

Handreichung zur Erstellung einer Patientenverfügung *für Musliminnen und Muslime* in Deutschland

Islamberatung in Bayern



**EUGEN BISER
STIFTUNG**



**Islamberatung
in Bayern**

IMPRESSUM

Herausgeber

Stefan Zinsmeister im Auftrag der
Eugen-Biser-Stiftung

Autorinnen und Autoren

Dr. Martin Kellner, Institut für Islamische
Theologie, Universität Osnabrück

Dr. Nina Nowar, FAU Forschungszentrum
für Islam und Recht in Europa (FAU EZIRE)
an der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

Ayşe Coşkun, Programmleitung
Islamberatung (2019–2023),
Eugen-Biser-Stiftung

Redaktion

Dr. Nina Nowar
Anna Petrova
Stefan Zinsmeister
Ayşe Coşkun

Gestaltung und Graphik

das formt – Wir entwickeln Marken.
Gabelsbergerstraße 62 Rgb
80333 München
E-Mail: info@dasformt.de

Druck

Cl. Attenkofer'sche Buch- und
Kunstdruckerei
Verlagsbuchhandlung Straubing KG
Ludwigsplatz 32
94315 Straubing

Kontakt

Eugen-Biser-Stiftung
Programmbereich Islamberatung in Bayern
Pappenheimstraße 4
80335 München
E-Mail: kontakt@eugen-biser-stiftung.de
www.eugen-biser-stiftung.de

© Eugen-Biser-Stiftung
Alle Rechte vorbehalten.

ISBN 978-3-9826136-0-4

Die verwendeten Internetquellen wurden
zuletzt am 10.09.2025 abgerufen

Das Werk, einschließlich seiner Teile,
ist urheberrechtlich geschützt. Jede
Verwertung ist ohne Zustimmung der
Herausgeber und der Autoren unzulässig.
Dies gilt insbesondere für die elektronische
oder sonstige Vervielfältigung,
Übersetzung, Verbreitung und öffentliche
Zugänglichmachung.

Die Publikation wurde in der Zusammen-
arbeit von der Eugen-Biser-Stiftung,
dem FAU Forschungszentrum für Islam
und Recht in Europa (FAU EZIRE)
an der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg und
der Robert Bosch Stiftung erstellt.

Inhalt

Grußwort der Eugen-Biser-Stiftung	6
Grußwort der Robert Bosch Stiftung	7
Grußwort des FAU Forschungszentrums für Islam und Recht in Europa (FAU EZIRE)	8
Über diese Handreichung	9

Kapitel 1

1.1 Was ist eine Patientenverfügung?	12
1.2 Warum ist eine Patientenverfügung sinnvoll?	12
1.3 Was ist das Besondere an einer Patientenverfügung für Musliminnen und Muslime in Deutschland?	13
1.4 Warum eine Patientenverfügung für Musliminnen und Muslime?	14
1.5 Religiöse Gebote als Richtlinien zur Formulierung einer Patientenverfügung	16

Kapitel 2

2.1 Rechtliche Hinweise zur Erstellung einer Patientenverfügung	20
2.2 Inhalte und Bestandteile der Patientenverfügung	21
2.3 Hinweise zur Verwahrung der Patientenverfügung	22
2.4 Hinweise zur Notwendigkeit der Formulierung von Wertvorstellungen	23
2.5 Mögliche Informationsstellen zum Thema Patientenverfügung	23

Kapitel 3

3.1 Eingangsformel	26
3.2 Exemplarische Situationen, für die die Patientenverfügung gelten soll	26
3.3 Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen	27
3.3.1 Lebenserhaltende Maßnahmen	27
3.3.2 Schmerz- und Symptombehandlung	31
3.3.3 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr	33

3.3.4	Wiederbelebung _____	36
3.3.5	Künstliche Beatmung _____	37
3.3.6	Dialyse _____	39
3.3.7	Antibiotika _____	40
3.3.8	Blut/Blutbestandteile _____	41
3.3.9	Organspende _____	43
3.4	Ort der Behandlung, Beistand _____	46
3.5	Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht _____	46
3.6	Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung sowie zum Widerruf der Patientenverfügung _____	46
3.7	Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen _____	47
3.8	Hinweis auf beigefügte Erläuterungen zur Patientenverfügung _____	48
3.9	Schlussformel _____	48
3.10	Schlussbemerkungen _____	48
3.11	Informationen/Beratung _____	48
3.12	Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit _____	48
3.13	Aktualisierung _____	49

Kapitel 4

4.1	Anleitende Fragen zur Formulierung eigener Wertvorstellungen _____	52
4.2	Textbausteine zur individuellen Glaubensverortung _____	53
4.3	Formulierungshilfen zu weiteren Wünschen im Sterbeprozess und zur Beerdigung _____	53
4.4	Bestattungsverfügung und Körperspendevereinbarung _____	54
4.4.1	Die Bestattungsverfügung _____	54
4.4.2	Die Körperspende für wissenschaftliche Zwecke _____	55

Anhang

Grußwort der Eugen-Biser-Stiftung

Seit ihrer Gründung im Jahr 2002 weiß sich die Eugen-Biser-Stiftung dem Dialog aus christlichem Ursprung verpflichtet. Der Namensgeber der Stiftung, der Theologe und Religionsphilosoph Eugen Biser (1918–2014), hat bereits vor Jahrzehnten die treffende Zeitdiagnose gestellt, dass wir mehr denn je in einer „Stunde des Dialogs“ leben.

Jeder wirkliche Dialog eröffne – so Eugen Biser – nicht nur ein Verstehen und Verstandenwerden des anderen Menschen, sondern auch ein vertieftes Verständnis des Eigenen. Dieser Dialog und eine Kultur der Verständigung sind daher heute, in einer immer pluraler werdenden Welt, unentbehrlich.

Ein Schwerpunkt der Dialogarbeit der Eugen-Biser-Stiftung ist seit vielen Jahren der christlich-muslimische Dialog. Hierzu hat sie zum einen wissenschaftlich fundierte Werke erarbeitet,¹ zum anderen ermöglicht sie einen praktischen Dialog mit Projekttagen für Schülerinnen und Schüler, Studienwochen für Studierende sowie Fortbildungen für Lehrkräfte² und Mitarbeitende der Kommunen und Wohlfahrtsverbände.³

Mit der Islamberatung in Bayern hat die Eugen-Biser-Stiftung ein Programm aufgelegt, um Brücken zu bauen zwischen muslimisch geprägten Lebenswelten und Kommunen. Muslimisches Leben äußert sich in verschiedenen Lebensbereichen. So hat sich die Islamberatung

in Bayern bereits mit den Themen Jugendarbeit, Erwachsenenbildung, soziale Dienste, Seelsorge und Bestattungskultur beschäftigt⁴ sowie mit muslimischem Engagement und Ehrenamt befasst. Dabei ist aufgefallen, dass im Bereich der Entscheidungen am Lebensende eine für Musliminnen und Muslime geeignete Hilfestellung fehlt, die von Fachkräften, Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen stark nachgefragt wird.

Durch die ehrenamtliche Mitwirkung vieler Akteure aus unterschiedlichsten Bereichen konnten wir diese Herausforderung angehen. Wir danken allen Mitwirkenden, insbesondere dem FAU Forschungszentrum für Islam und Recht in Europa (FAU EZIRE) an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg für die fachliche Zusammenarbeit und der Robert Bosch Stiftung für die fachliche und finanzielle Unterstützung.

Möge diese Handreichung für Entscheidungen am Lebensende eine Hilfe sein!

Stefan Zinsmeister

Vorstandsvorsitzender der Eugen-Biser-Stiftung

Ömer Özsoy

Mitglied des Wissenschaftsrats der Eugen-Biser-Stiftung

1 Vgl. u.a.: Heinzmann, Richard (Hg.) (2016): Lexikon des Dialogs. Grundbegriffe aus Christentum und Islam, Freiburg u. a.: Herder; englische Ausgabe: Heinzmann u.a. (Hg.) (2025): Dictionary of Encounter: Basic Terms in Christianity and Islam, Paderborn: Brill Schöningh. Siehe auch: Mathias Rohe u.a. (Hg) (2014): Christentum und Islam in Deutschland: Grundlagen, Erfahrungen und Perspektiven des Zusammenlebens, Freiburg i.B.: Herder.

2 Vgl. <https://www.eugen-biser-stiftung.de/themen/kategorie/bildung/>.

3 Vgl. <https://www.islamberatung-bayern.de/bildung>.

4 Vgl. Zinsmeister, Stefan / Coşkun, Ayşe (Hg.) (2023): Gemeinsam gut leben. Themenfelder und Perspektiven muslimischen Engagements und kommunale Zusammenarbeit in Bayern: Eine Orientierungshilfe für die Praxis, München, online: https://www.islamberatung-bayern.de/media/pages/infomaterial/d1d26d563b-1721908182/eugen-biser-stiftung_handreichung_islamberatung.pdf.

Grußwort der Robert Bosch Stiftung

Deutschland ist schon lange eine Einwanderungsgesellschaft – nicht erst seit der Neuzuwanderung der vergangenen Jahre. Damit gehen Bereicherungen, Veränderungen, Herausforderungen und Debatten einher. Während die einen in religiöser oder migrationsbedingter Vielfalt Chancen erkennen, stößt sie bei anderen auf wenig Akzeptanz. In diesem Spannungsfeld möchte die Robert Bosch Stiftung dazu beitragen, dass wir alle gut zusammenleben. Mit der Förderung der Islamberatung in Bayern verfolgen wir dieses Ziel bereits seit 2018.

Sinnbildlich für unsere Einwanderungsgesellschaft stehen Musliminnen und Muslime. Sie sind schon seit mehreren Generationen ein Teil von Deutschland, haben unseren Wohlstand mitaufgebaut und gestalten die Gesellschaft mit. Am Ende des Lebens, im Falle plötzlicher Schicksalsschläge, Unfälle oder Erkrankungen, stellen sich ihnen die gleichen Fragen wie allen Menschen: Was soll mit mir geschehen, wenn ich selbst nicht mehr in der Lage bin, darüber zu bestimmen? In der Art und Weise, wie es ermöglicht wird, diese Dinge zu Lebzeiten gemäß der eigenen, auch religiösen, Vorstellungen zu gestalten, zeigt sich, wie gut die Teilhabe verschiedener gesellschaftlicher Gruppen in Deutschland ausgeprägt ist: Gibt es spezifische Beratungen, die das Thema Patientenverfügung für unterschiedliche Zielgruppen zugänglich machen? Werden alle Menschen in unserer Gesellschaft, unabhängig von Religion oder Herkunft, in gesetzgeberischen Prozessen zur Gestaltung von medizinischer Behandlung berücksichtigt? Denkt man an alle gesellschaftlichen Gruppen, wenn es darum geht, die Kompetenzen von Menschen im Gesundheitssystem zu stärken?

Die Islamberatung in Bayern hat sich diese Fragen gestellt und mit der vorliegenden Handreichung zur Erstellung einer Patientenverfügung für Musliminnen und Muslime einen Schritt zur mehr Partizipation aller Menschen in Deutschland getan. Gemeinsam mit Expertinnen und Experten aus Medizin, Recht und islamischer Theologie wurden entscheidende Akteure beteiligt. Als Förderin und Partnerin hat die Robert Bosch Stiftung diesen langjährigen und anspruchsvollen Prozess gerne unterstützt. Wir hoffen, dass die Handreichung dazu beiträgt, dass sich Musliminnen und Muslime in Deutschland auch bei den letzten Fragen des Lebens versorgt und sicher fühlen.

Volker Nüske

Seniorprojektmanager Einwanderungsgesellschaft,
Globale Fragen

Grüßwort des FAU Forschungszentrums für Islam und Recht in Europa

Lebensverkürzende Krankheiten oder intensive Pflegebedürftigkeit sind Grenzerfahrungen der Menschen. Religionen versuchen, hier Begleitung und Trost, aber auch Anleitung zu geben, wie ein würdiges Leben und Sterben gelingen kann, besonders unter den Bedingungen einer hochtechnisierten Medizin, wie sie in Europa zur Verfügung steht.

Die sogenannte Gastarbeitergeneration aus islamisch geprägten Ländern ist nun in Deutschland alt geworden. Da sie oft in der Schwerindustrie oder anderen körperlich fordernden Berufen beschäftigt waren, brauchen viele von ihnen im (hohen) Alter Unterstützung und Pflege. Auch von lebensbedrohenden Krankheiten sind sie betroffen.

So ist die Erarbeitung einer speziellen Patientenverfügung für Musliminnen und Muslime, die in Deutschland beheimatet sind, seit längerem ein Wunsch von vielen: Musliminnen und Muslimen auf der einen, ärztlichem wie pflegerischem Personal auf der anderen Seite.

Die Islamberatung in Bayern hat sich daher intensiv der Erarbeitung einer praxisgerechten Anleitung für eine theologisch reflektierte und medizinrechtlich präzise Patientenverfügung für Musliminnen und Muslimen gewidmet. Ausgewiesene Fachleute haben alle wesentlichen Aspekte bearbeitet und die nötigen Bausteine für mündige Entscheidungen bereitgestellt. Dr. Nina Nowar und ich sind dankbar, dass wir – das FAU Forschungszentrum für Islam

und Recht in Europa (FAU EZIRE) an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg – mit unseren Partnern, der Eugen-Biser-Stiftung und der Robert Bosch Stiftung, das Ergebnis nun in die Öffentlichkeit geben können. Möge es Musliminnen und Muslimen ein würdiges Sterben ermöglichen und den sie begleitenden Fachkräften eine hilfreiche Orientierung sein.

Jörn Thielmann

Geschäftsführer FAU EZIRE

Über diese Handreichung

Im Januar 2019 startete die Eugen-Biser-Stiftung das Projekt „Islamberatung in Bayern. Brückenbauer zwischen muslimisch geprägten Lebenswelten und Kommunen“. Als Kooperationspartner konnte die Eugen-Biser-Stiftung die Robert Bosch Stiftung und das FAU Forschungszentrum für Islam und Recht in Europa gewinnen. Die Islamberatung in Bayern stellt einen religiös und politisch unabhängigen und weltanschaulich neutralen Anlaufpunkt für alle Fragen rund um das Thema Islam und Muslime in Bayern dar.

Die erste Anfrage an das Beratungsteam kam aus einer bayerischen Klinik für Palliativmedizin mit der Bitte um Informationen zu muslimischen Patientenverfügungen. Die Klinik teilte uns mit, sie habe Informationen zu staatlichen Patientenverfügungen, zu christlichen Patientenverfügungen und zu einer humanistischen Patientenverfügung, aber keine für muslimische Patientinnen und Patienten. Da nach einigen Recherchen deutlich wurde, dass sowohl unter Menschen muslimischen Glaubens als auch dem medizinischen Pflegepersonal und den Ärztinnen und Ärzten großer Bedarf an Informationen besteht, jedoch bis dato keine Patientenverfügung für Musliminnen und Muslime vorlag, wurde der Entschluss gefasst, selbst tätig zu werden.

Unter Konsultation muslimischer Theologinnen und Theologen, Juristinnen und Juristen, Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte sowie muslimischer Vereine und Verbände entstand die vorliegende Handreichung zur Erstellung einer Patientenverfügung. Die Handreichung versteht sich als Hilfestellung für alle Menschen muslimischen Glaubens, welche auf Basis ihrer Wertvorstellungen und Glaubensüberzeugungen eine Patientenverfügung erstellen wollen. Da die Entschei-

dungen, welche in die Erstellung einfließen, sehr individuell sind, wurde auf ein vorgefertigtes Formular verzichtet. Stattdessen basiert die Handreichung auf Textbausteinen mit Erläuterungen, welche illustrieren, wie eine Patientenverfügung aussehen könnte. Die Erläuterungen haben den Anspruch, medizinisches Fachwissen und komplexe islamische Theologie zu allen in Deutschland legalen Handlungsmöglichkeiten möglichst einfach und verständlich darzulegen, um den Nutzerinnen und Nutzern eine theologische Orientierung zu geben und auf dieser Grundlage zu einer individuellen und informierten Entscheidung zu gelangen. In Situationen, in welchen ein breites Spektrum theologischer Positionen mit z. T. unterschiedlichen oder sogar widersprüchlichen Bewertungen der Sachlage vorlag, wurde bewusst auf eine wertende Stellungnahme verzichtet. Die neutrale Darstellung soll gewährleisten, dass die Handreichung für möglichst alle Musliminnen und Muslime in Deutschland unabhängig von der individuellen Glaubensrichtung nutzbar ist und jede bzw. jeder eine für sich selbst vertretbare Patientenverfügung verfassen kann.

Die nachfolgenden Kapitel 1-4 haben die im Impressum genannten Autorinnen und Autoren jeweils gemeinsam verfasst.

капител 1

Kapitel 1

1.1 Was ist eine Patientenverfügung?

Eine Patientenverfügung ist ein schriftliches Dokument, in dem eine juristisch mündige Person festlegt, ob und wie sie in besonderen Fällen, in denen sie nicht mehr einwilligungsfähig ist, ärztlich behandelt werden möchte. Mittels der Verfügung stimmt man für den Fall, dass man zu einem bestimmten Zeitpunkt den eigenen Willen nicht mehr äußern kann, möglichen medizinischen Untersuchungen, Heilbehandlungen oder ärztlichen Eingriffen entweder zu oder untersagt diese.

Grundlage dafür sind einschlägige juristische Bestimmungen, die festlegen, dass eine medizinische Maßnahme nicht ohne die Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten durchgeführt werden darf. Bei Missachtung des Willens von Patientinnen und Patienten macht man sich wegen Körperverletzung strafbar.

12

1.2 Warum ist eine Patientenverfügung sinnvoll?

Angesichts der Tatsache, dass heute auch im Falle sehr schwerer Krankheiten, bei denen keine Besserung zu erwarten ist, durch die Methoden der modernen Medizin biologisches Leben sehr lange aufrechterhalten werden kann, haben Patientenverfügungen in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen. Immer mehr Menschen regeln in einem derartigen Dokument, in welchen Fällen sie medizinische Interventionen zur Lebenserhaltung in Anspruch nehmen wollen.

Dabei ist insbesondere der juristische Rahmen zu betrachten, der für die entsprechenden medizinischen Handlungsoptionen am Lebensende vorgegeben ist: So könnte man bspw. in einer Patientenverfügung nicht die bewusste Gabe von Medikamenten für bestimmte künftige Krankheitssituationen verlangen, die den Tod herbeiführen sollen, weil direkte aktive Sterbehilfe in Deutschland gesetzlich verboten ist. Man könnte aber detailliert beschriebene Anwendungssituationen festlegen, in welchen man z. B. auf die Unterstützung der Herz-Kreislauf-Funktionen durch entsprechende technische Apparaturen verzichten möchte. Ebenso könnte man in klar zu definierenden Fällen die Gabe bestimmter Medikamente, die Durchführung von Dialyse oder von chirurgischen Eingriffen u. Ä. ablehnen (siehe hierzu Kapitel 3). Zudem ist es möglich, bestimmten medizinischen Lebenserhaltungsmaßnahmen explizit zuzustimmen.

Es besteht keine gesetzliche Verpflichtung zur Verfassung einer Patientenverfügung. Dennoch es ist sinnvoll, eventuell eintretende Entscheidungslagen zu bedenken und den eigenen diesbezüglichen Willen zum Ausdruck zu bringen.

Dabei ist es unbedingt notwendig, dass die Situationen, in welchen die Patientenverfügung zur Anwendung kommen soll, möglichst präzise und eindeutig formuliert werden. Hierbei ist besonders darauf zu achten, dass ärztliche Maßnahmen einzeln benannt werden und Anwendungssituationen detailliert beschrieben werden, sodass sich ein konkreter Behandlungswunsch aus der Verfügung ableiten lässt.

1.3 Was ist das Besondere an einer Patientenverfügung für Musliminnen und Muslime in Deutschland?

Die Handreichung zur Erstellung einer Patientenverfügung für Musliminnen und Muslime in Deutschland wurde unter folgenden Gesichtspunkten verfasst: Die durch den Fortschritt der Medizin erweiterten Handlungsmöglichkeiten am Ende des menschlichen Lebens haben in den letzten Jahren und Jahrzehnten dazu geführt, dass der Sterbeprozess deutlich verlängert wird. Menschen muslimischen Glaubens fragen sich oft, welche der in Deutschland rechtlich möglichen Handlungsoptionen auch den Vorgaben islamischer Ethik entsprechen. Oftmals besteht die Angst, man könne in einem ethisch so sensiblen Grenzbereich Entscheidungen treffen, die im islamischen Sinne nicht zu rechtfertigen wären.

