht-invasiver zu invasiver Beatmung). Ansonsten käme es *mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit* zu einem kompletten Kreislaufkollaps aufgrund eines Sauerstoffmangels, und dies mit potenzieller Todesfolge. *Wahrscheinlich* kommt es aber im Rahmen der Intubation bei einem chronisch an Lungenfibrose Erkrankten zu einem Einbruch der Sauerstoffversorgung mit lebensbedrohlichen Konsequenzen. **Letztendlich besteht eine Abwägung zwischen „beatmen“ gegen „nicht beatmen“.** Für Herrn A. hat die Lungenfibrose bisher zu einem begrenzten Leidensdruck geführt, sodass er zu einem Therapieversuch tendiert. Er konnte seinen Alltag mithilfe einer mobilen Sauerstoffversorgung uneingeschränkt bestreiten. Die jetzt eingetretene akute Lungenembolie erschwert die Behandlung derselben aufgrund seiner Vorerkrankung, wenngleich die Lungenembolie allein potent genug wäre, einen lebensbedrohlichen Zustand herbeizuführen.

Im Sinne der Bewertung dieses Falls im Kontext der islamischen Ethik greifen die Prinzipien 2, 3 und 4 – allen diesen geht das Prinzip 1 „Zweifel kann Gewissheit nicht aufheben,“ als Grundprämisse voraus:

Prinzip 2 „Der Schaden ist zu beheben.“ und Prinzip 3 „Nutzen soll herbeigeführt und Schaden abgewehrt werden.“: Zweifelsfrei führt die akute Lungenembolie zu einem drohenden Kreislaufkollaps, der durch die gerinnselauflösende Therapie behoben werden kann. Die Therapie ist in der Lage, „Schaden zu beheben“ und gleichzeitig einen „Nutzen herbeizuführen“, denn speziell für Herrn A. kann eine Wiederherstellung der regelrechten Kreislauffunktion zu einem würdevollen Bestreiten seines Alltags führen. Falls Herr

A. jedoch über ein jahrelanges Leiden durch seine Lungenfibrose in seinem Alltag klagen würde, wäre eine Entscheidung gegen eine Therapie im Rahmen der Nutzen- und Schadensabwägung ebenfalls vertretbar. Der derzeitige Erfahrungswert von Herrn A. zeigt jedoch das Gegenteil.

Prinzip 4 „Das Leben ist notwendig zu schützen, sofern damit kein (großer) Schaden verbunden ist.“: Die Unterlassung der therapeutischen Maßnahmen wird mit Gewissheit zum Tod führen. Ein Therapieversuch dagegen bietet eine geringe, jedoch realistische Chance zum Überleben. Da das Überleben mit geringem Schaden und Leid verbunden ist, die auch Herr A. als solche wahrnimmt, sind lebenserhaltende Maßnahmen gerechtfertigt. Die ärztliche Expertise warnt Herrn A., dass der Therapieversuch scheitern kann, jedoch ist aufgrund der Ungewissheit der Reaktion des Körpers auf die Intubation und den weiteren Krankheitsverlauf keine sichere tödliche Prognose möglich. Eine Unterlassung von therapeutischen Maßnahmen wäre daher aus islamischer Perspektive nicht ohne weiteres gerechtfertigt. Bei einer anderen Einschätzung der Situation könnte auch die islamrechtliche Bewertung anders ausfallen. Nach Prinzip 4 sind lebenserhaltende Maßnahmen gerechtfertigt.



Welche Beatmungstherapien gib es?

Nicht-invasive Beatmung: Patient_in atmet spontan durch eine Maske. Es kann sich um eine Spezialmaske handeln, die einen Überdruck erzeugt.

Invasive Beatmung: Patient_in wird maschinell beatmet über einen in der Luftröhre liegenden Beatmungsschlauch. Der/die Patient_in befindet sich bei dieser Beatmungsform in der Regel im künstlichen Koma.

Intubation: Vorgang des Einführens eines Beatmungsschlauchs über den Mund oder über die Nase in die Luftröhre.

Fazit und Ausblick

Der vorliegende Beitrag ist ein Versuch, den muslimischen Patient_innen und den behandelnden Ärzt_innen eine Perspektive zu geben, welche Bandbreite die islamische Tradition in akut-intensivmedizinischen Entscheidungssituationen bietet.

