MISK Mitteilungen zur Sozial- und Kulturgeschichte der islamischen Welt

Islamische Rechtsmeinungen zu medizinischen Eingriffen an den Grenzen des Lebens

Ein Beitrag zur kulturübergreifenden Bioethik

2. Auflage

Martin Kellner

Ergon

Martin Kellner

Islamische Rechtsmeinungen zu medizinischen Eingriffen an den Grenzen des Lebens

MISK

MITTEILUNGEN ZUR SOZIAL- UND KULTUR-GESCHICHTE DER ISLAMISCHEN WELT

Herausgegeben
von
Johann Büssow, Patrick Franke, Jens Peter Laut,
Norbert Oberauer, Eva Orthmann, Ulrich Rebstock

BAND 29

Islamische Rechtsmeinungen zu medizinischen Eingriffen an den Grenzen des Lebens

ERGON VERLAG

Martin Kellner

Islamische Rechtsmeinungen zu medizinischen Eingriffen an den Grenzen des Lebens

Ein Beitrag zur kulturübergreifenden Bioethik

2. Auflage

ERGON VERLAG

© Titelillustration: Jan von Hugo

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind
im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

2., aktualisierte und erweiterte Auflage
© Ergon – ein Verlag in der Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2022
Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb des Urheberrechtsgesetzes bedarf der Zustimmung des Verlages.
Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen jeder Art, Übersetzungen, Mikroverfilmungen
und für Einspeicherungen in elektronische Systeme.
Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.
Gesamtverantwortung für Druck und Herstellung
bei der Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
Umschlaggestaltung: Jan von Hugo

www.ergon-verlag.de

ISSN 1436-8080
ISBN 978-3-95650-916-2 (Print)
ISBN 978-3-95650-917-9 (ePDF)

Vorwort

„*Soll Medizin alles dürfen, was sie kann?*“ Diese Frage ist der zentrale Inhalt der heutigen Bioethikdiskussion und weist darauf hin, dass sich medizinische Forschung und Praxis in einer komplexen wechselseitigen Beziehung zwischen Naturwissenschaft (*Was kann Medizin?*), juristischen Regelungen (*Was darf Medizin?*) und ethischen Normen (*Was soll Medizin dürfen bzw. nicht dürfen?*) bewegt.

Im traditionellen Verständnis beginnt die Aufgabe von ÄrztInnen bei der Behandlung eines kranken Individuums und endet dort, wo der Tod unabwendbar ist. Die medizinischen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte haben dieses Arbeitsfeld entscheidend verändert, und die meisten medizinethischen Probleme ergeben sich, wenn ärztliches Handeln am Lebensanfang oder am Lebensende lokalisiert ist: Weder ungeborene Kinder noch Sterbende oder menschliche Leichname sind Subjekte einer dialogischen therapeutischen Beziehung, sondern werden – was zunächst wertfrei ist – zu Objekten medizinischer Eingriffe, was ethische und juristische Probleme aufwirft, die den heutigen Bioethikdiskurs kennzeichnen. Durch die Tatsache, dass der menschliche Körper für die Medizin heute nutzbar ist und vielfach einen wertvollen Rohstoff für Forschung und Therapie darstellt, ergeben sich immer mehr gesellschaftliche Ansprüche auf den Leib des Individuums (des „Unteilbaren“).

Im Hinblick auf moderne medizinische Entwicklungen – die heute oft nicht als Heil, sondern immer mehr als Bedrohung empfunden werden – gewinnen ethische Fragen an Bedeutung und Komplexität und reichen zunehmend über einzelne kulturelle Bezugssysteme hinaus:

- Migrationsbewegungen machen es notwendig, sich mit dem kulturell „Fremden“ im Krankenhausalltag auseinanderzusetzen
- Globalisierungsprozesse führen einerseits zur weltweiten Verbreitung europäischer Schulmedizin, andererseits zum Import außereuropäischer Heilkunden nach Europa, zur Mobilität medizinischer Forschung (meist in Richtung Staaten mit geringeren ethischen und juristischen Standards) und zur Etablierung internationaler Reiserouten für Patienten, denen eine bestimmte Behandlung in ihrem Heimatland aus ökonomischen, ethischen und juristischen Gründen nicht möglich ist (man denke hier an Transplantations- oder Fruchtbarkeitstourismus).

Diese Entwicklungen machen es notwendig, ethische Grenzen medizinischer Handlungen kulturübergreifend zu definieren und zu fragen, ob diese unabhängig von Zeit und Raum verbindlich sind (also universelle menschliche Grundwerte darstellen), oder ob jedes kulturelle Bezugssystem seine eigene Bioethik hat. Eine fundierte Analyse „fremder“ Bioethikdiskurse muss sich

grundsätzlich der argumentativen Logik der jeweiligen Aussagen annehmen, ohne dabei die vielfältigen kulturübergreifenden Zusammenhänge zwischen ethischen Standpunkten, historischen und institutionellen Rahmenbedingungen und naturwissenschaftlichen Grundlagen von medizin- bzw. bioethischen Fragestellungen aus den Augen zu verlieren.

Die vorliegende Arbeit widmet sich dem islamrechtlichen Diskurs über bioethische Fragestellungen, die sich im Zusammenhang mit medizinischen Eingriffen am Lebensbeginn und Lebensende stellen und im besonderen Maße eine gesellschaftliche Regulierung von Zugriffen auf den menschlichen Körper erfordern.

Die islamische Normenlehre kann in Hinblick auf die Thematik dieser Arbeit als ein dynamisches Bezugssystem verstanden werden, welches PatientInnen, ÄrztInnen, JuristInnen und PolitikerInnen bestimmte Handlungsorientierungen zur Verfügung stellt und Grenzen im Umgang mit dem menschlichen Körper aufweist. Die Rechtsgutachten, die in dieser Arbeit dargestellt werden, sind hier als Äußerungen zu sehen, an denen bestimmte Konturen muslimischer Positionierungen zu Aufgaben und Grenzen medizinischen Handelns sichtbar werden. Die Formulierung einer übergeordneten „Medizinethik des Islam" wird damit nicht intendiert, die Aufarbeitung der normativen Stellungnahmen zu diesen Themen ist vielmehr als ein Baustein eines derartigen Projekts zu sehen.

In einer weiten Landschaft verschiedenster veränderlicher Lebensaspekte gibt es ein Ziel, für das der Mensch nach islamischem Verständnis geschaffen ist, und unter zahlreichen Wegen gibt es einen, der den Reisenden zu diesem Ziel führt. Gleichzeitig kann sich die Beschaffenheit dieses Weges ändern, Hinweis-, Warn- und Verbotsschilder können je nach Situation angebracht, abgenommen und umgestellt werden, wesentlich ist, dass diese der Sicherheit des Reisenden dienen, dass Gefahrenzonen, Abgründe und Sackgassen als solche gekennzeichnet sind und dass der Weg letztlich zum Ziel führt.

Islamisches Recht oder islamische Bioethik als Bezugssystem dieser Arbeit ist also nicht als isolierter Raum zu verstehen, der hier ausgemessen werden soll, sondern als ein Weg im weiten Raum einer geteilten Lebenswirklichkeit, der von einem dichten Wegenetz durchzogen ist. Richtungen, Kreuzungen, Abzweigungen und parallele Wegabschnitte aufzuzeigen ist ein wesentliches Ziel dieser Arbeit – wobei sich aber ein wesentliches Element dieser Ausmessung entzieht: Der Reisende selbst, der sich für ein Ziel und einen bestimmten Weg entscheidet und auf seiner Reise die geltenden Verkehrsregeln beachten oder auch ignorieren kann.

Mein Dank gilt zunächst meiner Familie, meinen Eltern und Geschwistern, und dieser Dank lässt sich nicht in Worte fassen, da er keine Grenzen hat, sowie meiner Frau, die bereit war, für diese Arbeit auf einen großen Teil unserer

ohnehin knappen gemeinsamen Zeit zu verzichten und ohne deren emotionale und geistige Unterstützung diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

Besonders bedanke ich mich bei den beiden wissenschaftlichen Betreuern, Herrn Univ.-Prof. DDr. Armin Prinz (Institut für Ethnomedizin) und Herrn Univ.-Prof. Dr. Stephan Prochazka (Institut für Orientalistik) – beide haben, trotz des großen Unterschieds der von ihnen vertretenen Fächer, eine wesentliche gemeinsame Eigenschaft: Beide zeichnen sich neben ihrer fachlichen Qualifikation durch ein ungewöhnliches Maß an mitmenschlicher Kompetenz aus und waren für mich immer ein lebendes Beispiel dafür, dass Liebe zur Wissenschaft „ansteckend" sein kann.

Weiters bin ich Shaykh Ḥassān al-Hindī (Damaskus) zu besonderem Dank verpflichtet, er war es, der mich dazu ermutigt hat, mich meiner Dissertation zu widmen, und dies Jahre nachdem ich das gesamte Vorhaben unter zahlreichen anderen Beschäftigungen längst „begraben" hatte.

