

Patientenautonomie und der muslimische Patient in einer wertpluralen Gesellschaft

Ilhan Ilklic

Die Frage, ob moralische Normen unabhängig von kulturellen Wertvorstellungen und religiösen Überzeugungen universalisierbar sind, gehört zu den klassischen Fragestellungen der Moralphilosophie. Die Auseinandersetzung mit dieser metaethischen Fragestellung gewinnt jedoch im Zeitalter der Globalisierung eine besondere Bedeutung, wenn die ethische Relevanz der tagtäglich getroffenen Entscheidungen von der Beantwortung dieser Frage abhängt.

Die in den 60er Jahren in den Industriestaaten stattgefundene Arbeiterimmigration, die von Industrieländern durchgeführten klinischen Forschungen am Menschen in den so genannten Entwicklungsländern und andere Gründe haben dazu geführt, dass die Begegnung von Arzt und Patient als Angehörige jeweils unterschiedlicher Kulturen und Religionen eine alltägliche Wirklichkeit geworden ist. Zweifelsohne erschweren dabei die mangelnden Kenntnisse der Kultur und Religion des Patienten und die fehlende gemeinsame Sprache die erforderliche Kommunikation und somit auch eine erfolgreiche Therapie bzw. Untersuchung.

Ebenso problematisch sind jedoch die bei einem Interessenkonflikt benutzten medizinethischen Begriffe, welche vor dem Hintergrund einer bestimmten Geistesgeschichte ihre moralischen Implikationen bekommen haben. Auch wenn über die Reichweite und Grenze der zentralen medizinethischen Prinzipien – wie Patientenautonomie und ärztliche Fürsorgepflicht – unter den Experten jeglicher Konsens fehlt, existiert im medizinischen Alltag eine Praxis in divergierenden Formen, die aus einem bestimmten Verständnis von Patientenautonomie bzw. -fürsorge folgt. Es wird besonders problematisch, wenn in einem Interessenkonflikt die genannten Prinzipien von Arzt und Patient als jeweils Angehörige unterschiedlicher Kulturen völlig anders verstanden und interpretiert werden.

In diesem Aufsatz soll nicht die Suche nach erforderlichen Bedingungen für die universelle Gültigkeit eines Konzepts der Patientenautonomie gewagt werden. Es sei eher versucht, das Wesen und die Grundlinien einer Entscheidungsfindung bzw. Patientenautonomie im Islam, einer der größten monotheistischen Religion auf der Welt, zu zeigen und einige daraus resultierende Schlussfolgerungen für die Medizinethik zu formulieren. Dafür werden der Zusammenhang zwischen islamischen Grundquellen und Handlungsnormen skizziert sowie die Etappen der

muslimischen Entscheidungsfindung dargestellt. Ebenso sollen die konkreten Einflussformen einer wohletablierten religiösen Ratgebungspraxis (*Fatwa*) und der dritten Person bzw. Familie auf Patientenentscheidungen diskutiert werden.

I. Die Quellen der muslimischen Handlungsnormen

Das Partizip Aktiv *muslim* stammt wie das Wort *islām* von der arabischen Wortwurzel *s-l-m*. Die von der gleichen Wortwurzel stammenden Wörter *taslīm* und *sālīm* bedeuten „sich ergeben“ bzw. „im Frieden sein“. Das Wort *amān* (sicher sein / Sicherheit) stammt von derselben Wurzel wie das Wort *īmān* (der Glaube).¹ Aus dem Munde des Propheten Muhammad finden wir folgende Beschreibung für *īmān* (Glaube) und *islām*: „Der Islam basiert auf fünf grundlegenden Pflichten: Dem Glaubensbekenntnis – ‚Es gibt keinen Gott außer Gott, und Muhammad ist der Gesandte Gottes‘ –, dem Gebet, der gesetzlichen Abgabe, der Wallfahrt sowie dem Fasten im Ramadan.“² „Eines Tages befand sich der Prophet gerade in Gesellschaft einiger Leute, als ein Mann herbeikam und fragte: ‚Was ist Glaube?‘ Der Prophet erwiderte: ‚Glaube bedeutet, an Gott, seine Engel und an ein Treffen mit Gott, an seine Propheten sowie an die Auferstehung zu glauben.“³

Die Aussprache des genannten islamischen Bekenntnissatzes symbolisiert nicht nur die Zugehörigkeit zum Islam, sondern impliziert auch die Anerkennung der aus den Grundquellen des Islam resultierenden Handlungsnormen.⁴ Die Struktur der Glaubenssätze und die Beschaffenheit der Grundpflichten sind so aufgebaut, dass innerhalb des Islam die Grenzen zwischen dem Religiösen und dem Privaten stets unscharf bleiben. Der enge Zusammenhang zwischen dem Glauben und dem gesellschaftlichen Leben sorgt dafür, dass Glaube und Moral eine untrennbare Einheit bilden.⁵ Dazu van Ess: „1. der Islam ist eine Religion der Öffentlichkeit, nicht der Innerlichkeit; 2. er will Mensch und Welt integral erfassen und kennt darum keine Trennung zwischen Weltlichem und Geistlichem; und er sieht 3. dieses Ideal verwirklicht in der idealen Vergangenheit, kann darum Erneuerung nur als Rückkehr als zu den großen und wunderbaren Anfängen verstehen. (...) Nicht *Orthodoxie* ist entscheidend, sondern *Orthopraxie*: dass man in gemeinsamer kultischer Verrichtung und in gemeinsamer Unterwerfung unter das gleiche Gesetz sich als Muslim erweist.“⁶

