

Medizinethik - eine Aufgabe in der Begegnung von Christentum und Islam

Von Martin Karrer

Wo eine Beziehung zwischen Religionen gut erwächst und sich gut verankert, wofür die Jubilarin, die Kontaktstelle für Weltreligionen, einsteht, begegnen sich Lebenswirklichkeiten mit immer neuen Herausforderungen. So ist das Jubiläum Anlass zum Dank und Anlass zum Ausblick. Verständigung und Dialog weiten sich aus. Einem Aspekt dessen darf ich mich zuwenden: den anstehenden Bemühungen zwischen Christentum und Islam um die Medizinethik.

1 Prolog: ein Sterben 1999

Als Anfang Februar 1999 der jordanische König Hussein starb, herrschte vorübergehend Verwirrung in den deutschsprachigen Medien. Seine Organe seien ausgefallen, hieß es; nur die Beatmung werde während seines Sterbens noch fortgesetzt. Die Meldung, er sei klinisch tot, schälte sich in einigen Sendern bald heraus. Doch galt sie nicht als eindeutige Todesmeldung. Klarheit über den Eintritt des Todes verband sich erst mit der Festlegung der Beerdigung, die - wie die Nachrichtenhörer vorab erfuhren - gemäß islamischem Brauch maximal einen Tag nach dem Tod zu erfolgen hatte.

Unvermerkt nahm die Öffentlichkeit an einer schwierigen ethischen Frage Anteil: Wann ist der Mensch tot? Mancher Hörer assoziierte, die schwankenden Aussagen unserer Medien hätten mit *unserer* Diskussion über den Hirntod als entscheidendes Todeskriterium zu tun. Freilich kamen die Meldungen nicht aus einem unserer Krankenhäuser. Sie kamen aus Jordanien. Die Unklarheit über klinischen und „faktischen“, menschlich endgültigen Tod und die vorsichtige, prozesshafte Differenzierung gehörte mindestens ebenso dorthin wie zu uns.

So stießen wir in der Sache auf ein gemeinsames Problem christlich-säkularer und muslimischer Gesellschaften: Die Aufgabe, den Tod zu

bestimmen, beteiligt, in den Gesellschaften etwas unterschiedlich, die Religionen. Sie ist nicht allein medizinisch abstrakt zu lösen. Die Anregungen der Religionen gehen dabei - das ist selbstverständlich - nicht einfach in der Medizin auf. Aber ebenso versagt eine einfache Trennung der Zuständigkeiten (etwa: hier Todesfeststellung, hier Beerdigung). Am Beispiel: Medizinisch hätte der Tod des muslimischen Monarchen einen einzelnen Bezugspunkt erhalten können, den Hirntod.¹ Religiös lagerte sich darüber ein Prozess bis zur Beerdigung, und dieser Prozess beeinflusste schon die Todesfeststellung.

2 Vom Beispiel zur medizinethischen Abstraktion

Versuchen wir die damit anklingende Diskussion um den Tod zu abstrahieren, ergeben sich wichtige Querlinien zwischen Christentum, Islam und Judentum. Gewiss könnten wir sie durch Differenzen lockern; unterschiedliche Nuancen der Religionen um die Beerdigung spiegeln manch unterschiedliche Sichtweisen um den Tod. Trotzdem haben die Querlinien Gewicht:

Die religiösen Grundurkunden stellen das Leben und das Sterben jeweils Gott anheim. Gott gibt und nimmt, lesen Christen in einem berühmten Satz ihrer mit Israel gemeinsamen Schriften („der Herr hat’s gegeben, der Herr hat’s genommen“ Hi 1,21). „Mein Leben und mein Tod gehören Gott“, zitieren Muslime aus der wichtigsten Sure des Koran zu unserem Thema (Sure 6,162). Der Tod ist eine Art Heimkehr (man denke an Paulus in 2 Kor 5,1ff), eine Rückkehr zum Herrn (Koran Sure 6, 164). Die Definition von Leben und Tod durch die Gottesrelation hat in allen Schriftreligionen primären Rang, und erst darauf bauen die jeweiligen Besonderheiten auf.²

Die Parallelität der Schriftreligionen reicht weiter. Das Sterben ist - da es sich aus der Relation zu Gott bestimmt - für sie ein Prozess und ein nach vorn, auf Gott zu offener Vorgang. Der Mensch ist vor Gott ganze Person und daher seine Leiblichkeit nicht beliebig, auch wenn der Leib ganz zerfällt. Innerhalb dessen gibt es wieder Divergenzen; in der

¹ Zumal der Hirntod islamisch seit Anfang der 80er Jahre den Vorrang für die Klärung monarchischer Nachfolgefragen erhielt (vgl. *Ghanem* 63).

² In Röm 5,12ff die Diskussion um Tod und Sünde usw.

islamischen Auffassung, der Tod bedeute den Austritt der Seele (*nafs*) aus dem Körper, etwa verselbständigt sich die Seele deutlicher als im neuzeitlichen protestantischen Christentum, das durch Zweifel an einer besonderen Seele geprägt ist und alle Kontinuität Gott anheimstellt.³

Für die öffentliche Diskussion zählt die Gemeinsamkeit, der Tod werde am Zerfall des Körpers sichtbar, hoch. Denn sie ermöglicht allen Schriftreligionen, in eine medizinische Feststellung des körperlichen Zerfalls vom Hirntodkriterium aus einzuwilligen; Gehirnzellen sterben ohne Sauerstoffversorgung unwiederbringlich ab und zerfallen. Ebenso allerdings haftet daran das Dilemma, dass das sichtbare Sterben länger dauert. Unmittelbar anschaulich wird der Zerfall des Körpers eher am Herztod als am Tod des Gehirns, und er bezieht selbst noch das vorübergehende Wachstum einzelner Zellbereiche nach Beendigung der Herz-, Lungen- und Hirnfunktionen ein.

Die Konsequenz liegt auf der Hand. Einerseits wiegt der Wert einer Lebenserhaltung durch Organtransplantationen in einem islamischen Staat wie in einem säkular westlichen und in christlichen Kirchen, schließlich gleichfalls in Israel⁴ so hoch, dass das Hirntodkriterium (die Voraussetzung für Organentnahmen) grundsätzlich Priorität gewinnt.⁵ Paradigmatisch wurde in Saudi-Arabien die erste Herztransplantation 1988 als islamisch wohlbegründet und dem Ratschluss Gottes gemäß begrüßt.⁶ Andererseits wirkt im täglichen Leben die Beobachtung des

³ Zur islamischen Auffassung z.B. *Stieglecker* 657-672. Das Wort für Seele (*nafs*) setzt übrigens die semitische Sprachtradition der *nfs* fort. Eine Übersicht über die systematische Diskussion im Protestantismus bietet z.B. *Härle* 629-640.

⁴ Während in der halachischen Tradition das Aussetzen von Atmung (Lunge) und Puls (Herz) sowie Unbeweglichkeit (durch Ausfall des Gehirns) gemeinsam das Eintreten des Todes bestimmen, akzeptierte das Israelische Oberrabbinat in Teilhabe an der gesellschaftlichen Diskussion eine Priorität des Hirntod-Kriteriums (EEG-Linie). Die Diskussion ist freilich nicht abgeschlossen (*Levinger* 107f).

⁵ Wenn auch nirgends ohne gravierende Diskussion: vgl. für die westlichen Gesellschaften bes. die kritischen Stellungnahmen durch *Jonas* (bes. 219-239).

⁶ Nachweise *Hoheisel* 94f.

Todes als eines Prozesses, eines Übergangsgeschehens mindestens ebenso stark wie eine medizintechnische Definition. Wo der Druck zur Hirntoddefinition fehlt, verlangt das sein Recht. Die Todesfeststellung verschiebt sich über den Ausfall der Hirnfunktionen hinaus. Die gleitenden Übergänge in den Mitteilungen zum Tod Husseins werden verständlich, und der Kreis schließt sich zum Prolog.