Den folgenden islamischen Gelehrten, die bereit waren, mich zu einem Gespräch zu empfangen und meine Fragen zu beantworten, gilt mein aufrichtiger Dank (und wer weiß, unter welchem Arbeits- und Zeitdruck islamische Rechtsgelehrte stehen, kann verstehen, dass es sich bei dieser Danksagung um weit mehr als um eine gesellschaftliche Konvention handelt):

- S.E. Dr. Aḥmad al-Mašāʿil, Erster Mufti am Amt für religiöse und wohltätige Angelegenheiten in Dubai
- Dr. Muḥammad Muḫtār al-Salāmī, ehemaliger Mufti der Republik Tunesien
- S.E. Kamāl al-Dīn Ǧuʿayyiṭ, derzeitiger Mufti der Republik Tunesien.
- Hrn. Prof. Dr. Wahbah Zuḥaylī, Professor für islamisches Recht in Damaskus
- Hrn. Prof. Dr. Saʿīd Ramaḍān al-Būṭī, emeritierter Professor und Dekan der Fakultät für islamisches Recht, Universität Damaskus.

Zwei Wissenschaftlern, ohne deren Publikationen diese Dissertation nicht zustande gekommen wäre, möchte ich an dieser Stelle besondere Anerkennung für ihr wissenschaftliches Werk aussprechen, nämlich Frau Dr. Birgit Krawietz (Universität Tübingen) und Herrn Dr. Thomas Eich (Ruhr-Uni Bochum).

Weiters bin ich Herrn Dr. Ilhan Ilkilic (Universität Mainz) zu Dank verpflichtet, der mir letztes Jahr freundlicherweise zwei damals noch nicht publizierte Manuskripte zur Verfügung gestellt hat, und weiters Dr. Aḥmad Wasīm Mālik von der Preston University in Ajman, der mir wesentliche Hilfestellungen bei der Literatursuche gegeben hat, und all jenen Personen, die direkt oder indirekt an dieser Arbeit beteiligt waren.

Zudem danke ich den Herausgebern der Reihe „Mitteilungen zur Sozial- und Kulturgeschichte der islamischen Welt" für die Zustimmung zur aktualisierten und erweiterten Neuauflage dieser Arbeit.

Teil 1

A. Einleitung 15
1. Zur Aktualität der Thematik 15
2. Ethnomedizin, Globalisierung und kulturübergreifende Bioethik 22
3. Bioethik und islamisches Recht 25
4. Fragestellung 28

B. Medizin an den Grenzen des Lebens: Definitionen und naturwissenschaftliche Grundlagen 31
1. Fallbeispiele 31
2. Soziale Aspekte moderner Medizin: Die Vergesellschaftlichung des menschlichen Körpers 34
3. Medizinische Eingriffe am Ende des Lebens 37
3.1. Eingriffe am menschlichen Leichnam 37
3.2. Organtransplantation 38
3.3. Die Definition des Todeszeitpunktes 41
3.4. Die Beschleunigung des natürlichen Todes: Sterbehilfe 46
4. Medizinische Eingriffe am Beginn des Lebens 48
4.1. Reproduktionsmedizin 49
4.2. Diagnostische Verfahren am ungeborenen Leben 51
4.3. Verbrauchende Embryonenforschung 53
4.4. Schwangerschaftsabbruch 57
4.5. Die medizinische Verwendung von embryonalem/fötalem Zellmaterial 60

C. Medizinische Eingriffe an den Grenzen des Lebens: Ethische Fragestellungen und gesellschaftspolitische Argumente 63
1. Das Verhältnis von Ethik und Medizin: Medizinethik und Bioethik 63
2. Aktuelle bioethische Fragestellungen und Argumente 66
2.1. Wann gilt der Mensch als tot? – Die Diskussion über das Hirntodkonzept 66

2.2. Andere ethische Probleme der Transplantationsmedizin ... 70
2.3. Sterbehilfe und Medizinethik ... 74
2.3.1. Wurzeln der Diskussion ... 75
2.3.2. Patientenverfügungen ... 79
2.3.3. Hippokratischer Eid und Sterbehilfe ... 81
2.4. Ethische Aspekte medizinischer Eingriffe am Lebensbeginn ... 83
2.4.1. Allgemeines ... 83
2.4.2. Schwangerschaftsabbruch ... 85
2.4.3. In-vitro-Fertilisation ... 89
2.4.4. Pränatale Diagnostik ... 90
2.4.5. Präimplantationsdiagnostik und Embryonenschutz ... 92

D. Medizinische Eingriffe an den Grenzen des Lebens: Juristische Regelungen ... 97
1. Zum Verhältnis zwischen Medizin und Recht ... 97
2. Zur konkreten Gesetzgebung in Österreich ... 98
2.1. Der juristische Todesbegriff ... 98
2.2. Obduktion ... 99
2.3. Organtransplantation ... 100
2.4. Sterbehilfe aus juristischer Sicht ... 104
2.5. Schwangerschaftsabbruch ... 106
2.6. Fortpflanzungsmedizingesetz ... 107

Teil 2

A. Medizin, Ethik und islamisches Recht ... 111
1. Zum Verhältnis zwischen Medizin und Scharia ... 111
2. Der rechtliche Status medizinischer Behandlung ... 113
3. Die zivil- und strafrechtliche Verantwortung und Haftbarkeit des Arztes ... 117
4. Verfügungsrechte über den menschlichen Körper ... 121

B. Islamische Rechtsmeinungen zu medizinischen Eingriffen am Ende des Lebens 127
1. Zur Diskussion um den Todeszeitpunkt im islamischen Recht 127
2. Sterbehilfe im islamischen Recht 142
3. Leichenöffnungen im islamischen Recht 150
4. Organtransplantation im islamischen Recht 158
4.1. Allgemeines 158
4.2. Präzedenzfälle und autorative klassische Rechtstexte 161
4.3. Argumente zeitgenössischer Rechtsgelehrter 167
4.4. Besonderheiten von Leichenspenden 175
4.5. Organhandel im islamischen Recht 181
4.6. Die juristische Regelung von Organtransplantation in einigen arabischen Staaten 185
4.7. Sonderfälle der Transplantationsmedizin 190
4.7.1. Die Transplantation von Geschlechtsorganen 190
4.7.2. Die Transplantation von Zellen des Gehirns oder des Zentralnervensystems 193
4.7.3. Menschliche Embryonen als Organspender 194
4.7.4. Transplantationen im Rahmen von kosmetischer bzw. plastischer Chirurgie 195
4.7.5. Transplantation von Teilen der ʿAwrah 197
4.7.6. Rechtsrelevante Kriterien in Bezug auf Transplantate 197
4.8. Zusammenfassung 199

C. Islamische Rechtsmeinungen zu medizinischen Eingriffen am Beginn des Lebens 205
1. Einleitung 205
2. Schwangerschaftsabbruch im islamischen Recht 208
2.1. Allgemeine Rechtstexte 208
2.2. Indikationen für Abtreibungen 216
2.3. Die ethische Beurteilung von Schwangerschaftsabbrüchen 224

2.4. Strafrechtliche Regelungen im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbruch 231
2.5. Fatwa von Muṣṭafā al-Zarqāʾ 236
2.6. Gesetzliche Bestimmungen zum Schwangerschaftsabbruch in einigen islamischen Staaten 241
2.7. Regelungen des Umgangs mit Föten nach Abtreibungen oder Fehlgeburten 245
3. Die Problematik von extrakorporalen Embryonen im islamischen Recht 249
3.1. Einleitung 249
3.2. Islamische Rechtsmeinungen zu In-vitro-Fertilisation 253
4. Klonen 263
4.1. Einleitung 263
4.2. Argumente 268
4.2.1. Glaubensproblematik 268

D. Interviews 279
1. Muḥammad Muḫtār al-Salāmī 279
2. Muḥammad Saʿīd Ramaḍān al-Būṭī 286

Teil 3

Schlussbetrachtungen 295
1. Kulturübergreifende Bioethik 295
2. Zur Vergleichbarkeit bioethischer Diskurse 302
3. Der Kontext von Bioethik 302
4. Analyse der betroffenen Rechtsbereiche 306
5. Nachwort 314

Literaturverzeichnis 317

Index 337

Teil 1

A. Einleitung

1. Zur Aktualität der Thematik

Das traditionelle Bild des vertrauenswürdigen Hausarztes, dessen paternalistischer medizinischer Beistand erst an der Grenze des unvermeidbaren natürlichen Todes endet, tritt heute zunehmend in den Hintergrund. Immer mehr scheinen sich Unbehagen und Angst vor einer entmenschlichten Medizin auszubreiten.[1]

Eine Reihe von Faktoren hat das traditionelle Arzt-Patienten-Verhältnis in den letzten Jahrzehnten entscheidend verändert: Neue medizinische Handlungsmöglichkeiten machten eine Differenzierung von Medizin in verschiedene Spezialgebiete nötig, die zunehmend die Einheit der Arzt-Patienten-Beziehung und die Unteilbarkeit der ärztlichen Verantwortung in Frage stellt. Die damit verbundene Institutionalisierung von Medizin in Verbindung mit methodischem Reduktionismus führte zu einer Anonymisierung und Entpersönlichung des Patienten.[2] Zudem hat sich das Handlungsspektrum von Medizin drastisch erweitert, und die dem Arzt zur Verfügung stehenden technischen Möglichkeiten bekommen immer mehr den Aspekt von Macht über den menschlichen Körper. In Verbindung mit diesen Aspekten scheinen viele neu entwickelte medizinische Eingriffsmöglichkeiten das traditionelle Medizin-Ethos in Frage zu stellen.

