

Change of therapy goals and premature termination of therapy in the perspective of different religions

F. Salomon

► **Zitierweise:** Salomon F: Therapiezieländerung und Therapieabbruch aus der Sicht verschiedener Religionen. Anästh Intensivmed 2020;61:443–452. DOI: 10.19224/ai2020.443

Therapiezieländerung und Therapieabbruch aus der Sicht verschiedener Religionen

Zusammenfassung

Entscheidungen über ein Therapieziel oder für eine Therapiezieländerung werden immer vor dem Hintergrund von Weltanschauung, Lebensphilosophie oder religiöser Haltung getroffen. Das gilt für Patienten ebenso wie für das beteiligte Team. Es werden die Grundlagen der christlichen, der jüdischen, der muslimischen und der buddhistischen Glaubensinhalte dargestellt und daraus Konsequenzen für die Entscheidungen über einen Therapieumfang oder den Verzicht darauf abgeleitet. Die nominelle Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft lässt aber nicht per se den Schluss zu, wie jemand zu einem Therapieziel oder einer Therapiezieländerung steht. In allen Religionen besteht ein breites Spektrum von fundamentalistisch-konservativen bis zu liberal-progressiven Positionen. Daher ist die Kommunikation über die individuellen Einstellungen unverzichtbar.

Summary

Decisions on therapy goal changes or an extension of therapy are always made against the background of ideologies, philosophies of life or religious attitudes. This applies alike to patients and the team involved. The foundations of Christian, Jewish, Muslim and Buddhist beliefs are represented and conclusions drawn on the extent of therapy or the abstention from it. The nominal affiliation to a denomination or a religious community, however, does not tell per se how a person thinks about a therapy goal or a

change of therapy. All religions have a broad spectrum ranging from fundamentally conservative to liberal-progressive positions. Communication on individual opinions is therefore inevitable.

Medizin zwischen Natur- und Geisteswissenschaft

Jede diagnostische, therapeutische oder pflegerische Maßnahme greift in die Integrität der Person ein, an der sie vollzogen wird. Sie ist in Deutschland nur unter zwei Voraussetzungen legitimiert. Zum einen muss sie indiziert sein. Das heißt, ein mit dem Patienten vereinbartes Therapieziel muss auf diese Weise realistisch erreichbar sein. Zum anderen muss der Patient in diese Maßnahme einwilligen.

Die Formulierung möglicher Therapieziele und die Auswahl der Maßnahmen, mit der diese Ziele erreicht werden können, sind ärztliche Aufgaben. Sie verlangen fachliche Kompetenz. Zu ihr gehören die Kenntnis der verfügbaren Methoden, die Beurteilung der Prognosen mit oder ohne Behandlung und die Fähigkeit, die Behandlung durchzuführen oder sie an einen Experten weiterzugeben. Zur fachlichen Kompetenz gehört aber auch die Urteilsfähigkeit darüber, wie die konkrete körperliche und psychosoziale Situation des Patienten die Indikation beeinflusst und sich damit auf die Entscheidung auswirkt.

Aufgabe des Patienten ist es, abzuwägen und zu entscheiden, was er für sich

Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Schlüsselwörter

Therapiezieländerung – Religion – Medizinische Ethik – Entscheidungsfindung – Patientengespräch

Keywords

Changing of Therapy goals – Religion – Medical Ethics – Decision-making – Physician-Patient Consultation

anstreben und dabei ertragen möchte. Durch Vorausverfügungen sollte er einen Vertreter, Betreuer oder Bevollmächtigten in die Lage versetzen, bei eigener Entscheidungsunfähigkeit an seiner statt seinen Willen zu vertreten. Der Patient orientiert sich bei seiner Entscheidung bewusst oder unbewusst an seinem Wertesystem, das sich im Laufe seines Lebens durch weltanschauliche, kulturelle und religiöse Einflüsse, Vorbilder und Erfahrungen entwickelt hat.

Auch die objektiv wirkende Indikationsstellung ist nicht frei von weltanschaulichen Einflüssen. Denn jede Medizin ist Ausdruck der jeweils herrschenden Weltanschauung. Als Folge der Aufklärung versuchte sich die europäische Medizin im 19. Jahrhundert von religiösen und philosophischen Bindungen zu befreien, die lange Zeit das ärztliche Selbstverständnis prägten [7]. Die Erfolge auf der Basis naturwissenschaftlich-positivistischen Denkens schienen dieser Befreiung von transzendentalen Einflüssen Recht zu geben.