3 Auf dem Weg zum medizinethischen Gespräch

Paradoxerweise sind derartige Berührungen in den - vorläufigen - Reflexionsergebnissen wohl einer der Gründe, warum islamische Positionen in den medizinethischen Handbüchern, Lexika und Kommissionen des deutschsprachigen Raumes lediglich am Rande (wenn überhaupt) vorkommen.⁷ Sie verlangen nicht auf den ersten Blick die Erwähnung als Sonderposition (zum Teil sehr wohl auf den zweiten, wie wir im Fortgang sehen werden). Unsere Gesellschaften haben es bislang leicht, ethische Positionen der muslimischen Mitbürger verspätet und zögernd wahrzunehmen.⁸

Doch das Erfordernis eines weitergehenden Gesprächs steht außer Frage. Ich verdeutliche es am angesprochenen Beispiel: Die Akzeptanz des Hirntodes und das Festhalten am Sterben als Prozess sind nur heikel miteinander zu vereinbaren. Unter den Parallelen der Handhabung in Staaten quer durch die Welt nagen Fragen und erwächst ein positiver Begründungsbedarf.

Angesichts dessen ist eine islamische Stellungnahme wie die von Dr. Nadeem Elyas (Zentralrat der Muslime in Deutschland) in der Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages am 28.6.1995⁹ aufschlussreich. Sie hält zunächst (in ihrem Teil I) die uns

⁷ In den deutschsprachigen medizinethischen Lexika (*Lexikon Medizin Ethik Recht* [trotz der wichtigen Hinweise durch *Khoury*] sowie *Lexikon der Bioethik*) besteht eine weitestgehende Lücke. In den Handbüchern finde ich nur bei *Amelung* 86-88 (v. *Manz*) eine wert-volle Ausnahme. International ist die Diskussionslage deutlich weiter fort-geschritten: s. bes. *Haleem, Kelsay, Nanji, Rispler-Chaim*.

⁸ Zumal viele diese Mitbürger unterschwellig nach wie vor als Gäste betrachten, deren stillschweigender Konsens erwartbar sei.

⁹ In wesentlichen Auszügen wiedergegeben bei *Herrmann* 153-156.

mittlerweile vertraute Doppel-Definition fest, der Tod liege (mit seinen islamisch-juristischen Konsequenzen) bei vollständigem irreversiblen Herz- und Atemstillstand und / oder bei irreversiblen Ausfall der Hirnfunktion vor, letzteres auch, wenn Herz- und Atemfunktionen noch mechanisch aufrechterhalten werden können.

Wie diffizil die Anwendung dessen auf den einzelnen Sterbeprozess ist, mag auf sich beruhen (man denke an die Atemfunktionen in unserem Eingangs-Beispiel). Schon der Einbezug des Prozess-Gedankens als solchen zwingt zu einer ernsthaften Befassung mit der Kritik des Hirntodes. Bei einem Anschluss an diese Kritik müsste islamische Ethik - konstatiert das Gutachten - den Verzicht auf eine Entnahme von Organen fordern, die von vitaler Bedeutung für die noch als lebend geltende Person sind (II. 8). Organentnahme darf nicht zu Tötung werden.¹⁰

Ein zweites: Der Organspender / die Organspenderin bedarf einer positiven ethischen Motivation. Das Gutachten erschließt sie aus den islamischen Prinzipien lobenswerten Handelns und wohlthätiger Hilfe (III.1.1). Der Ratschluss Gottes, der 1988 in Saudi-Arabien hervorgehoben wurde, taucht nicht auf; sachlich wäre er, da Leben und Tod in Gottes Hand liegen, zu ergänzen. Ob mit dieser oder mit jener Begründung, jeweils finden wir vorgängige Kriterien. Sie wirken sich auf die Diskussion um Zustimmungsregelung (explizite Vorausbestimmung durch den Spender / die Spenderin), Widerspruchsregelung (Möglichkeit der Organspende bei unterbliebenem Vorab-Widerspruch) und Beteiligung Angehöriger (Drittlegitimation der Spende) aus (a.a.O. III.1.9 und IV): Lobenswertes Handeln, Wohltat und Gottes Bestimmung eröffnen einen Zugang zur unmittelbaren wie zu einer erweiterten Zustimmungsregelung (Erlaubnis durch Angehörige, falls kein Vorab-Widerspruch vorliegt).

All dies scheint soweit die mitteleuropäische Rechtsentwicklung über Hirntod und Organentnahmen zu stützen. Doch bleiben Nachfragen.

¹⁰ Man vergleiche die Erklärung von *DBK / EKD*: Organtransplantationen, Abschnitt 1.2: „Ein lebender Spender darf mit einer Organspende nicht seinen Tod herbeiführen. Er darf also nur ein paariges Organ [...] spenden, von unpaarigen Organen und Geweben nur Teile. Ganze lebenswichtige Organe dürfen überhaupt nur von Toten entnommen werden.“

Eine betrifft den Rechtsvorgang: Tritt in der mitteleuropäischen Rechtspflege nicht eine Rechtslücke auf, wenn sie die Schlussfolgerungen (Hirntod- und Organentnahme-Regelung) ohne die Begründungen (Gottes Verfügung über Tod und Leben, menschlich zu forderndes lobenswertes Handeln und wohltätige Hilfe) festschreibt?¹¹ Ist das mitteleuropäische Bedenken, eine positive Begründung zur Organspende könne zu einem Rechts-Anspruch der das Organ bedürftenden Person an Spender gegen deren Verweigerungsrechte führen, nicht zu ängstlich gedacht?

Eine zweite, daran anknüpfende Nachfrage fordert christliche Ethik noch direkter heraus: Wie steht es dort mit der positiven ethischen Motivation zur Organspende? Die Zickzacklinie der christlich-theologischen Reflexion darüber beginnt zu irritieren. Die Kirchen verlagerten das ethische Gewicht ja, nachdem sie sich zunächst¹² stark für die Organspende aus liebender Verantwortung für den Nächsten / die Nächste in seinem / ihrem Leid und aus Solidarität mit ihm / ihr¹³ geöffnet hatten, in den letzten Jahren - gedrängt durch strittige Gesetzesvorlagen - nicht unbeträchtlich auf die Schutzrechte der Person inklusive dem Schutzrecht des Körpers über den Tod hinaus.¹⁴ Die

¹¹ So z.B. im deutschen Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz) vom 5.11.1997 (BGBl. I S. 2631; <http://www.bmggesundheit.de/organ/gesetz>). Quellenverzeichnis zum vorausgehenden Rechtsstand in der Bundesrepublik Deutschland (bis 1995) bei *Beckmann* 383-392.

¹² Nach einigem Zögern: Vor allem in der katholischen Kirche setzte das naturrechtlich begründete Verstümmelungsverbot lange eine Grenze (s. *Schockenhoff* 258).

¹³ So die zentralen Motivationen in der Erklärung von *DBK / EKD: Organtransplantationen 1990*; ich zitiere die knappe Formulierung aus Abschnitt 6: „Aus christlicher Sicht ist die Bereitschaft zur Organspende nach dem Tod ein Zeichen der Nächstenliebe und Solidarisierung mit Kranken und Behinderten.“

¹⁴ S. die genannte Stellungnahme des *EKD*-Kirchenamtes vom 19.6.1995 (II 1): „Die Gesellschaft und die Mitmenschen haben keinerlei Anspruch auf den Körper eines Menschen. [...] Schutzrechte, wie das Recht auf Unversehrtheit des Körpers, wiegen schwerer als alle Anspruchsrechte. [...] Schutzrechte [...] gelten über den Tod ihres Trägers hinaus.“ Auch in

interreligiöse Beobachtung verstärkt die theologische Nachfrage, wie legitim diese Verschiebung ist (man beachte, dass Worte Jesu den kulturgeschichtlichen Schutz der Toten schwächen).¹⁵ In jedem Fall drängt sie darauf, die positive Motivation vertieft zu gewinnen.¹⁶

Mit der Linie dieser Fragen begeben wir uns vom gesellschaftlichen auf einen zwischenreligiösen ethischen Dialog zu. Die Grenz-Aussicht, aus einer durch den Tod hindurch währenden Gottesrelation heraus einen Teil des sterbenden - bzw. mit dem Hirntod gestorbenen¹⁷ - Körpers zugunsten einer fortdauernden Gottesrelation in fremdem Leben zu

der akademischen Reflexion gelangte der Ton darauf, eine Pflicht zur Organspende abzulehnen und sie nur mehr vorsichtig „vielleicht als ein Liebesdienst“ zu bejahen (Frey 195). Exemplarisch erläuterte Frey (ebd., Anm. 63), es „spräche für einen schrecklichen Moralismus, der den Sinn der Liebe nicht versteht“, wenn die Erklärung von *DBK / EKD: Organtransplantationen 1990* „im Sinne einer apriorischen Verpflichtung zur Organspende“ gedeutet würde.