Das folgende Beispiel soll die Problematik medizinischer Eingriffe an den Grenzen des Lebens verdeutlichen: Im Jahre 1992 sorgte der Fall des „Erlanger Babys" für lebhafte Diskussionen über ethische Grenzen von Medizin, die Definition des Todeszeitpunkts sowie die Rechte von Lebenden und Toten. Was war geschehen?

Die 19-jährige Marion P. wurde bei einem Verkehrsunfall so schwer verletzt, dass – nach einer Intubation am Unfallort – in der Erlanger Universitätsklinik aufgrund der starken Kopfverletzungen nur mehr die Diagnose „Hirntod" gestellt werden konnte. Bei maschineller Aufrechterhaltung der wichtigsten Körperfunktionen wurde nach 24 Stunden der Totenschein ausgestellt, und der rechtliche Status von Marion P. verwandelte sich nun in den einer potentiellen Organspenderin – deshalb wurde nun der biologische Tod des Körpers durch „organerhaltende Intensivtherapie" verzögert.

Normalerweise hätte man nun – im Sinne der im deutschen Recht geltenden erweiterten Zustimmungslösung – das Einverständnis der Angehörigen zur

---

1 Vgl. Kaelin (2015): 12-28.
2 Vgl. Pöltner (2002), 12 f.

Entnahme von Organen eingeholt, und nach der Explantation wären die „lebenserhaltenden" Maßnahmen eingestellt worden. Da die potentielle Organspenderin jedoch im dritten Monat schwanger war und das Kind noch lebte, entschloss man sich zu einer anderen Vorgehensweise: Ihr Zustand wurde erneut umdefiniert, sie galt nun als hirntote Schwangere, die einige Monate bis zur Entbindung des Kindes „am Leben erhalten" werden sollte. Bei dieser Entscheidung berief man sich u.A. auf Berichte über posthume Schwangerschaften in den USA, und man kam überein, dass der Patientin „die Benutzung ihres Körpers zugunsten des Kindes sicherlich zumutbar sei".[3] Die Krankenkasse übernahm die Kosten für das Experiment, obwohl es sich weder bei Marion P. noch bei dem heranwachsenden Fötus um Rechtsträger handelte. Nach 40 Tagen kam es zu einem Spontanabort, dessen medizinische Gründe nicht geklärt werden konnten.[4]

Die ethische Problematik, die dieser Fall aufwirft, bezieht sich auf folgende, entsprechend der Ereignischronik geordnete Fragestellungen:

- Wäre ein Notarzt berechtigt, in einem derartigen Fall am Unfallort auf eine Intubation zu verzichten, wenn der Zustand des Patienten aussichtslos erscheint?
- Wann ist der Mensch tot? Ist die Diagnose Hirntod ausreichend, um vom völligen Ableben des Patienten auszugehen, und kann – bezogen auf diesen Fall – eine Frau, in deren Körper ein Kind heranwächst, als tot bezeichnet werden, weil ein Teil ihres Körpers, nämlich das Gehirn, funktionsunfähig ist?
- Wer hat das Recht, über das weitere Schicksal des (hirntoten) Patienten zu entscheiden? Sind es die Eltern bzw. Angehörigen (und wenn ja, auf welcher Grundlage) oder die behandelnden Ärzte, die sich auf Ziele berufen, die nicht mehr direkt im Interesse des Patienten liegen, obwohl vom Grundsatz her ein therapeutischer Vertrag auf dem gesundheitlichen Wohl des Patienten – mit der Bedingung seines Einverständnisses in die Behandlung – aufbaut?
- Ist die Zustimmung der Eltern, die gerade mit dem Tod ihres Kindes konfrontiert wurden, ein geeigneter Weg, über eine Organexplantation zu entscheiden?
- Konkurriert hier das (juristisch verankerte) Recht auf Totenruhe mit den Interessen potentieller Organempfänger, und auf welcher Grundlage können die verschiedenen Rechtsgüter gegeneinander abgewogen werden?
- Wo beginnt und wo endet Pietät? In einer Publikation zum Fall des Erlanger Babys wird berichtet, dass die behandelnden Ärzte – in einer späteren

[3] Vgl. Manzei (1997), S. 13.
[4] Vgl. Manzei (1997), S. 8 ff., Tolmein (1993), S. 6 ff.

Phase dieser posthumen Schwangerschaft – aufgrund massiver Infektionen der „Patientin" im Verletzungsbereich über eine mögliche Enthauptung diskutiert hätten, um den Entzündungsprozess unter Kontrolle zu bringen, sich aber dann darauf einigten, von diesem Eingriff abzusehen, „*da hier eindeutig eine Grenze überschritten worden wäre*".[5] Hier ist es zwar angebracht, an der Seriosität dieser Quelle zu zweifeln, doch auch eine derartige Falschmeldung wäre „gut erfunden": Wenn das Ziel, das Leben des ungeborenen Kindes zu retten, alle anderen Eingriffe gerechtfertigt hat, stellt sich die Frage, wo die Grenze der Pietät liegt und wie diese in nachvollziehbarer Weise definiert werden kann[6].

- Hat ein drei Monate alter Fötus ein unbestreitbares Recht auf Leben, und ist dieses Recht unter allen Umständen zu schützen oder können die vorliegenden Umstände dieses Lebensrecht eventuell relativieren? Handelt es sich bei diesem ungeborenen Kind um einen Menschen? Hätte sich die ethische Problemlage graduell oder prinzipiell unterschieden, wenn die hirntote Patientin im ersten oder aber im neunten Monat schwanger gewesen wäre, und wenn ja, auf welcher objektivierbaren Grundlage?
- Unterliegen diese Fragen – angesichts des enormen öffentlichen Interesses, das dieser Fall hervorgerufen hat – Prozessen demokratischer Entscheidungsfindung? Könnten die Rechtsprobleme in einer Art von Mehrheitsentscheidung gelöst werden, oder ist es sinnvoller, dass derartig komplexe ethisch-juristische Materien ausschließlich von Experten entschieden werden? Wenn ja, ist weiters zu fragen, wer in Hinblick auf diese Fragen als Experte qualifiziert ist – sind es Mediziner, Juristen, Philosophen oder Theologen?

Die Diskussion um das Erlanger Baby ist deshalb eine geeignete Einleitung in die Problematik dieser Arbeit, weil hier gleichzeitig beide Grenzen des Lebens (nämlich Anfang und Ende) thematisiert sind. Doch einige andere – zum Teil in den Medien populistisch aufbereitete – medizinische Eingriffsmöglichkeiten zeigen, dass die oben gestellten ethischen Fragen nicht auf einen seltenen Einzelfall zu reduzieren sind:

- In Frankreich wird einer durch einen Hundebiss verletzten Frau Gesichtsgewebe transplantiert, das von einer Leichenspende stammt – die mediale Diskussion konzentrierte sich auf die Frage, ob es einem Menschen zumutbar ist, mit dem „Gesicht eines Toten" zu leben.[7]

---

5 Vgl. Tolmein (1993), S. 6.

6 Dass die Definierung von Grenzen der Pietät auch im medizinischen Alltag durchaus problematisch ist, zeigt die Diskussion unter heimischen Juristen über den zulässigen Umfang bei posthumen Multiorganentnahmen. Vgl. Zimmer (1998), 292 f; Lorenz (1989), S. 51; Kalschschmid (1997), S. 83.