Doch bald zeigte sich die Janusköpfigkeit dieser Medizin. Einerseits faszinierten die Erkenntnisse und Erfolge bei der Behandlung von Krankheiten und beim Abwenden von Lebensbedrohung und Tod die im Gesundheitswesen Tätigen ebenso wie die Menschen, die damit genesen und überleben konnten. Andererseits zeigte sich, dass nicht jede kritische Krankheitssituation überwunden werden konnte und Menschen trotz intensiver Bemühungen starben oder nur mit schweren Einschränkungen überlebten. Das konfrontierte Patienten, Ärzte und Pflegende mit Fragen nach dem Sinn einer Therapie [30]. So führte gerade der naturwissenschaftlich begründete Fortschritt wieder zu den Denkansätzen, die im 19. Jahrhundert verlassen werden sollten [34].

Im Eifer der Abgrenzung von jahrhundertealten philosophischen und religiösen Einflüssen auf die Medizin hatte man im 19. Jahrhundert übersehen, dass die Naturwissenschaft selbst eine Weltanschauung ist, die durch methodische Begrenzungen die von ihr bearbeiteten Phänomene überzeugend erklären und

nutzbar machen, aber keinen Totalitätsanspruch für die Weltdeutung erheben kann [16,39].

Grenzen des Lebens fordern Erklärungen

Medizin hat immer die Begrenzungen und Verletzlichkeiten des Lebens im Blick, lange Zeit eher mit dem Ziel, sie hinauszuschieben oder zu überwinden. Die Medizin und ihre Vertreter haben – zumindest in unserem Kulturkreis – den gesellschaftlichen Auftrag, Krankheit zu vermeiden oder zu heilen, Leiden zu mindern und den Tod hinauszuschieben oder zu überwinden. Erst in den letzten Jahrzehnten wurde auch die palliative Zielsetzung als genuiner Bestandteil ärztlichen Handelns verstanden [11, 38].

Es geht in der Medizin letztlich immer um existenzielle Fragen, auch wenn es nicht jedes Mal unmittelbar um die Grenze zwischen Leben und Sterben geht. Doch gerade wenn es um Entscheidungen an dieser Grenze geht, ist die existenzielle Bedeutung evident. Entscheidungen für ein Therapieziel oder für eine Therapiezieländerung werden immer – ausgesprochen oder unausgesprochen – vor dem Hintergrund von Weltanschauung, Lebensphilosophie oder religiöser Haltung getroffen. Ärztliche Entscheidungen sollten vorrangig nach medizinischen, nicht nach religiösen Kriterien gefällt werden [12,18], doch sie zu kennen, ist für das behandelnde Team wichtig, um manche Reaktionen oder Entscheidungen der Betroffenen und Beteiligten verstehen und akzeptieren zu können. Im Folgenden sollen ausgewählte religiöse Positionen skizziert und erläutert werden.

Religionen – Deutung von Lebenserfahrungen

Vielfalt von Religionen und Weltanschauungen führen zur Vielfalt von Deutungen

Ohne auf die vielfältigen Definitionsversuche von Religion eingehen zu können, sollen einige religiös begründete Haltungen betrachtet werden, die sich

mit ausgewählten Religionsgemeinschaften verbinden. Dabei ist auch die Abgrenzung von Religion und Weltanschauung hier nicht von Relevanz. Mit dieser bewussten Begrenzung soll eine pragmatische Orientierungshilfe für den klinischen Alltag gegeben werden, um ausgesprochene, unausgesprochene oder symbolische religiöse Einflüsse auf Therapieentscheidungen besser verstehen und berücksichtigen zu können.

Die formale Zugehörigkeit sagt nichts über das innere Verhältnis zur jeweiligen Religion aus. Daher sei schon vorab davor gewarnt, aus der Religionszugehörigkeit eines Patienten oder seiner Familie auf deren Haltung zu einem Problem oder in einer konkreten Entscheidungssituation zu schließen.

Die Auswahl der im Folgenden skizzierten Positionen orientiert sich an der Häufigkeit der Religionszugehörigkeiten oder der besonderen Bedeutung in Deutschland.

Religionszugehörigkeit in Deutschland

Nur in den christlichen Kirchen ist eine behördlich registrierte Zugehörigkeit zu finden. Bei den anderen Religionsgemeinschaften liegen weitgehend Schätzungen zugrunde (Tab. 1).