¹⁵ Mt 8,22 („lass' die Toten ihre Toten begraben“) relativiert die Pietät, die in der Erklärung von *DBK / EKD: Organtransplantationen* ausdrücklich hervorgehoben wird (Abschnitt 4: „Die respektvolle Achtung vor Gottes Schöpferwirken gebietet [...], daß der Leichnam des Toten mit Pietät behandelt und würdig bestattet wird. Die Ehrfurcht vor den Toten ist eine Urform der Sittlichkeit. In allen Kulturen zeigt sich die Haltung zum Leben auch in der Pietät vor den Toten.“). Die Erzählung von Mk 12,18-27 hat ihre letzte Pointe nicht in der Orientierung auf die Auferstehung, sondern im Rücklenken von dort zum Gewicht der Lebenden (deren Gott der eine Gott nach 12,27 ist).

¹⁶ Derzeit entsteht eine Dissertation zu den anliegenden anthropologischen, ethischen und theologischen Fragen an der Kirchlichen Hochschule Wuppertal durch Dr. med. M. Coeleveld, dem ich für vielerlei Hinweise danke.

¹⁷ Die Stellungnahme des *EKD*-Kirchenamtes vom 19.6.1995 entscheidet sich für Letzteres (I): „Ein Hirntoter“ sei „ein Toter mit noch erhaltenen Körperfunktionen und nicht - wie die Kritiker behaupten - ein Sterbender mit lebendem Körper bei gestorbenem Gehirn.“ Das Dilemma, dass damit ein toter Mensch noch über „viele Zeichen, die für Leben sprechen“ verfügt, versteht die Stellungnahme darauf als „Paradoxie“, die „zu benennen und zu bewerten“ sei. Die Bewertung allerdings wird nicht genauer ausgeführt. Das Dokument ist mithin nicht mehr als eine Diskussions-Station.

spenden und dadurch mit am Leben zu erhalten, ist in keiner Ethik einfach zu bewältigen. Gerade darum steht die Erörterung der Religionen an, wie sie die Pflege einer Kulturgeschichte von Schutzrechten¹⁸ und die Motivation zum Dienst am Leben des Mitmenschen je gewichten, wie miteinander ausgleichen.

4 Komplikationen

Der Weg von solchen Erwägungen zu einer genaueren Gestalt des zwischenreligiösen Gesprächs ist dornig. Von welchen Dokumenten aus ist Medizinethik zu entwickeln, und welche Institutionen sollen miteinander Kontakt aufnehmen? Gibt es überhaupt innerhalb der jeweiligen Religion einen im Gespräch voraussetzbaren Konsens? Wieweit schließlich hat die Religion in die Gesellschaft einzugreifen? Das sind nur einige der Unsicherheiten.

Die Fragen stellen sich nicht allein an den Islam. Muslimische Beobachter werden auch zwischen den Kirchen und christlichen Gruppierungen gelegentlich mehr Dissens als Konsens und gewiss keine gemeinsame christlich verbindliche Institution sehen. Den zurückgegangenen Einfluss der Kirchen in der Gesellschaft betrachten sie oft als schädlichen Säkularisierungseffekt, nicht als Freigabe zu einem verlässlichen, weiterführenden Gespräch. Manche Skepsis gegenüber der „westlichen“ Kultur, aus der sich Christen schwer lösen, kommt hinzu.

Christliche Beobachter vermissen umgekehrt bei den Muslimen bereits einen Dachverband, der ihre diversen Gruppen konsensfähig nach außen vertreten dürfte, und kennen islamische ethische Institutionen kaum.¹⁹ Sie sind skeptisch gegenüber der Ableitung ethischer Entschei-

¹⁸ S. die genannte Stellungnahme des *EKD*-Kirchenamtes vom 19.6.1995 (II 2): „Der Körper repräsentiert eine letzte Grenze, die zu schützen im Laufe der Kulturgeschichte zunehmend als Aufgabe einer humanen Rechtsordnung erkannt worden ist.“

¹⁹ Nicht zuletzt ein Sprachproblem, wenn wir an *fatawas* aus Kairo (vgl. *Rispler-Chaim* 1989) und die Vielfalt der islamischen Rechtsgutachten, die anderswo - von Europa aus gesehen, oft entlegen - erscheinen, denken.

dungen aus einem Zusammenspiel von Koran, Hadith und Scharia, in dem die Scharia für die Entscheidungen rechtskundiger Gutachter (Muftis) schon deshalb hohes Gewicht bekommt,²⁰ weil Koran²¹ und Hadith²² medizinethische Probleme seltener ansprechen.²³ Die im Islam geläufige Intensivierung religiöser Ansprüche auf die Gesellschaft irritiert sie. Schließlich vermerken sie nicht minder einen innermuslimischen Dissens in ethicis.

Als Beispiel für Letzteres verweise ich nochmals auf die Organtransplantation. Die berichtete Stellungnahme aus dem Islam sucht Gemeinsamkeiten. Trotzdem muss sie eine wesentliche Differenz innerhalb des Islam notieren. Sunnitisch können - meint sie - Menschen unabhängig von ihrer Religion und Weltanschauung als Organspender und Organempfänger akzeptiert werden, da jedem Menschen von Gott Ehre erwiesen und Würde verliehen wurde (III.1.8). Nach der schiitischen Rechtsschule hingegen sei eine Organentnahme von einem toten Muslim mit Ausnahme der Lebenserhaltung eines anderen Muslims verboten, der Organempfang von einem nichtmuslimischen Spender erlaubt (III.2.1-2).

Die Erschwernisse, die das für die medizinische Praxis beinhaltet, liegen auf der Hand. Sie steigern sich noch, wenn die lebendigen Jenseits- und eschatologischen Vorstellungen des Islam (vertreten quer durch seine Richtungen) in die Diskussion eingebracht werden. Denn

Antes 75 verweist, was die Wirksamkeit der Gutachten angeht, auf eine weitere Erschwernis: Da Rechtsgutachten in der Regel erst eingeholt werden, wenn ein medizintechnisches Verfahren bereits entwickelt ist, hinken die Entscheidungen (incl. des *Kuweit Document*) den Einführungen der Verfahren in die Praxis tendenziell beschwerlich nach.

²⁰ Viel wichtiges Material in der bedeutenden Darstellung von *Krawietz* und bei *Rispler-Chaim* 1993.

²¹ Im Koran fehlen bereits die Worte „Medizin“ (tibb) und „Arzt“ (tabib), und an Heilmitteln begegnet nur der Honig (Sure 16,69); vgl. *Antes* 68.

²² Trotz der Sammlungen von „prophetischer“ Medizin im Buch der Kranken und Buch der Medizin, die die Lücke medizinischer Hinweise im Koran zu schließen suchen (vgl. *Bürgel* ²1991, 2f).