7 Vgl. Spiegel online (http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,444672,00.html).

- Autofirmen führen mit Hilfe von Medizinern Crashtests an Leichen durch, um die Sicherheitsstandards ihrer Produkte zu prüfen.[8]
- Sanfte Abtreibungspillen kommen auf den Markt und führen zu einer Wiederbelebung der Abtreibungsdiskussion, und die bis heute umstrittene Frage ist die, ob die Mitwirkung eines Arztes an einem Schwangerschaftsabbruch mit dem Medizinerethos zu vereinbaren ist. Gleichzeitig führen neue reproduktions-medizinische Techniken zu zunehmender Manipulierbarkeit des menschlichen Embryos und zu komplexen Formen geteilter Elternschaft: In den USA und Großbritannien haben sich Selbsthilfegruppen von Menschen gegründet, die durch heterologe Samenspenden gezeugt wurden und das Recht darauf einfordern, Informationen über ihre genetischen Väter zu bekommen[9]. Indessen wird auch die weibliche Rolle in der Reproduktion zunehmend vom Menschen gestaltet und differenziert: Schwangerschaft und Geburt verloren an Aussagekraft, was die genetische Beziehung zwischen Mutter und Kind betrifft, und die Frau als Eizellenspenderin oder Leihmutter ist erst durch die Entwicklung der IVF-(Retortenbaby-)Technik zu einem Element einer medizinisch gestalteten Beziehungsform zwischen Wunscheltern, genetischen Eltern und Wunschkind geworden.
- Patienten bleiben auf der Intensivstation einem anonymen Apparat von Medizinern, Geräten, Computerbefunden und invasiven oder medikamentösen Therapien ausgeliefert, und Statistiken deuten darauf hin, dass viele Menschen heute einen (durch medizinische Űberbehandlung) verspäteten Tod mehr fürchten als zu früh zu sterben[10] – "*war einst die Intensivstation fotogener Ort zur Inszenierung technischer Leistungsfähigkeit und medizinischer Zukunftshoffnung, so sind die dort veranstalteten Therapien heute zu einer Bedrohung geworden, gegen die man sich zuletzt nur noch mit juristischen Mitteln wehren kann.*"[11] Die Debatte um assistierten Suizid gewinnt zunehmend an Aktualität und wird zu einem medizinethischen Thema, welches auch tagespolitisch brisant ist.[12]
- Fälle von juristischem Tauziehen im Zusammenhang mit Sterbehilfe wie zum Beispiel in den USA werden weltweit medial dargestellt, und in Australien stehen Techniken zu medizinisch assistierter Selbsttötung zur Diskussion, bei denen der Patient per Computer und Mausklick die vom Arzt verordnete „Erlösungsspritze" auslösen kann („death delivery system").[13] Im Dezember 2006 sorgt ein Fall aus Italien für reges Medieninteresse: Ein an

---

8 Vgl. Zimmer (1989), 329 ff.
9 Vgl. Graumann (2003), S. 254.
10 Vgl. Kneihs (1998), 45; Hörster (1999), 111; Pöltner (2002), 251; Sass (1996), S. 329.
11 Borck (2003), S. 125.
12 Vgl. Bauer, Axel W (2015), 49-78.
13 Vgl. Pöltner (2002), S. 284; http://www.zeit.de/archiv/1996/23/compitod.txt.19960531.xml.

Muskelschwund erkrankter und vollständig gelähmter Patient verlangte jahrelang, dass die lebenserhaltenden Geräte, an die er angeschlossen ist, abgestellt werden, eine italienische Europaabgeordnete tritt mit anderen Aktivisten in einen zweitägigen Hungerstreik, um sich für sein „Recht auf Sterben" einzusetzen. Schließlich erfüllt ein Arzt die Bitte des Patienten, und der Verstorbene wird am 24. Dezember in Rom beigesetzt, auf ausdrücklichen Wunsch in einem nicht-katholischen Begräbnis, da man sich seitens der Amtskirche gegen die Erfüllung seines Sterbewunsches ausgesprochen hat.[14]

Viele dieser Bilder zeigen, wie problematisch viele neue medizinische Interventionsmöglichkeiten geworden sind, Medizin wird schon als „Gefangene ihres eigenen Erfolgs" bezeichnet,[15] und vielfach erscheint der Arzt als Teil einer medizinischen Lobby, die eine Fortschrittsdynamik erzeugt hat, der niemand mehr wirklich Herr zu sein scheint und die zunehmend Unbehagen aufkommen lässt.

Ethische Aspekte von Medizin sind heute nicht Mittelpunkt von Diskussionen unter Fachleuten und in wissenschaftlichen Publikationen, wie das bei anderen Bereichen der angewandten Ethik der Fall ist, sondern es handelt sich um Fragen, die den Menschen sehr direkt berühren und deshalb immer mehr öffentlich diskutiert werden – und hier entsteht zunehmend Misstrauen gegen medizinischen Fortschritt, der zu einer Akzeptanzkrise der Biomedizin geführt hat.[16] Doch auch weitab von jedem journalistischen Aktionismus und plakativen ideologischen Positionsbekundungen[17], die meist mit der Diskussion um umstrittene medizinische Techniken verbunden sind, steht eines fest: Die Möglichkeiten moderner Medizin werfen zunehmend Fragen nach den Aufgaben und Grenzen von Eingriffen am menschlichen Körper auf. Die Würde des Menschen bzw. des menschlichen Körpers – sei es aus der Perspektive von Embryonenschutz, Patientenautonomie, Subjektivierung von Lebensinteressen, Schutz von Sterbenden, usw. – muss scheinbar immer mehr gegen „Übergriffe" der modernen Medizin verteidigt werden, und diese Grenzziehungen sind nicht nur ethisch-moralischer, sondern zunehmend auch juristischer Natur.

---

14 www.spiegel.de/panorama/0,1518,456392,00.html, www.patientenverfuegungen.de/pv/detail/php?uid436.

15 Borck (2003), S. 143.

16 Vgl. Sass (1996), S. 329; Borck (2003), S. 126.

17 So wurde z.B. in den USA ein Arzt und zwei Krankenschwestern ermordet, weil diese an Abtreibungen beteiligt waren – das Motiv des Mordes war also der Ruf nach „Schutz des menschlichen Lebens" –, im Jahre 1991 wurde das traditionsreiche Wittgensteinsymposiums in Niederösterreich abgesagt, weil die Veranstalter massiven Bedrohungen ausgesetzt waren – Grund dafür war, dass der für seine Abtreibungs- und Euthanasie-Thesen umstrittene Ethiker Peter Singer zu der Veranstaltung eingeladen wurde (vgl. Wuketits, 2006:10;165); vgl. dazu auch Kayß (1997), S. 14.

Es geht also um die Frage: Darf Medizin alles, was sie kann? Wenn nein, stellt sich die Frage, wer diese Grenzen zu ziehen hat, nach welchen Kriterien diese definiert werden sollen, wessen Interessen zu berücksichtigen sind und inwieweit es in diesen Fragen möglich ist, einen gesellschaftlichen Konsens zu finden, auf dem man aufbauen könnte.

> „Bei zahlreichen medizintechnologischen Entwicklungen der vergangenen Jahre ist kaum mehr auseinander zuhalten, inwiefern es sich bei ihnen um Verheißungen oder Bedrohungen handelt. Das gilt gerade auch an den Grenzen des menschlichen Lebens, für den Umgang mit beginnendem, endendem oder beschädigten Leben. Ob In-Vitro-Fertilisation, vorgeburtliche Diagnostik, Transplantationsmedizin oder Intensivmedizin am Lebensende: Immer öfter und dringlicher stellt sich die Frage, ob das, was heute medizinisch möglich ist, auch moralisch verantwortet werden kann. Die Trennlinie zwischen dem, was man tun kann, und dem, was man tun darf, ist zunehmend schwieriger zu ziehen."[18]

Ein großer Teil von ethisch umstrittenen medizinischen Eingriffen tangiert die Grenze zwischen Leben und Tod des Menschen. Diese Grenze ist nicht nur philosophisch, sondern auch emotional von großer Bedeutung, der Tod berührt ja jeden Menschen und stellt die einzige Gewissheit für die Zukunft des Individuums dar. *„Bioethische Fragen – das betrifft ihr existentielles Gewicht – führen in ihrem Kern immer auf Fragen auf Leben und Tod, an denen kein denkendes, endliches Wesen ohne Bewusstsein um die eigene Mitbetroffenheit vorbeigehen kann."*[19]

Aus medizinischer Sicht lassen sich zum Thema Tod einige Feststellungen machen, die banal, aber dennoch in Bezug auf moderne Medizin bedeutsam sind:

- Der Arzt hat den Tod festzustellen, nicht aber herbeizuführen.
- Mit dem Tod sind alle Bemühungen um Heilung durch medizinische Eingriffe oder Behandlung vergangen.
- Der Tote gilt nicht mehr als Patient, da er kein Interesse mehr an medizinischen Eingriffen hat.
- Das Erlebnis Tod aus Sicht des Sterbenden/Verstorbenen entzieht sich jeglicher empirischen Erfahrung, und die Medizin kann anhand bestimmter äußerer Anzeichen darauf schließen, dass der Mensch gestorben ist. Eine objektive exakte Definition der Realität des Todes ist naturwissenschaftlich nicht möglich und nicht Aufgabe der Medizin.
- Ein (toter) Embryo ist nicht als (verstorbener) Mensch, aber auch nur sehr schwer als wertloses Zellmaterial zu sehen.
- Es herrschen zum Teil unrealistische Erwartungshaltungen an die „Kunst der Medizin" angesichts des Todes – und das seitens der Patienten wie auch der Ärzte:

---

18 Ach (1997), S. 9.
19 Hoffmann (2006), S. 14.

„Es gibt eine gesellschaftliche Vormeinung, die Ärzte seien 'als die eigentliche Kampftruppe gegen den Tod eingesetzt' (..) Weiters ist der Einfluss eines funktionalistischen Krankheitsverständnisses zu berücksichtigen. 'Krankheit hat den Stellenwert eines reparaturbedürftigen Defekts, eines Versagens der Lebensmaschinerie. Tod verweist höchstens auf das Versagen ärztlicher Kunst und ist im Grunde eine Beleidigung für den Arzt, der während seines Studiums auf die Begegnung mit dem Sterbenden und den Tod nicht vorbereitet wird."[20]

Mit diesen Feststellungen sind jene medizinischen Techniken verbunden, die in dieser Arbeit aus ethischer Sicht dargestellt werden sollen: Alle Eingriffe, die am Beginn und am Ende des Lebens durchgeführt werden, und in denen das Prinzip der Freiwilligkeit und der Nützlichkeit des Eingriffs aus Sicht des Patienten nicht mehr direkt gegeben ist und die immer mehr eine ethisch begründete Begrenzung und Kontrolle ärztlichen Handelns notwendig machen. Die Grundfrage dabei: Ist alles medizinisch Machbare ethisch vertretbar bzw. sollen Mediziner alles dürfen, was sie können? Und nach welchen Normen sollen und können hier Grenzen gesetzt werden?