Christliche Aspekte

Quellen und Grundlagen

Der christliche Glaube beruft sich auf Jesus, Sohn des jüdischen Paars Maria und Joseph aus Nazareth. Er war selbst Jude und lebte um die Zeitenwende. Seine genauen Lebensdaten sind nicht bekannt. Seine Verkündigung, seine charismatische Autorität und die Überzeugung seiner Anhänger, er sei nach seiner Hinrichtung auferstanden, führte zu vielfältigen Texten, von denen in den ersten vier Jahrhunderten die 27 im **Neuen Testament** enthaltenen Evangelien, Briefe und anderen Schriften als grundlegende Glaubenszeugnisse ausgewählt wurden [15].

Jesus gilt als menschgewordener Gottessohn. Durch sein Handeln und seine

Tabelle 1

Religionszugehörigkeit in Deutschland (auf Tausend gerundet).

Religionsgruppe	Anzahl n	Stand (Jahr)
Bevölkerung insgesamt	83.019.000	2018
Christen	46.580.000	2018
• katholisch	23.000.000	2018
• evangelisch	21.140.000	2018
• orthodox	1.300.000	2013
• Zeugen Jehovas	165.000	2019
Juden	96.000	2018
Muslime	4.600.00	2017
Buddhisten	270.000	2017

Bevölkerung: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1217/umfrage/entwicklung-der-gesamtbevoelkerung-seit-2002/> (Zugriffsdatum: 27.01.2020)

Christen: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1233/umfrage/anzahl-der-christen-in-deutschland-nach-kirchenzugehoerigkeit/> (Zugriffsdatum: 27.01.2020)

<https://www.sektenausstieg.net/sektten/29-zeugen-jehovas/statistik/4508-zahlen-deutschland> (Zugriffsdatum: 27.01.2020)

Juden: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1232/umfrage/anzahl-der-juden-in-deutschland-seit-dem-jahr-2003/> (Zugriffsdatum: 27.01.2020)

Muslime: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/76744/umfrage/anzahl-der-muslime-in-deutschland-nach-glaubensrichtung> (27.01.2020)

Buddhisten: <http://remid.de/buddhismus> (Zugriffsdatum: 27.01.2020).

Worte ist den Menschen der göttliche Wille anschaulich vermittelt worden. Jesus starb eines gewaltsamen Todes am Kreuz. Seine Anhänger bezeugen, dass er nach dem Tod auferstanden ist und lebt. Der Name „Christen“ kommt von „Jesus Christus“. „Christus“ ist nicht Nachname, sondern Titel. Er bezeichnet im Griechischen den Gesalbten, also einen von Gott Auserwählten. Im Hebräischen entspricht dem der Begriff „Messias“, der Jesus von seinen Anhängern zugesprochen wurde. Neben dem „Neuen Testament“ gehört zur **christlichen Bibel** [15] auch das „Alte“ oder „Hebräische Testament“, das Grundlage des jüdischen Glaubens ist. Der Gott der Juden ist der Vater von Jesus Christus.

Im Laufe der Kirchengeschichte wurden die biblischen Texte als Schriftzeugnisse für den christlichen Glauben **kontinuierlich interpretiert**. Schriften und Stellungnahmen der Kirchenväter in den ersten Jahrhunderten waren der Ausgangspunkt einer bis heute andauernden Entwicklung. In unregelmäßigen Abständen fanden **Synoden und Konzile** statt, bei denen versucht wurde, ein einheitliches Verständnis wichtiger Glaubens-

themen zu vereinbaren. Das führte zum Teil zu heftigen Auseinandersetzungen und zur Bildung voneinander getrennter Kirchen und Konfessionen. Wesentliche Schritte waren die Bildung der römisch-katholischen Kirche sowie der mehr im Osten Europas ausgebreiteten orthodoxen Kirchen und die Entstehung der evangelischen Kirche mit ihren Differenzierungen nach der Reformation im 16. Jahrhundert. In der römisch-katholischen Kirche mit ihrer hierarchischen Struktur stellt die **päpstliche Lehrmeinung** eine wichtige Orientierungshilfe dar und ist bei manchen Themen durch festgelegte Dogmen von hoher Verbindlichkeit. In den evangelischen Kirchen ist dagegen ein breiter Spielraum von **theologischen Auslegungen** der biblischen Schriften zu finden. Das ist Ausdruck der von den Reformatoren betonten unmittelbaren Gottesbeziehung eines jeden Gläubigen.