Es zeigt sich ein notwendiger Bedarf an zusätzlichen Fallbeispielen für Mediziner_innen, welche erarbeitet werden müssen. Auch eine Intensivierung von Studien zwischen Islamtheolog_innen und Mediziner_innen sowie hierauf basierend ein Wissenstransfer in die Gesellschaft und die muslimischen Gemeinden wären gewinnbringend.

Um dieses Thema in Zukunft den interessierten Patient_innen und Mediziner_innen näherzubringen und zu verdeutlichen, ist es, wie oben an einem Beispiel gezeigt wurde, denkbar, eine umfangreiche Abhandlung mit echten klinischen Fällen zu verfassen, welche theologisch retrospektiv aufgearbeitet und entsprechend den oben genannten und weiteren Prinzipien eingeordnet werden können. In der Medizin ist das Lernen an Fallbeispielen eine etablierte Methode, um Theorie und Praxis näher zusammenzubringen.

Des Weiteren möchten wir mit diesem Beitrag die Intensivierung von Studien auf diesem Gebiet sowie eine fokussierte wissenschaftliche Zusammenarbeit zwischen Islamtheolog_innen und Mediziner_innen im Bereich der Akut- und Intensivmedizin anregen. Wie bereits oben ausgeführt, ist eine Vermittlung des Wissens über Entscheidungen in akut-medizinischen Situationen auch in die Breite der Gesellschaft zu kommunizieren, sodass hier Islamverbände und deren Moscheegemeinden stärker in den Bildungstransfer zu integrieren sind.



Es zeigt sich bei islamrechtlichen Fragen in akut-intensivmedizinischen Entscheidungssituationen, dass eine allgemeine Einordnung in „erlaubt“ oder „verboten“ zu einfach ist. Mithilfe von allgemeinen Prinzipien lassen sich Einzelfallentscheidungen treffen.

Theologische Rechtfertigung und Begleitung von Entscheidungsfindungen im Bereich der Intensivmedizin ist nicht auf eine einzige Formel zu beschränken. Eine Vereinfachung in Erlaubtes (*al-ḥalāl*) und Verbotenes (*al-ḥarām*) ist aufgrund der Komplexität und der Tragweite vieler Entscheidungen, seien sie medizinisch oder theologisch begründet, und vor allem durch das Fehlen von eindeutigen autoritativen, religiösen Texten nicht möglich. Dies bietet einen theologisch reflektierten und flexiblen Abwägungsprozess, der sowohl jeden einzelnen Fall als eigenständigen würdigt, als auch der aus islamischer Perspektive gebotenen, menschlichen Verantwortung bei Entscheidungsfindungen gerecht wird.

Über die Autoren

Dr. med. Assem Aweimer ist Oberarzt für Innere Medizin und Kardiologie am BG Universitätsklinikum Bergmannsheil in Bochum. Er hat Medizin in Bochum studiert und hat sich in dem Schwerpunkt Innere Medizin und Kardiologie weitergebildet. In seinem Arbeitsalltag ist er immer wieder mit schwierigen akut-intensivmedizinischen Entscheidungssituationen konfrontiert, welche nicht

nur medizinische, sondern auch ethische und (im Falle von muslimischen Patient_innen) islamrechtliche Aspekte beinhalten. Dies ist auch der Anlass, weshalb Assem Aweimer, Mitglied im Klinischen Ethikkomitee der Klinik, an die AIWG herangetreten ist und das Thema als Initiator für diesen Roundtable eingebracht hat.



Dr. med.
Assem Aweimer

Prof. Dr. Serdar Kurnaz hat in Frankfurt am Main an der Goethe-Universität Islamische Religion, jüdisch-christliche Religionswissenschaften und Pädagogik studiert, dort promovierte er auch im Fach Islamische Studien, habilitiert wurde er im Jahr 2020 an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen Nürnberg. Herr Kurnaz war von 2015 bis 2016 Direktor am Schweizerischen Zentrum

für Islam und Gesellschaft der Universität Freiburg und war von 2016 bis 2019 Juniorprofessor für Islamische Theologie an der Akademie der Weltreligionen der Universität Hamburg. Seit 2020 ist er Professor für Islamisches Recht in Geschichte und Gegenwart am Berliner Institut für Islamische Theologie der Humboldt-Universität zu Berlin.