„Die neuen medizinischen Handlungsmöglichkeiten auf dem Gebiet der Diagnostik, Prognostik, Therapie, Prävention, der Operationstechniken, der Reproduktionsmedizin, der Humangenetik werfen ethische Probleme auf, die im Rückgriff allein auf das traditionelle ärztliche Standesethos nicht mehr gelöst werden können. Sie erfordern eine neue Vergewisserung, eine kritische Reflexion der Basis und der Gesichtspunkte ethischer Urteilsbildung. (...) Das für den Menschen Zuträgliche lässt sich nicht ermitteln, ohne gleichzeitig zu fragen, wer der Mensch und was für ein Wesen der Mensch ist."[21]

Diese Fragen können, aber müssen nicht auf religiöser Basis beantwortet werden, aber es liegt auf der Hand, dass die Frage der Orientierung oder Nicht-Orientierung an Religion einen wesentlichen Einfluss auf die diesbezüglichen Argumentationslinien hat. Somit *kann* Religion (*muss* aber nicht) als Faktor ethischer und im Weiteren juristischer Normen gelten und damit auch die Entwicklung wissenschaftlicher Neuerungen fördern oder hemmen. So gelten z.B. im Judentum Embryonen außerhalb des Mutterleibs als nicht schutzwürdig und haben den moralischen Status von Samenzellen, weshalb die gesetzlichen Regelungen von Embryonenschutz in Israel äußerst liberal sind – und das ist ein Faktor, der es ermöglichte, dass israelische Forscher heute auf dem Feld der Stammzellenforschung an der Weltspitze liegen.[22]

Doch gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, dass religiöse Werte nicht als allgemein verbindlich und auch nicht mit dem geltenden Recht im jeweiligen regionalen Raum gleichgesetzt werden dürfen, was besonders in Hinblick auf die

---

20 Condrau (1980), 88f., zitiert nach Pöltner (2002), S. 111. Zur Konzeption der Krankheit als zu bekämpfender Feind s. auch Lux (2003), S. 146.

21 Pöltner (2003), S. 1.

22 Vgl. Wetz (2003), S. 15 ff.

islamische Welt immer wieder übersehen wird. So haben sich bedeutende öffentliche Gremien islamischer Rechtsprechung dafür ausgesprochen, reproduktives Klonen zu verbieten[23] – gleichzeitig hat der libysche Herrscher Gaddafi dem italienischen Forscher Antinori ausreichend Geld und Laborräume für dessen umstrittene Klonversuche angeboten.[24]

Als eine Art von Kontrollinstanz für die sich rasant weiterentwickelten Methoden der Schulmedizin entstand in Europa der Ansatz der Bioethik, zunächst als wissenschaftliche Disziplin, die eine Brücke zwischen biologischem Wissen und humanen Werten bauen sollte. Schließlich ging es darum, dass *„Fragen der modernen Medizin von der traditionellen Medizinethik, die sich bis dahin auf Regeln und Codices der ärztlichen Berufspraxis beschränkte, nicht hinreichend erfasst werden. Ihnen ging es um einen verantwortlichen Umgang mit den neuen Möglichkeiten der biomedizinischen Forschung und Praxis."*[25]

Im Gegensatz zu anderen Anwendungsbereichen von Ethik (Wirtschaftsethik, Medienethik usw.) kommt der Bioethik sehr große Aufmerksamkeit zu, es werden immer öfter Bioethikkommissionen eingesetzt, die Vorschläge für gesetzliche Regelungen ausarbeiten sollen, und Begriffe wie therapeutisches Klonen, Stammzellenforschung und Embryonensplitting werden zunehmend zu allgemein gängigen Begriffen, unabhängig davon, wie weit diese Techniken von der Lebensrealität der Menschen entfernt sind.

2. Ethnomedizin, Globalisierung und kulturübergreifende Bioethik[26]

Mit der Erweiterung medizinischer Eingriffsmöglichkeiten in den menschlichen Körper gewinnen ethische Fragestellungen immer mehr an Aktualität, und der mit dieser Problematik befassten Bioethik geht es darum, einen kulturell (religiös, ethisch-moralisch bzw. grundrechtlich) definierten Rahmen zu schaffen, in dem sich naturwissenschaftliche Forschung und Anwendung be-

---

23 http://www.scidev.net/News/index.cfm.

24 Wetz (2003), S. 10 Am Rande sei bemerkt, dass das Verhältnis zwischen Medizin als Naturwissenschaft und den ethisch-moralischen Normen, die ihr zugrundeliegen, wechselseitig ist. Einerseits setzen kulturelle Normen Grenzen, durch die medizinischer Fortschritt begrenzt oder behindert wird, andererseits wirken auch medizinische Neuentwicklungen auf moralisch-ethische Maßstäbe. Ein medizinischer Eingriff, der eine sehr hohe therapeutische Wirksamkeit hat, kann leicht moralisch-ethische Bedenken zerstreuen und damit kulturell existierende Grenzen verschieben. Zudem entwickeln sich Techniken schnell vom Sensationellen zum Normalen, und moralische Bedenken können u.U. durch einen Gewöhnungsprozess an Bedeutung verlieren.

25 Graumann (2002), http://www.imew.de/imew.php/aid/294.

26 Der Begriff „kulturübergreifende Bioetik" ist der Titel eines Forschungsverbunds an der Universität Bochum (www.ruhr-uni-bochum.de/kbe/) und eines von Thomas Eich und Sören Hoffmann – beide Mitarbeiter an diesem Projekt – herausgegebenen Sammelbandes (Eich/Hoffmann, 2006).

wegen soll – Ziel ist, die Würde des Menschen, die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens sowie den gerechten Umgang mit medizinischen Ressourcen zu gewährleisten. Dieser kulturelle Bezugsrahmen rückt das Thema in den Bereich ethnomedizinischer Forschung, die sich unter Anderem der Erforschung kultureller Variablen von Medizin widmet, wobei in diesem Fach die Unterscheidung zwischen fremder und eigener Heilkunde zunehmend an Bedeutung verliert[27] und sich zudem in der Ethnologie allgemein ein verstärktes Interesse an Handlungsorientierung bei gleichzeitiger Abwendung von materieller Ethnographie abzeichnet.[28] Bioethik ihrerseits bemüht sich um „*kulturell angemessene Verhaltensweisen im Umgang mit Lebewesen*“[29], und diese Angemessenheit braucht, wenn sie theoretisiert werden soll, nicht zuletzt eine ausreichende kultur- und sozialwissenschaftliche Qualifikation. Im Hinblick auf die vorliegende Arbeit sind dabei folgende Aspekte zu berücksichtigen:

Der Prozess der Globalisierung zeichnet sich auch im Bereich der Heilkunde mit aller Deutlichkeit ab, die meisten Standardmethoden europäischer Medizin werden heute weltweit angewendet und werden zunehmend zu einem vorherrschenden System medizinischen Handelns, und ebenso ist auch der bioethische Diskurs an sich globalisiert.[30] Gleichzeitig zeigen sich auch kulturell variable regionale Antworten auf diesen Globalisierungsprozess, zum Teil als Gegenreaktion auf den universellen Geltungsanspruch europäischer Schulmedizin. Diese regional differenzierten Antworten auf ein globalisiertes Medizinsystem können höchst unterschiedlich gestaltet sein. Ob es sich um Ayurveda-Kliniken in Mitteleuropa und um TCM-Kurse an heimischen Volkhochschulen handelt, oder ob islamische Gelehrte im jemenitischen Bergland Rechtsgutachten zum Thema Klonen und Stammzellenforschung herausgeben, all das zeigt, dass die Mobilität medizinischer Leistungen verschiedenste Antworten und Reaktionen hervorruft, die kulturell zu betrachten sind und den rein naturwissenschaftlichen Ansatz im Umgang mit Medizin relativieren. Damit geht es bei dieser Arbeit auch um medizinische Globalisierung und um die Frage von „*Übernahme, Um-Interpretation und Widerstand*“ angesichts eines globalisierten Systems von Heilkunde.[31]

In Bezug auf den europäischen Diskurs in medizinethischen und bioethischen Fragen ist man von einem – dringend notwendigen – Konsens weit entfernt, es scheint, als werde es zunehmend schwieriger, eine gemeinsame weltanschauli-

---

27 Vgl. Lux (2003), S. 10.
28 Vgl. Bruchhausen (2003), S. 334.
29 Mohr, H.: Natur und Moral. Ethik in der Biologie. Darmstadt 1987, S. 154, zitiert nach Wuketits (2006), S. 164.
30 Vgl. Hoffmann (2006), S. 13.
31 Wolf/Hörbst (2003), S. 5.

che Basis zu finden, auf der man aufbauen könnte, um Aufgaben und Grenzen von Medizin zu definieren.