Als besondere Gruppierung mit Konfliktpotenzial für medizinische Behandlungen sind die Zeugen Jehovas zu nennen. Die Ende des 19. Jahrhunderts entstandene Glaubensgemeinschaft lehnt wesentliche theologische Inhalte der christlichen Kirchen ab. Für Therapie-

entscheidungen ist die Ablehnung der Aufnahme von Blut und Blutbestandteilen von Bedeutung. Wenn die Entscheidung zur Transfusionsablehnung selbstbestimmt getroffen wird, ist sie zu beachten wie jede selbstbestimmte Therapieentscheidung von Patienten. Sind andere Personen davon betroffen, die sich nicht dazu geäußert haben oder äußern können, z.B. Kinder, kann durch das Betreuungsgericht die Blutgabe nach den Regeln der Medizin erlaubt werden [3]. Intensivmedizin und Lebenserhalt mit sonstigen Mitteln werden grundsätzlich bejaht. Die Therapiezieländerung ist unproblematisch. Auch sonstige Behandlungen werden bejaht, solange sie ohne Blutgabe möglich sind. Das gilt sogar für die Organtransplantation. Nur müssen die Organe „völlig blutfrei“ sein.

Grundaussagen zum Menschenbild [20,34]

Die verschiedenen christlichen Kirchen und Glaubensgemeinschaften haben sich historisch aufgrund unterschiedlicher Interpretationen der biblischen Aussagen entwickelt. Damit ist die Zusammenfassung von Grundaussagen nur mit Vorbehalt möglich. Derselbe Begriff kann unterschiedlich verstanden werden und für die Umsetzung bei medizinischen Entscheidungen auch zu verschiedenen Schlussfolgerungen führen.

- Der Mensch ist Geschöpf Gottes, das heißt er verdankt sein Leben nicht sich selbst.
- Insofern wird der Mensch immer in Beziehung zu Gott gedacht.
- Erst durch die Zuwendung Gottes wird er zu einem lebendigen Gegenüber.
- Alle Menschen sind als Geschöpfe Gottes gleich wichtig. Sie sind gleichwertige Geschwister und miteinander beauftragt, verantwortlich mit den anderen Geschöpfen und der Welt umzugehen.
- Der Mensch ist aus demselben Material wie die übrige Schöpfung, in das er als sterbliches Wesen wieder zerfällt (Gen 3,19).
- Der Mensch ist eine untrennbare Einheit. Die duale Trennung in Leib und Seele oder Geist ist nicht

biblisch, sondern durch philosophische Einflüsse (Gnosis) zur Zeit des Urchristentums in das christliche Denken eingedrungen.

- Die anthropologischen Begriffe meinen nie Teile des Menschen, sondern immer den ganzen Menschen in einer je spezifischen Betrachtungsweise, z.B. „Seele“ für die Gottbezogenheit, „Fleisch“ für die irdisch-weltliche Einbindung oder „Herz“ für den Menschen in seiner Emotionalität.
- Die Beziehung des Menschen zu Gott ist durch den Menschen gestört, indem er einen Graben (Sund, davon abgeleitet „Sünde“) zwischen sich und Gott schafft und so gegen die Schöpfungsordnung verstößt.
- Der Mensch ist fehlerhaft, sowohl in seinem Verhalten als auch in seiner Leiblichkeit.
- Gott möchte den Menschen nicht in seiner Gottferne (Sündhaftigkeit) belassen, sondern wendet sich ihm trotz seiner Fehlerhaftigkeit zu (Erlösung).
- Leben, Liebe und Friede sind wichtige Ziele, für die der Mensch sich im Auftrag Gottes einsetzen soll.
- Das Leben des Menschen ist einmalig mit einem Anfang und einem Ende.
- Es gibt eine Zukunftshoffnung über den Tod hinaus (Auferweckung der Toten in Folge der Auferstehung Jesu). Dafür liefert die Bibel keine konkreten Bilder, wenn auch später viele Vorstellungen dazu entwickelt wurden [4].