In der vorliegenden Handreichung soll deshalb eine theologische Orientierung in diesem Bereich gegeben werden: Fragen zum Umgang mit medizinisch aussichtslosen Diagnosen, zu Behandlungsverzicht und Behandlungsreduktion werden aus islamischen Perspektiven und anhand einiger normativer Stellungnahmen aus der islamischen Literatur dargestellt. Damit soll interessierten Musliminnen und Muslimen ein religiös definierter Rahmen für das Verfassen einer Patientenverfügung geboten werden, der es ihnen erleichtert, selbstständig zu entscheiden, welche Maßnahmen am Lebensende sie gegebenenfalls akzeptieren und welche sie ablehnen möchten. Der vorliegende Text stellt allerdings keine „Fatwa“⁵ dar und erhebt ebenso wenig Anspruch darauf, die „korrekte islamische Position“ zu dem behandelten Thema wiederzugeben. Vielmehr dienen die islamisch-theologischen Positionierungen als Impulse, die dabei helfen, selbstständige Entscheidungen auf Basis umfassender Informationen treffen zu können. Die individuelle Entscheidung und auch die Hinzuziehung von Expertinnen und Experten, denen man in diesem Zusammenhang vertraut, werden durch die islamisch-theologischen Positionierungen nicht ersetzt.

In Bezug auf die Notwendigkeit einer individuellen Entscheidungsfindung, die auf ausreichenden Sachkenntnissen aufbaut, wurden in dieser Handreichung die wesentlichen medizinischen Fakten kurz und in möglichst leicht verständlicher Form zusammengefasst, um verschiedene Handlungsoptionen verständlich zu machen.

In juristischer Hinsicht bietet diese Handreichung einen Überblick über die in Deutschland geltende Rechtslage und die legalen Handlungsmöglichkeiten, zwischen denen man hierzulande wählen kann.⁶ Diese sind in vielen Fällen deckungsgleich mit dem, was in der islamischen Rechtsliteratur normativ festgelegt wird (z. B. das Verbot aktiver, direkter Sterbehilfe). In anderen Fällen kann es sein, dass religiöse Bestimmungen Handlungsnormen festlegen, die im geltenden deutschen Recht nicht von Bedeutung sind. Insofern entsteht kein Widerspruch zwischen gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland und religiöser Rechtsnorm. Beispielsweise wird die Präferenz für rituell reine Substanzen in medizinischen Behandlungen vom geltenden staatlichen Recht nicht behandelt. Wenn religiöse Menschen darauf Rücksicht nehmen wollen, ist dies in den meisten Fällen juristisch unproblematisch.

Zusammengefasst: Diese Handreichung skizziert den medizinischen, juristischen und religiösen Rahmen, innerhalb dessen Menschen muslimischen Glaubens eine für sich selbst vertretbare Patientenverfügung verfassen können.

5 Eine Fatwa ist ein religiöses Rechtsgutachten.

6 Gesetzliche Regelungen können sich ändern. Die jeweils aktuellen Regelungen sind auf der Seite des Bundesministeriums für Justiz nachzulesen: <https://bmj.de>.

1.4 Warum eine Patientenverfügung für Musliminnen und Muslime?

Die Grundlagen des Islams prägen nicht nur das rituelle Leben von Musliminnen und Muslimen, sondern auch ihr Verständnis von Leben, Krankheit und Tod. Der persönliche Glaube an Gott und an seine Offenbarungen kann zur individuellen Suche nach Heilung im Krankheitsfall motivieren, die Ergebung in das Unvermeidliche erleichtern, aber auch unterschiedliche Arten von religiösem Beistand für Kranke und Sterbende formen.

Heute stehen bisher ungeahnte Möglichkeiten zur Verfügung, in den Verlauf der letzten Lebensphase eines Menschen einzugreifen und bewusst zu entscheiden, welche medizinischen Interventionen man angesichts des nahenden Todes wünscht und auf welche man in bestimmten Fällen verzichten möchte. Vor diesem Hintergrund ist ein Blick auf islamische Glaubenskonzepte im Hinblick auf Leben, Gesundheit, Krankheit und Tod, den menschlichen und göttlichen Willen, die Verantwortung im Umgang mit dem eigenen Körper sowie mit sterbenden Mitmenschen für religiös orientierte Musliminnen und Muslime von großer Wichtigkeit.

Krankheit und Leid im Kontext des islamischen Menschenbildes:

Wenn man über den Umgang mit Krankheit, Sterben und Tod im Islam spricht, muss man zunächst darlegen, auf welchem Menschenbild diese Diskussionen aufbauen. Zunächst gilt es festzuhalten, dass der Mensch als ein von Gott geehrtes Wesen gilt.⁷ Man lebt eine bestimmte Zeit in dieser Welt, um einer Verantwortung gegenüber Gott und den Geschöpfen nachzukommen. Nach islamischer Vorstellung geht man danach weiter in eine neue Phase seines Seins, nämlich in das sogenannte Jenseits. Das Verständnis des uns bekannten menschlichen Lebens in dieser Welt basiert also auf dem Bild eines „Transitbereiches“ als Bestandteil einer längeren Reise: „*Siehe, wir sind Gottes, und zu ihm kehren wir zurück.*“ (Koran 2:156)⁸ Die großen Aufgaben des Menschen gegenüber Gott bestehen darin, Ihn zu erkennen, Ihm zu dienen, Ihm gegenüber dankbar zu sein und im Falle von Schwierigkeiten Geduld zu zeigen. Ebenso ist der verantwortungsvolle Umgang mit den Mitmenschen ein Grundelement islamischer Morallehre.

Wie sind im Islam Phasen von Krankheit, Leiden und Tod zu verstehen?

Krankheit wird oft als eine Sühne für Verfehlungen, nicht aber als Strafe angesehen: „*Niemals wird ein Muslim von Erschöpfung, Ungemach, Sorge oder Traurigkeit, von Schaden oder Kummer befallen – und sei es auch nur ein Dorn, der ihn sticht – , ohne dass ihm Gott darin Sühne für seine Verfehlungen schenkt.*“⁹

‘Abd al-Qādir al-Ġilānī weist in seinem bekannten Werk „Enthüllungen des Verborgenen“¹⁰ darauf hin, dass Leiden eine Hilfe für den Menschen sein kann, Gott zu erkennen bzw. sich ihm zuzuwenden:

„Wenn der Mensch durch eine Prüfung heimgesucht wird, rührt er sich zunächst in sich selbst. Wird er dann nicht von ihr befreit, sucht er Hilfe bei den Menschen, nämlich den Herrschern, den Amtsträgern, Besitzern irdischer Güter, den Mächtigen, und im Falle von Krankheiten und Schmerzen bei den Ärzten. Wenn er nun darin keine Befreiung erfährt, kehrt er sich zu seinem Herrn mit Gebet, demutsvollem Bitten und Lobpreis.“¹¹

7 „Wir erwiesen den Kindern Adams Ehre...“ (Koran 17:70).

8 Alle Koran-Zitate in dieser Handreichung sind aus der deutschen Übersetzung von Bobzin, Hartmut (2010), München, entnommen.

9 Dieser Hadith wird von Imam al-Bukhari (Nr. 5641) im folgenden Wortlaut überliefert:

ما يصيب المسلم من نصب (تعَب) ولا وصب (وجع وألم)، ولا همٌّ ولا حزن، ولا أذى ولا غم، حتى الشوكة يشاكها، إلا كفر الله بها من خطاياها

10 ‘Abd al-Qādir al-Ġilānī (1985): Enthüllungen des Verborgenen (Futūḥāt al-ġayb), aus dem Arabischen ins Deutsche übersetzt von Alma Giese, Köln: Al-Kitab-Verlag.

11 ‘Abd al-Qādir al-Ġilānī, Futūḥāt al-ġayb (1985), 14 f.

Somit liegt in der an sich schweren Situation von Krankheit und Schmerz eine Art von göttlicher Barmherzigkeit. Doch auch wenn der Zustand von Leiden als religiös positiv bewertet wird, gilt Heilung ebenfalls als göttliches Geschenk: „[denn er ist es,] der mich, wenn ich erkrankte, heilt.“ (Koran 26:80) In einem bekannten Hadith¹² wird den Gläubigen empfohlen, nach Heilung zu suchen: „Gott hat keine Krankheit herabgesandt, ohne dafür auch ein Heilmittel zu schicken.“¹³ Eine andere Version des Hadith ruft sowohl zur Inanspruchnahme medizinischer Behandlung auf, thematisiert aber zugleich deren Grenzen: *Lasst euch behandeln, ihr Diener Gottes, denn Gott hat keine Krankheit herabgesandt, ohne mit ihr auch ein Heilmittel zu schicken, mit Ausnahme des Alters.*¹⁴

Aus dem Gesagten können folgende Schlussfolgerungen gezogen werden:

- Krankheit, Schwäche und Tod sind unvermeidbare Zustände des menschlichen Lebens.
- Krankheit ist nichts Negatives, jedoch sollte man nach Behandlung suchen, wenn diese möglich ist.
- Nicht jedes Heilmittel (welches laut dem Hadith von Gott geschickt wird) wurde notwendigerweise entdeckt – wir können also darin eine Aufforderung sehen, medizinisch zu forschen.
- Jede Krankheit – außer dem Tod und dem Älterwerden – ist potentiell heilbar, auch wenn es zurzeit Krankheiten gibt, die man nicht oder nicht vollständig heilen kann.
- Das Bewusstsein über die eigene Sterblichkeit und Krankheitsanfälligkeit sollte zu Verantwortungsbewusstsein in der Phase von Gesundheit und Stärke führen.

Die erwähnten Schlussfolgerungen sind bedeutend, um das Prinzip der Patientenvorsorge aus religiöser Sicht zu reflektieren. Im Koran werden wir darauf aufmerksam gemacht, dass wir uns die eigene Sterblichkeit immer wieder vor Augen halten sollen: „Jede Seele bekommt den Tod zu schmecken“ (Koran 3:185). Gleichzeitig wird die Gesundheit in den islamischen Schriften als ein Zustand gesehen, der Dankbarkeit erfordert und in bester Weise genutzt werden soll – in einem Hadith heißt es u. a.: „Nutze dein Leben vor deinem Tod und deine Gesundheit vor deiner Krankheit.“¹⁵

15

In den Alltag übersetzt bedeutet dieser Hadith, dass sich der Mensch mit guten Taten auf sein Ende bzw. auf das Jenseits vorbereiten soll. Übertragen auf die Patientenverfügungen könnte man den Hadith auch als Aufforderung verstehen, sich im Zustand von Gesundheit auf mögliche Krankheiten einzustellen und für eventuelle palliative Leidenssituationen vorausblickend zu planen. Das Verfassen einer Patientenverfügung ist eine Möglichkeit, den „Zustand der Gesundheit zu nutzen“, um über die weitreichenden Entscheidungen nachzudenken, die unter Umständen am Lebensende zur Diskussion stehen.

So gesehen ist das Leben eine Vorbereitung auf den Tod im Sinne einer Rückkehr zu Gott. Ein Aspekt dieser Reise ist der Umgang mit Situationen, in denen der Tod bevorsteht und in denen der Mensch sich auf den Abschied von dieser Welt vorbereiten kann. Im Gegensatz dazu steht der überraschende, plötzliche Tod, auf den man sich nur als theoretische Möglichkeit vorbereiten kann. Dass wir sterben werden, ist klar, wir wissen aber nicht, wie und wo wir sterben werden: „Siehe, das Wissen um ,die

12 Als Hadithe bezeichnet man „diejenigen historischen Berichte [...], die Aussprüche, Taten, Verhaltensweisen und Vorgänge stillschweigender Billigung seitens Muhammads überliefern; nicht jedoch die Verse des Korans, da die Muslime glauben, dass es sich bei diesen nicht um Worte Muhammads, sondern Gottes handele.“ (Kâmil Çakın [2016]: Hadith, in: Heinzmann, Richard [Hg.], Lexikon des Dialogs. Grundbegriffe aus Christentum und Islam, Freiburg u. a.: Herder, 208 f.). Die deutschen Übersetzungen der Hadithe in dieser Handreichung stammen von Dr. Martin Kellner.

13 Imam al-Bukhari (Nr. 5678) überliefert diesen Hadith im Wortlaut: ما أنزل الله من داء إلا أنزل له شفاء

14 Ibn Māğah (Nr. 3426) und an-Nasā'ī as-Sunan al-Kubrā (Nr. 7553) überliefern folgenden Wortlaut: تَدَاوُوا عِبَادَ اللَّهِ، فَإِنَّ اللَّهَ لَمْ يَضَعْ دَاءً إِلَّا وَضَعَ مَعَهُ شِفَاءً إِلَّا الْهَرَمَ

15 Diesen Hadith überliefert al-Ḥākīm in folgendem Wortlaut:

أغتمت خمسا قبل خمس شبابك قبل هرمك وصحتك قبل سقمك وغناك قبل فقرك وفراغك قبل شغلك وحياتك قبل موتك (Nr. 7846).

Stunde' liegt bei Gott. [...] doch keine Seele weiß genau, was sie am nächsten Tag erwirbt, und keine Seele weiß, in welchem Land sie stirbt. Siehe, Gott ist wissend, kundig.“ (Koran 31:34) Der Mensch kennt also die Einzelheiten des bevorstehenden Abschieds nicht. Er kann sich aber auf mögliche Szenarien einstellen und nach eigenem Ermessen die Zeit eines eventuell längeren Abschieds, bspw. im Zusammenhang mit einer unheilbaren schweren Krankheit, planen. Ein Instrument dafür ist die Patientenverfügung, in der ein Mensch seinen Willen in Hinblick auf die Behandlung von unterschiedlichen Krankheitssituationen kundtun kann.

1.5 Religiöse Gebote als Richtlinien zur Formulierung einer Patientenverfügung

Bei der Erstellung einer Patientenverfügung haben Musliminnen und Muslime eventuell das Bedürfnis, auch religiöse Gebote in die Entscheidung über medizinische Maßnahmen einzubeziehen. Wichtige Informationen hierzu liefern ihnen muslimische Gelehrte, welche die in der Patientenverfügung zu treffenden Entscheidungen gemäß den islamischen Rechtskategorien (erlaubt, verboten usw.) bewerten. In vielen medizinischen Fragen gibt es hier aber kein klares islamisches Rechtsurteil, sondern ein Spektrum unterschiedlicher theologischer Meinungen. Dafür bietet eine Patientenverfügung den nötigen Raum, da sie kein starres Schema des „islamisch Erlaubten“ vorgibt, sondern unterschiedliche medizinische Entscheidungsoptionen aufzeigt und islam-theologische Erläuterungen zu diesen Optionen zur Verfügung stellt. In diesem Sinn gelten Vorgaben des islamischen Rechts als „Leitplanken“, die zur individuellen Wegfindung dienen.

Einigkeit besteht unter den Rechtsgelehrten darüber, dass im Falle einer aussichtslosen Prognose der Abbruch von medizinischer Behandlung grundsätzlich erlaubt ist.¹⁶ Die Aussichtslosigkeit der Behandlung muss hierfür jedoch von mehreren erfahrenen Medizinerinnen und Medizinern bestätigt werden.¹⁷ Damit gilt es ebenso als legitim, den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen zu verfügen und dementsprechend eine Patientenverfügung zu veranlassen. Das gleiche gilt auch für den Verzicht auf Wiederbelebung in dem Fall, dass mehrere Ärztinnen und Ärzte zu der Entscheidung kommen, dass diese das Leiden der Patientinnen und Patienten verlängern würde und nicht mehr in dessen Interesse liegt. In Fällen, in welchen keine aussichtslose Prognose besteht, gibt es unterschiedliche Rechtsmeinungen. Die Inanspruchnahme medizinischer Angebote wird anhand der fünf Kategorien der islamischen Normenlehre als verpflichtend (*wāğib*) oder empfohlen (*mustahabb*), als erlaubt (*mubāh*) und manche sogar als verpönt (*makrūh*) oder verboten (*ḥarām*) bewertet.

Muḥammad an-Nasīmī, ein zeitgenössischer Medizinethiker, erklärt diese Meinungsvielfalt folgendermaßen¹⁸:

Wenn eine Erkrankung das Leben oder die körperliche Integrität eines Menschen unmittelbar bedroht und zugleich eine mit großer Wahrscheinlichkeit wirksame Behandlung der Krankheit möglich ist, so gilt es als Pflicht (*wāğib*), diese behandeln zu lassen. Beispiel: eine akute Blinddarmentzündung. Eine kleine Operation behebt das Leiden in diesem Fall mit größter Wahrscheinlichkeit. Die Nichtbehandlung einer akuten Blinddarmentzündung hingegen bedeutet, das eigene Leben direkt zu gefährden.

16 Al-ʿArabīy b. Aḥmad Balḥāğ (2007): *al-Aḥkām al-šarʿīya wa-l-ṭibbiya li-l-mutawaffiy*, in: *Mağallat al-buḥūt al-fiḥīya al-muʿāšira*, Nr. 42/11, 160–168.

17 Diagnosen werden im Rahmen ärztlicher Besprechungen, Tumorboards und Konferenzen von unterschiedlichen Fachleuten begutachtet. In der islamischen Literatur gibt es unterschiedliche Aussagen darüber, wie viele Expertinnen und Experten bei solchen Entscheidungen zu Rat gezogen werden müssen.

18 Vgl. Kellner, Martin (2022): *Islamische Rechtsmeinungen zu medizinischen Eingriffen an den Grenzen des Lebens. Ein Beitrag zur kulturübergreifenden Bioethik*, Baden-Baden: Ergon, 118.

Wenn man durch die Symptomatik einer Krankheit stark eingeschränkt ist und sich diese bspw. medikamentös mit großer Wahrscheinlichkeit behandeln lässt, so ist es aus religiöser Sicht empfohlen (mustahabb), dies auch zu tun. Beispiel: starker Kopfschmerz. Starker Kopfschmerz schränkt die Patientin bzw. den Patienten ein und ist durch Medikamente zu lindern.

Eine Krankheit mit einem rechtlich nicht erlaubten Mittel zu behandeln, wenn ein rechtlich unbedenklicher Ersatz zur Verfügung steht, gilt in manchen Rechtstexten als verpönt (makrūh). Beispiel: die Einnahme eines alkoholhaltigen Medikaments. Es gilt als verpönt, ein alkoholhaltiges Medikament einzunehmen, wenn man auch einen alkoholfreien Ersatz mit der gleichen Wirkung einnehmen könnte.

Verboten (ḥarām) wäre eine medizinische Behandlung dann, wenn der aus ihr entstehende Schaden größer wäre als der zu erwartende Nutzen. So gilt die Transplantation eines Organs von einem lebenden Spender, der diesem Eingriff nicht zustimmen konnte, in allen bekannten Texten als verboten.

Die für die Thematik der Patientenverfügung wesentlichste Rechtskategorie aber ist die rechtlich neutrale, religiös in sich erlaubte Handlung. Wenn eine Behandlungsmöglichkeit zur Verfügung steht, deren therapeutischer Nutzen nicht gesichert, aber auch nicht unwahrscheinlich ist, so gilt diese Behandlung schlichtweg als erlaubt (*mubāḥ*). Dies trifft bspw. auf viele Fälle schwerer Krebserkrankungen zu. Hier wäre es weder geboten noch verboten, eine Therapie in Anspruch zu nehmen, welche u. U., aber nicht mit Sicherheit zu einer Besserung führen würde. Es wäre also genau so erlaubt, auf diese Behandlung zu verzichten und sich dem Schicksal zu fügen. So wird überliefert, der Prophetengefährte Abū Bakr al-Ṣiddīq sei im Sterben gelegen und wurde gefragt: „Sollen wir dir einen Arzt holen?“ Er sagte: „Der Arzt hat mich bereits gesehen.“ (und meinte damit Gott als den Heiler – al-Ṣāfi). Daraufhin fragte man ihn „Was hat er gesagt?“. Die Antwort war: „Ich handle so, wie Ich es will.“¹⁹

17

Umstritten ist noch, inwiefern es aus religiöser Sicht erlaubt (*mubāḥ*) ist, auf künstliche Ernährung und Beatmung zu verzichten, wenn dies nicht mehr zu einer wesentlichen Verbesserung der gesamtgesundheitlichen Situation führt. Derartige Meinungsverschiedenheiten in islamischen Rechtsfragen sind häufig. Letzten Endes obliegt es dann den mündigen Patientinnen und Patienten, in diesen Fragen eigenverantwortlich zu entscheiden.

19 Abū Nu‘aym al-Asbahānī, Ḥilyat al-‘awliyā’ wa-ṭabaqāt al-‘aṣfiyā’, Beirut: Dār al-kitāb al-‘arabī, 1405 n. H., Bd. 1, 34.