Nun werden in dieser Diskussion zunehmend kulturvergleichende Publikationen zu Bioethik oder ihr zuzuordnenden Themen herangezogen, um Anregungen und Lösungsansätze zu finden.

> „Die Auseinandersetzung mit all diesen Fragen findet weder ausschließlich in Europa noch ausschließlich im Christentum statt. Die jeweiligen Technologien sind inzwischen weltweit verfügbar. In den Forschungslabors arbeiten Wissenschaftler aus aller Welt und mit unterschiedlichem religiösem Hintergrund. Darüber hinaus betreffen die durch die moderne Gentechnologie aufgeworfenen Fragen in ihrer Grundsätzlichkeit die gesamte Welt. Schon allein aus diesen Gründen ist eine fundierte Analyse bioethischer Debatten in anderen Regionen und Religionen für die Diskussion in Deutschland bedeutsam, will sie nicht im Vorläufigen oder gar Provinziellen verharren."[32]

Ob man nun das Thema diskutiert, um angesichts moralisch-normativer Dissense ethische Kompromisse zu finden[33] oder aber um ein pluralistisches Nebeneinander von verschiedenen „Bioethiken" zu etablieren[34], ist ungeklärt – fest steht, dass unterschiedliche kulturelle Bezugssysteme medizinethischer Fragestellungen auch im europäischen Konsens sachlich und fundiert zu diskutieren sind. Dieses Thema ist umso bedeutender, je mehr der europäische Krankenhausalltag von kulturell heterogenen Patientengruppen geprägt ist[35]. Besonders in den medizinischen Bereichen, die nicht im individuellen Ermessen des Patienten stehen, sind rechtliche Regelungen, die auch der soziokulturellen Heterogenität der Betroffenen Rechnung trägt, unabdingbar. Während zum Beispiel ethische Fragen in Bezug auf Unfruchtsbarkeitsbehandlungen oder Lebendorganspenden individuell entschieden werden können, geht es bei posthumen Organentnahmen, der Definition und Manipulation des Todeszeitpunkts, dem Umgang mit Totgeburten usw. um rechtliche Bereiche, die überindividuell geregelt werden müssen, da diese mit öffentlichen Zugriffsrechten auf den Körper verbunden sind.

Um dabei alle gesellschaftlichen Gruppen in Europa zu berücksichtigen, sind auch fundierte Darstellungen islamischer Konzepte von Bioethik nötig – bei Ilkilic (2003) findet sich diese Forderung in Bezug auf die diesbezügliche Diskussion in Deutschland:

> „In Westeuropa leben ca. 13 Millionen Muslime, 3,4, Millionen davon in Deutschland. Die Interessen und Prioritäten dieser Menschen wurden auch in der heißesten Phase der bioethischen Diskussionen weder in den öffentlichen Diskussionen noch in den wissenschaftlichen Publikationen thematisiert. Sie sind auch kein Diskussions-

32 Eich (2005), S. 8.
33 Vgl. Düwell/Steigleder (2003), S. 34.
34 Vgl. Steigleder(2003), S. 72.
35 Vgl. Verwey (2003), S. 277 ff.

thema in den der Beratungsfunktion dienenden Gremien wie Nationaler Ethikrat oder Bundestags-Enquetekommission „Recht und Ethik der modernen Medizin". Es ist in einem demokratischen Staat nicht vertretbar, dass die Interessen und Wertesysteme der Menschen – mit oder ohne Stimmrecht –, die seit 40 Jahren in diesem Land leben und weiter leben werden, in den essentiellen Entscheidungsprozessen gleichgültig sind. Denn die erlassenen Gesetze betreffen jeden Menschen, unabhängig von seinem Pass und seiner Religion."[36]

Ein weiteres Argument für eine exakte kulturvergleichende Definition ethischer Normen im Umgang mit dem menschlichen Körper ist die Gefahr des Entstehens von rechtsfreien Räumen, die angesichts der Globalisierung von medizinischer Forschung leicht entstehen können:

„Es ist nicht auszuschließen, dass das westliche Know-how für sich genommen außerhalb der Industrieländer und nicht zuletzt in muslimischen Ländern neue gesetzesfreie Zonen findet und ethisch nicht vertretbare Folgen verursacht."[37]

„Die Globalisierung hat natürlich auch nicht vor der Biomedizin halt gemacht: Tunesische Mediziner aus dem Bereich der Genforschung etwa fordern nachdrücklich den Aufbau einer eigenen Forschungsinfrastruktur im Land und das Schließen von Gesetzeslücken, da westliche Firmen und Forschungsinstitutionen zunehmend die arabische Welt als eine Art Freiluftlabor für sich entdeckt haben."[38]

Diese Problematik wird auf internationaler Ebene zunehmend diskutiert, der Weltärztebund und der Europarat versuchen, globale Richtlinien zu schaffen, um die Forschung an „Armen zu Gunsten von Reichen" zu unterbinden[39] – man muss aber auch andere Kriterien in Betracht ziehen, vor allem unterschiedliche Levels von ethischem Problembewusstsein in der Gesetzgebung verschiedener Länder, das wirtschaftliche Kriterium allein ist hier sicher nicht ausschlaggebend. So lobte z.B. der umstrittene Fortpflanzungsmediziner Severino Antinori besonders die guten Arbeitsbedingungen in den Vereinigten Arabischen Emiraten[40] – bei umstrittenen Klonexperimenten bedeuten gute Bedingungen vermutlich die Abwesenheit von „behindernden" ethisch begründeten Regelungen.

3. Bioethik und islamisches Recht

Bioethische Fragen sind seit den 50er Jahren auch ein wichtiges Thema der islamischen Rechtsliteratur, und Diskussionen über Sterbehilfe, Organentnahme, Klonen und Stammzellenforschung werden heute in vielen islamischen

36 Ilkilic (2002), S. 45.
37 Ebd. S. 44.
38 Eich (2003), S. 2.
39 Vgl. Taupitz (2005), S. 74.
40 Vgl. Ilkilic (2002), S. 44.

Ländern von Fachleuten, zum Teil publizistisch aufbereitet in einer breiten Medienöffentlichkeit diskutiert.

Die Globalisierung der europäischen Medizin stellt die islamischen Rechtsgelehrten vor die dringliche Aufgabe, Grenzen für den Umgang mit Leben und Tod zu definieren, und moderne naturwissenschaftliche Verfahren in das islamische Rechtssystem einzuordnen. Dabei geht es nicht nur um Handlungsanleitungen für Individuen, sondern auch darum, Gesellschaften davor zu schützen, in einem rechtsfreien Raum zu leben: Ein Staat ohne eine diesbezügliche Gesetzgebung kann wie bereits erwähnt zu einem Versuchslabor für wissenschaftliche Methoden werden, die Forschern in ihren Heimatländern gesetzlich untersagt sind, Staaten und Regionen können sich zu Organmärkten entwickeln, wenn dieser Bereich nicht ausreichend gesetzlich geregelt ist. In islamischen Ländern werden die Vorgaben des religiösen Rechts beim Prozess der Gesetzgebung in sehr unterschiedlicher Form einbezogen, und das geltende Gesetz in einem arabischen Land kann je nach politischer und ideologischer Situation in bestimmten Fragen mit dem islamischen Recht deckungsgleich, aber auch völlig unterschiedlich sein.

Weiters ist hier anzumerken, dass auch in internationalen Gremien den Meinungen islamischer Rechtsgelehrter zunehmend Bedeutung zukommt:

> „Im Herbst 2003 kam es bei der Uno zu einer dramatischen Abstimmung: Man befand darüber, ob man die Technologie des Klonens zur Gänze oder doch zumindest teilweise verbieten solle. Eine Gruppe warb für den Vorschlag, der vor allem von Deutschland und Frankreich eingebracht worden war. Er besagte, dass man lediglich das reproduktive Klonen beim Menschen verbieten solle. Ein anderer Vorschlag ging auf die Initiative Costa Ricas zurück und erhielt die Unterstützung der USA. Er hatte zum Inhalt, dass alle Formen des Klonens verboten werden sollten (...). In letzter Minute wurde von einer Seite, mit der bisher niemand gerechnet hatte, ein dritter Vorschlag eingebracht, der eine knappe Mehrheit gewann: Die gesamte Abstimmung solle doch einfach vertagt werden. Dieser Vorschlag ging auf Iran zurück, das zu diesem Zeitpunkt die Organisation des Islamischen Kongresses (OIC) bei der Uno vertrat, einen Zusammenschluss von 56 Staaten mit mehrheitlich muslimischer Bevölkerung. Spätestens seit diesem Zeitpunkt sind sich Kommentatoren darin einig, dass man in Schlüsselfragen der Bioethik auf politischer Ebene an der so genannten islamischen Welt nicht einfach wird vorbeigehen können."[41]

Wie aus diesen Feststellungen ersichtlich, ist der islamische Bioethikdiskurs zunächst in Hinblick auf drei Perspektiven von Interesse:

- Die Analyse bioethischer und medizinethischer Diskurse an sich.
- Der angemessenen Umgang mit „fremden" Patienten, bzw. die Berücksichtigung kultureller Differenzen im Bereich der Bio- bzw. Medizinethik.