²³ Ergänzend zur Frage der Quellen in islamisch medizinischer Jurisprudenz *Ghanem* 1-21.

dann ist das Geleit des / der Toten durch den Totenengel²⁴ ins Gericht und die Erneuerung der Leiblichkeit bei der Auferstehung (die weithin realistischer vertreten wird als im Christentum²⁵) mitzubedenken. Was aber „geschieht, wenn Organspender und Organempfänger im Jenseits verschiedenen Welten - der eine dem Paradies, der andere der Hölle - zugeordnet werden?“²⁶ Bis zur Lösung und zur allgemeinen Anerkennung einer Lösung in dieser Frage wird es bestimmt noch einige Zeit dauern.²⁷

5 Die vielfältigen Fragen der Praxis

Wie so oft im Gespräch gewinnt die gegenseitige genauere Wahrnehmung den ersten Platz. Unsere gesellschaftlichen Gruppen brauchen die unverzerrte Begegnung miteinander, Ärztinnen und Ärzte eine Medizinethik für die Praxis.²⁸ Ich erweitere die Beispiele, um die Spannweite zu vergegenwärtigen:

²⁴ Anknüpfend bes. an Koran, Sure 32,11.

²⁵ Für dieses derzeit charakteristisch ist die Erklärung von *DBK / EKD*: Organtransplantationen, Abschnitt 4: „Nicht an der Unversehrtheit des Leichnams hängt die Erwartung der Auferstehung der Toten und des ewigen Lebens, sondern der Glaube vertraut darauf, daß der gnädige Gott aus dem Tod zum Leben auferweckt.“

²⁶ So die Problemfrage bei v. *Manz* (in *Amelung* 87).

²⁷ Zur Verbreiterung der schariatrechtlichen Grundlagen s. *Krawietz* 169-202. Hüten müssen wir uns, Probleme einseitig auf muslimische Gruppierungen zu fixieren. Vielmehr stellen sich in jeder Religion komplexe Fragen. Wie jüdische Diskussionen um die Herztransplantation zeigen, birgt so auch das gemäßigte Nachwirken des Herztodkriteriums noch eine überraschende Klippe für die Schriftreligionen mit ihrem strikten Tötungsverbot in sich. *Levinger* 108 formuliert sie „aus der Sicht der Halacha: Gilt ein Mensch ohne Herz als lebendig? Wenn wir die Frage verneinen, wird es“ - antwortet er - nach Meinung einiger Halachisten „nicht möglich sein, das Herz vom Empfänger vor der Implantation zu entfernen.“

²⁸ Einen guten allgemeinverständlichen Überblick über islamische Medizin bietet *Brandenburg* 1992 (nach seiner Behandlung von historischen Teilaspekten 1975), Übersichten über islamisch medizinethische Stellungnahmen im 20. Jh. die Lit. o. in Anm. 7 und 20.

Beginnen wir nochmals beim Sterben: Der herausragende Wert des Lebens - es ist die höchste Form von Gottes Schöpfung - verbietet im Islam jede aktive Sterbehilfe, aber um der Würde des menschlichen Lebens willen, das mehr als vegetatives Leben ist, nach dem Hauptstrom gleichfalls eine künstliche Lebensverlängerung.²⁹ Das ist für die gegenwärtige Diskussion um eine medizinisch auf Palliativmaßnahmen eingeschränkte Sterbebegleitung bedeutsam und mit ihr vermittelbar.

Begeben wir uns von dort in den Alltag, bildet die Prophylaxe seit alters einen Schwerpunkt islamischer Medizin.³⁰ Darum werden medizinische Begegnungen in Mitteleuropa dadurch erleichtert, dass die Vorbeugung dort überall immer mehr an Tragweite gewinnt.

Umgekehrt entstehen zumindest bei Unachtsamkeit leicht auch Konflikte. Ein alltägliches Paradigma bietet die Alkoholbasis vieler unserer Medikamente (angefangen bei häufigen Hustenmitteln), die mit dem islamischen Verbot des Alkoholgenusses kollidiert.³¹

Weitere Reibungsflächen sind bereits in die Diskussion geraten, am bekanntesten einige spezifische Züge um die Behandlung von Frauen.³² Anderes ist nicht eigentlich Reibungsfläche, wohl jedoch eine Besonderheit, die zur Reibungsfläche werden kann. Das gilt für all die Aspekte, die aus dem muslimischen Fasten im Ramadan, aus komplexen Reinheitsvorschriften u.a. erwachsen,³³ manchmal sogar für die beein-

²⁹ Vgl. z.B. *Amelung* 87 (v. *Manz*) und *Haleem* 15-18 (samt strikter Ablehnung der Euthanasie).

³⁰ Hinweise z.B. bei *Brandenburg* 1992 (ab 7).

³¹ Vgl. *Al-Qaradawi* 70ff.

³² Sie beginnen bei der nach wie vor begegnenden Vertretung der Frau durch den Mann (vgl. *Theile, U. / Andreef, J.* in *Illhardt / Effelsberg* 38 und *Antes* 77f) und reichen bis zur Debatte um die Beschneidung von Frauen (schariatrechtliche Diskussion bei *Krawietz* 223-235, Weiteres *Rispler-Chaim* 1993, 84-93); die Beschneidung ist (da auch für die Beschneidung des Mannes eine Referenz im Koran fehlt) ein besonders markantes Beispiel für die ethische Entwicklung am (weiterhin schmalen: *Rispler-Chaim* 1993, 84) Hadith-Material etc.

³³ Eine kurze Übersicht bei *Rispler-Chaim* 1989.

druckende Gelassenheit, mit der Leiden als gottgegeben angenommen wird.³⁴

Verallgemeinern wir etwaige Konfliktlagen, spielen bei muslimischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern - oft spannungsvolle - Querlinien zwischen sog. prophetischer (von Koran, Hadith und weiteren religiösen Quellen abgeleiteter)³⁵ und galenischer (aus den antiken Quellen, die der Islam übernahm, erwachsener) Medizin merklich in die medizinischen und ethischen Entscheidungen herein.³⁶ Muslimische Patientinnen und Patienten wie Ärztinnen und Ärzte werden nicht selten die Vermittlung von moderner Medizin zu islamisch medizinischen Impulsen (samt besonderer Würdigung des Fastens, einer Rolle des Korans in der Behandlung u. a.) suchen.³⁷

Endlich ist, da sich in unserem Feld ganz unterschiedliche Bevölkerungsgruppen begegnen, die Relevanz nichtreligiöser kulturgeschichtlicher Unterschiede zu beachten.³⁸ Nicht ohne Grund werden im

³⁴ Sofern hinter ihr nämlich Erwägungen über Leid als Strafe für Verfehlungen oder fatalistische Momente aufscheinen (vgl. *Antes* 69 und den Gesprächsbericht durch A.-S. Fröhlich in *Anhelm / Fritsch-Oppermann* 138ff).

³⁵ Vgl. Anm. 22.

³⁶ Vgl. z.B. *Antes* 68ff, *Bürgerl* 1990 und *ders.* ²1991. Die Rezeption der griechischen Medizin (die wir im nächsten Abschnitt nur streifen können) vollzog sich im Islam nicht ohne Konflikte. Eine Unterscheidung der medizinischen Typen - etwa im Sinne volkstümlicher, metaphysisch offener versus wissenschaftlich geprägter Medizin - ist nicht einfach, und die Bemühung um eine religiöse und medizinische Integration (vgl. z.B. *Nanji*) zu beachten.

³⁷ Vgl. *Khan* u.a.