Folgerungen für die Beurteilung von Therapiezieländerungen und Therapieabbruch

Aus den Grundaussagen zum Verständnis des Menschen und des Lebens ergeben sich Konsequenzen für die Medizin. Weil das Leben als Geschenk verstanden wird, ist die Achtung dieses Geschenks wichtig. Es darf nicht missachtet oder weggeworfen werden. Albert Schweitzer hat dafür die fast sprichwörtlich gewordene Formulierung „Ehrfurcht vor dem

Leben“ geprägt [37]. Daraus leitet sich ein Tötungsverbot ab, einschließlich der Ablehnung des Suizids.

Insofern der Mensch die Welt gestalten soll und das Leben geachtet wird, ist auch die Medizin ein von Gott gewolltes Instrument, um Krankheiten und anderen Lebensbedrohungen zu begrenzen. Leiden ist nicht in Gottes Schöpfungsplan gewollt, sondern Folge menschlichen Fehlverhaltens (Sündenfall Gen 3). Krankheit, Leiden und Schmerz sind keine Strafen Gottes. Heilung und Heil sind anzustrebende Ziele. Daher sind Schmerztherapie und Anästhesie wichtige Fähigkeiten, die aus christlicher Sicht genutzt werden sollen. Sie sind auch dann erlaubt, wenn eine gute Symptomtherapie zu einer Lebensverkürzung führen könnte [32]. Weil der Mensch eingebunden ist in sein soziales Umfeld, ist er auch für seine Mitmenschen verantwortlich, hat sich ihnen zuzuwenden und sie als Mithilfeschröpfe zu achten und zu schützen. Dazu dient auch die Medizin mit allen ihren Möglichkeiten.

Die Körperfunktionen sind jedoch kein Selbstzweck, die nur um ihrer selbst willen erhalten werden müssen. Sie sind die notwendigen Voraussetzungen, um ein selbstbestimmtes Leben führen, mit anderen Menschen in Beziehung treten und sich Gott zuwenden zu können. Alle medizinischen Möglichkeiten sind daher nur gerechtfertigt, wenn sie diese Lebensziele und -aufgaben realisierbar machen. Jede Diagnostik und Therapie, jeder Versuch einer Lebensverlängerung ist nur gerechtfertigt, wenn dadurch der Erhalt oder die Wiederherstellung eines Lebens im sozialen Umfeld erreichbar ist, zu dem der betroffene Mensch ja sagen kann.

Von päpstlicher Seite wurde bereits 1957 unterschieden zwischen ordentlichen, verhältnismäßigen Mitteln, die man einsetzen muss, und außerordentlichen, unverhältnismäßigen Mitteln, die verzichtbar sind [32]. So ist z.B. die künstliche Ernährung über Sonden verzichtbar wie jede andere nicht mehr erfolgversprechende oder gewollte Maßnahme. Das Anbieten von Nahrung und

Flüssigkeit auf normalem Weg darf jedoch nicht eingestellt werden, allerdings auch nicht gegen den verbal oder non-verbal geäußerten Willen aufgezwungen werden.

- Medizin und Forschung am Menschen sind möglich, wenn sie in Achtung vor der Würde des Menschen geschehen.
- Der Mensch ist autonom und kann sich eigenverantwortlich unter Achtung der göttlichen Vorgaben entscheiden.
- Tötung eines Menschen ist verboten, auch der Suizid. Tötung auf Verlangen (ehemals „aktive Sterbehilfe“) ist ebenfalls verboten.
- Leiden sollte vermieden oder gemindert werden.
- Maßnahmen zur Überbrückung von Lebensbedrohungen und zur Lebensverlängerung sind erlaubt. Sie dürfen jedoch kein Selbstzweck sein, sondern sollen dem Menschen wieder zu einem möglichst selbstbestimmten Leben verhelfen.
- Wenn dieses Ziel nicht mehr erreichbar ist oder der Mensch die damit verbundenen Belastungen nicht tragen möchte, ist eine Therapiezieländerung erlaubt. Es darf auf die eingesetzten Maßnahmen verzichtet werden, auch wenn dann durch den Verlauf der Erkrankung der Tod eintritt.
- Der kranke und sterbende Mensch bedarf der Zuwendung und Fürsorge. Eine seelsorgerliche Begleitung ist anzubieten. Sein Wunsch steht im Mittelpunkt.
- Als spirituelle Zeichen sind im evangelischen Bereich Segnung und Abendmahl, bei Katholiken und Orthodoxen die Krankensalbung anzubieten. Seit dem 2. Vatikanischen Konzil (1962–1965) wird in der römisch-katholischen Kirche die Krankensalbung nicht mehr als Sterbesakrament (letzte Ölung) verstanden, sondern kann auch bei schwerer Krankheit mehrfach im Leben empfangen werden. In den evangelischen Kirchen spielt die Salbung auch wieder eine zunehmende Rolle.