Kapitel 2

Kapitel 2

2.1 Rechtliche Hinweise zur Erstellung einer Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung kann nur dann eine unmittelbare Bindungswirkung entfalten, wenn formale und inhaltliche Voraussetzungen bei der Gestaltung erfüllt werden. Diese müssen selbstverständlich auch bei der Erarbeitung einer Patientenverfügung für Musliminnen und Muslime in Deutschland beachtet werden.

Der Gesetzgeber sieht vor, dass Patientenverfügungen schriftlich verfasst und eigenhändig durch Namensunterschrift unterzeichnet werden. Eine notarielle Beglaubigung durch Handzeichen ist ebenfalls möglich (§ 1901a Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 126 Absatz 1 BGB). Mündliche Willensbekundungen müssen bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens ebenso beachtet werden wie schriftliche Ausführungen. Die Schwere der Erkrankung spielt hierbei keine Rolle (§ 1901a Absatz 3 BGB). Patientenverfügungen können jederzeit formlos widerrufen werden (§ 1901a Absatz 1 Satz 3 BGB).

20

Die Patientenverfügung muss freiverantwortlich und ohne Druck erstellt werden. Patientinnen und Patienten müssen eindeutig formulieren, in welcher Lebens- und Behandlungssituation die Patientenverfügung zur Anwendung kommen soll. Inhaltlich hat der Bundesgerichtshof ausgeführt, dass eine klare, konkrete und eindeutig formulierte Entscheidung der Patientinnen und Patienten über die Einwilligung oder Nichteinwilligung in ärztliche Maßnahmen festgehalten werden muss (z. B. künstliche Beatmung, Organersatztherapie, künstliche Ernährung per Infusion oder Magensonde).²⁰

Willensbekundungen in einer Patientenverfügung dürfen aber nicht gegen geltende gesetzliche Verbote verstoßen (§ 134 BGB), wie z. B. Aufforderungen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zur aktiven Sterbehilfe.

Zusätzlich zu einer Patientenverfügung ist es sinnvoll, eine Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung zu verfassen.

Hierbei ist die Vorsorgevollmacht eine jederzeit widerrufbare und abänderbare Bevollmächtigung einer Person des Vertrauens der Patientinnen und Patienten, stellvertretend für ihn oder sie zu handeln, Entscheidungen zu treffen und Verträge abzuschließen (§ 1820 BGB, siehe insbesondere Absatz 2 Nummer 1). Ehepartner konnten bislang nicht automatisch entscheiden. Der Gesetzgeber sieht nun jedoch ein Notvertretungsrecht für Ehegatten in Gesundheitsangelegenheiten auch ohne Bevollmächtigung vor (§ 1358 BGB).²¹ Allerdings ist dieses Notvertretungsrecht an enge Voraussetzungen geknüpft (§ 1358 Absatz 1 BGB). Nachdem eine Ärztin bzw. ein Arzt festgestellt hat, dass diese Vor-

²⁰ Beschluss vom 06.07.2016, XII ZB 61/16; Beschluss vom 08.02.2017, XII ZB 604/15.

²¹ Das Bundesministerium der Justiz (BMJ) hat gemeinsam mit der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zwecks Umsetzung dieses neuen Rechts ein entsprechendes Dokument erarbeitet. Dieses besteht aus einem zweiseitigen Formular nebst anschließenden vierseitigen Hinweisen, online: <https://www.bundesaerztekammer.de/service/muster-formulare>.

aussetzungen vorliegen, bleibt es zudem auf sechs Monate begrenzt (siehe § 1358 Absatz 3 Nr. 4 BGB).²² Es endet auch, wenn die bzw. der Vertretene ihre bzw. seine Angelegenheiten wieder selbst wahrnehmen kann. Wegen der nur vorübergehenden Geltung des Notvertretungsrechts und seiner Begrenzung auf Ehegatten bleibt die Erteilung einer Vorsorgevollmacht (auch für die Ehegattin bzw. den Ehegatten) weiterhin zu empfehlen.

Statt einer Vorsorgevollmacht kann auch eine Betreuungsverfügung getroffen werden (§ 1816 Absatz 2 BGB). Dies ist ein Auftrag an das Gericht, eine von der Patientin oder dem Patienten gewünschte Person als rechtliche Betreuerin bzw. rechtlichen Betreuer zu bestellen, falls dies nötig wird. Ebenso kann festgehalten werden, welche Person auf keinen Fall für diese Aufgabe in Betracht gezogen werden soll.

Die Existenz einer bzw. eines Vorsorgebevollmächtigten oder einer Betreuerin bzw. eines Betreuers oder einer bzw. eines Notvertretungsberechtigten ist auch bei einer wirksamen Patientenverfügung zwingend erforderlich (§ 1827 Absatz 1 Satz 1, 2 BGB). Existiert keine vorsorgebevollmächtigte Person und unterbleibt die Benennung einer Betreuerin oder eines Betreuers durch die Patientinnen und Patienten, so muss, wenn keine notvertretungsberechtigte Ehegattin oder kein notvertretungsberechtigter Ehegatte existiert, eine geeignete Person gegebenenfalls im Eilverfahren zur Betreuerin bzw. zum Betreuer ernannt werden. Dies gilt auch für Notfälle.

2.2 Inhalte und Bestandteile der Patientenverfügung

Folgende Inhalte sollte eine Patientenverfügung abdecken²³:

- Eingangsformel mit Vor- und Familiennamen, Geburtsdatum und Anschrift
- Konkrete Anwendungssituationen, in welchen die Patientenverfügung zum Tragen kommen soll. Es muss sich um Situationen handeln, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können (zu ausführlicheren Informationen siehe Kapitel 3.2). Beispiele:
 - „Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach im unmittelbaren Sterbeprozess befinde“
 - „Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist“
- Konkretisierte Behandlungswünsche zu lebenserhaltenden Maßnahmen, Schmerz- und Symptombehandlung, künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, Wiederbelebung, künstlicher Beatmung
- Nicht ausreichend sind einfache Äußerungen. Beispiele:
 - „Ich wünsche keine lebensverlängernden Maßnahmen.“
 - „Ich will nicht an Schläuchen hängen.“
 - Abstellung der Geräte bei „unheilbarer Krankheit“
- Verhältnis der bezeichneten Anwendungssituationen und Behandlungswünsche zueinander: Genaue Kennzeichnung, ob die in der Patientenverfügung konkret festgelegten Behandlungswünsche in allen beschriebenen Anwendungssituationen gelten sollen oder ob für verschiedene Situationen auch verschiedene Behandlungswünsche festgelegt werden sollen. Beispiel:
 - „In allen oben beschriebenen Situationen wünsche ich...“

21

²² Das Notvertretungsrecht gilt im Übrigen nicht bei Getrenntleben im Sinne von § 1567 Absatz 1 (vgl. § 1358 Absatz 3 Nr. 1 BGB), ebenfalls nicht, wenn der Ehegattin bzw. dem Ehegatten oder der Ärztin bzw. dem Arzt ein gegenteiliger Wille oder eine gegenüber dem Notvertretungsrecht vorrangige Vorsorgevollmacht bekannt ist (§ 1358 Absatz 3 Nr. 2 lit. a und b) und schließlich auch nicht ab Betreuerbestellung (§ 1358 Absatz 3 Nr. 3 BGB).

²³ Mit bestem Dank an Herrn Prof. Christian Jäger (Erlangen) für die Mitwirkung an der Zusammenstellung der rechtlichen Voraussetzungen. Die rechtlichen Voraussetzungen basieren auf der Broschüre des Bundesministeriums für Justiz: Patientenverfügung: Wie sichere ich meine Selbstbestimmung in gesundheitlichen Angelegenheiten?, online: <https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/Patientenverfuegung.html?nn=17134>.

- Wünsche zu Sterbeort und Sterbebegleitung. Beispiele:
 - „Krankenhaus“ oder „Hospiz“
 - „Mit Beistand durch die Vertreterin bzw. den Vertreter einer bestimmten Kirche, Religions- oder Weltanschauungsgemeinschaft“ (siehe Kapitel 3.4)
- Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht
- Aussagen zur Verbindlichkeit, Auslegung, Durchsetzung und zum Widerruf
- Hinweis auf weitere Vorsorgeverfügungen, sowie etwaige beigefügte Erläuterungen zu persönlichen Wertvorstellungen und religiösen Anschauungen als Interpretationshilfen
- Hinweise zur Gültigkeit der Patientenverfügung in anderen kulturellen Räumen
- Weitere beigefügte Angaben, wie Wünsche zu Ritualen im Sterbeprozess und nach dem Tod oder Wünsche zur Art und dem Ort der Beerdigung, sind ebenfalls möglich, aber im Einzelnen nicht unbedingt rechtlich bindend. Sie können jedoch eine moralische Verpflichtung für die Angehörigen darstellen (siehe Kapitel 4).
- Hinweise auf mögliche Bereitschaft zur Organspende (siehe Kapitel 3.3.9)
- Schlussformel zum Verzicht auf (weitere) ärztliche Aufklärung über die in der Patientenverfügung bezeichneten Behandlungswünsche
- Schlussbemerkungen mit Versicherung der freiverantwortlich getroffenen Entscheidung sowie des Bewusstseins von Änderungs- und Widerrufsmöglichkeit
- Angaben zu erfolgter Information oder Beratung
- Bestätigung etwaiger ärztlicher Aufklärung durch die Ärztin bzw. den Arzt
- Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit durch die Ärztin bzw. den Arzt oder die Notarin bzw. den Notar
- Angaben zum Geltungszeitraum der Patientenverfügung und etwaige (empfohlene) Aktualisierung. Beispiele:
 - „Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.“
 - „Diese Patientenverfügung soll ihre Wirksamkeit nach Ablauf von ... verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.“
- Datum und schriftliche, eigenhändige Namensunterschrift, ggf. notariell beglaubigtes Handzeichen
- Ggf. Aktualisierung mit Datum und Namensunterschrift

22

2.3 Hinweise zur Verwahrung der Patientenverfügung

Die Patientenverfügung richtet sich vor allem an Ärztinnen und Ärzte, Bevollmächtigte, Betreuerinnen und Betreuer sowie an Betreuungsgerichte und sollte so verwahrt werden, dass sie diesen bei Bedarf schnell und unkompliziert vorliegt. Bei der Aufnahme in ein Krankenhaus oder eine Pflegeeinrichtung sollte deshalb unbedingt auf die Patientenverfügung verwiesen werden. Eine weitere Möglichkeit ist es, eine Vertrauensperson über die Patientenverfügung zu informieren. Für Notfälle bietet es sich an, Hinweise auf das Vorhandensein und den Ablageort der Patientenverfügung bei sich zu tragen. In diesem Zusammenhang soll auch auf den Düsseldorfer Notfallausweis verwiesen werden.²⁴ Der Notfallausweis enthält die wichtigsten Patientenwünsche als „light version“ der Patientenverfügung kurz zusammengefasst und kann im Portemonnaie mitgeführt werden. Damit ist er in Notfallsituationen schnell griffbereit und einsichtig. Dieser Notfallausweis könnte zusätzlich um einen Passus ergänzt werden, der die freiwillige Angabe der Religionszugehörigkeit erlaubt.

24 Düsseldorf Notfallausweis des Runden Tisches Palliative Versorgung und der Universitätsklinik Düsseldorf; abrufbar unter: <https://www.duesseldorf.de/fileadmin/Amt13/presseanhang/180509-Notfallausweis-Palliativausweis.pdf>.

2.4 Hinweise zur Formulierung von Wertvorstellungen

Die Entscheidung für oder gegen bestimmte medizinische Maßnahmen beruht oft auf persönlichen Wertvorstellungen und religiösen Haltungen. Auch Hoffnungen oder Ängste spielen bei der Entscheidung eine wichtige Rolle. Aus diesem Grund kann es in medizinischen Situationen, welche die Patientenverfügung nicht abdeckt oder bei denen der Patientenwille nicht klar nachvollziehbar ist, hilfreich sein, die Darlegung der Wertvorstellungen als Interpretationshilfe heranzuziehen. Die Erläuterungen tragen dann dazu bei, den mutmaßlichen Willen von Patientinnen und Patienten zu ermitteln (§ 1827 Absatz 2 Satz 1 BGB, siehe Kapitel 4, S. 52). Zur Formulierung bietet es sich an, eine Vertreterin oder einen Vertreter der eigenen Weltanschauungs- bzw. Religionsgemeinschaft für ein persönliches Beratungsgespräch zu kontaktieren.

2.5 Mögliche Informationsstellen

Weiterführende Informationen zu den Themen Patientenverfügung und Betreuungsrecht in Deutschland finden Sie auf dem Internetauftritt des Bundesministeriums der Justiz.²⁵ Sozialverbände bieten Hilfe und Beratung bei allen Fragen zur Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung an. Bei Fragen zu medizinischen Sachverhalten beraten die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Das Bundesministerium für Gesundheit bietet eine unabhängige Anlaufstelle bei Fragen zum deutschen Gesundheitssystem.²⁶ Seit 2011 steht Patientinnen und Patienten bundesweit außerdem das kostenfreie, neutrale und qualitätsgesicherte Informations- und Beratungsangebot der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) zur Verfügung.²⁷ Die telefonische Beratung wird in den Sprachen Deutsch, Türkisch, Russisch und Arabisch angeboten.

Auf Ebene der Bundesländer gibt es Patientenbeauftragte, so z. B. in Bayern den Patienten- und Pflegebeauftragten der Bayerischen Staatsregierung.²⁸ Das Vorsorge-Set der Stiftung Warentest bietet ebenfalls praxisorientierte Informationen und Hilfestellungen, die ständig aktualisiert werden.²⁹

Christlicherseits haben die Deutsche Bischofskonferenz (DBK), die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) und die Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland (ACK) 2018 gemeinsam eine aktualisierte Neuauflage der Broschüre „Christliche Patientenvorsorge“ veröffentlicht.³⁰ Auch der Humanistische Verband Deutschlands (HVD) bietet Broschüren zur Patientenverfügung an.³¹ Bei theologischen und religiösen Fragen zum Thema Patientenverfügung sollten Sie sich an eine Vertreterin bzw. einen Vertreter Ihrer Religions- oder Weltanschauungsgemeinschaft wenden.

23

25 Informationen zur Erstellung einer Patientenverfügung des Bundesministeriums der Justiz; online unter: <https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/Patientenverfuegung.html?nn=17134>.

26 Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit, online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/buergertelefon>.

27 Beratungsangebot der Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland UPD, online: <https://www.patientenberatung.de/>.

28 Patienten- und Pflegeportal Bayern, online: <https://www.patientenportal.bayern.de/>.

29 Stiftung Warentest (⁸2024), Das Vorsorge-Set, Berlin.

30 Christliche Patientenvorsorge, online: <https://www.dbk.de/themen/christliche-patientenvorsorge/>.

31 Vgl. online: <https://www.patientenverfuegung.de/>.

Кәпітел 3

Kapitel 3

3.1 Eingangsformel

Ich ... (Name, Vorname, geboren in ..., wohnhaft in ...) bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann ...

3.2 Exemplarische Situationen, für die die Patientenverfügung gelten soll

Damit die Patientenverfügung rechtliche Bindungswirkung entfalten kann, ist es unbedingt notwendig, dass die Situationen, in welchen sie zur Anwendung kommen soll, möglichst präzise und eindeutig formuliert werden. Hierbei ist besonders darauf zu achten, dass ärztliche Maßnahmen einzeln benannt werden und hierzu spezifizierte Anwendungssituationen detailliert beschrieben werden, sodass sich ein konkreter Behandlungswunsch daraus ableiten lässt. Sind die Anwendungssituationen nicht detailliert beschrieben, sondern eher allgemein und undifferenziert benannt, kann es sein, dass eine Patientenverfügung nicht greift.

26

Die Patientenverfügung entfaltet erst bei der Einwilligungsunfähigkeit der Patientin oder des Patienten ihre Wirkung. Bei der Einlieferung in ein Krankenhaus sind die meisten Patientinnen und Patienten noch einwilligungsfähig und mögliche intensivmedizinische Maßnahmen werden direkt mit ihnen abgesprochen. Erst wenn bei einem schweren Krankheitsverlauf diese Einwilligungsfähigkeit nicht mehr vorhanden ist, kommt in nicht vorab abgesprochenen Situationen die Patientenverfügung zum Einsatz.

Mögliche Textbausteine:

Wenn ...

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (*können namentlich benannt werden*) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Organversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.
- ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

Eigene Beschreibung der Anwendungssituation: ...

(Anmerkung: Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können. Die Anwendungssituationen sollten mit dem jeweiligen Arzt bzw. der jeweiligen Ärztin besprochen werden und von Juristinnen und Juristen formuliert werden. Von der eigenständigen Formulierung ist juristischen Laien dringend abzuraten, da diese vor Gericht gegebenenfalls keinen Bestand haben.

3.3 Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

Im Folgenden sind Festlegungen zu der Einleitung, dem Umfang und der Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen aufgeführt. Die möglichen Entscheidungsoptionen basieren auf der Broschüre „Patientenverfügung. Wie sichere ich meine Selbstbestimmung in gesundheitlichen Angelegenheiten“ des Bundesministeriums der Justiz.³² Sie werden jeweils durch kurze medizinische und islam-theologische Begleittexte ergänzt. Die darin vermittelten Informationen sind nicht abschließend und dienen lediglich der ersten Orientierung. Sie können ein ärztliches Informations- und Aufklärungsgespräch nicht ersetzen. Bei Rückfragen zu islam-theologischen Fragen wenden Sie sich bitte an eine Vertreterin bzw. einen Vertreter Ihrer Weltanschauungs- oder Religionsgemeinschaft.

3.3.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.
- oder*
- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

27

Hinweise zu lebenserhaltenden Maßnahmen:

Lebenserhaltende Maßnahmen haben zum Ziel, das Leben der Patientin oder des Patienten bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung zu erhalten, um die Möglichkeit zu schaffen, sie oder ihn kurativ zu behandeln oder ihr bzw. ihm lindernde Maßnahmen zukommen zu lassen, um die Lebensqualität zu erhöhen. Zu den medizinischen Behandlungsmöglichkeiten zählen u. a. die Gabe von Medikamenten, die Wiederbelebung oder die künstliche Beatmung. Diese Maßnahmen können u. U. den Sterbeprozess aber auch verlangsamen und eventuell das Leid verlängern.

Behandlungsentscheidungen in Patientenverfügungen sind unabhängig von der Art und dem Stadium der Erkrankung zulässig (§ 1827 Absatz 3 BGB). Der Verzicht einer Patientin bzw. eines Patienten auf eine aus medizinischer Sicht sinnvolle Behandlung ist durch die Entscheidungsfreiheit und das Selbstbestimmungsrecht der Patientin oder des Patienten garantiert. Die Verweigerung der Einwilligung zu medizinisch indizierten Maßnahmen muss von Ärztinnen und Ärzten beachtet werden, auch wenn die Patientin bzw. der Patient sich nicht in einem aussichtslosen Zustand befindet und ihr bzw. sein Leben mit einem Eingriff gerettet werden könnte.

³² Broschüre des Bundesministeriums der Justiz: Patientenverfügung. Wie sichere ich meine Selbstbestimmung in gesundheitlichen Angelegenheiten?, online: <https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/Patientenverfuegung.html?nn=17134>.

Sterbebegleitung, Sterbehilfe und Assistierter Suizid:

Lebensbedrohlich erkrankte oder sterbende Menschen brauchen besondere Zuwendung. Die **Sterbebegleitung** ist eine ganzheitliche Betreuung, bei der Sterbegleiterinnen und Sterbegeleiter den Sterbenden und ihren Angehörigen zur Seite stehen und sie in dieser Lebensphase unterstützen. Sterbebegleitung bietet nicht nur die Möglichkeit, praktische medizinische Aspekte zu besprechen, sondern ist insbesondere auch ein Angebot von Seelsorge für die Patientinnen und Patienten. Sie geht sensibel auf die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ein und respektiert deren religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen.

Von der Sterbebegleitung zu unterscheiden ist die **aktive Sterbehilfe**, bei der in den Sterbeprozess eines Menschen bewusst eingegriffen wird, was dessen Tod zur Folge hat. Der Tod des Menschen wird z. B. durch die bewusste Gabe von Medikamenten nicht nur in Kauf genommen, sondern gezielt herbeigeführt. Die direkte aktive Sterbehilfe ist gemäß § 216 StGB in Deutschland **strafbar**.