Prof. Dr.
Serdar Kurnaz



Literaturangaben

Abū Dāwūd as-Siġistānī, Sulaymān b. al-Aš'aṭ b. Ishāq al-Azdī. O. J. *Sunan Abī Dāwūd*, hrsg. von Muḥammad Muḥyī d-Dīn 'Abd al-Ḥamīd. Bd. 4. Beirut/Şayda: Al-Maktabat al-'Aşriyya.

Bionity.com. 2021. „Progredienz.“ Abrufbar unter: <https://www.bionity.com/de/lexikon/Progredienz.html> (letzter Zugriff: 17.11.2021).

Bobzin, Hartmut. 2019. *Der Koran. Aus dem Arabischen neu übertragen von Hartmut Bobzin unter Mitarbeit von Katharina Bobzin.* 3. Aufl. München: C. H. Beck.

Bundesärztekammer. 2015. „Stellungnahme der Bundesärztekammer ‚Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung‘ [20.02.2015].“ Abrufbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/Stn_Medizinische_Indikationsstellung_und_Oekonomisierung.pdf (letzter Zugriff: 17.11.2021).

Bundesministerium für Gesundheit. 2016. „Patientenrechtgesetz [Stand: 05.08.2016].“ Abrufbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/patientenrechtgesetz.html> (letzter Zugriff: 17.11.2021).

Charbonnier Ralf, Klaus Dörner und Steffen Simon (Hrsg.). 2008. *Medizinische Indikation und Patientenwille. Behandlungsentscheidungen in der Intensivmedizin und am Lebensende.* Stuttgart: Schattauer.

Gesundheit.GV.AT. Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. 2021. „Heilanzeigen.“ Abrufbar unter: <https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/h/indikation> (letzter Zugriff: 17.11.2021).

Ilkiliç, İlhan. 2007. „Medizinethische Aspekte im Umgang mit muslimischen Patienten.“ *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 132 (30): S. 1587–1590.

Pfündel Katrin, Anja Sticks und Kerstin Tanis. 2021. *Muslimisches Leben in Deutschland 2020. Studie im Auftrag der Deutschen Islam Konferenz. Forschungsbericht 38.* Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Forschungszentrum Migration, Integration und Asyl.

Preuß, Kay. 2006. „Medizinische Indikation und Patientenwille: Zwischen den Stühlen.“ *Deutsches Ärzteblatt* 103 (33): A-2161 / B-1865 / C-1803.

Reinhart, A. Kevin. 2007. „What We Know about Ma'rūf.“ *Journal of Islamic Ethics* 1-2: S. 51–82.

Sunnah.com. [2021]. „[Sunan Abi Dawud] 29 Medicine (Kitab Al-Tibb). (11) Chapter: Regarding the disliked remedies.“ Abrufbar unter: <https://sunnah.com/abudawud:3874> (letzter Zugriff: 07.06.2021).



Weiterführende Literatur

Eich, Thomas. 2019. Medizinethik in islamischen Kontexten [Audio-Podcast 04.11.2019].“ In *Theofunk. Frankfurter Podcast zu Islamischer Theologie*. Abrufbar unter: <https://www.theofunk.de/medizinethik-islam-eich> (letzter Zugriff: 10.11.2021).

Eich, Thomas (Hrsg.) 2008. *Moderne Medizin und Islamische Ethik. Biowissenschaften in der muslimischen Rechts-tradition. Ausgewählt, übersetzt und kommentiert von Thomas Eich.* Freiburg im Breisgau u. a.: Herder Verlag.

Eich, Thomas. 2005. *Islam und Bioethik. Eine kritische Analyse der modernen Diskussion im islamischen Recht.* Wiesbaden: Reichert Verlag.

Ilkilic, Ilhan. 2005. *Gesundheitsverständnis und Gesundheitsmündigkeit in der islamischen Tradition.* 3. Aufl. Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik der Ruhr-Universität Bochum.

Ilkilic, Ilhan. 2002. *Der muslimische Patient. Medizin-ethische Aspekte des muslimischen Krankheitsverständnisses in einer wertpluralen Gesellschaft.* Münster u. a.: Lit Verlag.

Kellner, Martin. 2019. „Ethisch rechtliche Fragestellungen zur Organtransplantation. Islamische Primärtexte im Kontext medizinischer Prognosen.“ In *Hirntod und Organspende aus interkultureller Sicht*, hrsg. v. Stephan M. Probst, S. 225–243. Berlin – Leipzig: Hentrich & Hentrich.