In der Frühzeit des Islam kamen die neuen Muslime zum Propheten und stellten ihm eine klare Frage: „Was soll ich tun, um in das Paradies eintreten zu dürfen?“⁷ Diese in einfacher Form gestellte Frage beinhaltet die elementare Beziehung zwischen Glaube und Praxis. Verweilen im Paradies im Jenseits ist als natürliche Konsequenz des Gottgefallens zu interpretieren. Das Erreichen des Gottgefallens ist aber nur durch eine Praxis zu erreichen, die ihre Handlungsnormen aus den islamischen Hauptquellen ableitet. Diese sind nach ihrem Autoritätsgrad: der *Koran* (das heilige Buch des Islam), die *Sunna* (die Aussprüche und Handlungen des Propheten), der Konsens der Gelehrten (*iğma'*) und der Analogieschluss (*qiyās*).⁸

Beim Verstehen und Praktizieren des Islam nimmt der Koran für einen Muslim den höchsten Rang unter den islamischen Quellen ein. Er beinhaltet den souveränen Gotteswillen, und somit ist er, um das muslimische Hauptziel *riza-i ilâhî*⁹ (Wohlgefallen Gottes) zu erreichen, eine Rechtleitung im irdischen Leben. Der Inhalt seiner Verse umfasst die Glaubenssätze (*al-aḥkām al-i'tiqādīya*), die Grundpflichten (*al-aḥkām al-'amalīya*) und die moralischen Prinzipien (*al-aḥkām al-aḥlāqīya*).¹⁰ Dieses Inhaltsspektrum prägt alle Lebensbereiche eines Muslims, vom gesellschaftlichen Alltag bis zum Privatleben, und seine gottesdienstlichen Pflichten. Somit baut der Koran eine Brücke zwischen dem Gotteswillen und den menschlichen Entscheidungen im alltäglichen Leben, indem er die Normen für eine richtige islamische Handlung ermittelt. Die Kernbotschaft des Korans beschreibt W. Montgomery Watt mit folgenden fünf Punkten: „(1) Gott ist gut und allmächtig. (2) Der Mensch kehrt zu Gott zurück, um am Jüngsten Tag gerichtet zu werden. (3) Der Mensch soll sich Gott gegenüber dankbar erweisen und ihn verehren. (4) Dies sollte den Menschen weiter dazu führen, mit seinem Reichtum großzügig umzugehen. (5) Mohammed ist von Gott beauftragt, diese Botschaft seinen Mitmenschen zu übermitteln.“¹¹

Muhammad (ca. 570–632), der Prophet und Verkünder des Islam, legte die Implikationen der allgemeinen Bestimmungen des Korans durch sein Verhalten dar und gab seinen Anhängern Anleitung in Dingen, die vom Koran nicht detailliert geregelt wurden. „Göttliche Berufung und Bekehrung hat in ihm, als Siegel der Propheten, ein für allemal klargemacht, wie die menschliche Natur aussieht, welche Aufgaben der Mensch in seinem Leben vollbringen soll, was er erhoffen und befürchten muss und wie sich seine ewige Bestimmung gestalten wird.“¹²

Der Koran als göttliche Offenbarung ist für einen Muslim die Hauptquelle des moralisch Guten und der normativen Wertvorstellungen, wobei die Haltung und die Aussprüche des Propheten Muhammad als authentische Verdeutlichung, Ergänzung und praktische Konkretisierung des moralischen Gehalts des Korans gelten. Seine Gesetzgeberfunktion¹³ in vielen Lebensbereichen und seine Auslegungsfunktion¹⁴ des Korans machen den Propheten auch für moralische Handlungen zu einem Vorbild und einer Autoritätsperson.¹⁵

II. Die Entscheidungsfindung des muslimischen Patienten

Auch der Krankheitszustand gehört, wie alle Bereiche des Lebens, zu den Lebesseinheiten, bei denen der islamische Glaube seinen besonderen Standpunkt bezieht und entsprechende Handlungsnormen liefert. Ein durch die islamischen Quellen geprägter Krankheitsbegriff erklärt das Kranksein sowie das Gesundsein zu den Wirklichkeiten des Lebens und erhebt die Gesundheit im Sinne von Freisein von Schmerzen, körperlicher Behinderung oder Strukturanomalien zu den größten und wichtigsten Gottesgaben. Da der Koran dem Kranken einige Erleichterungen bei den religiösen Grundpflichten zuspricht und durch das Wort

Gottes einen tröstlichen Umgang mit dem Kranken pflegt¹⁶, ist es schwierig, die Krankheit mit theologischen Konklusionen als unmittelbare Botschaft des göttlichen Zorns oder als Instrumentarium der göttlichen Strafe zu bezeichnen. Der Gnadenerweis und die Sündenvergebung Gottes oder das Mittel zur göttlichen Prüfung erweisen sich als aus den primären islamischen Quellen einwandfrei ableitbare Sinnzuschreibungen eines Krankheitszustands.¹⁷