Die **passive Sterbehilfe** ist durch ein Urteil des Bundesgerichtshofs von 2010 unter der Voraussetzung erlaubt, dass sie dem erklärten oder mutmaßlichen Willen der Patientin bzw. des Patienten entspricht.³³ Passive Sterbehilfe bedeutet, dass die Patientin bzw. der Patient durch das Unterlassen oder den Abbruch bereits unternommener lebensverlängernder Maßnahmen stirbt. Die Basispflege wird auch dann durchgeführt, wenn auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet wird.³⁴

Auch die **indirekte Sterbehilfe** ist in Deutschland erlaubt und bedarf des Einverständnisses der Patientin bzw. des Patienten.³⁵ Sie bezeichnet das Inkaufnehmen einer möglichen Lebensverkürzung durch den Einsatz von beschwerdelindernden Medikamenten.

Assistierter Suizid ist die Beihilfe zur Selbsttötung. Seit 2017 steht es den Patientinnen und Patienten frei, in extremen Ausnahmesituationen Betäubungsmittel zu erwerben, die eine schmerzlose Selbsttötung ermöglichen.³⁶ Mit dieser Grundsatzentscheidung des Bundesverfassungsgerichts ist die organisierte Sterbehilfe in Deutschland zulässig. Verschiedene Vereine haben ihre Arbeit in der Beihilfe zur Beendigung des Lebens seither wieder aufgenommen.³⁷

Ergänzende Hinweise:

Behandlungen können jederzeit durch den Wunsch der Patientin bzw. des Patienten beendet, aber auch fortgesetzt werden. Die Missachtung des jeweiligen Patientenwillens ist rechtswidrig und stellt eine strafbare Körperverletzung dar (§ 223 StGB).

Die Patientenbitte um Beihilfe zur Beendigung des eigenen Lebens muss in jedem Fall respektiert werden, weil hinter der Bitte um Beihilfe zur Selbsttötung ein gleichzeitiger Wunsch zu leben und zu sterben stehen kann. Die Bitte um Beihilfe beruht dann auf dem Wunsch, nicht mehr so weiterleben zu wollen.

33 Urteil des 2. Strafsenats vom 25.06.2010 – 2 StR 454/09, online: <https://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&nr=52999&pos=0&anz=1>.

34 Die Basispflege umfasst die Haut- und Körperpflege, die Dekubitusprophylaxe (vorbeugende Maßnahmen, wie Umlagerungen, um Druckgeschwüre zu verhindern), den Umgang mit Körperausscheidungen und ggf. die Ernährung und Flüssigkeitszufuhr auf natürlichem Wege.

35 BGH, Urteil vom 15.11.1996 – 3 StR 79/96.

36 Grundsatzentscheidung des Bundesverfassungsgerichts zur Nichtigkeit des § 217 StGB, Pressemitteilung Nr. 11/2017 des Bundesverwaltungsgerichts vom 02.03.2017, online: <https://www.bverwg.de/pm/2017/11>.

37 Siehe u. a.: Homepage des Vereins DIGNITAS-Deutschland e.V.: <http://www.dignitas.de/>; Homepage des Vereins Sterbehilfe: <https://www.sterbehilfe.de/>; Homepage der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben e.V. (DGHS): <https://www.dghs.de/>.

Mögliche Ansprüche von Patientinnen und Patienten gegenüber Medizinerinnen und Medizinern ohne heilendes oder linderndes Therapieziel sind durch die medizinische Indikation und das individuelle Gewissen der Ärztinnen und Ärzte begrenzt.

Einordnung aus islam-theologischer Perspektive:

Religiöse Fragestellung:

Musliminnen und Muslime glauben daran, dass Gott als Schöpfer Herr über das Leben und den Tod und darüber hinaus ist. Wenn Menschen erkranken, soll man prinzipiell versuchen, diese Krankheit zu behandeln, damit verbundenes Leiden zu lindern und das menschliche Leben so weit wie möglich zu erhalten. Für muslimische Rechtsgelehrte stellt sich aber die Frage, ob diese Behandlung auch dann durchgeführt werden soll, wenn sie zwar das Leben verlängert, aber für die erkrankte Person Leiden hinauszögert oder verstärkt und für die Person kein überwiegender Nutzen mehr zu erwarten ist.

Religiöse Grundprinzipien:

- Leben ist zu erhalten.
- Schaden ist so weit wie möglich abzuwenden.
- Suizid ist verboten.
- Medizinische Behandlung ist nicht immer verpflichtend. Wenn diese der Patientin bzw. dem Patienten nach menschlichem Ermessen keinen Vorteil mehr bringt, darf auch darauf verzichtet werden.
- Die Beurteilung von Ärztinnen und Ärzten, dass eine konkrete medizinische Maßnahme keinen Nutzen mehr bringen wird, ist sowohl aus palliativmedizinischer Sicht als auch aus religiöser Sicht bedeutsam. Die medizinische Prognose ist auch aus religiöser Sicht für den Umgang mit einer Krankheit maßgeblich. Es gibt zu dieser Frage keine religiöse Expertise, weil die Quellen dazu schweigen. Jede Entscheidung aber, die getroffen wird, muss nachvollziehbar sein. Islamisches Recht baut auf dem Prinzip auf, Schaden abzuwenden und Nutzen herbeizuführen. Um dies umzusetzen, braucht man Fachwissen. Daher ist Fachwissen maßgeblich dafür, islamrechtliche Prinzipien adäquat umzusetzen.

29

Diskussion:

Die medizinische, seelische und soziale Begleitung sterbender Menschen gilt zweifellos als eine wichtige religiöse Pflicht. In der prophetenbiographischen Literatur, die sich mit der Lebensgeschichte Muhammads beschäftigt, finden sich detaillierte Schilderungen über die letzten Tage im Leben des Propheten und der fürsorglichen Anwesenheit seiner nächsten Mitmenschen. Diese Sterbebegleitung ist religiös gesehen unproblematisch und kein Gegenstand größerer Diskussionen.

Wesentlich komplexer ist die Frage zu den religiösen Grenzen in Hinblick auf die Sterbehilfe und den Suizid. Im Folgenden werden einige Grundhaltungen zu dieser Thematik beschrieben.

Der Wunsch nach Tod ist erlaubt, aber Lebensverkürzung ist nicht zulässig:

Aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid gelten im islamischen Recht einstimmig als nicht erlaubte Eingriffe in das menschliche Leben, denn nach muslimischer Vorstellung ist Gott Herr über Leben, Tod und darüber hinaus. Es ist natürlich möglich, dass Menschen aufgrund einer besonderen Belastung wie Krankheit, starker Schmerzen oder Ähnlichem den Wunsch haben zu sterben, wie dies in folgendem Hadith zum Ausdruck kommt: „O Gott, schenke mir Leben, solange das Leben gut für mich ist, und schenke mir den Tod, wenn der Tod für mich besser ist.“³⁸ Der Wunsch nach dem Tod kann durchaus eine religiös legitime Emotion sein, aber das Ziel ist, unter allen Umständen ein gutes Leben zu ermöglichen. Es kann aber sein, dass durch die Minderung von Leiden durch erforderliche Maßnahmen der Tod früher herbeigeführt werden kann. Aktive Maßnahmen mit dem direkten Ziel, das Leben zu verkürzen, gelten in der islamischen Rechtsliteratur als nicht erlaubt.

³⁸ Al-Bukhari (5671) überliefert diesen Hadith in folgendem Wortlaut:

لا يَتَمَنَّيَنَّ أَحَدُكُمْ الْمَوْتَ مِنْ ضَرِّ أَصَابِهِ، فَإِنْ كَانَ لَا بُدَّ فَاعِلًا، فَلْيَقُلْ: اللَّهُمَّ أَحِبِّي مَا كَانَتْ الْحَيَاةُ خَيْرًا لِي، وَتَوَقَّيْ إِذَا كَانَتْ الْوَفَاةُ خَيْرًا لِي

Behandlungsverzicht und -abbruch sind erlaubt, wenn die Behandlung aus ärztlicher Sicht den Zustand nicht verbessert oder gar verschlechtert:

Die Frage der Zulässigkeit von Behandlungsverzicht in Situationen, in denen keine Besserung des Zustandes von Patientinnen und Patienten zu erwarten ist, wird differenzierter betrachtet und ist Gegenstand von Diskussionen unter Expertinnen und Experten des islamischen Rechts. Tendenziell herrscht aber die Meinung vor, dass es zulässig sei, eine medizinisch mögliche Behandlung abbrechen bzw. nicht durchzuführen, wenn auf Grundlage ärztlicher Erfahrung nicht mehr zu erwarten ist, dass diese zu einer Verbesserung des Zustandes der Patientin bzw. des Patienten führt. Grundlage dafür ist die in der Einleitung (Kapitel 1.5) beschriebene Unterteilung medizinischer Behandlungen gemäß der fünf Kategorien des islamischen Rechts. Demnach ist die Behandlung in manchen Situationen verpflichtend, in manchen erlaubt etc.

In der Handreichung des Zentralrats der Muslime in Deutschland (ZMD) schreibt der Palliativmediziner und Ethiker Zouhair al-Halabi:

„Bei den Schwerstkranken und unheilbaren Menschen ist es statthaft, das Angebot vom Unterlassen oder Reduktion der Behandlungsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen (sog. passive Sterbehilfe oder besser: „Sterbenlassen“).“³⁹

In einer entsprechenden Erklärung der Internationalen Islamischen Fiqh-Akademie (IIFA, maǧma' al-fiqh al-islāmī) in Saudi-Arabien wird dabei auf die Notwendigkeit einer durch mehrere Ärztinnen und Ärzte bestätigten medizinischen Indikation des Behandlungsabbruchs hingewiesen: Es sei nämlich zulässig, die Behandlung der Patientinnen und Patienten abbrechen, wenn feststeht, dass die Behandlung den Patientinnen und Patienten schadet und nicht zur Verbesserung des Zustands führt.⁴⁰ Die Beurteilung über die Sinnhaftigkeit der Behandlung wird im deutschen Krankenhausalltag durch die Prognosen medizinischer Gremien bzw. fachlich qualifizierter Expertengruppen (bspw. Tumorboard) verwirklicht werden.

30

Weiter heißt es in der Stellungnahme der Fiqh-Akademie, dass im Sinne des Monotheismus allein Gott als die Quelle von Heilung zu sehen ist. Die Menschen haben aber bestimmte Möglichkeiten, im Vertrauen auf Gott diese Heilung zu suchen und Kranke auf beste Weise zu pflegen und zu behandeln. In Situationen, in denen nach menschlichem Ermessen (im Sinne medizinischer Erfahrung) nicht mehr mit der Heilung einer Krankheit zu rechnen ist, soll man sich auf die Linderung von Schmerzen konzentrieren.⁴¹

Wenn man in der Medizin von aussichtslosen oder hoffnungslosen Situationen spricht, stellt sich aus religiöser Sicht eine wichtige Frage: Es gilt als eine Glaubensgrundlage im Islam, dass Gott allmächtig ist und Er zu jedem Zeitpunkt Heilung schenken kann, wenn Er das will. Wie kann man nun sagen, dass es in einer Situation keine Hoffnung mehr gibt? Die Antwort darauf ist, dass eine Genesung auch Schwerstkranker und Sterbender im Sinne göttlicher Macht möglich ist. Dennoch gibt es im Leben von Menschen Erfahrungen, auf die wir aufbauen dürfen und sollen. Dies schränkt nicht den Gedanken an göttliche Allmacht ein, sondern beschreibt die Verantwortung von Menschen im Umgang mit den Ursachen und Wirkungen, die Gott in dieser Welt erschaffen hat. Ebenso wie bestimmte Anzeichen am Körper des Menschen darauf hindeuten, dass jemand verstorben ist und begraben werden muss (auch wenn Gott Tote lebendig machen kann), gibt es Hinweise darauf, dass eine Krankheitssituation (im Sinne der menschlichen Erfahrung) unumkehrbar ist und es keinen Sinn mehr macht, Heilung anzustreben. Nun könnte man sagen, dass man dennoch verpflichtet wäre, alles medizinisch Mögliche zu tun, um dieses Menschenleben zu retten, egal wie aussichtslos dies aus menschlicher Sicht wäre,

39 Sterbehilfe bzw. Sterbebegleitung und Palliative Care aus islamischer Sicht. Eine Handreichung des Zentralrates der Muslime in Deutschland (ZMD), 10; online: https://islam.de/files/pdf/sterbehilfe_islam_zmd_2013_03.pdf.

40 Entscheidung der Internationalen Islamischen Fiqh-Akademie (IIFA) aus dem Jahre 2015, online: <https://almoslim.net/%20node/233659>.

41 Maǧma' al-fiqh al-islāmī, Qarār 68/5/7, 1993.

weil Gott allmächtig ist und eben doch noch Heilung schenken kann. Demzufolge wäre es nicht vertretbar, medizinische Behandlung abzubrechen. Doch wenn man dies nun konsequent weiterdenkt, dann muss man zum Schluss kommen, dass der allmächtige Gott auch ohne medizinische Unterstützung Heilung schenken kann, wenn Er das will. Es geht also nicht darum, zu entscheiden, wann und wie ein Mensch stirbt, sondern vielmehr darum, wann und wie bestimmte Verpflichtungen oder Empfehlungen bestehen, medizinisch zu handeln, und wie Menschen im Rahmen ihrer Möglichkeiten gerechtfertigt handeln können. Dies ist deshalb wichtig, weil es die Erfahrung gibt, dass muslimische Angehörige in derartigen Situationen oft dazu neigen, maximale medizinische Versorgung zu verlangen, auch wenn diese aus Sicht der ärztlichen Erfahrung nur mehr Belastung für die sterbenden Patientinnen und Patienten darstellt.

3.3.2 Schmerz- und Symptombehandlung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen.
- oder*
- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Medizinische Hinweise zur medikamentösen Schmerz- und Symptombehandlung:

Die Schmerz- und Symptombehandlung ist ein wichtiger Pfeiler der auf die Heilung der Patientin oder des Patienten ausgerichteten Behandlung und der auf die Linderung der Symptome zielenden Versorgung von Patientinnen und Patienten. Schmerzmedikamente wie Acetylsalicylsäure (ASS), Diclofenac, Ibuprofen oder auch Paracetamol entfalten eine schmerzlindernde, entzündungshemmende und fiebersenkende Wirkung, ohne die Wahrnehmungsfähigkeit der Patientin bzw. des Patienten zu beeinflussen. Reichen diese Medikamente nicht mehr zur Schmerz- und Symptombehandlung aus, sollten sie gemäß den Schmerztherapieempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durch opioide Schmerzmedikamente ergänzt oder auch ersetzt werden. Diese können die Wahrnehmungsfähigkeit der Patientin bzw. des Patienten beeinflussen und Müdigkeit, Schwindel oder Übelkeit verursachen.

Bei starker Unruhe, bei durch Atemnot ausgelösten Angstzuständen und bei verschiedenen belastenden körperlichen Symptomen wie Erbrechen können ebenfalls Medikamente verabreicht werden. Die Einnahme von Schmerzmedikamenten wirkt sich in der Regel nicht lebenszeitverkürzend aus, jedoch besteht die Möglichkeit bei der Verabreichung von sehr hohen Dosen.

Sedierung am Lebensende:

Die Sedierung am Lebensende ist die überwachte Gabe von Medikamenten mit dem Ziel, die Bewusstseinslage des schwerstkranken und sterbenden Menschen zu vermindern oder bis hin zur Bewusstlosigkeit aufzuheben. Sie wird demnach erst angewandt, wenn alle anderen medizinischen Interventionen versagt haben, z. B. wenn es trotz Schmerz- und Symptombehandlung zu massiven Angstzuständen kommt, die u. a. durch Luftnot ausgelöst werden können. Die Sedierung am Lebensende findet zumeist mit Unterbrechungen statt, eine ununterbrochene Sedierung kann nur kurz vor dem erwarteten Todeseintritt verabreicht werden.

Einordnung aus islam-theologischer Perspektive:

Religiöse Fragestellung:

Wenn Menschen am Lebensende unter Schmerzen, Unruhe oder Angstzuständen leiden, ist es in vielen Fällen möglich, diese Symptome durch Schmerzmedikamente zu lindern. Bei sehr hoher Dosierung können diese u. U. lebenszeitverkürzend wirken. Zudem schränken opioide Schmerzmittel auch das Bewusstsein der betroffenen Person manchmal bis hin zu einem tiefen Schlafzustand ein. Islamisch

gesehen ist aber Bewusstsein ein wesentliches Gut, welches es dem Menschen ermöglicht, möglichst bis zum Tod seine religiösen Pflichten zu erfüllen und bewusst die Rückkehr zu Gott zu erleben und zu gestalten. Dadurch stellt sich die Frage, ob es religiös gerechtfertigt ist, im Rahmen der Schmerz- bekämpfung einen möglicherweise früheren Tod oder einen völligen bzw. teilweisen Bewusstseins- verlust in Kauf zu nehmen.

Religiöse Grundprinzipien:

- Schaden ist so weit wie möglich abzuwenden.
- Leben ist zu bewahren.
- Alle berauschenden Substanzen sind verboten, sofern sie medizinisch nicht unbedingt notwendig sind.
- Der Mensch muss seine religiösen Pflichten gegenüber Gott erfüllen,⁴² sofern die gegebenen Umstände es zulassen und keine Ausnahmesituation vorliegt.

Diskussion:

Schmerzbehandlung: Linderung von Leiden versus Bewusstseinstrübung:

Prinzipiell gilt die Verabreichung von Schmerzmittel als eine legitime und erwünschte Maßnahme zur Linderung von Leiden. Dies entspricht den übergeordneten Zielen der islamischen Normenlehre, wie der Behebung von Schaden, der Linderung von Leiden etc. Die islamrechtlich problematischen Aspekte von Schmerzbehandlung beziehen sich auf die bewusstseinstrübende und potentiell lebens- verkürzende Wirkung starker Schmerzmittel. Hier stehen einander zwei prinzipiell erstrebenswerte Ziele gegenüber. Einerseits besteht die Notwendigkeit, menschliches Bewusstsein so gut wie möglich zu bewahren, weil die Fähigkeit des Denkens oder auch der Wahrnehmung zu den besonders schüt- zenswerten Potentialen des Menschen gehören. Andererseits ist es religiös erwünscht, kranken Menschen Schmerzen zu nehmen oder diese zumindest zu lindern. Dabei soll versucht werden, eine Balance zwischen optimaler Symptombehandlung einerseits und möglichst weitgehender Bewah- rung des kognitiven Bewusstseins andererseits aufrechtzuerhalten. Wenn dies nicht möglich ist, dann ist es zulässig, mit der Behandlung der Schmerzen verbundene Bewusstseinstrübung in Kauf zu nehmen. Dies sollte situativ angemessen entschieden werden, denn bei Patientinnen und Patienten in der letzten Phase einer chronischen, lebensbedrohlichen Erkrankung, die ohne medizinische Behand- lung in absehbarer Zeit zum Tod führt, könnte es schwierig sein, ein derartiges Gleichgewicht zwischen optimaler Symptomkontrolle und einem normalen Bewusstseinszustand aufrechtzuerhalten. In der- artigen Situationen sollen den Patientinnen und Patienten und ihren Familien die Pros und Contras dargelegt werden. Sie können dann bspw. entscheiden, dass u. U. eine höhere symptomatische Belas- tung zugunsten eines etwas höheren Bewusstseinslevels zu tolerieren sei.⁴³

Bewusstseinsverlust durch Sedierung und Verlust der Fähigkeit zum Glaubensbekenntnis vor dem Tod:

Die dauerhafte und tiefe Aufhebung der Bewusstseinslage durch den Einsatz von Medikamenten (Sedierung am Lebensende) kommt nur bei nicht kontrollierbaren, schwersten Schmerzen und mas- siven Angstzuständen zum Einsatz, wenn alle anderen medizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Die Sedierung am Lebensende ist im islamrechtlichen Sinn das umstrittenste Verfahren hin- sichtlich der medikamentösen Behandlung von schweren Schmerzen. Man kann davon ausgehen, dass sich diese Art von Sedierung grundsätzlich nicht von einer Vollnarkose unterscheidet, in der man ebenfalls einen völligen Verlust des Bewusstseins in Kauf nimmt, um Schmerzen zu verhindern. Da die Vollnarkose von Religionsgelehrten weitgehend akzeptiert wird, würde dann der Schluss nahe- liegen, dass auch die beschriebene Sedierung und der damit verbundene Bewusstseinsverlust aus islamischer Sicht nicht weiter problematisch sein sollten. Es gibt jedoch erhebliche Unterschiede

42 „Ich schuf die Dschinne und die Menschen nur, damit sie mir dienen.“ (Koran 51:56)

43 Al-Bar, Mohammed Ali / Chasmi-Basha, Hassan (2015), *Contemporary Bioethics – Islamic Perspective*, Heidelberg / New York / London: Springer, 253.

zwischen einer Vollnarkose und einer Sedierung am Lebensende. Während die Vollnarkose nur kurzfristig bei akuten Eingriffen zum Einsatz kommt, ist bei der Sedierung am Lebensende der Verlust des Bewusstseins u. U. dauerhaft bis zum Tod der Patientinnen und Patienten. Dieser permanente Charakter des totalen Bewusstseinsverlusts hat besonderes Gewicht sowohl auf religiöser als auch auf sozialer Ebene. Zum Beispiel wird sterbenden Musliminnen und Muslimen normalerweise empfohlen, das Glaubensbekenntnis auszusprechen, wenn sie spüren, dass sie dem Tod nahe sind. Damit hat also die Vergewisserung des eigenen Glaubens im Prozess des Sterbens eine besondere spirituelle Bedeutung. Das Aussprechen des Glaubensbekenntnisses vor der Sedierung ändert dabei nichts an der Problematik, da man für den Rest des Lebens auf das verzichtet, was den Menschen so wesentlich ausmacht. Zugleich können aber auch schwere Schmerzen das Bewusstsein derart einschränken, dass die Wahrnehmung der Außenwelt und die Fähigkeit zum Sprechen des Glaubensbekenntnisses unmöglich werden.