³⁸ Das scheine an einem Moment der Zahnmedizin auf: Während die Antike in geöffneten Zähnen vornehmlich eine Drohung und charakterliche Gefährdungen erblickte (nachwirkend in unseren Redewendungen „jemandem auf den Zahn fühlen“, jemand sie „bissig“ etc.), entwickelte sich im christlich-säkularen Westen seit dem galanten 18. Jh. eine Ästhetik der sichtbaren und bei einem Lächeln strahlenden Zähne, die heutige Ästhetik des Lächelns. Die meisten islamischen Gesellschaften vollzogen diese Entwicklung nicht in gleicher Weise mit. So herrscht dort nicht selten (noch?) die (in westlichem Sinne) ältere Tradition, etwa die Assoziation von „scharfen“ Schneidezähnen mit Gefräßigkeit. Zahnbe-

deutschen Raum seit einigen Jahren Vorschläge für eine spezifische, aufmerksame Gesprächsführung von nichtmuslimischen Ärzten und Ärztinnen, die die religiösen und kulturellen Besonderheiten der Mitbürgerinnen und Mitbürger berücksichtigt, entwickelt.³⁹ Eine Ausweitung steht an.⁴⁰

6 Brücken aus der Medizingeschichte

Die Komplikationen werden auf der Ebene der medizinethischen Grundsatzreflexion teilweise durch Verbindungs- und Querlinien der Medizingeschichte abgefangen. Denn es gibt wesentliche Brücken:

Dem Islam wie dem Christentum voraus liegt nicht nur die antike Heilkunde, sondern auch die vorsichtige Annäherung an sie im Judentum (dokumentiert bes. in Sir 38,1-15), begleitet dort vom grundlegenden Verweis auf Gott, den eigentlichen Arzt (Ex 15,26).⁴¹ Das Christentum übernahm darauf den frühjüdischen Ansatz, und der Koran bewahrte die Überzeugung, Gott sei es, der heile, als Äußerung Abrahams (Sure 26,80). So ist der Spannungsbogen zur theonomen Medizin ein gemeinsamer Ausgangspunkt der Schriftreligionen (und ein

handlungen müssen das gegebenenfalls berücksichtigen, und es spielt natürlich in den alltäglichen Begegnungen „von Angesicht zu Angesicht“ eine Rolle dafür, wie weit Zähne gezeigt werden.

Die Literatur bevorzugt für die kulturgeschichtlichen Einflüsse ein internistisches Beispiel: Bei islamischen Patienten spielen psychophysische Erscheinungen um die Galle eine analoge Rolle zu den psychophysischen Beschwerden des Herzens in der westlich-christlichen Kultur (vgl. *Antes* 76).

³⁹ Vgl. *Theile / Andreef* a.a.O. (Anm. 32) und *Flatten, G.* in *Illhardt / Effelsberg* 52ff.

⁴⁰ Analoges gilt natürlich auch für andere Religionen. *Antes* 1997, 77 verweist auf die Wichtigkeit für Hindus, auf dem Fußboden und benetzt von - möglichst heiligem - Wasser zu sterben, ein Wunsch, der unserer medizinischen Praxis fremd ist.

⁴¹ Dazu *Lührmann*.

gewichtiger Anlass, das Judentum mit seiner weit entwickelten Medizinethik,⁴² wo möglich, in Gespräche einzubeziehen).

Im Urchristentum zerbrach - so ein zweites - aus einer Linie im Judentum heraus die Annäherung zur hellenistischen Antike in beträchtlichem Ausmaß. Volkstümliche Vorurteile gegen geldschneiderische Ärzte drangen bis in die Jesusüberlieferung vor (Mk 5,26), und das Bild Jesu als Arzt entstand nicht als medizinisches, sondern als theologisches Bild (Mk 2,17b). Folge war in der alten Kirche stets ein größeres Bild von Gesundheit, als die umgebende pagane Medizin es vertrat. Jesus wurde zum Überbieter Manis, des Arztes, und des Asklepios, weil er nicht nur Krankheiten, sondern das Leben vor Gott grundsätzlich heile.⁴³ Das nahm in manchem die Spannungen um theologische und empirische Medizin im Islam voraus, und Jesu besonderes Heilen wurde schließlich für diesen interessant. Islamische Mystik integrierte noch lange Motive um den heilenden Jesus ('Isa).⁴⁴ Drittens tradierte das Christentum trotz seiner partiellen Distanz bald die großen Werke der antiken Heilkunst (Galen, das Corpus Hippocraticum, Rufus von Ephesos usw.). Syrische Christen (namentlich Hunayn ibn Ishaq) übersetzten sie, gefördert durch das abassidische Kalifat, ins Arabische (9. Jh.).⁴⁵ Darauf ging die antike Heilkunst mit

⁴² Die wir bereits mehrfach streiften. Zur Bandbreite s. *Davis, Green, Newman, Romain / Homolka* 244-265 und *Rosner / Bleich*; weitere Literatur bei *Amelung* 243.

⁴³ Ein Nebenaspekt war das Festhalten bis *Augustin* daran, Wunder überträfen ärztliche Kunst (civ. Dei XXII 8 mit angeblich von Augustin selbst erlebten Beispielen). Näheres *Karrer* 276f, *Sauser*.

⁴⁴ Quellen bei *Schimmel* 75-84. Die Vorstellung von Jesus dem Arzt schlug sich übrigens auch in der Religionskritik des Frühmittelalters nieder: Ein Hirt (Mose), ein Arzt (Jesus) und ein Kameltreiber (Muhammad) hätten die Menschen verführt, polemisierte Abû Tâhir (gest. 932; Quelle bei *Massignon*).

⁴⁵ Da das in eine umfangreiche Antikenrezeption eingebettet war, gab es innermuslimische Konflikte, die wir hier - wie überhaupt die Teilung islamischer Medizin in volkstümlich-prophetische und durch die antike Tradition kulturell umgeprägte (vgl. o. bei Anm. 36) - jedoch zurückstellen können. Literatur zu Hunayn z.B. bei *G. Strohmaier* s.v., *EI*² 3, 1965, 578-581.

den Übersetzungen dominant zum Islam über.⁴⁶ Er bewahrte die antiken Kenntnisse und führte die Medizin zu höchster Blüte. Das christliche Abendland erhielt das medizinische Wissen samt den antiken Grundlagenwerken im 11. und 12. Jh. darauf durch ihn neu (mit Übersetzungszentren aus dem Arabischen ins Lateinische in Süditalien und Toledo).⁴⁷ Kurz: Auf der gegenseitigen Befruchtung von Christentum und Islam (mit Seitenlinien zum Judentum)⁴⁸ ruhen nicht wenige Elemente unserer Medizin von Krankheitsbestimmungen und alten Heilmitteln bis zur Einordnung in ein Verständnis von Mensch und Welt.

7 Reiz und Chancen des ethischen Gesprächs

Zu dem so in Christentum und Islam übermittelten medizinischen Rüstzeug gehört nicht zuletzt der hippokratische Eid, das bedeutendste Zeugnis ärztlicher ethischer Verpflichtung. Laut ihm ist bekanntlich „nach bestem Wissen und Können zum Heil der Kranken [...], [...] nie zu ihrem Verderben und Schaden“ zu handeln, sind konkret keine medikamentöse, aktive Sterbehilfe vorzunehmen, keine „Mittel zur Vernichtung keimenden Lebens“ zu geben etc.⁴⁹

Das war zwar weder christlich noch islamisch unmittelbar in der antiken Gestalt eines Schwures zu Apollon, dem Arzt, zu Asklepios, Hygieia (Gesundheit) und Panakeia (Alles-Heilen) zu besiegeln. Die Normen des Eides indes entsprachen - und entsprechen - Grundanliegen

⁴⁶ Während Christen Tradition und Begriff des Arztes gerade noch ins karolingische Reich brachten: Das Wort Arzt entstand in unserem Kulturkreis im 8./9. Jh. als althochdeutsches Lehnwort aus griechisch *archiatros* bzw. lat. *archiater* (*Kluge* 42).

⁴⁷ Näheres bei *Elgood, Ullmann, Schipperges*. Unter den bedeutenden arabischen Ärzten waren übrigens weiterhin auch Christen (z.B. der Augenarzt 'Ali b. 'Isa; vgl. *Plessner* 450).

⁴⁸ Weshalb die bekannten anatomischen Tafeln des Vesalius 1538 unter dem Lateinischen zahlreiche arabische und hebräische Termini wahren, manche sogar in hebräischen Buchstaben (*Plessner* 450 und fig. 63).