Neben diesen Sinngebungen, die ihren Inhalt aus dem islamischen Glaubensverständnis des Jenseits beziehen, sind der Krankheit, basierend auf den behandelten islamischen Quellen und medizinischen Werken, zwei essentielle Bedeutungen mit entsprechenden Handlungsimplicationen zuzuschreiben. Erstens: Die Gesundheit ist eine der wichtigsten Gottesgaben. Zweitens: Die Gesundheit ist ein Zustand, der für den auf islamische Grundnormen basierenden Habitus, d.h. die Erfüllung der sozialen und religiösen Pflichten, die den Muslim zum Wohlgefallen Gottes leiten, eine Bedingung ist.¹⁸

Die religiöse Überzeugung, welche die Gesundheit als ein dem Menschen anvertrautes Gut deklariert, impliziert gleichzeitig eine menschliche Verantwortung für deren Erhaltung bzw. Wiederherstellung. Das Glaubensverständnis, dass der Mensch nicht der wahre Eigentümer seines Körpers, sondern nur dessen Besitzer im Diesseits ist, verpflichtet ihn zu einem entsprechenden Umgang mit seinem Körper. Somit wird es eine islamische Pflicht, entsprechende hygienische Maßnahmen zu treffen oder sich den erforderlichen medizinischen Maßnahmen zur Bewahrung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit zu unterziehen. Denn der Muslim hat im Jenseits Rechenschaft abzulegen über die Art und Weise seiner Einstellung zu seinem Körper, was mit Belohnung oder Bestrafung im Jenseits verbunden ist.

Die islamischen Glaubenssätze prägen nicht nur die Sinnzuschreibung der Krankheit als solcher, sondern sie verleihen auch den Komponenten eines Krankheitszustandes, wie Krankheitserregern, Untersuchungsergebnissen, Therapiemethoden u.a. ihre eigene Bedeutung im Entscheidungsprozess eines Muslims. Die erkennbaren biologischen, chemischen und physikalischen Verursacher der Krankheiten sind Vermittler der von Gott aus dem Nichts erschaffenen Krankheit. Ebenso gelten die Arzneien und Therapiemethoden bei der Übermittlung der Heilung als zweite Verursacher, deren Heilwirkung als von Gott eingegebene Eigenschaft zu verstehen ist. Der Muslim schreibt den von der medizinischen Wissenschaft festgestellten Fakten nur eine Zweitursächlichkeit zu und führt diese Naturereignisse auf das

Der Autor

Ilhan Ilkilic, geboren 1967, studierte Medizin an der Universität Istanbul sowie Philosophie und Islamwissenschaften an der Ruhr-Universität Bochum. Er fertigte seine philosophische Dissertation „Medizinethische Aspekte des muslimischen Krankheitsverständnisses in einer wertpluralen Gesellschaft“ als DFG-Stipendiat im Graduiertenkolleg „Ethik in den Wissenschaften“ der Universität Tübingen an. Seit April 2001 arbeitet er als Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Forschungsprojekt „Information und Aufklärung über Chancen und Risiken der Humangenetik und neuer gen- und biotechnischer Verfahren“ am Interfakultären Zentrum für Ethik in den Wissenschaften der Universität Tübingen. Anschrift: IZEW Universität Tübingen, Keplerstr. 17, D-72074 Tübingen, Deutschland

Vorherwissen Gottes, der in der so genannten Urschrift jedes Ereignis vor seinem Eintritt in die Erscheinungswelt verzeichnet hat, zurück. Wegen dieser Beziehung sind sie nicht bloße Naturereignisse, die miteinander durch kausale Gesetze verbunden sind, sondern ihre Erscheinungsform ist das Eintreten der göttlichen Gewohnheit (*sunnat Allāh*) in die Seinswelt. Der Krankheitsbegriff der islamischen Quellen und die aus den Glaubensprinzipien herauskristallisierten Krankheitsdeutungen stellen die Grundlage für die Entscheidungsfindung in einem Krankheitsfall dar. Von dieser Basis ausgehend beinhaltet eine Entscheidung des muslimischen Patienten zwei grundsätzliche Komponenten:

Die Aufnahme der Krankheit und die Einstellung zu ihr auf der Gemütsebene ist als erste Phase zu bezeichnen. In diesem Prozess wird durch das individuelle muslimische Weltbild nach Sinn und Bedeutung der betreffenden Krankheit gesucht. In den islamischen Quellen ist die geforderte Gemüteseinstellung zu einer Krankheit eindeutig: Man soll die Krankheit geduldig und nicht aufsässig gegen Gott akzeptieren. Klagen darüber, warum gerade man selbst befallen wurde, oder gar Anklagen an Gott sind mit einem muslimischen Gemüt nicht zu vereinbaren. In der zweiten Phase kristallisiert sich die konkrete Entscheidung des muslimischen Patienten heraus. Die oft deduktive Schlussfolgerungen aus den islamischen Moral- und Rechtsprinzipien beinhaltende zweite Phase ist komplexer und vielschichtiger als die erste. Denn hier wird neben der individuellen Religiosität des Patienten auch die Art und Weise seiner Interpretation der handlungsleitenden Normen entscheidend. Diese Vielfalt der Interpretationen kann sich wiederum nach Art und Stärke einer Krankheit ändern.¹⁹

Im Allgemeinen lassen sich zwei grundsätzliche religiöse Präferenzen feststellen: Erstens der islamische Gebots- und Verbotskatalog, dessen Einhaltung als natürliche Implikation des islamischen Glaubens angesehen wird und zweitens die Gesunderhaltung des eigenen Körpers als Anspruch Gottes. Die Abwägung dieser beiden Präferenzen und die zustandsbedingte individuelle Interpretation führen oft zu einer abschließenden Entscheidung des muslimischen Patienten über eine medizinische Intervention.