Damit lässt sich also sagen, dass in der Sedierung folgender Nutzen liegt: Dem erkrankten Menschen wird körperlicher Schmerz erspart und man könnte das Aussprechen des Glaubensbekenntnisses vor dem Eintritt in den Sedierungszustand als „letzte Formulierung des Glaubens“ vor dem Tod ansehen. Wenn man auf diese Sedierung verzichtet, erhält man möglicherweise das Bewusstsein der Person. Wichtig ist aber hier, dass nicht sicher ist, wie klar dieses Bewusstsein bei Vorliegen von starken Schmerzen und anderen bewusstseinstrübenden physiologischen Faktoren im Sterbeprozess noch sein kann. Für diesen ungewissen Zustand einer erhofften geistigen Wachheit würde man also mit Sicherheit sehr starke Schmerzen in Kauf nehmen, was durchaus problematisch ist. Dazu kommt die Tatsache, dass auch Angehörige unter den starken Schmerzzuständen der Patientin bzw. des Patienten mitleiden.

3.3.3 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.
oder
- dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativ-medizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgen.
oder
- dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.

Medizinische Hinweise zur künstlichen Ernährung:⁴⁴

Unter künstlicher Ernährung versteht man die Nährstoffzufuhr bei Menschen, welche nicht mehr dazu in der Lage sind, sich selbst über den Mund ausreichend zu ernähren. Die künstliche Ernährung zielt darauf ab, das Überleben der Patientin oder des Patienten zu erhalten und die Lebensqualität zu verbessern. Die häufigste Form der auf Dauer angelegten, künstlichen Ernährung ist die Sonden-ernährung, wobei verflüssigte Nahrung direkt dem Magen oder Darm zugeführt wird.

Die künstliche Ernährung muss ärztlich indiziert sein und wird nur im Einklang mit dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten bzw. der Patientin durchgeführt. Wird eine Magensonde nicht mehr benötigt, kann sie entfernt werden.

44 Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen: Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsversorgung. Leitfaden des Bayerischen Landespflegeausschusses. Dezember 2008, online: https://www.krh.de/fileadmin/user_upload/krh.de/ethik/krh_kek_kuern-leitfaden.pdf.

Schwerkranke Menschen haben oft kein Hungergefühl mehr, bei Sterbenden ist dies fast ausnahmslos der Fall. In der Sterbephase kann die verringerte oder ausgesetzte Nahrungszufuhr Belastungen für die Patientin bzw. den Patienten verhindern und die Lebensqualität erhöhen. Begonnene Maßnahmen können auf Wunsch der Patientin bzw. des Patienten jederzeit beendet werden.

Medizinische Hinweise zur Flüssigkeitszufuhr:

Neben Nährstoffen als Energielieferanten benötigt der menschliche Körper Flüssigkeit als Schutz vor Austrocknung. Wenn Menschen nicht mehr eigenständig trinken können, kann dem Körper die notwendige Flüssigkeit auf unterschiedliche Weise zugeführt werden. Es ist möglich, die Flüssigkeit über eine eventuell bereits bestehende Magensonde zuzuführen, aber auch über einen Zugang in eine Vene (intravenös) oder unter die Haut (subkutan). Die Flüssigkeitszufuhr zielt dann ebenso wie die Nahrungszufuhr darauf ab, das Überleben des Patienten sicherzustellen und die Lebensqualität zu verbessern.

Im Sterbeprozess ist der Körper nicht mehr dazu in der Lage, die zugeführte Flüssigkeit zu verarbeiten. Durch die Flüssigkeitszufuhr kann es dann zu Übelkeit und Erbrechen, Wasseransammlungen im Gewebe, der Lunge und im Bauch kommen, was Schmerzen verursachen kann. In dieser Situation kann die zugeführte Flüssigkeit eine Belastung für den Sterbenden darstellen. Eine Verringerung oder das Aussetzen der Flüssigkeitszufuhr kann dann die Lebensqualität der Patientin bzw. des Patienten erhöhen.

Das Durstgefühl bleibt bei Sterbenden in der Regel etwas länger erhalten als das Hungergefühl, kann aber auch ganz ausbleiben. Auch wenn die Flüssigkeitszufuhr in der Patientenverfügung abgelehnt wird, werden lindernde Maßnahmen wie bspw. kleine Schlucke Wasser oder das Befeuchten des Mundraumes regelmäßig zwanglos angeboten, um den Durst zu stillen. Der Sterbeprozess wird hierdurch nicht verlängert.

Einordnung aus islam-theologischer Perspektive:

Religiöse Fragestellung:

Menschen in palliativen Behandlungssituationen können oft nicht mehr selbstständig essen und trinken. In dieser Situation ist es möglich, den Sterbenden künstlich Nahrung und Flüssigkeit zuzuführen. Aber in vielen Situationen schadet diese künstliche Nahrungszufuhr der erkrankten Person und es wäre aus Sicht vieler Medizinerinnen und Mediziner im Interesse der bzw. des Sterbenden, ohne diese Nahrungszufuhr zu bleiben. Hierbei stellt sich die Frage, ob man mit diesem Verzicht auf künstliche Ernährung ein religiöses Verbot verletzt oder aber Schaden von der Person abwendet, indem man sie nicht mehr zum Essen und Trinken zwingt. In der islamischen Literatur wird die Position vertreten, dass künstliche Ernährung einem Medikament entspreche, welches man nur dann einsetzen muss, wenn es mit großer Sicherheit dem Wohle der Patientinnen und Patienten dient.

Religiöse Grundprinzipien:

- Leben ist zu bewahren.
- Schaden ist so weit wie möglich abzuwenden.
- Kranke sollen nicht zum Essen und Trinken gezwungen werden.

Diskussion zur künstlichen Ernährung:

Die Frage des Verzichts auf künstliche Ernährung ist in der islamischen Medizinethik nach wie vor umstritten. Im Gutachten der Internationalen Islamischen Fiqh-Akademie zu Fragen der palliativmedizinischen Versorgung heißt es: „Es bleibt jedoch von Bedeutung, die Versorgung des Patienten fortzusetzen, ihn zu ernähren und so weit wie möglich Schmerzen zu beseitigen oder zu lindern.“⁴⁵ Das Verbot der Schädigung des Körpers durch Nahrungsentzug wird in der islamischen Literatur deshalb so vehement vertreten, weil sogar im Koran explizit die Erlaubnis bzw. sogar die Notwendigkeit angesprochen wird, sich im Falle des drohenden Verhungerns von verbotenen Nahrungsmitteln

45 Mağma' al-fiqh al-'islāmī, Qarār 68/5/7, 1993.

wie Schweinefleisch etc. zu ernähren (vgl. Koran 6:145). Die Position, dass das Einstellen von künstlicher Ernährung in medizinisch aussichtslosen Situationen eine Art von Tötung darstellen würde, wird von manchen Rechtsgelehrten auch heute vertreten. So spricht der einflussreiche Bioethiker Mohammed Ali Al-Bar von einem schmerzhaften Tod durch Verhungern oder Verdurstern, dem der Mensch ausgesetzt werde, wenn man ihm künstliche Ernährung vorenthalten würde.⁴⁶

Wenn sich ein Mensch im Sterbeprozess befindet, ist der Körper jedoch mitunter nicht mehr in der Lage, Nahrung bzw. Flüssigkeit zu verdauen und auszuscheiden. Diese Reduzierung von Stoffwechsellätigkeiten im Körper führt in vielen Fällen dazu, dass die Verabreichung von künstlicher Ernährung den Patientinnen und Patienten mehr Schmerzen bereitet als der Verzicht darauf es tun würde.⁴⁷ Aus diesem Grund sei die Einstellung derartiger Maßnahmen in bestimmten Fällen erlaubt, da sie mit dem Prinzip der Vermeidung von unnötigem Leid vereinbar sei.⁴⁸ Die Absicht beim Verzicht auf Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr in der Sterbephase unterscheidet sich damit von der Notsituation: In der Sterbephase benötigt der Mensch keine Ernährung, in allen anderen Lebensphasen deckt dagegen die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr ein Grundbedürfnis des Menschen.

In diesem Zusammenhang ist auch folgender Hadith zu nennen: „Zwingt die Kranken nicht zum Essen, denn wahrlich, Gott versorgt sie mit Nahrung und Trank.“⁴⁹

In einem zeitgenössischen Rechtsgutachten wird die Angemessenheit aller therapeutischen Interventionen, also auch von künstlicher Ernährung, vom Kriterium des Nutzens für die betroffene Person abhängig gemacht. „Wenn das Zuführen von therapeutischen Substanzen⁵⁰ die Dauer der Krankheit verlängert und die Patientin bzw. den Patienten für noch längere Zeit leiden lässt, ist es naheliegend, dass dies weder vorgeschrieben noch wünschenswert ist, sondern vielleicht ist sogar das Gegenteil dessen (dieser Interventionen) vorgeschrieben oder erwünscht.“⁵¹

In einer Publikation der al-Azhar-Universität zum Fiqh medizinischer Handlungen wird diese Meinungsverschiedenheit diskutiert. Die Autorinnen und Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Unterbrechung unmittelbar lebensnotwendiger Maßnahmen, welche keinen therapeutischen Nutzen mehr haben, umstritten sei. Wenn sich, so die Verfasserinnen und Verfasser des darin zitierten Rechtsgutachtens, ein Mensch nun entscheiden würde, diesen Behandlungsabbruch für sich zu verlangen, dann könnte man diese Entscheidung nicht als Suizid ansehen, weil es in der Angelegenheit unterschiedliche Rechtsmeinungen gibt und man das Recht habe, jedweder qualifizierten normativen Position in diesem Bereich zu folgen.⁵²

46 Al-Bar Mohammed Ali / Chamsi-Pasha, Hassan (2015): *Contemporary Bioethics*, 249.

47 So führt die verlangsamte Verdauungstätigkeit u. U. zu Übelkeit, Erbrechen und Verschleimung, und die Verabreichung von Flüssigkeit bei reduzierter Nierentätigkeit kann zu Ödemen und in Folge zu Atemnot u. Ä. führen.

48 Ghaly, Mohammed / Diamond, Randi / Hassan, Azza / El Akoum, Maha (2021): *Palliative Care and Islamic Ethics – Exploring Key Issues and Best Practice. A Special Report in Collaboration with the Research Center for Islamic Legislation and Ethics*, 31 ff.

49 Al-Bayhaqī (as-Sunan al-Kubrā, Dār al/kutub al-‘ilmiyya, Beirut: 2003, 2:329) überliefert diesen Hadith im folgenden Wortlaut:

لا تكرر هوا مرضاكم على الطعام فإن الله يطعمهم ويسقيهم

50 Die Form der therapeutischen Substanzen ist dabei unerheblich. Sei es eine Zufuhr als Nahrung, in Form von Spritzen, Inhalation, mit Atmungsgeräten bzw. künstlicher Beatmung oder in irgendeiner anderen Form, die die Medizin heute ermöglicht oder eventuell in Zukunft noch ermöglichen wird.

51 Al-Qaraḍāwī Yūsuf (2000): *fatāwā mu‘āṣirah*. Beirut / Damaskus / Amman, Bd. 2, 579. Zitiert nach Kellner (2010:149).

52 Ġāmi‘at al-Azhar, Qism aš-šarī‘a wa-l-qānūn (o.D.): *al-Aḥkām al-fiqhiyya li-qaḍāyā al-ṭibb wa-t-tadāwī*, Vgl. online: <https://islamset.net/wp-content/uploads/2024/02/%D9%83%D8%AA%D8%A7%D8%A8-%D8%A7%D9%84%D9%81%D9%82%D9%87-%D8%A7%D9%84%D8%B7%D8%A8%D9%8A-%D8%A7%D9%84%D8%A3%D8%B2%D9%87%D8%B1.pdf>

Diskussion zur Flüssigkeitszufuhr:

Ergänzend ist hier noch zu sagen, dass sich die Diskussion um die Sinnhaftigkeit von Flüssigkeitszufuhr nicht auf die bei Sterbenden übliche Befeuchtung des Mundes bezieht, da diese keine lebensverlängernde, sondern nur als lindernde und wohltuende Intervention zu verstehen ist, die auf jeden Fall wünschenswert ist. Im Gegensatz dazu steht die Zufuhr von Flüssigkeit in das Körperinnere, was der künstlichen Ernährung entspricht und deshalb zu hinterfragen ist, weil es u. U. Leiden verursacht. Diese Maßnahme ist ethisch umstritten und die oben genannte Diskussion bezieht sich darauf, nicht auf die Befeuchtung des Mundes und der Lippen.

3.3.4 Wiederbelebung

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Versuche der Wiederbelebung.
oder
- die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.
oder
- , dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

B. Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.
oder
- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z. B. Operationen) unerwartet eintreten.

36

Medizinische Hinweise zur Wiederbelebung:

Ein Kreislauf-, Herz- oder Atemstillstand kann dazu führen, dass lebenswichtige Organe nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt werden. Die Wiederbelebung hat das Ziel, diese überlebenswichtigen Funktionen des Körpers wiederherzustellen und den drohenden Tod der Patientin oder des Patienten zu verhindern. Grundlegende Maßnahmen einer Wiederbelebung sollen den Blutfluss zum Gehirn sicherstellen. Sie beinhalten die Stabilisierung bzw. die Unterstützung des Kreislaufs, die Erhaltung offener Atemwege und die Herz-Lungen-Wiederbelebung mit Herzdruckmassage.

Eine Wiederbelebung gilt als erfolgreich, wenn ein Spontankreislauf wiederhergestellt werden konnte. Im Anschluss daran folgt in der Regel eine längere Behandlung auf der Intensivstation. Häufig leiden Patientinnen und Patienten nach einer Wiederbelebung an Gehirnschäden. Bei einer unzureichenden Sauerstoffversorgung über einen längeren Zeitraum kann es zu schweren Hirnschäden kommen. Die Genesungsphase ist meist sehr langwierig, da durch Gehirnschädigungen funktionelle Störungen, bspw. Sprach- und Bewegungsstörungen, auftreten können. Erst nach mehreren Monaten kann beurteilt werden, ob sich das Hirn wieder erholt.

Ist Gefahr in Verzug und unmittelbares Handeln zur Lebensrettung einer Patientin bzw. eines Patienten notwendig, liegen aber keine Informationen zum Patientenwillen vor, dann wird die Einwilligung zur Wiederbelebung vermutet und eine Wiederbelebung eingeleitet.

Bei einer vorliegenden Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten zur Wiederbelebung ist das Unterlassen oder Einstellen von Maßnahmen zur Wiederbelebung äußerst strengen Kriterien unterworfen.

Einordnung aus islam-theologischer Perspektive:**Religiöse Fragestellung:**

Die Erhaltung und Rettung von menschlichem Leben ist eine wesentliche religiöse Pflicht. Wenn nun ein Mensch einen Kreislauf-, Herz- oder Atemstillstand erleidet, ist die Reanimation ein Mittel, welches religiös eindeutig geboten ist. Was aber, wenn man weiß, dass diese Reanimation nur mehr den Sterbeprozess verlängert und das Leiden der betroffenen Person verstärkt? Darf man auf Reanimation verzichten, wenn man weiß, dass man mit dieser einen irreversiblen Sterbeprozess nur verlängert?

Religiöse Grundprinzipien:

- Leben ist zu bewahren.
- Schaden ist so weit wie möglich abzuwenden.
- Medizinische Behandlung ist nicht immer verpflichtend.

Diskussion:

Die Wiederbelebung im Falle eines Kreislauf-, Herz- oder Atemstillstands wird im Normalfall als eine Maßnahme notwendiger Bewahrung menschlichen Lebens gesehen. In diesem Sinn muss bei Vorliegen einer akuten Notsituation alles gemacht werden, um Leben zu retten. Ausnahme für diese Regel ist der Fall, in dem eine chronische Erkrankung so weit fortgeschritten ist, dass die Wiederbelebung zu der Verlängerung des Sterbeprozesses führen würde bzw. das Weiterleben mit schwerstem Leiden verbunden wäre. In diesen Fällen wird auch in der islamischen Medizinethik die Frage diskutiert, ob es religiös zulässig ist, eine Wiederbelebung explizit abzulehnen. In dem von der Islamischen Organisation für medizinische Wissenschaften (IOMS)⁵³ herausgegebenen islamischen Kodex für medizinische Ethik heißt es, dass „die Behandlung eines Patienten beendet werden kann, wenn ein medizinisches Expertenteam oder ein medizinisches Komitee, das an der Behandlung eines solchen Patienten beteiligt ist, zu der Überzeugung gelangt, dass die Fortsetzung der Behandlung vergeblich oder nutzlos wäre.“ Weiter heißt es, dass „die Behandlung von Patienten, deren Zustand vom medizinischen Ausschuss als aussichtslos bestätigt wurde, nicht begonnen werden sollte.“⁵⁴ Die Wiederbelebung würde in bestimmten Fällen in diese Kategorie von vergeblichen Behandlungen fallen.

37

3.3.5 Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich (,)

- eine künstliche Beatmung, falls diese mein Leben verlängern kann.
- oder
- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

Medizinische Hinweise zu künstlicher Beatmung

Die künstliche Beatmung ist eine medizinische Behandlung, bei der die Atmung der Patienten durch Beatmungsmaschinen unterstützt oder übernommen wird. Sie wird eingesetzt, wenn die Sauerstoffsättigung des Bluts gefährlich niedrig ist und / oder der Kohlendioxidgehalt im Blut bedrohlich hoch wird. Unbehandelt wäre die Sauerstoffversorgung der Organe nicht mehr ausreichend gewährleistet. Man unterscheidet zwischen der nichtinvasiven und der invasiven Beatmung.

Bei der **nichtinvasiven Beatmung** bleibt die Patientin bzw. der Patient bei Bewusstsein. Die Beatmung erfolgt mittels einer dicht schließenden Gesichtsmaske, über welche unter Überdruck Sauerstoff und Luft zugeführt wird.

⁵³ Vgl. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199340378.013.1249>.

⁵⁴ The Islamic Code of Medical Ethics 2004, online: https://applications.emro.who.int/docs/em_rc52_7_en.pdf.

Bei der **invasiven Beatmung** wird die Patientin bzw. der Patient in ein künstliches Koma versetzt und über einen Beatmungsschlauch, der über den Mund in die Luftröhre eingeführt wird, mit Sauerstoff versorgt. Bei schweren und länger andauernden Erkrankungen kann der Beatmungsschlauch auch über einen Luftröhrenschnitt unterhalb des Kehlkopfes in die Luftröhre eingeführt werden.

Nicht nur die invasive, sondern auch die nichtinvasive künstliche Beatmung kann mit Belastungen für die Patientinnen und Patienten verbunden sein, wie z. B. dem Verlust der Unabhängigkeit oder dem Fremdkörpergefühl durch die Atemmaske. Die bei Patientinnen und Patienten evtl. aufkommende Angstgefühle während der künstlichen Beatmung können über die Verabreichung von Beruhigungsmitteln gelindert werden. Die künstliche Beatmung kann auf Wunsch der Patientinnen und Patienten jederzeit beendet werden.

Einordnung aus islam-theologischer Perspektive:

Religiöse Fragestellung:

Menschen können sehr lange ohne Nahrung, einige Tage ohne Flüssigkeit, aber nur Minuten ohne Sauerstoff überleben. Insofern ist Atmen das wichtigste Bedürfnis des Körpers. Nun stellt sich die Frage, ob man in allen Fällen Patientinnen und Patienten, die nicht mehr atmen können, künstlich beatmen muss, um ihr Leben zu retten, auch wenn diese Maßnahme nur zu einer Verlängerung des natürlichen Sterbeprozesses führen würde. Ein Sonderfall ist hier die Beatmung von hirntoten Patientinnen und Patienten, die bei der Mehrheit der Gelehrten als religiös nicht mehr gebotene Intervention gesehen wird.⁵⁵

Religiöse Grundprinzipien:

- Leben ist zu bewahren.
- Schaden ist so weit wie möglich abzuwenden.
- Medizinische Behandlung ist nicht immer verpflichtend.
- Hirntod wird als vollständiger Tod gewertet, daher ist die Abstellung der Beatmung unproblematisch.