⁴⁹ Überliefert als Bestandteil des *Corpus Hippocraticum*; deutsche Übersetzung nach *Hippokrates* 211(f), Hinweis auf eine arabische Version im 13. Jh. bei *Amelung* 86 (v. *Manz*).

des Islam mit seiner Überzeugung, Gott gebe Leben und allein Gott dürfe Leben nehmen, und des Christentums mit der Gewissheit, Gott tue wohl und neige sich zum leidenden Menschen. Darum traten muslimische und christliche Ansprüche bis hin zur rigiden Haltung bei Sterbehilfe und Abtreibung in hippokratische Tradition, und bis heute ist wegen der Verschmelzung der hippokratischen Tradition mit den eigenen religiösen Ansätzen⁵⁰ jeweils eine restriktive Position Ausgangspunkt für alle erwägbareren Auflockerungen.⁵¹

Über Christentum und Islam ging die hippokratische Ethik in die allgemeine Medizin über.⁵² Als diese sich verselbständigte und ihre primären Bezugsdisziplinen zur Naturwissenschaft wechselte (beschleunigt seit dem 19. Jh.), diente der hippokratische Eid zwar weiter als ethischer Horizont, doch unter Anpassungen an den Gesellschaftswandel und die fortschreitenden medizinischen Möglichkeiten. Die Grundnormen, wohl zu tun (lat. „beneficere“) und nicht zu schaden („nil nocere“ / „non maleficere“), transformierten sich in unserem Kulturraum zu Kategorien der „beneficence“ und „nonmaleficence“,

⁵⁰ Um diese Verschränkung näher zu begreifen, sind auf der einen Seite die Lücken zu medizinethischen Konkreta in Bibel und Koran zu beachten. Auf der anderen Seite kommt der Spannung zwischen heilender und Leben nehmender Seite schon im antiken Bild Apolls hohes Gewicht zu (Apollon kommt nach einer antiken Volksetymologie von „apollyôn“, „Vernichter“; vgl. Archilochos, fr. 26.5f; Plato, Kratylos 404D, 405E; Aischylos, Orestie 1081f usw.). Denn auf diese Weise beschränkte der pagane Eid das ärztliche Tun auf eine Unterstützung des Lebens, weil allein dem Gott überlassen sein müsse, Leben zu nehmen. Christlich und islamisch war der Bogen zum Bild des einen Gottes, der Leben gewährt und für Leben einzustehen heischt, leicht zu schlagen.

⁵¹ In der Frage der Abtreibung z.B. wird in Christentum und Islam (vgl. *al-Qaradawi* 172f, *Ghanem* 60) die Gefährdung der Mutter berücksichtigt. Bei der Würdigung situativer Notlagen (die im Christentum eine beträchtliche Rolle spielt) und Erwägungen, welche Rolle die Beseelung des Fötus spiele, gehen die Meinungen weiter auseinander (Lit. zur islamischen Diskussion z.B. bei *Haleem* 12ff und v. *Manz* bei *Amelung* 87f).

⁵² Selbständig und doch nicht ohne sachliche Verwandtschaft in den Normen sind für die heutige Diskussion östliche Ethiktraditionen daneben zu stellen; eine wichtige Quelle, die „Zehn Regeln für Mediziner und Patienten“, bei *Sass* 352-355.

bis Ende der 1970er Jahre wesentlich ergänzt durch die autonome Bestimmung der Patienten im Behandlungsbereich („autonomy“) und durch die Notwendigkeit, persönliche und soziale Gerechtigkeit („justice“) zu gewährleisten.⁵³

Dieser Wandel ist ebenso einleuchtend wie verwickelt. Im heutigen Doppelglied von „beneficence“ und „nonmaleficence“ tritt der Impuls zu ärztlichem Tun (dem in beiden Gliedern enthaltenen „facere“) deutlicher hervor als die Chance zu Unterlassungen (wichtig bis zur Frage der Fortführung von Lebensfunktionen im Sterbeprozess). Die Patientenautonomie verbindet die berechtigte Kritik an überholten Gestalten des ärztlichen Paternalismus mit einem Wechsel der primären ethischen Orientierung von der (älteren) „salus aegroti“ (dem Wohl und Heil des Kranken) zur „voluntas aegroti“ (dem Patientenwillen), aufgrund dessen Irrtümer oder vermutbare Änderungen im Patientenwillen einer komplexen Bearbeitung bedürfen.⁵⁴ „Justice“, „Gerechtigkeit“, erwies sich binnen Kürze als ein Begriff, der in den drei Richtungen der Patientenbegegnung, des standesethischen Verhaltens und der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung genauer zu fassen ist.⁵⁵

Die Religionen sind gewichtig zur Teilhabe an der Prüfung wie Fortschreibung der Kriterien gefordert. Durch ihre medizinethischen Traditionen sind sie darauf vorbereitet. Divergenzen und je eigene Schwerpunktsetzungen können fruchtbar werden. So wird der Islam in jeder Kategoriebildung die Verpflichtung Gott gegenüber an erste Stelle

⁵³ S. Belmont Report u.a.; *Beauchamp / Childress* ³1989.

⁵⁴ Gleichwohl setzt sich die Orientierung am Patientenwillen bis hin zu den jüngst entstehenden Formularen von sog. Patiententestamenten (besser Patientenverfügungen) mit hoher Dynamik fort. - Zur Diskussion um Patientenautonomie und Paternalismus s. z.B. *Irrgang* 63-97.

⁵⁵ Zu ersterer Richtung gehört z.B. der Vorschlag des „Dealing Honestly With Patients“ (*Rule / Veatch* 125ff), zu zweiterer Richtung die Verpflichtungen der Ärzte untereinander (ein langfristiges Erbe aus dem ersten Teil des hippokratischen Eides), in die dritte Richtung die ganze Diskussion um die etwaige Begrenzung - und ebenso natürlich Ausweitungen - der medizinischen Versorgung. - Eine Folge der Diskussionen sind z.B. die Modifikationen in *Beauchamp / Childress* ⁴1994 gegenüber der dritten Auflage (vgl. *Emanuel* u.a.). Eine grundsätzliche Kritik des „principlism“ wie bei *Clouser / Gert* ist durch sie noch nicht erledigt.

rücken,⁵⁶ für Christen eine nicht unwichtige Erinnerung an ihre theonomen ethischen Traditionen. Christen und Muslime werden gemeinsam um Gerechtigkeit ringen, wie groß immer die Differenzen um das Verständnis von Gerechtigkeit sind.⁵⁷ Muslimische und christliche Partner werden ihre besonderen Konzepte einbringen und der Diskussion auszusetzen haben, muslimische Partner z.B. die Forderung nach einer spezifisch islamischen Medizinethik,⁵⁸ der Katholizismus kennzeichnende Linien seiner Moralthologie, der Protestantismus sein charakteristisches Augenmerk auf Situationsethik, sie alle die vorhandenen medizinethischen Entwürfe⁵⁹ etc.

8 Epilog: Wozu wird es kommen?

Unversehens begeben mich in Gesprächsperspektiven. Allein, an dieser Stelle muss ich innehalten. Denn unfraglich steht die Bemühung um ein genaueres Verstehen und um eine Verständigung in medizinethischen Fragen zwischen den Schriftreligionen an und schaffen die Gemeinsamkeiten in der Verantwortung vor Gott, die Ähnlichkeiten in einigen Grundlagen der Ethik und die Brücken der Medizingeschichte dafür eine tragfähige Basis. Doch erst der Vollzug kann Genaueres erweisen. Erst in ihm zeigen die Brücken ihre Tragfähigkeit und die unvermeidlichen Differenzen ihre Anregungskraft. Erst in ihm erweist sich, wie weit wir über die gegenseitige Wahrnehmung und die konkrete

⁵⁶ Vgl. z.B. *Haleem* 5.

⁵⁷ Der Islam wird das Kriterium der Gerechtigkeit mit einem speziellen Akzent auf der Sozialpflichtigkeit und häufig Kritik an den westlichen Systemen verbinden. Vgl. zum Kontext *Bsteh / Mirdamadi*.

⁵⁸ Vgl. das *Kuweit Document*. Wie bei Analoga in anderen Religionen stellt sich die inhaltliche Füllung dessen im Einzelnen als schwierig dar (vgl. *Kelsay* 93, 104f u.a.). Ein Ansatz um „adab“ (den Konnex von Wissen und moralischem Verhalten; vgl. *Nanji*) wie um anderes scheint möglich. *Khan* bietet einen religionsphilosophisch begründeter Entwurf islamischer Medizin.