Die Einhaltung der Speisevorschriften und der Pflichtgebete sowie das Unversehrtheitsprinzip werden in einem Krankheitsfall nicht von vornherein als aufgehoben verstanden, sondern ihre Bedeutung wird neu ausgelegt. Der Prophetenspruch „Lasst euch nicht mit Verbotenem behandeln“ weist eindeutig darauf hin, dass auch in einem Krankheitszustand die Speisevorschriften bzw. islamische Verpflichtungen gelten. In der Praxis existierende Konflikte wie die Ablehnung einer Medikation wegen der islamischen Speisevorschriften bestätigen, dass diese Norm in der Praxis eine gewisse Relevanz hat. Auf der anderen Seite sprechen jedoch Koranverse klar von einer Pflichtbefreiung im Krankheitsfall. Das aus diesen Versen und Hadithen mit ähnlichem Inhalt abgeleitete islamische Rechtsprinzip *al-darūrāt tubīḥ al-maḥẓūrāt* (die Notlage macht das Verbotene erlaubt) spricht für eine andere Regelung dieser Pflichten bei einer Krankheit.

Der in den Versen verwendete Begriff Krankheit als allgemeiner Begriff ohne inhaltliche Spezifikation einerseits und andererseits die begrenzten medizini-

schen Kenntnisse und Praktiken in der Prophetenzeit, welche mit Billigung des Propheten Muhammad durchgeführt wurden, erschweren für einen Muslim heute die Fällung eines medizinischen Urteils nach diesen beiden Quellen. Neue wissenschaftliche und technische Entwicklungen in der Medizin schaffen nicht nur ein umfangreiches Feld für Interpretationen, sondern stellen sowohl für den betroffenen muslimischen Patienten als auch für die Gelehrten, die sich mit diesen Themen professionell auseinandersetzen, eine Herausforderung dar. So reichen zum Beispiel die Entscheidungen von Rechtsgelehrten über Organtransplantationen von strikter Ablehnung auf der einen Seite bis zur Erlaubnis der Organentnahme für eine Organtransplantation durch Anerkennung des Hirntodes auf der anderen Seite.²⁰

Diese Möglichkeit eines breiteren Entscheidungsspektrums darf jedoch nicht den Eindruck erwecken, dass beliebig zu entscheiden ist. So ist zum Beispiel die Verweigerung einer Therapie für eine Blinddarmoperation oder einer Bluttransfusion zur Substitution des Blutverlustes nach einem Verkehrsunfall, was mit höchster Sicherheit die Rettung von Leben bedeutet, eine islamisch nicht vertretbare Willensbestimmung, da dem menschlichen Leben ein äußerst hoher Wert zukommt. Da die Mehrheit der persönlichen Entscheidungen in der Medizin nicht auf diese lebensbedrohlichen Situationen abzielen, sind durch einen einfachen Muslim mit begrenzter theologischer Kompetenz schnelle Entscheidungen in diffizilen Fällen oft nicht leicht zu treffen.

III. Der Ratschluss (*Fatwa*) des islamischen Rechtsgelehrten (*Mufti*) und die Patientenautonomie

Das arabische Wort *fatwā* bedeutet den Ratschluss durch einen kompetenten Gelehrten (*muftī*) an einen Fragesteller (*mustaftī*) auf der Basis der islamischen Quellen. Der Mufti benutzt bei der Erteilung von Fatwas (*iftā'*) die bereits genannten vier anerkannten Hauptquellen des Islam mit einer im Laufe der islamischen Geistesgeschichte entwickelten Methodik. Je nach Bedarf sind auch weitere ergänzende Argumentationsgrundlagen, wie *istihsān* (Billigkeitsentscheidung), *istiṣlāḥ* bzw. *ra'y* (Urteil nach individueller Meinung) sowie *'urf* (wörtl. Gewohnheit, Sitte, d.h. die Berücksichtigung der Sitten bei der Urteilsfindung) anzuwenden. Der vom Fragesteller geschilderte Fall wird durch die üblichen Methoden nach bestimmten Wertungen begutachtet. Nach dem Entscheidungsprozess des Mufti kann eine Handlung geboten (*wāḡib*, *fard*), empfehlenswert (*mandūb*, *sunna*), angeraten (*mustaḥabb*), gestattet/freigestellt (*mubāḥ*) abgeraten (*makrūh*) oder verboten (*ḥarām*) sein.