Diskussion:

Wie bereits im Abschnitt über künstliche Ernährung erwähnt, gibt es unterschiedliche Positionen zur Frage, ob man im Falle therapeutischer Aussichtslosigkeit auf künstliche Beatmung verzichten dürfe. Auf der einen Seite steht das Argument, dass man verpflichtet sei, Nahrung zu sich zu nehmen, wenn man den drohenden Hungertod fürchtet. Atemluft ist jedoch noch essentieller für den Körper als die Nahrung. Deshalb sei es nicht vertretbar, auf die künstliche Beatmung bewusst zu verzichten. Eine andere Gruppe von Gelehrten vertritt den Standpunkt, dass es bei der künstlichen Beatmung nicht um die natürliche Aufnahme von Sauerstoff geht. Vielmehr entspricht die künstliche Beatmung einer medikamentösen Therapie, auf die man verzichten darf, wenn sie nicht mehr zu Erhaltung körperlicher Stabilität oder Verbesserung des Gesundheitszustands führen wird.

Relativ unproblematisch ist der Verzicht auf künstliche Beatmung und andere medizinische Maßnahmen im Falle des einwandfrei diagnostizierten Hirntods. In diesem Fall sind Menschen an lebenserhaltende Maschinen angeschlossen und in diesem Sinn noch biologisch lebendig. Ihre Hirnfunktionen sind aber abgestorben und es besteht keine Aussicht mehr auf Heilung. Sobald die Geräte abgeschaltet werden, beginnt der Sterbeprozess des Körpers, weil das Gehirn keine Impulse mehr an das zentrale Nervensystem sendet. Diese Thematik wurde seit Jahrzehnten in unterschiedlichen Rechtsgutachten ausführlich diskutiert, wobei hier zwei Fragen von Interesse sind:

- 1) Darf man im Falle des eingetretenen Hirntods lebenserhaltende Maßnahmen beenden?

⁵⁵ Umstritten ist im islamischen Kontext die Zulässigkeit von Organentnahme bei hirntoten Patientinnen und Patienten, jedoch nicht das Einstellen lebensverlängernder Maßnahmen im Fall eines Hirntods. Vgl. auch Müller, Sabine (2010): Revival der Hirntod-Debatte: Funktionelle Bildgebung für die Hirntod-Diagnostik, in: Ethik in der Medizin, 22(1), 5–17.

- 2) Dürfen hirntoten Patientinnen und Patienten Organe entnommen werden, auch wenn deren Körper biologisch noch am Leben ist?

Hinweis: Die Frage nach der Organspende wird in Kapitel 3.3.9 ausführlich beantwortet.

In diesem Kapitel ist nur die erste Frage von Bedeutung: Sowohl die Islamische Organisation für Medizinische Wissenschaften (IOMS), die Fiqh-Akademie der Organisation für Islamische Zusammenarbeit (OIZ)⁵⁶ als auch das Fiqh-Gremium der Muslim World League (MWL)⁵⁷ erlauben den Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen im Zustand des Hirntodes. In anderen Rechtsgutachten wird der Hirntod nicht explizit erwähnt, sondern eine eingeschränkte neurologische Funktion als rechtfertigende Bedingung für den Verzicht auf eine Behandlung genannt. Das saudische Komitee für Fatwa und Forschung (*al-Lağna ad-Dā'ima li-l-Buḥūt al-'Ilmīya wa-l-Iftā'*) nennt das unwiderrufliche Erlöschen aller geistigen und kognitiven Fähigkeiten im Kontext einer nicht behandelbaren, zum Tod führenden körperlichen Erkrankung als rechtfertigende Bedingungen für eine Nicht-Wiederbelebungs-Anordnung ("do not resuscitate-order"). Der Europäische Rat für Fatwa und Forschung (ECFR)⁵⁸ erklärt, dass der unumkehrbare Verlust des Bewusstseins (*idrāk*) bedeutet, dass die Patientin bzw. der Patient „tot“ oder „praktisch tot“ ist und somit als Kandidatin bzw. Kandidat für den Abbruch der lebenserhaltenden Behandlung zu verstehen ist.⁵⁹

3.3.6 Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich (,)

- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls diese mein Leben verlängern kann.
- oder*
- dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

39

Medizinische Hinweise zur Dialyse:

Die Dialyse, im Volksmund auch Blutwäsche oder Blutreinigung genannt, ersetzt als medizinische Behandlung einen Großteil der natürlichen Funktion der menschlichen Niere. Dabei muss zwischen zwei Verfahren unterschieden werden, der Hämodialyse (Blutwäsche mit Maschine) und der Peritonealdialyse (Bauchfelldialyse).

Am häufigsten erfolgt die Hämodialyse, welche meistens in Dialysezentren durchgeführt wird. Die Dialysepatientinnen und -patienten erhalten meist am Unterarm operativ einen ständigen Zugang zu den Blutgefäßen, den Dialyse-Shunt. Über diesen Dialyse-Shunt wird das Blut der Patientin oder des Patienten aus dem Körper geleitet, gereinigt und danach wieder zugeführt. Diese Behandlung ist zeitaufwendig, da sie im Schnitt drei Mal pro Woche durchgeführt wird und je Sitzung ca. vier bis acht Stunden dauert.

Bei der Dialyse wird der Wirkstoff Heparin verwendet, welcher in Schweineschleimhautzellen hergestellt wird. Heparin soll die Gerinnung des Blutes verhindern. In Rücksprache mit dem behandelnden Arzt stehen alternative Wirkstoffe (mit individueller Off-Label-Aufklärung, z. B. Citrat oder Argatroban) oder Behandlungsverfahren zur Verfügung. Im Einzelfall kann bei bestehendem Wunsch der Patientin oder des Patienten, auf Heparin zu verzichten, mit dem behandelnden Arzt die Möglichkeit einer Peritonealdialyse besprochen werden.

⁵⁶ Vgl. <https://www.oic-oci.org/home/?lan=en>.

⁵⁷ <https://themwl.org/en>.

⁵⁸ <https://www.e-cfr.org/en/>.

⁵⁹ Mohiuddin, Afshan / Mehrunisha, Suleman / Rasheed, Shoaib / Pamela, Aasim I. (2020): When can Muslims withdraw or withhold life support? A narrative review of Islamic juridical rulings, in: *Global Bioethics*, 31/1 (2020), 29-46, online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7144300/>.

Ergänzend zur Dialysebehandlung ist oft die Einnahme von weiteren Medikamenten notwendig, um die Blutwäsche zu unterstützen oder Folgeerkrankungen abzuschwächen.⁶⁰

Einordnung aus islam-theologischer Perspektive:

Religiöse Fragestellung:

Die Dialyse ersetzt als medizinische Behandlung einen Großteil der natürlichen Nierenfunktion. Was aber, wenn man weiß, dass die Dialyse nur mehr den Sterbeprozess verlängert und das Leiden der betroffenen Person verstärkt?

1. Darf man auf diese Maßnahme verzichten, wenn man weiß, dass man damit einen irreversiblen Sterbeprozess nur verlängert?
2. Das bei der Dialyse verwendete Heparin wird in Schweineschleimhautzellen hergestellt. Muss auf die Verwendung dieser Substanzen verzichtet werden?

Religiöse Grundprinzipien:

- Leben ist zu bewahren.
- Schaden ist so weit wie möglich abzuwenden.
- Medizinische Behandlung ist nicht immer verpflichtend.
- Notwendigkeiten erlauben das Verbotene.

Diskussion:

Die Erhaltung und Rettung von menschlichem Leben ist eine wesentliche religiöse Pflicht. Wenn nun ein Mensch an Nierenversagen leidet, ist die Dialyse ein Mittel, welches religiös eindeutig geboten ist.

Zum ersten Punkt ist zu sagen, dass ein bewusster Verzicht auf Dialyse im Sterbeprozess analog zum bereits beschriebenen Verzicht auf künstliche Ernährung und dergleichen zu sehen ist (siehe Kapitel 3.3.3).

Zur zweiten Frage ist zu sagen, dass es im islamischen Recht eine schon lange bestehende Diskussion über die Verwendung von an sich verbotenen Substanzen als Heilmittel gibt. Die gängige Meinung dazu ist, dass dies erlaubt ist, sofern die in Frage stehende Behandlung notwendig ist und es keinen gleichwertigen Ersatz für die rituell unreine oder aus anderen Gründen verbotene Substanz gibt. Insofern wäre es also besser, einen Ersatzstoff für Heparin, wie z. B. Citrat oder Argatroban, zu verwenden, wenn dies möglich ist. Sollte dem nicht so sein, so gilt die Regel, dass Notwendigkeiten das (eigentlich) Verbotene erlauben. Beispiel dafür ist, wie bereits erwähnt, die Regel zum Verzehr von Schweinefleisch und dergleichen, um den drohenden Hungertod abzuwenden (siehe Kapitel 3.3.3).

3.3.7 Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.
oder
- Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.
oder
- keine Antibiotika.

Medizinische Hinweise zu Antibiotika und anderen Medikamenten:

Antibiotika sind Medikamente, die zur Behandlung von Infektionen eingesetzt werden, welche durch Bakterien verursacht werden. Antibiotika hemmen die Vermehrung von Bakterien oder töten Bakterien

60 Weiterführende Informationen auf der Homepage des Bundesverbands Niere e. V.; abrufbar unter: <https://www.bundesverband-niere.de/informationen>.

ab. Damit zielt die Behandlung mit Antibiotika entweder auf die Heilung der Erkrankung oder, wenn dies nicht möglich ist, auf die Linderung der Symptome ab.

Für die Mehrheit von Diagnosen stehen heute gut verträgliche Antibiotika zur Verfügung. Bei der Behandlung mit Antibiotika können aber auch Nebenwirkungen auftreten, welche zur Belastung für Patientinnen und Patienten werden können. Typische Nebenwirkungen von Antibiotika sind z. B. Magen-Darm-Infekte oder Pilzinfektionen.

Kranke und sterbende Menschen sind besonders anfällig für Infektionen, welche unterschiedlichste Beschwerdebilder, wie Harnwegsinfekte oder Lungenentzündungen verursachen können und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten einschränken. Während die Antibiotikagabe die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten im palliativen Kontext verbessern kann, ist sie im Sterbeprozess häufig nicht mehr angezeigt, da die antibiotische Therapie den Sterbeprozess und damit das Leiden verlängern kann. Sie darf in diesem Fall nicht mehr eingesetzt werden.

Einordnung aus islam-theologischer Perspektive:

Religiöse Fragestellung:

Antibiotika sind in vielen Krankheitsfällen unbedingt notwendige und sinnvolle Mittel zur Heilung und Vermeidung von Krankheiten sowie zur Linderung der Symptome. In vielen palliativen Situationen verlängert der Einsatz dieser Medikamente aber nur einen irreversiblen Sterbeprozess und kann auch zu Nebenwirkungen führen, die u. U. der erkrankten Person mehr Schaden als Nutzen bringen. Aus diesem Grund werden sterbenden Patientinnen und Patienten keine Antibiotika mehr verabreicht. Der genaue Beginn des Sterbeprozesses ist aber nicht immer klar zu definieren und deshalb gibt es hier oft auch einen gewissen Ermessensspielraum in der Behandlung. Aus religiöser Sicht stellt sich die Frage, ab wann man auf Antibiotika verzichten sollte bzw. in welchen Fällen dieser Verzicht religiös gerechtfertigt bzw. empfohlen ist.

41

Religiöse Grundprinzipien:

- Leben ist zu bewahren.
- Schaden ist soweit wie möglich abzuwenden.
- Medizinische Behandlung ist nicht immer verpflichtend.

Diskussion:

In Bezug auf die Verwendung von Antibiotika und ähnlichen Medikamenten am Ende des Lebens gilt der bereits mehrfach genannte Grundsatz, dass abzuwägen ist, ob eine derartige Maßnahme zum Wohle der Patientin oder des Patienten ist oder nicht. Dementsprechend kann es Fälle geben, in denen es keinen Sinn macht, eine solche Therapie einzuleiten bzw. fortzuführen. Wenn die Behandlung mit Antibiotika eindeutig dem Wohl der erkrankten Person dient, ist dieser auch aus religiöser Sicht zu empfehlen. Sollte man aber aus medizinischer Erfahrung wissen, dass der Einsatz derartiger Medikamente nur den Sterbeprozess verlängert, dann ist auch aus religiöser Perspektive davon abzuraten.

3.3.8 Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.
oder
- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.
oder
- keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

Medizinische Hinweise zu Blut und Blutbestandteilen:

Bluttransfusionen sind medizinische Standardeingriffe, wobei der Patient über einen Tropf intravenös Eigenblut oder Spenderblut erhält. Je nach Situation kann diese medizinische Behandlung den Sauerstofftransport im Blut sicherstellen oder lebensbedrohliche Organschäden verhindern. Die Übertragung von Spenderblut kann nach akuten oder chronischen Blutverlusten, aufgrund von Blutbildungsstörungen oder durch den Verlust bzw. die mangelnde Bildung von Blutbestandteilen notwendig werden.

Je nach Grund für den Einsatz und nach Gesundheitszustand erhält die Patientin bzw. der Patient Vollblut oder Blutbestandteile. Die Übertragung von Vollblut erfolgt im medizinischen Alltag eher selten. Weitaus häufiger werden Konzentrate aus roten Blutkörperchen, aus Blutplättchen oder Frischplasma/Gerinnungsfaktoren übertragen.

Bei der Übertragung muss sichergestellt werden, dass das Blut nicht gerinnt. Zu diesem Zweck wird der Wirkstoff Citrat eingesetzt, welcher, anders als Heparin, nicht in Schweineschleimhautzellen hergestellt wird (vgl. Kapitel 3.3.6).

Bluttransfusionen sind gesetzlich umfassend geregelt und werden nur nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung durchgeführt.⁶¹ Das Risiko von Infektionen durch Fremdblut, wie die mögliche Übertragung von HIV oder Hepatitis-Viren, ist durch strenge Kontrollen heute nahezu ausgeschlossen. Weitere sehr seltene Komplikationen sind Unverträglichkeitsreaktionen, welche zu Herz-Kreislauf-Beeinträchtigungen führen können. Diese können meist durch die Gabe von geeigneten Medikamenten behandelt werden. Um die Gefahr zu verringern, werden vor jeder Bluttransfusion Kontroll- und Verträglichkeitsuntersuchungen durchgeführt.⁶²

42

Einordnung aus islam-theologischer Perspektive:

Religiöse Fragestellung:

Bluttransfusionen sind in vielen Fällen lebensrettend. Aus islamischer Perspektive stellt sich die Frage, ob diese problematisch sind, weil (ausgeflossenes) Blut als rituell unreine Substanz gilt und Bluttransfusionen manchmal mit Substanzen versehen werden müssen, die eigentlich als unrein gelten. Außerdem wäre es möglich, dass die Entnahme von Blut der Spenderin bzw. dem Spender schadet. Zudem ist zu fragen, ob der Verzicht auf eine Bluttransfusion in einer palliativen Behandlungssituation aus religiöser Sicht zulässig ist.

Religiöse Grundprinzipien:

- Leben ist zu bewahren.
- Schaden ist soweit wie möglich abzuwenden.
- Medizinische Behandlung ist nicht immer verpflichtend.
- Notwendigkeiten erlauben das Verbotene.
- (Ausgeflossenes) Blut ist eine unreine Substanz.
- Verschiedene in traditionellen Heilkunden weit verbreitete Methoden des Ablassens von Blut (Aderlass, Schröpfen) werden auch in der Hadithliteratur befürwortet.

Diskussion:

Blutspende gilt zunächst als die am wenigsten problematische Art der Transplantation von Körpersubstanzen. Zunächst zur Frage, was es bedeutet, dass Blut rituell als unrein gilt. Diese Bestimmung ist für die medizinische Praxis nicht weiter relevant, und zwar aus zwei Gründen: Erstens wird Bluttransfusion aus einer Notwendigkeit heraus durchgeführt, die ohnehin die Verwendung derartiger Substanzen nach der islamischen Normenlehre erlaubt. Zweitens bezieht sich die Problematik

61 Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz: Gesetz zur Regelung des Transfusionswesens, online: <http://www.gesetze-im-internet.de/tfg/index.html>.

62 Goldmann, David R. (2002): *Malteser Praxishandbuch Medizin und Gesundheit. Wissen, Ratschläge, Selbsthilfe*. Starnberg: Dorling Kindersley Verlag GmbH.

ritueller Unreinheit immer nur auf das, was an der Körperoberfläche, an der Kleidung und dergleichen haftet, aber nicht auf das, was im Inneren des Körpers ist. Das Versetzen der Bluttransfusion mit unreinen Substanzen bzw. das Vorkommen von Heparin in den Schläuchen ist bei vorliegender Notwendigkeit auch kein Grund, diese zu verbieten (siehe Kapitel 3.3.6).

Zur Frage einer möglichen Schädigung der Spenderinnen und Spender: Wenn diese sich an die medizinisch vorgegebenen Grundregeln wie den gesetzlich vorgeschriebenen, zeitlichen Abstand zwischen zwei Spenden zum Erhalt der eigenen Gesundheit halten, entsteht aus der Spende kein Schaden. In vielen traditionellen Medizinsystemen, auch in der sogenannten prophetischen Medizin, gilt der Verlust von Blut bspw. durch Aderlass als eine in sich heilsame Maßnahme.

In Hinblick auf Patientenverfügungen stellt sich die Frage, ob es aus religiöser Sicht erlaubt sei, auf Bluttransfusionen zu verzichten. Entsprechend der genannten Rechtsmeinungen ist dies in aussichtslosen Krankheitssituationen durchaus erlaubt, weil man in diesen keine Hoffnung mehr auf Genesung oder auf wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes hegen kann. Im Gegensatz dazu wäre eine Bluttransfusion im Rahmen einer auf Heilung abzielenden Behandlung, wie einer Operation, auch aus religiöser Sicht notwendig.

Zuletzt könnte man fragen, ob die religiöse Zugehörigkeit sowohl der Blut spendenden als auch der Blut empfangenden Person als Kriterium für die Zulässigkeit zu berücksichtigen ist. Hier wird darauf hingewiesen, dass sowohl das Spenden als auch das Empfangen von Blut zwischen Menschen unterschiedlicher Religionszugehörigkeit erlaubt ist.

3.3.9 Organspende

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu (ggf.: Ich habe einen Organspendenausweis ausgefüllt).
Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspenderin oder Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann (Alternativen)
 - geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
 - gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

oder

- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

Medizinische Hinweise zu Organspende

Bei der Organspende werden ganze Organe oder Organteile zu therapeutischen Zwecken transplantiert (lat.: *transplantare* ‚verpflanzen‘). Dies ist auch mit Gewebe möglich. Die Transplantation kann aus unterschiedlichsten Gründen notwendig werden, z. B. wenn einzelne Organe des Empfängers nach schweren Unfällen oder aufgrund von Krankheit unheilbar geschädigt sind.

Die postmortale Organspende erfolgt nach dem Tod der Spenderin bzw. des Spenders. Die beiden wichtigsten Voraussetzungen für eine Organspende nach dem Tod sind der unumkehrbare Ausfall der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod) sowie die Zustimmung der Spenderin oder des Spenders. Der Hirntod der Spenderin oder des Spenders muss von zwei unabhängigen und erfahrenen Ärztinnen bzw. Ärzten sicher diagnostiziert werden.

Grundsätzlich gibt es kein Höchstalter, um Organspenderin oder -spender zu werden. Wichtig ist, dass die gespendeten Organe gesund und funktionsfähig sind.⁶³ Die Untersuchung durch Ärztinnen

⁶³ Im Unterschied zur postmortalen Organspende wird bei einer Lebendorganspende (z. B. Nieren oder Teile der Leber) durch § 8 des Transplantationsgesetzes (TPG) geregelt, dass der Spender bei einer Lebendspende volljährig und einwilligungsfähig sein muss.

und Ärzte erfolgt unmittelbar vor der Organspende. Ausschlusskriterien sind vor allem Tumorerkrankungen oder schwere Infektionen.