[41] Eich (2004 b), S. 1.

– Die diesbezüglichen internationalen Diskurse mit dem Ziel der Entwicklung übernationaler bioethischer Normen.

In dieser Arbeit geht es um diese ethische, juristische und rechtsethische Auseinandersetzung mit den oben genannten medizinischen Methoden aus islamisch-sunnitischer Sicht, wobei das islamische Recht als normative Instanz zu betrachten ist, das in einem globalisierten Netz medizinischer Möglichkeiten einen Orientierungsmaßstab darstellen kann. Dabei ist folgender Punkt besonders wichtig:

Ein wesentlicher Anteil der wissenschaftlichen Literatur zum Thema Islam und Medizin beschäftigt sich mit dem Thema arabischer Medizin, also einer Heilkunde, die lange Zeit charakteristisch für den islamischen Raum war. Wesentlicher Forschungsbereich ist hier das Weiterleben griechischer Heilkunde in den arabischen Wissenschaften, und die zentrale Frage ist meistens die, ob arabische Wissenschaftler die griechische Medizin nur übernommen, weiterentwickelt, oder ob sie einen neuen medizinischen Entwicklungsprozess eingeleitet haben. Weiters werden in der diesbezüglichen Literatur bestimmte heilkundliche Traditionen wie z.B. die prophetische Medizin, spirituelle Heilungsmethoden, diätetische und hygienische Vorschriften thematisiert.[42]

Es ist aber nicht zu übersehen, dass in vielen islamischen Staaten heute die europäische Schulmedizin zu einem etablierten und dominierenden System geworden ist, und so genannte traditionelle Heilmethoden enorm an Bedeutung verloren haben. Aus diesem Gesichtspunkt geht es in dieser Arbeit nicht um traditionelle Behandlungsmethoden im islamisch-arabischen Raum, sondern um die Reaktion religiöser Institutionen auf moderne europäische Medizin, die Vergleichbarkeit ihrer Argumente mit dem europäischen Bioethik-Diskurs und die zahlreichen historisch gewachsenen kulturübergreifenden Faktoren, die dieses Thema mitgestalten.

Seit den 90-er Jahren etablierten sich auch im deutschsprachigen Raum zunehmend Arbeiten, die sich mit muslimischen Stellungnahmen zu ethisch problematischen medizinischen Eingriffen auseinandersetzen. Im Laufe der Zeit wurde ein Kritikpunkt laut, der auch diese Arbeit in gewissem Sinn trifft: Die Konzentration auf „exotische" Themen wie Klonen, Stammzellenforschung und dergleichen und Vernachlässigung von klinisch relevanten Fragestellungen, die kultur- und religionssensible Ethik im kulturell heterogenen Krankenhausalltag in Deutschland mitformulieren könnte. Eine weitere, bereits erwähnte perspektivische Verengung ist die Reduzierung islamischer Bioethik auf die normativen Stellungnahmen im Bereich von Medizin (al-fiqh aṭ-ṭibbī).[43]

---

[42] Vgl. Browne (1962), Ullmann (1978), Rahman (1989).
[43] Vgl. Eich et. al. (2015), S. 265-277

Die vorliegende Arbeit konzentriert sich bewusst auf das Genre der diesbezüglichen Fatwa-Literatur, wobei drei wesentliche Punkte zu nennen sind:

Die zu besprechenden rechtlichen Normen sind, wie noch zu zeigen sein wird, in einem dynamischen, historisch genau zu definierenden Feld zu sehen.

Muslimische PatientInnen gehen eigenverantwortlich mit derartigen normativen Bestimmungen um und orientieren sich – wenn überhaupt - höchst individuell an unterschiedlichen ethisch-religiösen Vorgaben.

Die systematische Darstellung von Rechtsgutachten in einem definierten kulturell-sprachlichem Raum der „islamischen Welt" ist kein Ersatz für die Formulierung einer islamischen Medizinethik.

4. Fragestellung

Ethisch problematische medizinische Verfahren wie Organentnahme und Transplantation, Sterbehilfe, medizinische Eingriffe an Leichnamen und Föten sind geeignete Beispiele, moderne muslimische Positionierungen zu medizinischem Handeln zu verdeutlichen – die muslimischen Gelehrten sehen sich heute (ebenso wie Juristen und Bioethiker auf der ganzen Welt) mit medizinethischen Fragestellungen konfrontiert, die sich durch wissenschaftliche Neuerungen ergeben haben:

> „Nun haben gerade die neuen medizinischen, molekularbiologischen und genetischen Techniken, die den Beginn oder das Ende des menschlichen Lebens betreffen (zum Beispiel PID, Keimbahntherapie, lebensverlängernde Maßnahmen, Organtransplantation usw.) die Frage virulent werden lassen, welche Rechte den von diesem Handeln Betroffenen zukommt. Solange im Umgang mit Embryonen, Föten, Dementen, Komatösen oder Sterbenden nur sehr eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung standen, stellte sich die Frage nach ihrem moralischen Status kaum. Diese Situation ist heute nicht mehr gegeben."[44]

In dem Maße, in dem Medizin in grundlegende Rechtsgüter eingreift und zu gesellschaftlichen Zugriffen auf den menschlichen Körper führt, ist zu fragen, welche sozialen Interessen derartige Eingriffe rechtfertigen – die sozial gestaltende Rolle der Medizin am Lebensbeginn und die Rechte des Zugriffs auf sterbende und verstorbene Körper sind Schlüsselfragen der aktuellen bioethischen Diskussionen. Die Antworten, die hier im islamischen Recht gegeben werden oder auch abgeleitet werden können, sind einerseits nicht nur kulturell-religiös, sondern in ihrer dynamischen Bezogenheit auf die aktuelle Lebenswirklichkeit zu sehen: Weltweit verfügbares medizinisches Know-How, Prozesse der Globalisierung in verschiedensten Ausprägungen, die Natur des islamischen

44 Hübenthal (2003), S. 129.

Rechts als normative Instanz, die nicht an geographische Grenzen gebunden ist, all diese Faktoren haben weitgehende Auswirkungen auf bioethische Argumentationen. Ausgehend von einer dynamischen Beziehung zwischen kulturellen Werten und globalisierten Fakten sollen folgende thematischen Schwerpunkte bearbeitet werden:

- Wie noch zu zeigen sein wird, schaffen die hier zu behandelnden Eingriffe in den menschlichen Körper neuartige soziale Konstrukte, die sich deutlich von therapeutisch ausgerichteten Behandlungsverträgen unterscheiden (in vielen Fällen führen medizinische Neuerungen zu Formen der Vergesellschaftlichung und der Gefahr der „Sozialpflichtigkeit" des menschlichen Körpers). Hier stellt sich die Frage, auf welchen rechtlichen Grundlagen medizinisches Handeln im islamischen Recht steht und wie das Verhältnis des Arztes zum Patienten bzw. des menschlichen Körpers zur Gesellschaft geregelt ist. Im Weiteren ist zu klären, welche Bedeutung im islamischen Recht den sozialen Aspekten moderner Medizin zukommt und in welchem Rechtsverständnis nicht eigennützige Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit des Menschen betrachtet werden und welche unterschiedlichen Interessenssphären hier von Bedeutung sind.
- Welche Grundrechte, klassischen Rechtstexte und Rechtsregeln werden im zeitgenössischen Fiqh angeführt, um die oben genannten medizinischen Interventionen zu akzeptieren oder abzulehnen, und in welchem Verhältnis stehen diese Rechtsquellen zu historisch sich verändernden Entwicklungen.
- Sind die islamrechtlichen Konzepte mit dem europäischen Bioethikdiskurs vergleichbar, welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede gibt es und aus welcher Perspektive werden in der islamischen Literatur europäische Positionen zu Grundfragen der Medizin betrachtet?
- Inwiefern entsprechen die in Österreich/Europa geltenden gesetzlichen Regelungen im Zusammenhang mit Medizin den Bedürfnissen muslimischer PatientInnen? Gibt es Bereiche, in denen man von einer gesetzlichen Problematik in Bezug auf muslimische BürgerInnen ausgehen kann?