Die Fatwa-Praxis wurde schon nach dem Tod des Propheten durch Prophetengenossen praktiziert. Die Systematisierung dieses Verfahrens und die Vereinheitlichung der Methode ist auf den Rechtsschulbegründer *aš-Šāfi'ī* (gest. 820), der als Vater der muslimischen Jurisprudenz gilt, zurückzuführen. Außer der schafiitischen Rechtsschule sind drei Rechtsschulen, die ihren Namen von ihrem Gründer

haben, zu nennen: *Abū Ḥanīfa* (gest. 767), *Mālik ibn Anas* (gest. 795) und *Aḥmad ibn Hanbal* (gest. 855).

Für einen Muslim dient das Fatwa einem elementaren Zweck, nämlich der Rekonstruktion der in den islamischen Quellen existierenden Normen für eine praktische Handlung. Auf der ethischen Ebene formuliert, dient das Fatwa dem Muslim zur Beantwortung der Frage: „Was soll ich in dieser Situation als Muslim tun?“ Wenn wir diese Frage auf einen Krankheitszustand übertragen, so lassen sich anschließende Fragen folgenderweise formulieren: Welche Rolle übernimmt das Fatwa-Wesen bei der Entscheidungsfindung eines muslimischen Patienten? Ist dessen Einfluss als klare Beeinträchtigung der Selbstbestimmung des Patienten zu beurteilen oder hilft vielmehr das Fatwa dem betroffenen muslimischen Patienten, seine Entscheidung gemäß der islamischen Normen zu treffen, was als ein Beitrag zu dessen Wohlbefinden zu betrachten ist? Wie verbindlich ist das Fatwa hinsichtlich der theologischen Grundlagen, aber auch im praktischen Sinne? Wie ist das Urteil des Mufti innerhalb des theologischen Systems zu betrachten? Hat es einen Absolutheitsanspruch? Darf seine Entscheidung mit konventionellen Methoden als einzig und gottgewollt deklariert werden? Zu diesen Fragen äußert sich der ägyptische Großmufti *Ṭanṭāwī* folgendermaßen: „Ich behaupte nicht, daß mein Fatwa oder das eines anderen für die Leute verbindlich ist. Vielmehr werde ich gefragt und verdeutliche dann das religionsrechtliche Urteil, nachdem ich nach Wahrheit und Gerechtigkeit gestrebt und nach den Quellen geforscht habe, bei der Darlegung meines Standpunktes, und danach kann, *wer will*, die *Rechtsauffassung dieses Gutachtens übernehmen*.“²¹

Der Fragesteller stellt seine Frage zunächst wegen seines eigenen privaten Interesses an einer Entscheidung, die nach islamischen Quellen mit entsprechender Kompetenz getroffen wird. Zweifelsohne tragen die erforderlichen Bedingungen wie wissenschaftliche Kompetenz, Unabhängigkeit, entsprechende Gemütsverfassung u.ä. zum Vertrauen des Fragestellers in den Mufti und somit zur Übernahme seines Fatwas bei. Sie reichen jedoch nicht aus, um dem Fatwa für die Handlungen eines Muslims unmittelbare Verbindlichkeit zuzuschreiben. Nicht nur die divergierenden Entscheidungen von Muftis, die zu den unterschiedlichen Rechtsschulen gehören, sondern auch der Meinungsunterschied innerhalb einer Rechtsschule bezüglich der medizinischen Interventionen weisen auf die Schwierigkeit der Vereinheitlichung der Fatwas hin. Diese nicht überraschende Meinungsvielfalt, die auf die innerislamische Dynamik zurückzuführen ist, erschwert die Deklaration eines Fatwas zur einzigen und gottgewollten Entscheidung und somit auch zu etwas Absolutem.

Ein weiterer entscheidender Punkt für die Gültigkeit des Fatwas in der Praxis ist die religiöse Einstellung des Patienten zum Fatwa-Wesen. Es kann vorkommen, dass der Fragesteller sich mit seiner religiösen Sensibilität bei der Handlungsempfehlung eines Fatwas nicht wohlfühlt und die im Fatwa gestattete Unterlassung einer religiösen Pflicht nicht wahrnehmen will. Bei solchen Gelegenheiten wird im Türkischen der Satz „Hier gibt es die Seite des Fatwas und die Seite der Frömmigkeit“ verwendet. Dies impliziert in manchen Situationen neben der im

Fatwa nahegelegten Handlungsentscheidung eine aus der persönlichen Frömmigkeit resultierende Alternative.²² Der Mangel an erforderlicher Freiheit und die fehlende medizinisch-wissenschaftliche Kompetenz der Muftis sowie das deutlich von Technikgläubigkeit beeinflusste Fatwa-Wesen sind beim Verlauf der Fatwa-Praxis Hindernisse, die aus individueller muslimischer Perspektive das Vertrauen in das Fatwa-Wesen verletzen und dessen Autoritätsinstanz bestreiten lassen können.