Die postmortale Organspende kann nur stattfinden, wenn der Kreislauf nach der Feststellung des Hirntods aufrechterhalten wird. Folgende Organ(teile) und Gewebe können transplantiert werden: Niere, Leber, Bauchspeicheldrüse, Herz, Lunge, Dünndarm, Augenhornhaut, Herzklappe, Blutgefäße, Hautgewebe, Hirnhäute, Knochen, Weichteilgewebe und Inselzellen.⁶⁴

Unabhängig von der Entscheidung für oder gegen eine Organ- oder Gewebespende ist es empfehlenswert, einen gesonderten Organspendeausweis bei sich zu tragen. Man erhält diesen kostenlos in Apotheken, Arztpraxen, Krankenhäusern, bei der Krankenkasse oder online.⁶⁵

Einordnung aus islam-theologischer Perspektive:

Religiöse Fragestellung:

Die Transplantationsmedizin hat in den letzten Jahrzehnten enorme Fortschritte gemacht und unzähligen Menschen wurde durch Spenderorgane das Leben gerettet bzw. großes Leid erspart. Dies entspricht dem islamischen Prinzip, dass das Leiden zu lindern und Leben zu retten ist. Dennoch gibt es aus medizin-ethischer und religiöser Sicht einige wesentliche Fragestellungen, die bis heute nicht vollständig beantwortet sind.

Ist die Zustimmung zur Organentnahme nach dem Tod erlaubt oder muss ihr sogar zugestimmt werden?

Religiöse Grundprinzipien:

- Leben ist zu bewahren.
- Schaden ist so weit wie möglich abzuwenden.
- Die Körper von Verstorbenen sind mit Vorsicht und Respekt zu behandeln und sind so schnell wie möglich beizusetzen.
- Notwendigkeiten erlauben das Verbotene.
- Menschen sind nicht Besitzer ihrer Körper, sondern haben nur ein „Nutzungsrecht“.
- Die Organe des Menschen gelten als rituell rein.
- Wer ein Leben rettet, ist so, als hätte er die ganze Menschheit gerettet.

Diskussion:

Die religiöse Diskussion über die Zulässigkeit von Organtransplantationen wird seit Jahrzehnten auf unterschiedlichsten Ebenen islamischer Medizinethik geführt. Dabei gibt es einige Rechtsfragen, die relativ unumstritten sind, und andere, die bis heute kontrovers diskutiert werden.

Je nach juristischer Regelung der Organgewinnung von Verstorbenen geht es entweder um die Frage, ob eine Organentnahme grundsätzlich erlaubt ist oder ob dieser zugestimmt werden muss.⁶⁶

Zunächst ist festzuhalten, dass es auch im religiösen Sinn keine Verpflichtung gibt, Organe für Transplantationen zur Verfügung zu stellen. Auch diejenigen Gelehrten, die Organspende als einen Akt von Nächstenliebe und zwischenmenschlicher Barmherzigkeit ansehen, betonen, dass bei derartigen

64 Weiterführende Informationen zur Organ- und Gewebespende auf der Homepage der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO); abrufbar unter: <https://www.dso.de> oder auf der Homepage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA; abrufbar unter: <https://www.organspende-online.de>.

65 Organspendeausweis kostenfrei als Download oder zu bestellen; abrufbar unter: <https://www.organspende-info.de/organspendeausweis-download-und-bestellen.html>.

66 Die sogenannte Widerspruchslösung, in der grundsätzlich auf Organe von Verstorbenen zugegriffen werden darf, solange die betreffende Person dem zu Lebzeiten nicht widersprochen hat, gilt heute in Österreich. Dieses transplantationsfreundliche Modell wurde kürzlich auch in Deutschland zur Diskussion gestellt und wird aus diesem Grund auch hier erwähnt.

Dingen niemals moralischer oder sozialer Druck aufgebaut werden darf. Auch gelten Organe, anders als Blut, grundsätzlich als rein. Ein weiterer Diskussionspunkt in Bezug auf Organtransplantation ist die Tatsache, dass es empfohlen ist, jeden Teil des menschlichen Körpers wenn möglich zu bestatten. Dieser Grundsatz spricht aber nicht wirklich gegen Organtransplantation, da man ja davon ausgehen kann, dass auch Organempfänger später beerdigt werden und somit die Bestattung des Spenderorgans lediglich verzögert wird.

In religiös-rechtlicher Hinsicht wurden in den letzten Jahrzehnten vor allem drei Argumente diskutiert, die grundsätzlich gegen eine Organspende nach dem Tod angeführt werden könnten:

- 1) Das religiöse Prinzip, dass der Mensch nicht Besitzer seines eigenen Körpers sei und deshalb nicht über diesen frei verfügen könne.
- 2) Die Notwendigkeit der Wahrung der Totenruhe und das Gebot einer respektvollen Behandlung des menschlichen Leichnams sowie der möglichst unverzüglichen Bestattung.
- 3) Unklarheiten bezüglich der Gleichsetzung des diagnostizierten Hirntods mit dem tatsächlichen Ableben des Menschen.

Trotz dieser Einwände hat sich im Laufe der Zeit ein Mainstream in der islamischen Gelehrsamkeit gebildet, demzufolge Organtransplantationen unter bestimmten Bedingungen als erlaubt bzw. als gute Tat gelten. Es wird in den entsprechenden Texten darauf hingewiesen, dass das Retten von Menschenleben und das Lindern von Leiden zentrale religiöse Ziele im Islam darstellen. In der vom Zentralrat der Muslime in Deutschland (ZMD) herausgegebenen Handreichung zum Thema Organtransplantation kann man sich näher über die allgemeine religiöse Bewertung derartiger Eingriffe informieren.⁶⁷

Zu den drei genannten Punkten, die formalrechtlich gegen Transplantationen von verstorbenen Spenderinnen und Spendern sprechen, räumen die Befürworterinnen und Befürworter Folgendes ein:

45

zu 1) Es ist zwar richtig, dass der Mensch seinen Körper nicht besitzt, dennoch darf man diesen entsprechend der eigenen Verantwortung und innerhalb gegebener moralisch-religiöser Grenzen verwenden. Wenn nun Organspende einen gottgefälligen, uneigennütigen Akt darstellt, dann unterscheidet sich diese Verfügung über den eigenen Körper nicht von irgendeinem anderen erlaubten Umgang mit diesem.

zu 2) Es ist zwar richtig, dass Verstorbenen auch auf körperlicher Ebene Würde und Schutzwürdigkeit zukommt, jedoch müssen hier verschiedene Grundsätze abgewogen werden. Das Interesse eines lebenden, schwer kranken Menschen an Heilung ist in diesem Fall hochrangiger anzusehen als der notwendige Respekt im Umgang mit Leichnamen.

zu 3) Die Hirntoddebatte ist in der islamrechtlichen Gelehrsamkeit bis heute nicht abgeschlossen⁶⁸, so wie es auch in der allgemeinen Medizinethik nach wie vor relevante Diskussionen zu diesem Thema gibt.⁶⁹ Zentral ist dabei die Frage, ob der Hirntod mit dem tatsächlichen Ableben des Menschen gleichzusetzen ist. Die in der islamischen Medizinethik am stärksten vertretenen Meinung hierzu ist, dass medizinische Argumente eher für die Anerkennung des Hirntods als tatsächliches Ableben des Menschen sprechen. Gemäß den Befürwortern des Hirntodkriteriums wäre ein hirntoter Mensch eher als Leichnam und nicht als sterbender Mensch zu betrachten (siehe Punkt 2). Andere sind der Auffassung, dass ein Hirntoter kein Verstorbener, sondern ein sterbender Mensch ist. Wichtig ist in diesem

67 Vgl. http://islam.de/files/pdf/organspende_2013_06_04.pdf.

68 Vgl. dazu Kellner, Martin (2016): Theologische, normative und naturwissenschaftliche Argumente zur Hirntod-Debatte im sunnitisch-islamischen Recht, in: Hikma, Band 2/7, 2016, online: <https://hikma-online.com/wp-content/uploads/2016/10/Miszelle-Martin-Kellner.pdf>

69 Vgl. Müller (2010): Revival der Hirntod-Debatte (s. Anm. 55).

Zusammenhang auch, dass auch Gegner des Hirntodkonzepts der Meinung sind, dass die Weiterbehandlung von Hirntoten nicht mehr nötig ist und dass die maschinelle Unterstützung der Herz-Kreislauf-Funktion im Falle des sicher diagnostizierten Hirntods gestoppt werden darf.

3.4 Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.
oder
- wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
oder
- wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte

- Beistand durch folgende Personen: _____
- Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche, Religions- oder Weltanschauungsgemeinschaft: _____
- hospizlichen Beistand: _____

46

3.5 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen: _____

3.6 Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung sowie zum Widerruf der Patientenverfügung

- Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein Vertreter bzw. meine Vertreterin – z. B. Bevollmächtigte bzw. Bevollmächtigter oder Betreuerin bzw. Betreuer – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.
- Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertreterin bzw. meinem Vertreter (z. B. von meiner bzw. meinem Bevollmächtigten oder Betreuerin bzw. Betreuer) erwarte ich, dass sie bzw. er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.
- In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen: (Alternativen)
 - meiner/meinem Bevollmächtigten.
 - meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
 - der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
 - anderer Person: ...

- Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen: (Alternativen)
 - meiner/meinem Bevollmächtigten.
 - meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
 - der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
 - anderer Person: ...

3.7 Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Bevollmächtigte(r)

Name:

Anschrift:

Telefon/Telefax/E-Mail:

- Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt (ggf.: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der bzw. dem von mir gewünschten Betreuerin bzw. Betreuer besprochen).

Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer

Name:

Anschrift:

Telefon/Telefax/E-Mail:

3.8 Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung

- Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:
 - Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.
 - Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

3.9 Schlussformel

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

3.10 Schlussbemerkungen

- Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.
- Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.
- Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.
- Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

48

3.11 Information/Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei/ durch

_____ und beraten lassen durch _____ .

3.12 Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau _____ wurde von mir am _____ bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum und Unterschrift _____

Stempel der Ärztin/des Arztes _____

→ Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin oder einen Notar bestätigt werden.

3.13 Aktualisierung

- Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.
oder
- Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von (Zeitangabe) ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend: (Alternativen)

- in vollem Umfang.
- mit folgenden Änderungen: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Kapitel 4

Kapitel 4

Die Entscheidung für oder gegen bestimmte medizinische Maßnahmen beruht oft auf persönlichen Wertvorstellungen und religiösen Haltungen. Auch Hoffnungen oder Ängste spielen bei der Entscheidung eine wichtige Rolle. Aus diesem Grund kann es für das medizinische Fachpersonal und die Angehörigen in medizinischen Situationen, welche die Patientenverfügung nicht abdeckt oder bei denen der Patientenwille nicht klar nachvollziehbar ist, hilfreich sein, die Darlegung der Wertvorstellungen als Interpretationshilfe heranzuziehen. Die Erläuterungen können frei formuliert werden und tragen dazu bei, den mutmaßlichen Willen der Patientinnen und Patienten zu ermitteln. Als Gedankenanstoß und Formulierungshilfe sind im Weiteren anleitende Fragen und Textbausteine aufgeführt. Bei Unklarheiten bietet es sich an eine Vertreterin bzw. einen Vertreter der eigenen Weltanschauungs- bzw. Religionsgemeinschaft für ein persönliches Beratungsgespräch zu kontaktieren.

4.1 Anleitende Fragen zur Formulierung eigener Wertvorstellungen

52

- Möchte ich ein möglichst langes Leben führen oder eher intensiv und dafür weniger lang leben?
- Was bedeutet ein lebenswertes Leben für mich?
- Was bedeutet Lebensqualität für mich?
- Habe ich ein erfülltes Leben geführt?
- Worauf freue ich mich im Leben?
- Welche Wünsche möchte ich mir im Leben noch erfüllen?
- Unter welchen Umständen möchte ich nicht mehr weiterleben?
- Was ist mir für mein Lebensende wichtig?
- Was wünsche ich mir für mein Lebensende?
- Was wäre das Schlimmste, das mir an meinem Lebensende passieren könnte?
- Wie bin ich bisher mit leidvollen Erfahrungen umgegangen?
- Welche Rolle spielten vertraute Personen dabei für mich?
- Welche Erfahrungen mit körperlicher oder geistiger Behinderung habe ich bisher bei mir und anderen gemacht? Wie wirken diese Erfahrungen auf mich?
- Was macht mir Angst?
- Wie gehe ich mit fremder Hilfe um? Kann ich diese leicht annehmen oder fällt es mir eher schwer? Habe ich Angst, jemandem zur Last zu fallen?
- Welche Personen habe ich in schweren Zeiten gerne um mich?
- Wer soll für mich sorgen, wenn ich nicht selbst dazu in der Lage bin?
- Wer soll auf keinen Fall für mich Sorge tragen?
- Welche Rolle spielt Familie für mich?
- Welche Rolle spielt Freundschaft für mich?
- Wie und wo möchte ich als Pflegefall versorgt werden (zu Hause, im Hospiz, im Heim, bei meiner Familie)?
- Welche Rolle spielt Religion in meinem Leben?
- Welche Rolle spielt Religion für meine Vorstellung von der Zukunft?
- Welche Rolle spielt Religion für mein Verständnis von Krankheit und Gesundheit?
- Welche Rolle spielt Religion für mich über den Tod hinaus?

4.2 Textbausteine zur individuellen Glaubensverortung

Ergänzend zu den selbst formulierten Wertevorstellungen kann die Patientenverfügung genutzt werden, um weitere Hinweise zur individuellen Glaubensverortung zu geben und persönliche Wünsche für die letzte Lebensphase und den Tod zu äußern. Die Angaben sind anders als die medizinischen Auswahloptionen nicht rechtlich bindend, stellen jedoch eine moralische Verpflichtung an die Angehörigen dar. Sie können die nachfolgenden Auswahloptionen frei formulieren, sich nach Belieben einzelne Punkte herausgreifen und andere weglassen. Hier liegt es in Ihrem Ermessen, welche Informationen Sie persönlich für wichtig erachten.

Die Angabe der persönlichen Zugehörigkeit zu einer bestimmten muslimischen Religionsgemeinschaft, einer Rechtsschule im Islam oder einer islamischen Strömung kann im Zweifelsfall Aufschluss über religiöse Standpunkte und Präferenzen zu medizinischen Interventionen geben.

Bitte beschreiben Sie möglichst genau, wo Sie sich verorten bzw. zugehörig fühlen, auch wenn ggf. keine offizielle Mitgliedschaft, z. B. in einem bestimmten Verband oder Verein, besteht.

Raum für freie Angaben: _____

4.3 Formulierungshilfen zu weiteren Wünschen im Sterbeprozess und zur Beerdigung

Den Erläuterungen zu Weltbildern und Wertevorstellungen können auch Wünsche zu islamischen Ritualen beigefügt werden. Diese Wünsche sind nicht rechtlich verpflichtend, stellen aber eine moralische Verantwortung dar.

- „Im unmittelbaren Sterbeprozess soll nach Möglichkeit im Folgenden genannte Person anwesend sein. Diese Person soll die religiösen Handlungen am Sterbebett durchführen.“

oder

- „Im unmittelbaren Sterbeprozess soll nach Möglichkeit ein seelsorgerlicher Beistand, Imam bzw. Imamin (meiner Glaubensgemeinschaft) anwesend sein (siehe Angaben unter Kapitel 3.3). Diese Person soll die religiösen Handlungen am Sterbebett durchführen.“

Für den Fall, dass ich keine Person bestimmt habe oder weder die oben von mir bestimmte Person noch ein seelsorgerlicher Beistand, Imam bzw. Imamin (meiner Glaubensgemeinschaft) im Sterbebett anwesend sein kann, möchte ich, dass eine andere Person die im Folgenden von mir angekreuzten religiösen Handlungen am Sterbebett vornimmt:

- „Im unmittelbaren Sterbeprozess soll eine Muslimin bzw. ein Muslim anwesend sein, die bzw. der mit mir gemeinsam das islamische Glaubensbekenntnis spricht.“
- „Sollte ich im unmittelbaren Sterbeprozess nicht dazu in der Lage sein, das islamische Glaubensbekenntnis selbst zu sprechen, soll eine anwesende Muslimin bzw. ein anwesender Muslim es mir in das rechte Ohr flüstern.“
- „Das im unmittelbaren Sterbeprozess auszusprechende islamische Glaubensbekenntnis lautet:

_____.“

Das Notieren auf Deutsch sowie in der bevorzugten Sprache (unter Nennung der jeweiligen Sprache, z. B. Arabisch, Türkisch, Bosnisch etc.) wird empfohlen.

- „Im Sterbebett möchte ich, dass jemand den Koran auf Arabisch/Türkisch/Bosnisch/Deutsch/etc. _____ rezitiert.“
- „Im Sterbebett möchte ich, dass jemand Dhikr (Gottesgedenken) spricht.“
- „Im Sterbebett möchte ich die Möglichkeit erhalten, das rituelle Gebet zu vollziehen. Ich möchte hierfür auch die Assistenz bei der rituellen Waschung, sollte ich nicht mehr in der Lage sein, diese ohne fremde Hilfe vorzunehmen.“
- „Im Sterbebett möchte ich, dass besonders darauf geachtet wird, dass ich zu keinem Zeitpunkt Durst habe.“
- „Im unmittelbaren Sterbeprozess möchte ich auf die rechte Seite gedreht werden, so dass mein Gesicht in Richtung Mekka blickt.“
- „Nach dem Tod sollen mir die Augen geschlossen, die Gliedmaßen ausgestreckt und mein Kopf auf die rechte Seite gedreht werden. Mein Kiefer soll nach dem Tod mit einem Band hochgebunden werden.“
- „Nach dem Tod sollen Musliminnen und Muslime für mich Dua (Bittgebete) sprechen und/oder den Koran rezitieren.“
- „Ich wünsche mir, dass nach meinem Tod die rituelle islamische Totenwaschung durchgeführt wird. Die rituelle islamische Totenwaschung soll nach folgender Rechtslehre durchgeführt werden:
_____.“
- „Nach dem Tod und zur Beerdigung möchte ich in ein weißes Leinentuch eingewickelt beerdigt werden.“

4.4 Bestattungsverfügung und Körperspendevereinbarung

54

4.4.1 Die Bestattungsverfügung

In Deutschland gibt es verschiedene Arten, sich beerdigen zu lassen. Insbesondere wenn die Möglichkeit einer Feuerbestattung thematisiert wird, zeigt die Praxis, dass es immer wieder zu Konflikten mit und unter Angehörigen kommt, denn die Verbrennung des Leichnams gilt in allen bekannten Rechtstexten als verboten. Es kann daher sinnvoll sein, die individuellen Wünsche vorab in einer Bestattungsverfügung festzuhalten. In dieser Erklärung wird nicht nur geregelt, ob eine Erd- oder eine Feuerbestattung gewünscht ist, sondern auch wo man bestattet werden möchte oder wie die Trauerfeier gestaltet werden soll. Musliminnen und Muslime können bspw. festlegen, ob sie auf einem muslimischen Gräberfeld in Deutschland beerdigt werden möchten oder eine Überführung zur Beerdigung im Ausland bevorzugen. Als Willenserklärung vor dem Tod ist die Bestattungsverfügung rechtlich bindend, solange sie verhältnismäßig ist. Damit keine Zweifel an der Echtheit des Dokuments entstehen, kann es entweder handschriftlich verfasst und unterschrieben werden oder einer Ärztin bzw. einem Arzt oder einer Notarin bzw. einem Notar zur Beglaubigung vorgelegt werden. Liegt keine Bestattungsverfügung vor, dann entscheiden die Angehörigen. Die Bestattungsverfügung sollte nicht gemeinsam mit dem Testament aufbewahrt werden, da dieses häufig erst einige Zeit nach der Beerdigung eröffnet wird.

4.4.2 Die Körperspende für wissenschaftliche Zwecke

Menschen können nach ihrem Ableben ihren Körper für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung stellen. Diese sogenannte Körperspende erfolgt i. d. R. an das nächstgelegene anatomische Institut einer Universität. Medizinstudentinnen und -studenten erhalten damit die Möglichkeit, in sogenannten Präparierkursen an echten Körpern zu üben. Danach wird in den meisten Fällen der Leichnam an den Bestatter zur Beerdigung übergeben. Um den eigenen Körper nach dem Tod zu spenden, muss zunächst ein Antrag beim anatomischen Institut der nächstgelegenen Universität ausgefüllt werden. Nimmt die Universität diesen Antrag an, wird eine Körperspendevereinbarung geschlossen. Unter den heutigen Rechtsgelehrten gibt es eine relativ breite Akzeptanz eines Eingriffs in menschliche Leichname, wenn dies einen bedeutenden Nutzen für die Allgemeinheit hat. Dieser wird hauptsächlich in drei Situationen gesehen: medizinische Forschung, Ausbildung von Medizinstudentinnen und -studenten sowie Erforschung unklarer Todesursachen, z. B. bei Verdacht auf Verbrechen.