- Ein Mensch, der sich schuldig gemacht hat, z.B. durch einen Suizidversuch oder Schädigung eines Mitmenschen, muss die Verantwortung für sein Verhalten übernehmen, wird aber nicht ausgestoßen. Auch ihm gilt die seelsorgerliche Zuwendung.

Jüdische Aspekte

Quellen und Grundlagen

Der jüdische Glaube beruft sich auf einen einzigen Gott, der nicht bildhaft dargestellt werden darf. Auch sein Name (JHWH – Jahwe oder Jehowa) macht ihn nicht fassbar. JHWH ist Schöpfer der Welt und auch des Menschen. Er offenbart sich in der Geschichte und wird in ihr erfahrbar.

Textgrundlage des jüdischen Glaubens sind die **fünf Bücher Mose (Tora)**. Im weiteren Sinne gehört die gesamte **hebräische Bibel (Tanach)** [15] zu den Schriften der jüdischen Religion. Diese Texte sind im Laufe der Zeit mit Geschichten und Beispielen mündlich erläutert und auf aktuelle Fragen hin ausgelegt worden. Dazu kamen Regeln für das tägliche Leben. Diese mündliche Tradition bis zum 6. Jahrhundert ist im **Talmud** erfasst und bildet die zweite Säule der jüdischen Glaubensgrundlagen. Auch diese Tradition wird seither kontinuierlich kommentiert und auf die neuen Entwicklungen des Lebens angewendet. Diese durch Rabbiner entwickelten Positionen bilden die **Halacha**.

Anders als in der römisch-katholischen Kirche gibt es keine letzte Lehrautorität, vergleichbar dem Papst. Die Rabbiner können verschiedene Meinungen zu derselben Frage aus Tora und Talmud ableiten. Ziel ist zwar möglichst ein Konsens, doch können auch verschiedene Aussagen nebeneinander bestehen. Unter den Rabbinern gibt es zwar exponierte Meinungsführer, deren Aussagen weltweit besonders beachtet werden. Die Bedeutung ihrer Aussagen leitet sich jedoch nicht aus einer besonderen Autorisierung ab, sondern durch ihre persönliche und fachliche Kompetenz sowie ihre Fähigkeit, anerkannte Urteile zu treffen.

Damit ist der Diskurs zwischen verschiedenen Positionen ein wichtiges Element jüdischen Glaubens. Zur Entscheidungsfindung werden oft beispielhafte Situationen und Geschichten herangezogen, an Hand derer Antworten und Stellungnahmen gefunden werden können.

Grundaussagen zum Menschenbild [19,21,31,36]

Viele Aussagen decken sich mit dem christlichen Menschenbild.

- Der Mensch als Geschöpf Gottes ist für das ihm geschenkte, geliehene Leben verantwortlich.
- Trotz seiner Autonomie, die er auch bekommen hat, ist es ihm aber nicht erlaubt, beliebig mit seinem Leben umzugehen. Die Autonomie des Menschen ist nachrangig zum Lebenserhalt.
- Gott bleibt Eigentümer des Lebens, das einen unantastbaren, unendlichen Wert hat. Jeder Moment des Lebens, sei er noch so kurz, ist gleich wertvoll.
- Töten ist verboten, das gilt auch für die Selbsttötung, die Beihilfe dazu und für die Tötung auf Verlangen (ehemals „aktive Sterbehilfe“). Für das Verbot gibt es nur wenige Ausnahmen, wie Notwehr oder Abwehr der Tötung eines Unschuldigen.
- Die Verkürzung des Lebens infolge von Therapieverzicht wird kontrovers diskutiert.
- Konservative Vertreter lehnen jede Handlung ab, die den Tod beschleunigt. Als tot gilt ein Mensch erst dann, wenn er bewegungslos ist, nicht mehr atmet und keine Pulsationen des Herzens mehr zeigt. Auch künstliche Ernährung und Beatmung müssen in dieser Sicht bis zur eindeutigen Todesfeststellung weitergeführt werden.
- Progressivere Positionen verweisen auf das persönliche Gewissen des Betroffenen bei der Beurteilung von Sterbehilfe und Therapiezieländerung. Danach gibt es keine Pflicht zum Weiterleben um jeden Preis [33].
- In jedem Fall darf der Sterbende nicht allein gelassen werden. Kran-

kenbesuche sind religiöse Pflicht. Ruhe und Zeit für Spiritualität sind angesichts des Sterbens zu beachten. Nach Eintritt des Todes muss der Gestorbene noch einige Zeit unberührt bleiben. Die Angehörigen kümmern sich um den Toten.