Es ist augenfällig, dass im Fastenmonat Ramadan die Anzahl der Anfragen in Bezug auf ein Fatwa deutlich zunimmt. Wenn Fasten in einem Krankheitsfall zu einer riskanten Körperverletzung oder einer deutlichen Gefährdung des Lebens führt, so ist klar, dass das Fasten unter diesen Umständen durch ein Fatwa nicht gebilligt wird. Im Ramadan kommt es jedoch nicht selten vor, dass die frommen Muslime bei leichten Krankheiten wie Kopf- oder Rückenschmerzen, wo eine Unterlassung des Fastens durch ein Fatwa durchaus in Frage kommen kann, diese Erlaubnis nicht wahrnehmen wollen, weil sie sich dem seelischen Nutzen des Fastens nicht entziehen wollen. Eine solche individuelle Entscheidung, die sich außerhalb des im Fatwa empfohlenen Raums befinden kann, darf jedoch nicht von vornherein als eine den islamischen Prinzipien widersprechende Entscheidung betrachtet werden.²³

IV. Die dritte Person im muslimischen Entscheidungsprozess und die Patientenautonomie

Die Beteiligung der dritten Person bzw. der Familie in einem Entscheidungsprozess eines Patienten gehört zu den kontrovers diskutierten Themen innerhalb der Patientenautonomie-Debatten. Sie ist nicht nur ethisch problematisch, wenn der Patient nicht in der Lage ist, eine kompetente Entscheidung zu treffen, sondern auch, wenn die Einbeziehung einer dritten Person durch den Wunsch des Patienten geschieht.

Die Gründe für den Patientenwunsch nach einer Beteiligung der Familie oder dritten Person in einem Entscheidungsprozess können sehr vielschichtig sein. Eine spezifische Autoritätsstruktur in der Familie, die Überzeugungskraft der Argumente der dritten Person oder das volle Vertrauen auf sie können unter anderem ein Anlass für die Akzeptanz oder den Wunsch einer Beteiligung der dritten Person an der Entscheidungsfindung sein. Der erste Grund lässt sich auf eine von der Tradition oder Religion geprägten Provenienz zurückführen, während die zwei weiteren Argumente ebenso aus einer säkularen Perspektive vertreten werden können.

Die Verantwortung für eigene Entscheidungen bzw. Handlungen gegenüber Gott und der Gehorsam gegenüber den Eltern – falls die Eltern in eine Entscheidungsfindung involviert sind – sind zwei zentrale Handlungsnormen in einem Entscheidungsprozess des muslimischen Patienten, die hierzu weiterer Klärung bedürfen. An vielen Stellen des Korans wird die Verantwortlichkeit für eine Handlung dem

Entscheidenden und Handelnden zugeschrieben. „Und jeder begeht nur zu seinem eigenen Nachteil (was er sich an Sünden zuschulden kommen lässt). Und keiner wird die Last eines anderen tragen ...“²⁴ „Und daß dem Menschen (der-einst) nichts anderes zuteil wird als das, wonach er (in seinem Erdenleben) strebt, und daß sein Streben (deutlich) sichtbar werden wird, und (daß) ihm schließlich voll dafür vergolten wird.“²⁵ Der Muslim ist nicht nur für eigene Entscheidungen und Handlungen verantwortlich, ebenso kommt ihm auch die Verantwortung zu, wenn er jemanden zu etwas Falschem überredet und dadurch beim Vollzug einer Handlung eine Rolle spielt. „Sie sollen deshalb am Tag der Auferstehung ihre Last vollständig tragen und von der Last derer, die sie in (ihrem) Unverstand (hier im Diesseits) irreführen.“²⁶ Auch wenn mit der Irreführung im Koran oft Glaubensangelegenheiten gemeint sind, so ist eine Übertragung auf andere Lebensbereiche, wo es um eine Beeinflussung gegen islamische sittliche Maßstäbe geht, nicht ausgeschlossen.

Die Auslegung des genannten Verantwortlichkeitsverständnisses in einem Krankheitszustand würde dann bedeuten, dass der Muslim für seine Entscheidung über medizinische Therapien die Verantwortung gegenüber seinem Schöpfer alleine trägt und im Jenseits dafür zur Rechenschaft gezogen wird. Eine Einflussnahme von außen auf eine Entscheidung und eine damit verbundene Handlung, die mit den islamischen Grundnormen nicht vereinbar ist, würde für die dritte Person ebenso Verantwortung bedeuten.

Ersichtlich ist in mehreren Versen die große Wertschätzung für den Gehorsam gegenüber den Eltern. Auch ihre Pflege im hohen Alter ist eine von Gott auferlegte Verpflichtung für die Kinder.²⁷ Die Befolgung ihrer Wünsche und der Gehorsam haben jedoch Grenzen. Der Maßstab für den Gehorsam gegenüber den Eltern ist die Akzeptabilität ihrer Wünsche nach islamischen Glaubensprinzipien und Handlungsnormen. Auch wenn diese Verse mehr auf Glaubensangelegenheiten abzielen – in Wiederholung der obigen Schlussfolgerung –, kann sie auch auf einen Krankheitsfall übertragen werden. Steht das religiöse Motiv bei der Zustimmung zur Entscheidung der Eltern klar im Vordergrund, so sind zwei Punkte zu hinterfragen. Der erste ist, ob die elterliche Entscheidung nach den islamischen Prinzipien nachvollziehbar ist oder ob darüber aus theologischen Gründen Zweifel bestehen können. Auch wenn kein Zweifel daran besteht, dass die Entscheidung mit den islamischen Quellen vereinbar ist, so bleibt die Frage zu stellen, ob in diesem Fall Zwang angewandt wurde.