Anhang

Danksagungen

Durch das Vertrauen unserer Partnerorganisationen und Personen vor Ort konnten wir tiefe Einblicke in die Bedarfe muslimischer Patientinnen und Patienten sowie der sie in verschiedenen Einrichtungen begleitenden Fachkräfte gewinnen. Dank dem offenen Austausch und der anregenden Diskussion konnten wir die gelebten Erfahrungen und Lebensrealitäten zusammentragen und in Form dieser Handreichung darbieten.

Für die Erstellung der Texte dieser Handreichung möchten wir uns bei den Autorinnen und dem Autor bedanken:

- Frau Ayşe Coşkun M.A., Programmleiterin der Islamberatung in Bayern 2019–2023,
- 58 • Herrn Dr. Martin Kellner, Vertretungsprofessor am Institut für Islamische Theologie an der Universität Osnabrück,
- Frau Dr. Nina Nowar, wissenschaftliche Mitarbeiterin des FAU Forschungszentrums für Islam und Recht in Europa an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

Für die fachwissenschaftliche Durchsicht der Texte gilt unser Dank:

- Herrn Dr. Dr. Peter Antes, Prof. em. für Religionswissenschaft der Leibniz Universität Hannover,
- Herrn Prof. Dr. Christian Jäger, Lehrstuhlinhaber für Strafrecht, Strafprozessrecht, Wirtschafts- und Medizinstrafrecht an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg,
- Herrn Prof. Dr. Serdar Kurnaz, Lehrstuhlinhaber für Islamisches Recht in Geschichte und Gegenwart an der Humboldt-Universität zu Berlin und geschäftsführender Direktor des Berliner Instituts für Islamische Theologie,
- Herrn Prof. Dr. Abdullah Takım, Professur für Islamische Theologie an der Universität Innsbruck.

Unser besonderer Dank gebührt den Expertinnen und Experten unserer Round Tables in den Jahren 2021 bis 2023⁷⁰, die wesentlich zum Entstehen des Textes beigetragen haben:

- Frau Dr. med. Mariam Abu-Tair, Ärztliche Leiterin der Abteilung für Nephrologie und Diabetologie im Evangelischen Klinikum Bethel (EvKB);
- Herrn Dr. Assem Aweimer, Oberarzt für Kardiologie und Angiologie am BG Universitätsklinikum Bergmannsheil Bochum;
- Frau Dr. Hadil Lababidi, Lecturer für islamische Medizin- und Bioethik, Ethik-Zentrum des Instituts für Sozialethik an der Universität Zürich.

Ebenso danken wir den Teilnehmenden der Round Tables, die in fruchtbarer und konstruktiver Zusammenarbeit wichtige Impulse für die vorliegende Handreichung lieferten:

- Frau Prof. Dr. Rana Alsoofi, Juniorprofessorin für Normenlehre des Islam am Institut für Studien der Kultur und Religion des Islam an der Goethe-Universität Frankfurt am Main,
- Frau Neşe Ebel, DaSein Hospizverein München,
- Frau Gabriele Gers, Volljuristin, Leiterin der Beratungsstellen Augsburg und Donauwörth, Verbraucherservice Bayern im KDFB e. V.,
- Frau Dr. med. Leyla Güzelsoy, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum Nürnberg Nord,
- Frau Nurdan Kaya, Leiterin des Instituts für transkulturelle Verständigung (itv Augsburg),
- Frau Ayten Kılıçarslan, geschäftsführende Vorsitzende und Projektleiterin beim Sozialdienst muslimischer Frauen (SmF e. V.),

70 Berichte über die Round Tables s. online: <https://www.islamberatung-bayern.de/aktuelles>.

- Herrn Ulrich Paffrath, selbständiger Mediator und Berater im Bereich der kommunalen Selbstverwaltung, vormals Akademie für Islam in Wissenschaft und Gesellschaft (AIWG),
- Frau Kerstin Wieland, Koordinatorin im Hospizdienst für Erwachsene, Hospizverein Erlangen e. V.

Darüber hinaus danken wir weiteren Personen und Institutionen aus den Bereichen Medizin, Pflege, Recht, Seelsorge, Theologie und Ethik, die zur Entstehung dieser Handreichung beigetragen haben, einschließlich der Vertreterinnen und Vertreter von muslimischen Verbänden und Vereinen für ihre Teilnahme an den Round Tables. Hervorheben möchten wir die Durchführung eines Round Table als AIWG-Round Table sowie die Unterstützung der übrigen Round Tables durch die Akademie für Islam in Wissenschaft und Gesellschaft (AIWG).

Für die Koordination, Redaktion und das Lektorat danken wir der Teamassistenz der Islamberatung in Bayern, Frau Dipl. Theol. Anna Petrova. Für die graphische Gestaltung bedanken wir uns beim Büro das formt – Wir entwickeln Marken, München, und für den Druck bei der Cl. Attenkofer'schen Buch- und Kunstdruckerei, Straubing.

Wir bedanken uns für die konstruktive Zusammenarbeit mit der Robert Bosch Stiftung, insbesondere bei Volker Nüske, sowie mit dem FAU Forschungszentrum für Islam und Recht in Europa an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, insbesondere bei Dr. Jörn Thielmann und Dr. Nina Nowar. Schließlich danken wir der Robert Bosch Stiftung für die großzügige finanzielle Förderung der Islamberatung in Bayern sowie den Sponsoren aus dem Freundeskreis der Eugen-Biser-Stiftung.

Stefan Zinsmeister

Vorsitzender des Vorstands der Eugen-Biser-Stiftung

Islamberatung in Bayern: ein Projekt der Eugen-Biser-Stiftung

Projekt „Islamberatung in Bayern“

Als Initiative der Eugen-Biser-Stiftung hat es sich die Islamberatung in Bayern zur Aufgabe gemacht, Kommunen und muslimische Akteure zu stärken, indem sie Brücken zwischen diesen verschiedenen Akteursgruppen baut. Dies verwirklicht sie mit ihrem unentgeltlichen Beratungsangebot, ihren Wissens- und Bildungsformaten und Netzwerkarbeit auf Landesebene. Mit ihrer unparteiischen Herangehensweise unterstützt die Islamberatung in Bayern bayerische Kommunen in ihren Bemühungen, das Gelingen des Zusammenlebens zu verbessern. Themenfelder der Islamberatung sind dabei Kooperationsmöglichkeiten zwischen kommunalen und muslimischen Akteuren, 60 Teilhabe muslimischer Organisationen an kommunalen Handlungsfeldern, muslimische Kinder und Jugendliche in kommunalen Einrichtungen sowie die Themen Alter und Gesundheit, muslimische Seelsorge, Pflege und Bestattung, Dialogprojekte, Jugend- und Bildungsarbeit. Mit ihrer Arbeit richtet sich die Islamberatung an Kommunen, Wohlfahrtsverbände, zivilgesellschaftliche Einrichtungen sowie muslimische Verbände und Organisationen in Bayern.

2019 wurde die Islamberatung von der Eugen-Biser-Stiftung, der Robert Bosch Stiftung und dem Forschungszentrum für Islam und Recht in Europa (FAU EZIRE) an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg als ein bayernweites Beratungsangebot eingerichtet. Durch die Kooperation der drei Organisationen ist es möglich, die vorhandene Expertise im Themenfeld Islam und Muslime zu bündeln und neue Impulse zu setzen. Seit Beginn des Projekts unterstützt die Robert Bosch Stiftung die Islamberatung finanziell. Bei Fragen zu rechtlichen Themen steht das FAU

Forschungszentrum für Islam und Recht in Europa (FAU EZIRE) an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg dem Beratungsteam zur Seite und unterstützt das Monitoring der Beratungsfälle.⁷¹ Die Koordination und operative Arbeit liegt im Verantwortungsbereich der Eugen-Biser-Stiftung.

Dank der Förderung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern, für Sport und Integration wird seit 2020 das Teilprojekt „Wissen fördern – Kompetenzen stärken“ kostenlos in ganz Bayern angeboten. Mit bedarfsorientierten Fortbildungs-, Schulungs- und Trainingsformaten zu islambezogenen Themen für Kommunen, Verwaltungsbehörden und Wohlfahrtsverbände trägt die Islamberatung zur Stärkung des gesellschaftlichen Zusammenhalts bei.

71 Seit 01.01.2025 ist die Eugen-Biser-Stiftung alleinige Projektträgerin, gefördert von der Robert Bosch Stiftung.

Projekt „Brückenbauen in der Kommune – Muslimische Teilhabe und gesellschaftliches Zusammenleben im DACH-Raum“

Das von der Eugen-Biser-Stiftung initiierte und von der Robert Bosch Stiftung geförderte Projekt bietet erstmals einen interkommunalen Austausch zum Umgang mit islambezogenen Themen in der Kommune in Deutschland, Österreich und der Schweiz an. Es ermöglicht, an konkreten Vorhaben zur muslimischen Teilhabe voneinander zu lernen, wie das Zusammenleben auf kommunaler Ebene bestmöglich funktionieren kann. Dieser Prozess wird durch die Islamberatung in Bayern beratend begleitet, die die in Baden-Württemberg und Bayern entwickelten Instrumente und gesammelte Expertise einbringt.

Neben der beratenden Begleitung von jeweils zwei Kommunen in den drei Ländern (Augsburg, Stuttgart, Dornbirn, Salzburg, Basel, Schaffhausen) wird das Voneinanderlernen der kommunalen Akteure in Form von persönlichen und Online-Retreats gefördert. Zudem sollen Parallelen und Unterschiede in der kommunalen Zusammenarbeit mit muslimischen Gruppen vor Ort herausgearbeitet und analysiert werden. Das Projekt startete am 1. Oktober 2023 und hat eine Laufzeit von dreieinhalb Jahren.

Eugen-Biser-Stiftung

Die Zukunft des Christentums sowie der Dialog zwischen den Religionen und Kulturen sind die Kernthemen der Eugen-Biser-Stiftung. Ausgehend vom Werk Eugen Bisers beschäftigen wir uns mit den Grundfragen christlicher Existenz und fragen nach der Relevanz der Religionen in der Welt von heute.

In einer immer pluraler werdenden Gesellschaft ist eine Kultur der Verständigung unentbehrlich. Mehr denn je leben wir in einer „Stunde des Dialogs“ (Eugen Biser).

Wir gestalten den Dialog mit Menschen anderer Konfessionen, Religionen und Weltanschauungen. Wissenschaftsbasiert und praxisorientiert schaffen wir Räume der Begegnung und des Austausches. Es gilt, die Unterschiede unserer religiösen Identitäten wahrzunehmen und auszuhalten sowie die gemeinsamen Anliegen zu stärken. Mit unseren Gesprächspartnern suchen wir nach Wegen, um in einer Gesellschaft der Vielfalt respektvoll und wertschätzend miteinander umgehen zu lernen.

Unsere Dialogprojekte richten sich an Menschen unterschiedlicher kultureller und religiöser Herkunft. Wir beraten, unterbreiten Bildungsangebote und leisten damit einen Beitrag für ein gelingendes Zusammenleben in einer freiheitlich-demokratischen Gesellschaft. Unsere Arbeit beruht auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, die wir in unseren Projekten zur Anwendung bringen.

Die Eugen-Biser-Stiftung ist überregional tätig, gemeinnützig und unabhängig. Für ihr Engagement wurde die Stiftung im Jahr 2017 mit dem ersten Preis des Bürgerpreises des Bayerischen Landtags ausgezeichnet.

Literaturverzeichnis

- Abd al-Qādir al-Ġilānī** (1985): Enthüllungen des Verborgenen (Futūḥāt al-ġayb), aus dem Arabischen ins Deutsche übersetzt von Alma Giese, Köln: Al-Kitab-Verlag.
- Abū Nu‘aym al-Asbahānī** (1985): Ḥilyat al-‘awliyā‘ wa-ṭabaqāt al-‘aṣfiyā‘, Beirut: Dār al-kitāb al-‘arabī, 1405 n. H., Bd. 1.
- Al-‘Arabīy b. Aḥmad Balḥāġ** (2007): al-Aḥkām al-šar‘īya wa-l-tibbīya li-l-mutawaffīy, in: Maġallat al-buḥūṭ al-fiqhīya al-mu‘āšira, Nr. 42/11, 160–168.
- Al-Bar, Mohammed Ali / Chasmi-Basha, Hassan** (2015): Contemporary Bioethics – Islamic Perspective, Heidelberg / New York / London: Springer.
- 62 **Al-Qaraḍāwī Yūsuf** (2000): fatāwā mu‘āširah. Beirut / Damaskus / Amman, Bd. 2.
- Aweimer, Assem / Kurnaz, Serdar** (2022): Islamrechtliche Fragestellungen in der Akutmedizin, online: https://aiwg.de/wp-content/uploads/2022/04/AIWG006_Praxisperspektiven_Intensivmedizin_220221_Screen.pdf.
- Bayerisches Staatsministerium der Justiz** (2023): Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung, Verlag C. H. Beck, online: <https://www.bestellen.bayern.de>.
- Bayerisches Staatsministerium der Justiz** (2024): Was ist eine Patienten-Verfügung? Infos in Leichter Sprache, München, online: <https://www.bestellen.bayern.de>.
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen** (2008): Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsversorgung. Leitfaden des Bayerischen Landespflegeausschusses, online: https://www.krh.de/fileadmin/user_upload/krh.de/ethik/krh_kek_kuern-leitfaden.pdf.
- Bundesgerichtshof** (2010): Urteil vom 25.06.2010 – 2 StR 454/09, online: <https://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&nr=52999&pos=0&anz=1>.
- Bundesministerium für Justiz, Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft** (2022): Formular Ehegattennotvertretung, online: <https://www.bundesaerztekammer.de/service/muster-formulare>.
- Bundesministerium für Justiz** (2023): Patientenverfügung: Wie sichere ich meine Selbstbestimmung in gesundheitlichen Angelegenheiten?, online: <https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/Patientenverfuegung.html?nn=17134>.
- Bundesverfassungsgericht** (2017): Pressemitteilung Nr. 11/2017 vom 02.03.2017, online: <https://www.bverwg.de/pm/2017/11>.
- Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz** (2023): Gesetz zur Regelung des Transfusionswesens, online: <http://www.gesetze-im-internet.de/tfg/index.html>.
- Çakın, Kâmil** (2016): Hadith, in: Richard Heinzmann (Hg.), Lexikon des Dialogs. Grundbegriffe aus Christentum und Islam, Freiburg u. a.: Herder.
- Düsseldorfer Notfallausweis des Runden Tisches Palliative Versorgung und der Universitätsklinik Düsseldorf**, online: <https://www.duesseldorf.de/fileadmin/Amt13/presseanhang/180509-Notfallausweis-Palliativausweis.pdf>.
- Ġāmi‘at al-Azhar, Qism aš-šarī‘a wa-l-qānūn (o. D.): al-Aḥkām al-fiqhīya li-qaḍāyā al-ṭibb wa-t-tadāwī**, online: <https://islamset.net/wp-content/uploads/2024/02/%D9%83%D8%AA%D8%A7%D8%A8%D8%A7%D9%84%D9%81%D9%82%D9%87%D8%A7%D9%84%D8%B7%D8%A8%D9%8A-%D8%A7%D9%84%D8%A3%D8%B2%D9%87%D8%B1.pdf>.
- Ghaly, Mohammed / Diamond, Randi / Hassan, Azza / El Akoum, Maha** (2018): Palliative Care and Islamic Ethics – Exploring Key Issues and Best Practice. A Special Report in Collaboration with the Research Center for Islamic Legislation and Ethics. Doha / Qatar: World Innovation Summit for Health.
- Goldmann, David R.** (2002): Malteser Praxishandbuch Medizin und Gesundheit. Wissen, Ratschläge, Selbsthilfe, Starnberg: Dorling Kindersley.

- Heinzmann, Richard** (Hg.) (2016): Lexikon des Dialogs. Grundbegriffe aus Christentum und Islam, Freiburg u. a.: Herder.
- Internationale Islamische Fiqh-Academie** (2015), Stellungnahme, online: <https://almoslim.net/%20node/233659>.
- The Islamic Code of Medical Ethics** (2004), online: https://applications.emro.who.int/docs/em_rc52_7_en.pdf.
- Kellner, Martin** (2016): Theologische, normative und naturwissenschaftliche Argumente zur Hirntod-Debatte im sunnitisch-islamischen Recht, in: Hikma, Band 2/7 (2016), online: <https://hikma-online.com/wp-content/uploads/2016/10/Miszelle-Martin-Kellner.pdf>.
- Kellner, Martin** (2022): Islamische Rechtsmeinungen zu medizinischen Eingriffen an den Grenzen des Lebens. Ein Beitrag zur kulturübergreifenden Bioethik, Baden-Baden: Ergon.
- Mohiuddin, Afshan / Mehrunisha, Suleman / Rasheed, Shoaib / Pamela, Aasim I.** (2020): When can Muslims withdraw or withhold life support? A narrative review of Islamic juridical rulings, in: Global Bioethics, 31/1 (2020), 29-46, online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7144300/>.
- Müller, Sabine** (2010): Revival der Hirntod-Debatte: Funktionelle Bildgebung für die Hirntod-Diagnostik, in: Ethik in der Medizin, 22(1), 5–17.
- Zentralrat der Muslime in Deutschland** (2013): Sterbehilfe bzw. Sterbebegleitung und Palliative Care aus islamischer Sicht. Eine Handreichung, online: https://islam.de/files/pdf/sterbehilfe_islam_zmd_2013_03.pdf.

Weitere Publikationen



Dialogwerkstatt. Der interreligiöse Dialog als Weg für ein gelingendes Zusammenleben (hg. von Stefan Zinsmeister u. Sabine Exner-Krikorian), München 2021.

Die Handreichung ist aus der Veranstaltung „Dialogwerkstatt: Beitrag von Dialogbeauftragten der Religionsgemeinschaften und Vertretern gemischt-konfessioneller Dialogprojekte“ vom 17.11.2020 hervorgegangen, welche die Eugen-Biser-Stiftung zusammen mit der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration veranstaltet hat. Die Handreichung beinhaltet fünf Best-Practice-Beispiele des interreligiösen Dialogs in Deutschland sowie Statements der Podiumsteilnehmer*innen.

*Kostenfrei verfügbar unter:
www.eugen-biser-stiftung.de*



Mualla Selçuk/Martin Thurner (Hg.), **Der Mensch in Christentum und Islam**, Stuttgart 2019 (zweisprachig: deutsch-türkisch).

Christliche und muslimische Theologen erarbeiten gemeinsam, ausgehend jeweils vom Standpunkt ihrer eigenen Religion, worin der Beitrag der Glaubensstraditionen für das geschichtlich gewordene Verständnis und die zukünftige Entwicklung von Menschsein besteht. Die Grundidee ist, am Leitfaden menschlicher Existenz die Theologie der jeweiligen Religionen zu entfalten und stets darauf zurückzubeziehen. Als Ausgangspunkt dafür dient die verbindende Überzeugung, dass der Glaube die Offenbarung Gottes für den Menschen ist. Im Blick auf diesen gemeinsamen Bezugspunkt lassen sich Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede gut erkennen, was die Bedingung für Verständnis und Respekt zwischen den Religionen ist.

Als Print oder e-Book zu erwerben über Kohlhammer Verlag.



Gemeinsam gut leben (hg. von Stefan Zinsmeister u. Ayşe Coşkun), München 2023.

Mit der vorliegenden Orientierungshilfe möchte die Islamberatung in Bayern zum Transfer von Ideen und Innovationen beitragen und Handlungsmöglichkeiten für eine diversitätssensible Öffnung in der Kommune vorstellen. Es geht uns v. a. darum, Akteure in ganz Bayern miteinander zu vernetzen und auf den Reichtum des bayerisch-muslimischen Lebens – über das Engagement in Moscheen hinaus – hinzuweisen. Die in dieser Orientierungshilfe getroffene Auswahl der Themenfelder – Jugendarbeit, Erwachsenenbildung, soziale Dienste, Seelsorge, Bestattungskultur – stellt stellvertretend für eine große Vielfalt der muslimischen Lebenswelten und des muslimischen Engagements.

*Kostenfrei verfügbar unter:
www.islamberatung-in-bayern.de*

Diese Handreichung ist in der Kooperation zwischen der Eugen-Biser-Stiftung (Projekträger), der Robert Bosch Stiftung und dem FAU Forschungszentrum für Islam und Recht in Europa (FAU EZIRE) an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg im Rahmen des Projekts „Islamberatung in Bayern. Brückenbauer zwischen muslimisch geprägten Lebenswelten und Kommunen“ entstanden.



Gefördert von