⁵⁹ Das reicht bis hin zur „story“-Ethik (vgl. *Ritschl* 224ff u.ö.). Lit. zu den theologischen Linien in Katholizismus, Protestantismus usw. z.B. *Ame-lung* 243f nach 83ff und in den theologischen Ethik-Handbüchern.

Begegnung über einzelnen medizinethischen Problemen - deren es mehr als genug gibt⁶⁰ - hinaus zur grundlegenden Erörterung der Kriterien der Medizinethik im Gespräch mit den philosophischen Nachbardisziplinen vorstoßen können.

Viel Unvorhersehbares ist in Rechnung zu stellen. Eigene ethische Entwicklungen geraten mit auf den Prüfstand, und verdeckte Konflikte innerhalb der eigenen Traditionen brechen auf. Ich sprach exemplarisch die Frage an, ob das Christentum bei der Organtransplantation nach den Schutzrechten inzwischen nicht wieder die positiven Motivationen in den Vordergrund zu stellen hätte. Im Dauerkonflikt zwischen Theonomie und Autonomie des Menschen stellt der Islam mancherlei an den christlich-westlichen Ausgleichversuchen in Frage etc.

Für die Gesellschaft wird aus einem interreligiösen ein innerkultureller Dialog unter Mitbürgern, und wieder schafft das nicht nur Ausgleich, sondern rückt auch Probleme ins Rampenlicht. Vorhandene Probleme - ich nannte das um den Ausgleich zwischen sinnlicher Beobachtung und Messung des Todes - erweitern sich. Spätestens wenn der Dialog sich (sei es bald, sei es später) an Rechtsfragen kristallisiert, wird die Irritation über die Kollision divergierender Rechtssysteme kaum ausbleiben.

Die Chance scheint mir höher als alle Bedenken. Wenn die Religionsgemeinschaften sich der medizinethischen Reflexion unabhängig und vorab vor staatlichen Anhörungen annehmen, gewahren sie eine ihnen

⁶⁰ Ich nenne angrenzend an die angesprochenen Bereiche nur noch den Abgleich zwischen den Haltungen zur Embryonenforschung (mit frühem unbedingtem Schutz des Lebens) und zur Abtreibung sowie die Fragen um Xenotransplantationen. Während eine Stellungnahme der Kirchen zu letzteren in sich divergent ausfällt (*EKD / DBK: Xenotransplantation* 5-24 vs. 25-27) und manch christlicher Ethiker eine moralische Unlösbarkeit eingesteht (so *Fischer* 133), verweist etwa eine Stellungnahme aus dem progressiven Judentum auf Vorteile gegenüber der Humantransplantation; denn die Verbote der Verstümmelung eines menschlichen Körpers und der Nutznießung von einer Leiche (*Chullin* 11b; *Awoda Sara* 29b) und das Dilemma um die Feststellung eines menschlichen Todes würden umgangen (*Romain / Homolka* 264f). Die islamische Diskussion gewänne von den alten Präzedenzfällen um die Verwendung von tierischen Knochen und Zähnen aus eine gewisse Aufgeschlossenheit (vgl. *Krawietz* 180f).

genuine Aufgabe. Im Dialog verwirklichen sie die positive Religionsfreiheit. Sie gelangen mit der Nachbarreligion und mit dieser zusammen in ihrer ethischen Mitverantwortung für die gesamte Gesellschaft ins Gespräch.⁶¹ Das Gespräch beginnt bei gemeinsamen konkreten Themen und stößt von ihnen aus zur theologischen Grundsatzdiskussion vor statt umgekehrt. Das erleichtert die interreligiöse Begegnung und hilft der Gesellschaft bei der Bewältigung ihrer vielen ethischen Streitfragen.

Literatur

1. *Al-Qaradawi, J.*: Erlaubtes und Verbotenes im Islam (Übersetzung A. von Denffer). SKD Bavaria, München 1989.
2. *Amelung, E. Hg.*: Ethisches Denken in der Medizin: ein Lehrbuch. Springer, Berlin 1992 (zum Islam *Manz, H.G. von*, S. 86-88).
3. *Anhelm, F.E. / Fritsch-Oppermann, S. Hg.*: Ohne Angst verschieden sein. Muslime, Christen und Juden in Deutschland begegnen sich = LoPr 23/97. Loccum 1997.
4. *Antes, P.*: Medizin im Islam - aktuelle ethische Probleme. In: *Kaatsch* (s.d.) 67-79.
5. *Beauchamp, T.L. / Childress, J.F.*: Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, New York ³1989 sowie (in gewichtigen Punkten neu bearbeitet) ⁴1994.
6. *Brandenburg, D.*: Die Ärzte des Propheten. Islam und Medizin. Edition q, Berlin 1992.
7. *Brandenburg, D.*: Medizin und Magie. Heilkunde und Geheimlehre des islamischen Zeitalters. Bruno Hessling, Berlin o.J. (1975).

⁶¹ Dort wird das Gespräch mit den Ansätzen philosophischer Ethik dann zum notwendigen zusätzlichen Partner und gegebenenfalls Korrektiv. Ich nenne exemplarisch den Kommunitarismus, da er sich in jüngster Zeit aufgrund seiner Wirksamkeit in den Vereinigten Staaten auch bei uns besonders zu Wort meldet. Er versteht sich von Wurzeln getragen, die zur Bibel zurückreichen (vgl. *Etzioni XII*f), betont und reguliert aber gemeinschaftliche Verantwortungen in einer Weise, die mit den Traditionen der Schriftreligionen nicht ohne weiteres aufgehen (komplex ist bes. die Haltung zum Islam; vgl. z.B. a.a.O. 48).

8. *Bsteh, A. / Mirdamadi, S.M. Hg.*: Gerechtigkeit in den internationalen und interreligiösen Beziehungen in islamischer und christlicher Perspektive. 1 Iranisch-Österreichische Konferenz Tehran 1996. Verlag St. Gabriel, Mödling 1997.
9. *Beckmann, J.B. Hg.*: Fragen und Probleme einer medizinischen Ethik. de Gruyter, Berlin 1996.
10. *Bürgel, J.Chr.*: Leiblichkeit, Krankheit, Heilung im Islam. In: *Evangelische Akademie Baden Hg.*: Krankheit und Heilung in den Religionen. Islam - Hinduismus - Christentum = Herrenalber Protokolle 67. Karlsruhe ²1991, 7-19.
11. *Ders.*: Muhammad oder Galen? Das Doppelgesicht der Heilkunst in der islamischen Kultur. In: *Balmer, H. / Glaus, B. Hg.*: Die Blütezeit der arabischen Wissenschaft. Verlag der Fachvereine, Zürich 1990, 41-66.
12. *Camenisch, P.F. ed.*: Religious Methods and Resources in Bioethics = Theology and Medicine 2. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht usw. 1994.
13. *Clouser, K.D. / Gert, B.*: A Critique of Principlism. In: *The Journal of Medicine and Philosophy* 15 (1990) 219-336.
14. *Davis, D.S.*: Method in Jewish Bioethics. In: *Camenisch* (s.d.) 109-126.
15. *DBK / EKD Hg.*: Organtransplantationen. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland. Bonn / Hannover 1990 (epd 39, 1990).
16. *EKD Hg.*: Stellungnahme des Kirchenamtes der Evangelischen Kirche in Deutschland (scl. zur Bewertung des Hirntodes und rechtlichen Regelung der Organentnahme) vom 19.6.1995 (Auszüge in *Herrmann* - s.d. - 150-153).
17. *EKD (Kirchenamt) / DBK (Sekretariat) Hg.*: Xenotransplantation. Eine Hilfe zur ethischen Urteilsbildung = Gemeinsame Texte 13. Hannover / Bonn 1998.
18. *Elgood, C.*: A Medical History of Persia and the Eastern Caliphate. University Press, Cambridge 1951.
19. *Emanuel, E.J.*: The Beginning of the End of Principlism. *Hastings Center Report* 25 (1995) 37f.