Es ist jedoch für die Ärzte und das Pflegeteam eine Herausforderung, die Qualität einer familiären Beteiligung, d.h. ob sie traditioneller oder religiöser Provenienz ist, festzustellen. Sollte diese Entscheidung gelingen, wie soll dann die Bedeutung und Funktion dieser Feststellung in eine medizinethisch vertretbare Handlung überführt werden? Wie kann entschieden werden, ob traditionelle oder religiöse Werte mehr Anspruch auf Akzeptanz in einer Patientenautonomie haben, die kulturellen Werten gerecht werden soll?

Nicht auszuschließen ist, dass Eltern im Falle eines Krebspatienten, der seinen letzten Ramadan fasten will und deswegen die Chemotherapie ablehnt, aus Mit-

leid versuchen, ihn von dieser Entscheidung abzuhalten, damit sein Leben und sein Zusammensein mit ihnen verlängert wird. Mit Blick auf solche praktischen Situationen wird oft gegen diesen Zwang argumentiert. Aber ist das Vorliegen von Zwang überhaupt immer klar festzustellen? Was macht den Zwang aus? Wenn die Überzeugungsversuche der Familie zwei Tage lang dauern und am dritten Tag der Patient damit einverstanden ist, ist dann von Überzeugung oder von Überredung auszugehen?

Auch wenn Grund und Qualität der Zustimmung zur familiären Entscheidung nicht leicht feststellbar sind, so ist diese Handlung selbst im Rahmen eines absolutistischen Patientenautonomieverständnisses nicht ohne weiteres leicht als klare Verletzung des Rechts auf Selbstbestimmung des Patienten zu betrachten. Denn die medizinethische Rechtfertigung einer Entscheidung hängt nicht von der beliebigen Verknüpfung einer Handlung mit einem medizinethischen Prinzip ab, sondern vielmehr von der intensiven Prüfung, ob diese Handlung das Wohlbefinden des Patienten beeinträchtigt.

Schlussfolgerungen

Aus den skizzierten Fundamenten der islamischen Handlungsnormen und deren Einflussformen dürfte das Ausmaß der Komplexität eines Entscheidungsprozesses über eine medizinische Intervention ersichtlich sein. Die möglichen unterschiedlichen Entscheidungen der Muftis auch innerhalb einer Rechtsschule einerseits und andererseits der nicht absolut verbindliche Charakter des Fatwas, die beide auf die systemimmanente Dynamik des Islam zurückzuführen sind, bereichern zweifelsohne das Spektrum der mit Hilfe eines Fatwas zu treffenden Entscheidungsmöglichkeiten. Die individuelle Bearbeitung und schließlich die Bestimmung des muslimischen Patienten, abhängig von der jeweiligen Situation und seiner Religiosität erhöhen die Anzahl der Entscheidungsalternativen zusätzlich. Den Entscheidungsprozess komplizieren außerdem die Rolle einer dritten Person, die ihren Bedeutungsinhalt aus den islamischen Handlungsnormen, aber auch aus den traditionell bzw. sittlich bestimmten Handlungsweisen ableitet.

Die Kenntnisnahme all dieser Vielschichtigkeit einer muslimischen Selbstbestimmung dient der Einschätzung des Schwierigkeitsgrades der am Anfang formulierten Fragestellung bezüglich der Universalisierbarkeit eines Patientenautonomiekonzeptes. Ohne diese Frage verneinen oder bejahen zu wollen, sollen hierzu zwei Schlussfolgerungen dieser Darstellung für die Medizinethik formuliert werden. Die erste richtet sich nach der medizinethischen Praxis in einer multikulturellen Gesellschaft, wo der Patient Muslim und der Arzt Nicht-Muslim ist. Die zweite betrifft eher die theoretische Medizinethik-Diskussionen im angloamerikanischen bzw. kontinentaleuropäischen Raum.

1. Die dargestellte Komplexität einer muslimischen Entscheidungsfindung liefert verbindliche Gründe für die Argumentation gegen eine routinierte und standardisierte Vorgehensweise in einem medizinethischen Konfliktfall.

Diese Schlussfolgerung richtet sich gegen zwei Arten von Standardisierung: Erstens: die Gleichstellung des muslimischen Patienten mit dem Einheimischen bzw. nicht-muslimischen Patienten. Zweitens: die automatische Gleichstellung eines muslimischen Patienten mit anderen Angehörigen seiner Religion.

2. Die Diskussion bzw. Prüfung eines Patientenautonomiekonzeptes nach ihrer Universalisierbarkeit darf nicht auf die Aufnahmekapazität und Integration religiöser Patientenpräferenzen in dieses Konzept reduziert werden.

In solchen Diskussionen wird oft vergessen, dass der außerhalb der jeweiligen Kultur stehende Patient auch ein bestimmtes Konzept von Selbstbestimmung hat, auch wenn es bis jetzt wissenschaftlich nicht bearbeitet ist und jegliche philosophische Reflexionen darüber fehlen. Deswegen kann die Prüfung, ob bestimmte Entscheidungen in dem vorgeschlagenen Patientenautonomiekonzept tolerierbar oder ob sie integrierbar sind, nicht als Beweis für dessen Universalisierbarkeit gelten. Vielmehr soll ein Vergleich zwischen beiden Patientenautonomiekonzepten nach ihrem Normenkatalog sowie ihrer systemimmanenten Dynamik und ihren entsprechenden Funktionsweisen stattfinden. Eine genaue Analyse und Rekonstruktion der Normierungsformen im Entscheidungsprozess soll ebenso in diesem Vergleich involviert sein, auch wenn diese eine enorme geistige Leistung erfordert. Diese Vorgehensweise erweist sich als umso wichtiger, wenn man davon ausgeht, dass auch andere Probleme wie Verteilungsgerechtigkeit bezüglich der Ressourcen im Konflikt vorkommen.