Kellner, Martin. 2016. „Theologische, normative und naturwissenschaftliche Argumente zur Hirntod-Debatte im sunnitisch-islamischen Recht.“ *Hikma 7*: S. 205–213.

Kellner, Martin 2010. *Islamische Rechtsmeinungen zu medizinischen Eingriffen an den Grenzen des Lebens. Ein Beitrag zur kulturübergreifenden Bioethik.* Würzburg: Ergon-Verlag.

Impressum

Herausgeberin

Akademie für Islam in Wissenschaft und Gesellschaft (AIWG)

Goethe-Universität Frankfurt am Main
Varrentrappstr. 40–42
60486 Frankfurt am Main

Tel.: 069-798 22453

kontakt@aiwg.de
www.aiwg.de

Redaktion

Dr. Raida Chbib (AIWG)
Ulrich Paffrath (AIWG)

Autoren

Dr. med. Assem Aweimer
Prof. Dr. Serdar Kurnaz

Lektorat

Claudia Päßgen

Grafikdesign und Satz

wbv Media, Christiane Zay

Druck

Kern GmbH, 66450 Bexbach

Fotografien

Cover: picture alliance/dpa/dpa-Zentralbild / Jens Büttner; S. 2 Foto Ulrich Paffrath: Dilruba Hayrunnisa Kam; S. 5 Jan Pauls / BG Kliniken; S. 6 picture alliance/dpa / Karl-Josef Hildenbrand; Fotos S. 7 und S. 10: Fotograf Julius Matuschik; Fotos S. 8 und S. 13 Melina Kalwey / Bergmannsheil; S. 14 Dieter Pfennigwerth / Bergmannsheil; Foto S. 17 Dr. med. Assem Aweimer: Volker Daum / Bergmannsheil; Foto S. 17 Prof. Dr. Serdar Kurnaz: privat

Wir danken dem BG Universitätsklinikum Bergmannsheil in Bochum für die freundliche Druckgenehmigung.

Koordination

Stefanie Golla (AIWG)
Ulrich Paffrath (AIWG)

Copyright

Akademie für Islam in Wissenschaft und Gesellschaft (AIWG), Frankfurt a. M. Alle Rechte vorbehalten
2022

Die Texte dieser Publikation stehen, soweit nicht anders gekennzeichnet, unter einer Creative Commons Namensnennung CC BY-NC-SA 4.0 Lizenz. Das bedeutet, dass sie nicht-kommerziell vervielfältigt, verbreitet und bearbeitet werden dürfen, sofern dabei stets die Urheber, die Quelle des Textes und die o.g. Lizenz genannt wird, deren genaue Formulierung Sie nachlesen sollten unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>
Fotografien sind von dieser Lizenz ausgenommen.

ISSN 2748-3665 (Online)

DOI <https://doi.org/10.21248/gups.65691>

AIWG Praxisperspektiven

Mit ihrer Publikationsreihe AIWG-Praxisperspektiven präsentiert die AIWG Beiträge und Gedanken aus der Praxis zu Fragen des Islams in der Gesellschaft. Sie entstehen im Rahmen ihrer Transferformate, z. B. in Praxisprojekten ihrer Fellows oder in den Roundtables, zumeist im Austausch mit Wissenschaftler_innen. Mit ihren Praxisperspektiven liefert die AIWG Anregungen für die wissenschaftliche Erforschung verschiedener islamtheologisch relevanter Fragen, zugleich richtet sich die Publikation an eine breite Öffentlichkeit.



Die Akademie für Islam in Wissenschaft und Gesellschaft (AIWG) ist eine universitäre Plattform für Forschung und Transfer in islamischtheologischen Fach und Gesellschaftsfragen. Sie ermöglicht überregionale Kooperationen und Austausch zwischen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der islamischtheologischen Studien und benachbarter Fächer sowie Akteurinnen und Akteuren aus der muslimischen Zivilgesellschaft und weiteren gesellschaftlichen Bereichen. Die AIWG wird gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und durch die Stiftung Mercator.

Gefördert durch

STIFTUNG
MERCATOR

Gefördert vom



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

GOETHE
UNIVERSITÄT
FRANKFURT AM MAIN