Methodisch ist diese Arbeit auf den Ansatz der kulturübergreifenden Bioethik ausgerichtet, und es geht vor allem darum, anhand der verschiedenen thematischen Schwerpunkten zu verdeutlichen, wie bedeutend es auch im Zusammenhang der Bioethik ist, sich weg von einer kulturalisierenden hin zu einer kontextuellen Betrachtungsweise zu bewegen. Als Material der islamischen Rechtsliteratur dienten hier hauptsächlich zeitgenössische arabische Publikationen mit der wesentlichen Einschränkung, dass auf schiitische Positionen (abgesehen von einzelnen Randverweisen) nicht eingegangen wurde. Besonderes Augenmerk kommt dabei auch den Entscheidungen internationaler Rechtsgremien zu, ohne dass dadurch irgendeine Art von Verbindlichkeit oder Kanonisierung der darin formulierten Aussagen postuliert wird. Auch diese Gre-

mien sind zeitlich und örtlich zu definierende Instanzen, die in einem bestimmten politischen und faktischen Kontext wirken und keinen bleibenden Geltungsanspruch haben. Die in diesen Gremien formulierten Positionen können aber als spezifische Kulminationspunkte von Diskussionssträngen gesehen werden und sind dadurch von besonderem Interesse für diese Arbeit.

B. Medizin an den Grenzen des Lebens: Definitionen und naturwissenschaftliche Grundlagen

1. Fallbeispiele

Um die Bedeutung medizinischer Eingriffe an den Grenzen des Lebens zu verdeutlichen, seien zunächst einige in den Medien diskutierte Beispiele dargestellt, die in der Einleitung dieser Arbeit zum Teil bereits angedeutet wurden:

- Im Jahre 1985 wurden sechs Prosekturgehilfen des LKH Klagenfurt angezeigt, da bekannt wurde, dass sie mehrere Jahre hindurch nach Obduktionen die Hypophysen von Leichen entnahmen, und diese – für siebzig Schilling (~fünf Euro) pro Stück – an pharmazeutische Vertreter verkauften. Nach längeren juristischen Diskussionen wurde im Gerichtsurteil festgestellt, dass sich die Angeklagten der Störung der Totenruhe strafbar gemacht haben, der von Rechtsexperten vorgeschlagene Tatbestand des Diebstahls und der Sachbeschädigung aber nicht vorlagen.[1]
- Im November 1993 kamen so genannte Leichen-Crashtests in die Schlagzeilen: Im Rahmen der so genannten traumatomechanischen Forschung an der Universität Heidelberg wurden Tote auf Schlitten festgeschnallt, die dann beschleunigt gegen Hindernisse prallten. Die vorliegenden inneren und äußeren Verletzungen am Leichnam geben wichtige Aufschlüsse zur Verbesserung der Maßnahmen zum Insassenschutz, zur Optimierung der Sicherheitsmaßnahmen und liefern Erkenntnisse für die Unfallchirurgie. Der Vatikan nannte diese Versuche „barbarische Tests", Vertreter der deutschen Bischofskonferenz sprachen von einem „Verstoß gegen die Pietät und Würde", seitens der evangelischen Kirche war von „Leichenschändung und nekrophilem Anliegen" die Rede. In positiven Stellungnahmen wurde auf die Wichtigkeit traumatotechnischer Untersuchungen an Leichen hingewiesen, und zudem darauf hingewiesen, dass diese Forschungsrichtung in Europa seit mehr als 30 Jahren etabliert ist.[2]
- 1993 sorgt der Fall des sog. „Erlanger Babies" für erregte öffentliche Diskussionen: Eine hirntote Schwangere wurde über Wochen hinweg biologisch am Leben erhalten, um – sehr wohlwollend interpretiert – das Leben des ungeborenen Kindes zu retten. Kritiker des Experiments meinten, man setzte sich über alle gebotenen menschlichen Werte hinweg, um sich am Expe-

---

1 Vgl. Lenfeld (1986), S. 30 ff.
2 Vgl. Zimmer (1989), S. 329 ff.

riment einer posthumen Schwangerschaft medizinisch zu profilieren. Weder die „hirntote Schwangere" noch das „Kind im Bauch einer Toten" hatten – so die Kritiker – Nutzen an diesem Experiment, beide waren die schwächsten Glieder dieser sozialen Konstellation.[3]

- In den USA wird folgende Frage diskutiert: Soll auf schwangere Frauen, die zu einer Risikogruppe gehören, stärkerer Druck ausgeübt werden, damit sich diese pränataler Diagnostik unterziehen und bei positivem Befund den geschädigten Embryo abtreiben lassen, um die Solidargemeinschaft der Versicherten nicht zu belasten. Angeblich kursiert in den USA der Slogan: „*Jeder Dollar für die (pränatale) Frühdiagnostik spart fünf Dollar für die Betreuung eines Menschen mit Behinderung.*"[4] In Österreich fand 2006 ein aufsehenerregender Schadensersatzprozess gegen einen Gynäkologen statt, der eine schwangere Patientin nicht eindrücklich genug auf einen abnormalen Ultraschallbefund aufmerksam gemacht hat – er war damit an der Geburt eines behinderten Kindes „schuldig" und damit laut Urteil des Obersten Gerichtshofs schadensersatzpflichtig.[5]
- Im Dezember 2004 errichtete die Aktionsgemeinschaft „Human Life International" in den ehemaligen Lucina-Kliniken in Wien eine so genannte „*Baby-Holocauststätte*" bzw. ein „*Babycaustmuseum*", in der Schwangerschaftsabbrüche an den „Pranger" gestellt werden sollen. Der Vergleich der Fristenlösung mit dem Holocaust – eine übrigens auch von Johannes Paul II verwendete Rhetorik – stieß auf scharfe Kritik und Politiker forderten die Schließung des Zentrums und dessen Verwendung in ein Frauengesundheitszentrum. Gleichzeitig wird Personenschutz für Frauen gefordert die in der Nachbarschaft der Klinik am Fleischmarkt belästigt werden und mit Plastikembryos von einer Abtreibung abgehalten werden sollen.[6] „Abtreibung ist Mord" und „Mein Bauch gehört mir" sind die Parolen und die Extrempositionen, zwischen denen die Abtreibungsdiskussion in Europa pendelt.
- Im März 2006 verblutete ein Mitglied der Zeugen Jehovas im Operationssaal vor den Augen der Chirurgen, die aufgrund einer Patientenverfügung nicht berechtigt waren, diesem eine lebensrettende Bluttransfusion zu verabreichen. Der Vorsitzende der österreichischen Bioethikkomission, Johannes Huber, meint dazu in einem Interview[7], die Ärzte haben zwar juristisch korrekt gehandelt, da ein Eingriff am Patienten gegen seine Zustimmung rechtlich als Körperverletzung gelte, jedoch sei auch darüber nachzudenken,

---

3 Vgl. Manzei (1997), S. 5 ff.
4 Klösch (2003), S. 131.
5 Vgl. Ehgartner (2006), S. 110 und http://www.medical-tribune.at/dynasite.cfm?dssid=4171&dsmid=77033&dspaid=602777.
6 Vgl. Standard, 20.12. 2004.
7 ZIB-2 vom 28. 3. 2006.

ob man nicht das Leben (als höchstes, unverletzbares Gut) dem Willen des Patienten überordnen solle.

Die Liste ließe sich weiter fortsetzen, wesentlich ist, dass im medizinischen Alltag viele ethisch problematische Grenzüberschreitungen zwischen Leben und Tod vollzogen und immer öfter Entscheidungen zwischen Lebenlassen – Nichtlebenlassen – Töten getroffen werden müssen. Damit verbunden sind folgende Fragestellungen:

- Hat ein Arzt unter allen Umständen Leben zu retten, unabhängig davon, ob die verlängerte Lebensspanne eventuell mit unbehandelbarem Leiden verbunden ist? Diese Frage ist nicht nur bei Patienten in Langzeitpflege, sondern auch im Zusammenhang mit Reanimationen von zumindest theoretischer Bedeutung.[8]
- Hat ein Patient das Recht, über seine Behandlung zu bestimmen, auch dabei auch bestimmte Therapieformen abzulehnen?
- Stellt der bewusste Abbruch einer medizinischen Behandlung – wenn dieser Behandlungsverzicht mit aller Wahrscheinlichkeit zum Tod führt – eine Art von Tötung dar und ist dies mit der Pflicht von Ärzten, Leben zu retten, vereinbar?
- Welche Autoritäten bzw. rechtliche Instanzen (Familie, Sachwalter, Ärzte, Gerichte) haben das Recht, einen Behandlungsabbruch zu verlangen, wenn der Patient nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen auszudrücken?
- Wann kann man von *lebensunwertem* Leben, *unerträglichen* Leiden, etc. sprechen?
- Hat ein Patient, der im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens behandelt wird, das Recht auf jede denkmögliche Therapie, unabhängig von medizinischen Prognosen und seiner zu erwartenden „natürlichen Lebensspanne"?
- Haben Lebende das Recht, vom „biologischen Material" Verstorbener Nutzen zu ziehen?
- Hat eine Frau das Recht, über das Leben eines Embryos zu entscheiden? Gibt es eine (individuelle oder gesellschaftliche) Pflicht, ungeborenes Leben zu schützen? Gibt es eine ethische Grundlage für den Umgang mit Embryos nach Abtreibungen bzw. Fehlgeburten? Verdienen extrakorporale Embryonen einen wie immer gearteten Rechtsschutz? Welch Gestaltungsmöglichkeiten im Prozess der Zeugung sind mit der „Menschenwürde" vereinbar?

[8] Kettler/Mohr (1999), S. 5.