¹ Vgl. T. Izutsu, *The Concept of Belief in Islamic Theology*, New York 1980, 57–82.

² Buhārī, *Kitāb al-Īmān*, Nr. 2.

³ Buhārī, *Kitāb al-Īmān*, Nr. 42.

⁴ U. Haarmann, *Die Pflichten des Muslims*, in: *Saeculum* 26 (1975) 95ff.

⁵ P. Antes, *Ethik und Politik im Islam*, Stuttgart 1982, 40f.

⁶ J.v. Ess, *Islam*, in: E. Brunner-Traut (Hg.), *Die fünf großen Weltreligionen*, Freiburg 1980, 70–71.

⁷ Vgl. Tirmidī, *Kitāb al-Birr*, Nr. 2005.

⁸ Vgl. S. Ramadan, *Das islamische Recht. Theorie und Praxis*, Marburg 1996, 33, u. A.K. Reinhart, *Islamic Law as Islamic Ethics*, in: *Journal of Religious Ethics* 11/2 (1983) 189ff.

⁹ Diese Ausdrucksform ist im Türkischen gebräuchlich.

¹⁰ Vgl. Zaidān Abd-al-Karīm, *Al-Madhal li-dīrasat aš-šari'a al-islāmīya*, Beirut 1396 = 1976, 186.

¹¹ W.M. Watt, *Der Islam II* (Politische Entwicklungen und theologische Konzepte), Stuttgart 1985, 82.

¹² J. Bouman, *Gott und Mensch im Koran*, Darmstadt 1977, 206–207.

¹³ Vgl. Sure 7/157.

¹⁴ Vgl. Sure 16/44.

¹⁵ Vgl. Sure 3/32, Sure 3/132, Sure 4/59, Sure 4/64, und Sure 4/80.

¹⁶ Vgl. Sure 2/184–185, Sure 2/196, Sure 4/43, Sure 4/102, Sure 5/6, Sure 6/91, Sure 24/61, Sure 48/17 und Sure 73/20.

¹⁷ Vgl. I. Ilkic, *Bioethical Issues in the Relationship between Muslim Patient and Non-Muslim Physician*, in: Biomedical Ethics, Newsletter Network for Biomedical Ethics, 5/3 (2000) 125-130.

¹⁸ Aus den vorstehenden Diskussionen dürfte klar sein, dass damit hier nicht gemeint ist, ausschließlich die gesunden Menschen könnten das Wohlgefallen Gottes erreichen.

¹⁹ Vgl. I. Ilkic, *Das muslimische Glaubensverständnis von Tod, Gericht, Gottesgnade und deren Bedeutung für die Medizinethik*, in: Medizinethische Materialien, Heft 126, Bochum 2000.

²⁰ Vgl. A.F.M. Ebrahim, *Organ Transplantation. Contemporary Islamic Legal and Ethical Perspectives*, Kuala Lumpur 1998, 56ff und 81ff; M.A. Albar, *Contemporary Topics in Islamic Medicine*, Jeddah 1995, 7ff; I. Ghanem, *Islamic Medical Jurisprudence*, London 1982, 62-63; G.I. Serour, *Islamic Developments in Bioethics*, in: Theological Developments in Bioethics. 1992-94, Dordrecht 1997, 184ff; R. Haylamaz, *İslam Hukuku'na göre organ ve doku nakli* (Organtransplantation nach islamischem Recht), Izmir 1993, 120ff u.a.

²¹ Zitiert bei B. Kraewitz, *Die Ḥurma: schariatrechtlicher Schutz vor Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit nach arabischen Fatwas des 20. Jahrhunderts*, Diss., Berlin 1990, 35 (Hervorhebung d. Verf.).

²² Vgl. F. Rahman, *Some Key Ethical Concepts of the Qur'ān*, in: The Journal of Religious Ethics 11/2 (1983) 176ff.

²³ In seinem Hauptwerk *Iḥyā' 'ulūm ad-dīn* nennt Ġazālī einige Muslime, die auf die Heilbehandlung verzichtet haben und zu den „Großen“ gehören. Ġazālī bemerkt, dass es nicht richtig sei, diese Haltung als Verstoß gegen die Anweisungen des Propheten zu interpretieren. Vgl. Al-Ġazālī, Abū-Ḥamid Muḥammad Ibn-Muḥammad: *Iḥyā' 'ulūm ad-dīn*, Bd. 4, Kairo 1352 = 1933, 246ff.

²⁴ Sure 6/164.

²⁵ Sure 53/39-41.

²⁶ Sure 16/25.

²⁷ Vgl. Sure 31/14-15, Sure 31/21 u. Sure 17/23-24.