20. *Etzioni, A.*: Die Entdeckung des Gemeinwesens: Ansprüche, Verantwortlichkeiten und das Programm des Kommunitarismus. Schäffer, Stuttgart 1995 (amerik. 1993).
21. *Fischer, J.*: Handlungsfelder angewandter Ethik. Eine theologische Orientierung. Kohlhammer, Stuttgart 1998.
22. *Frey, C.*: Konfliktfelder des Lebens. Theologische Studien zur Bioethik zum 60. Geburtstag des Verfassers. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen 1998.
23. *Ghanem, I.*: Islamic Medical Jurisprudence. Probsthain, London 1982.
24. *Green, R.M.*: Contemporary Jewish Medical Ethics: a Critical Assessment. In: *Shelp* (s.d.) 245-266.
25. *Haleem, M.A.S.A.*: Medical Ethics in Islam. In: *Grubb, A. ed.*: Choices and Decisions in Health Care. John Wiley & Sons, Chichester, New York etc. 1993, 1-20.
26. *Härle, W.*: Dogmatik. Walter de Gruyter, Berlin, New York 1995.
27. *Hathout, H.*: Islamic Perspectives in Obstetrics & Gynaecology, o.O. (University of Kuwait) 1988.
28. *Herrmann, U. / Dommel, Ch. Hg.*: Die Seele verpflanzen? Organtransplantation als psychische und ethische Herausforderung = Gütersloher Tb. 983. Gütersloher, Gütersloh 1996.
29. *Hippokrates*: Fünf auserlesene Schriften, eingel. u. übertr. v. Capelle, W. Artemis, Zürich 1955.
30. *Hoheisel, K.*: Organtransplantation aus jüdischer, islamischer und anthropologischer Sicht. In: *Herrmann, U. Hg.* (s.d.) 89-99.
31. *Illhardt, J.J. / Effelsberg, W. Hg.*: Medizin in multikultureller Herausforderung. Workshop der Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Mainz = Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Mathematisch-naturwissenschaftliche Klasse, Medizinische Forschung 7. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart usw. 1994.
32. *Irrgang, B.*: Grundriss der medizinischen Ethik. UTB 1821. Ernst Reinhardt, München 1995.
33. *Jonas, H.*: Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung. Insel, Frankfurt a.M. 1985.
34. *Kaatsch, H.-J.*: Der Umgang mit Krankheit und Sterben in der heutigen Gesellschaft. Eine Ringvorlesung zu Themen medizinischer Ethik. Informationsstelle der Universität, Kiel 1997.

35. *Karrer, M.*: Jesus Christus im Neuen Testament = GNT 11. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1998.
36. *Kelsay, J.*: Islam and Medical Ethics. In: *Camenisch* (s.d.) 93-107.
37. *Khan, M.S.*: Islamic Medicine. Routledge & Kegan, London usw. 1986.
38. *Khoury, A.Th.*: Religionen und medizinische Ethik: 4. Islam. In: *Lexikon Medizin, Ethik, Recht*. Herder, Freiburg 1989, 926-932.
39. *Klöcker, M. / Tworuschka, U.*: Ethik der Religionen. Lehre und Leben. Bd. 5, Gesundheit. Ruprecht, Göttingen 1985.
40. *Kluge, F.*: Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache, bearb. v. Seibold, E. de Gruyter, Berlin ²²1989.
41. *Körtner, U.*: Dimensionen von Heil und Heilung. In: *Ethik in der Medizin* 8 (1996) 27-42.
42. *Kraus, W.* (u.a.) Hg.: Bioethik und Menschenbild bei Juden und Christen: Bewährungsfeld Anthropologie. Neukirchener, Neukirchen 1999.
43. *Krawietz, B.*: Die Hurma. Schariatrechtlicher Schutz vor Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit nach arabischen Fatwas des 20. Jahrhunderts = Schriften zur Rechtslehre 145. Duncker & Humblot, Berlin 1991.
44. *Kuweit Document* of the First International Conference on Islamic Medicine. Islamic Code of Medical Ethics. Kuwait 1981.
45. *Levinger, M.*: Organtransplantation und Todeskriterien. In: *Kraus* (s.d.) 105-109.
46. *Levinson, N.P.*: Der jüdische Standpunkt zur Organtransplantation. In: *StGen* 23 (1970) 460.
47. *Lexikon der Bioethik*, hg. v. *Korff, W. u.a.* Gütersloher, Gütersloh 1998.
48. *Lexikon Medizin Ethik Recht*. Darf die Medizin, was sie kann? Information und Orientierung, hg. v. *Eser, A. u.a.*: Herder, Freiburg 1992.
49. *Lührmann, D.*: Aber auch dem Arzt gib Raum (Sir 38,1-15). In: *WuD* 15 (1979) 55-78.
50. *Massignon, L.*: La légende „de tribus impostoribus“. In: *RHR* 82 (1920) 74-78.
51. *Nanji, A.A.*: Medical Ethics and the Islamic Tradition. In: *The Journal of Medicine and Philosophy* 13 (1988) 257-275.

52. Newman, L.E.: Text and Tradition in Contemporary Jewish Bioethics. In: *Camenisch* (s.d.) 127-143.
53. Nida-Rümelin, J. Hg.: *Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Ein Handbuch.* Kröner, Stuttgart 1996 (zur Medizinethik Schöne-Seifert, B., S.552-648, zur Diskussion um die Bewertung des Lebens auch Nida-Rümelin, J., S. 832-861).
54. Plessner, M.: The Natural Sciences and Medicine. In: *Schacht, J. / Bosworth, C.E. ed.: The Legacy of Islam.* Clarendon, Oxford ²1974, 425-460.
55. Rispler-Chaim, V.: Islamic Medical Ethics in the 20th Century. In: *Journal of Medical Ethics* 15 (1989) 203-208.
56. Rispler-Chaim, V.: *Islamic Medical Ethics in the Twentieth Century = SociAL; Economic and Political Studies of the Middle East* 46. Brill, Leiden 1993.
57. Ritschl, D.: *Konzepte: Ökumene, Medizin, Ethik. Gesammelte Aufsätze.* Kaiser, München 1986.
58. Romain, J.A. / Homolka, W. (Böckler, A. Red.): *Progressives Judentum. Leben und Lehre.* Knesebeck, München 1999.
59. Rosner, F. / Bleich, J.D. ed.: *Jewish Bioethics.* Sanhedrin. Hebrew Publishing Co., Brooklyn / New York 1979.
60. Rule, J.T., Veatch, R.M.: *Ethical Questions in Dentistry.* Quintessence, Chicago 1993.
61. Sass, H.-M. Hg.: *Medizin und Ethik.* Reclam-Tb. 8599. Reclam, Stuttgart 1989.
62. Sass, H.-M. / Viefhues, H. Hg.: *Güterabwägung in der Medizin. Ethische und ärztliche Probleme.* Springer, Berlin 1991.
63. Sauser, E.: Christus Medicus - Christus als Arzt und seine Nachfolger im frühen Christentum. In: *TThZ* 101 (1992) 101-123.
64. Schaefer, H.: *Medizinische Ethik = Medizin im Wandel* (o. Nr.). Verlag für Medizin Fischer, Heidelberg 1983.
65. Schimmel, A.: *Jesus und Maria in der islamischen Mystik.* Kösel, München 1996.
66. Schipperges, H.: *Die Assimilation der arabischen Medizin durch das lateinische Mittelalter.* Steiner Verlag, Wiesbaden 1964.
67. Schockenhoff, E.: *Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriss.* Matthias Grünewald, Mainz 1993 (²1998).

68. *Shelp, E.E. ed.*: Theology and Bioethics. Exploring the Foundations and Frontiers = Philosophy and Medicine 20. Reidel, Dordrecht 1985, 245-266.
69. *Stieglecker, H.*: Die Glaubenslehren des Islam. Schöningh, Paderborn ²1983.
70. *Ullmann, M.*: Die Medizin im Islam. Brill, Leiden 1970.
71. *Winnacker, E.-L. u.a.*: Gentechnik: Eingriffe am Menschen. Ein Eskalationsmodell zur ethischen Bewertung = Akzente 7. Utz, München ²1997.