Folgerungen für die Beurteilung von Therapiezieländerungen und Therapieabbruch

In der konservativen Sicht ist selbst das Schließen der Augenlider bei einem Sterbenden oder sonstiges Berühren oder Bewegen Töten, vergleichbar einer schwachen Kerzenflamme, die durch Berühren etwas eher erlischt. Diese Haltung verhindert Therapiezieländerung und Therapieverzicht, um den Menschen sterben zu lassen, selbst wenn er eine Therapie abgelehnt hat. Die konservative Position steht auch der Organspende auf der Basis der Hirntodfeststellung im Wege [31].

In der progressiveren Sichtweise, die sich auch auf Aussagen von Rabbinern aus früheren Jahrhunderten beruft, ist der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen erlaubt, wenn diese Maßnahmen den Menschen daran hindern, zu sterben oder sie von ihm nicht mehr gewollt sind [26]. Dazu gehören auch der Verzicht auf Flüssigkeitsgabe und Nahrung. Die Beseitigung eines Hindernisses für das Sterben kann auch durch aktives Tun erfolgen. Doch ist z.B. das Abschalten eines Beatmungs- oder Dialysegerätes mit dem Ziel, dem Sterben seinen Lauf zu lassen, auch für progressive Juden nicht ohne Probleme. Es gibt verschiedene Überlegungen, durch die trotz Beendigung einer maschinellen Lebensverlängerung äußerlich die Passivität beim Sterbenlassen erlebt werden kann. Es ist leichter, einen Perfusor auslaufen zu lassen oder ein Beatmungsgerät durch vorgegebene Zeitschaltintervalle nicht mehr neu zu starten, als das Gerät auszuschalten [33].

In der progressiveren Haltung wird der vollständige irreversible Ausfall des Gehirns einschließlich des für die Atmung zuständigen Hirnstamms als Todeszeitpunkt akzeptiert. Diese Einschätzung wird auch vom orthodoxen Rabbinat

in Jerusalem vertreten, das damit den Weg für die Transplantationsmedizin frei gemacht hat [24].

Ein palliatives Therapieziel ist mit dem jüdischen Glauben vereinbar. Ein Kranke muss eine wirkungsvolle Schmerztherapie und alle bekannten palliativ orientierten Zuwendungen und Versorgungen bekommen. Für eine gute Schmerztherapie dürfen auch Nebenwirkungen wie Bewusstseinsverlust oder ein früherer Todeseintritt in Kauf genommen werden. Auch die palliative Sedierung widerspricht nicht den jüdischen Religionsgesetzen [33].

Die Rabbinerkonferenzen in den USA, Israel, Europa und Deutschland respektieren die unterschiedlichen Positionen ihrer Mitglieder [23]. Wegen der fehlenden allgemeingültigen Lehrmeinung existiert ein breites Spektrum von Meinungen. Dadurch hat der Einzelne eine gewisse individuelle Freiheit in seiner Glaubenshaltung. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, mit den Betroffenen und den Familien die anstehenden Entscheidungen zu besprechen.

Muslimische Aspekte

Quellen und Grundlagen

Der Islam ist eine streng monotheistische Religion (Sure 112), die auch die Vorstellung der Dreieinigkeit in der christlichen Religion als Vielgötterei strikt ablehnt. Jesus als Sohn Marias ist ein Gesandter Gottes (Allahs) wie auch die anderen Propheten (Suren 2,136 und 5,75). Mohammed wird als der letzte in dieser Reihe gesehen, durch den die letztgültige göttliche Botschaft den Menschen überbracht wurde.

Textliche Grundlage ist der **Koran**, das heilige Buch der Muslime, das in 114 Suren gegliedert ist [8]. Er gilt als die göttliche Offenbarung an Mohammed (569–632 n. Chr.). Zwischen traditionellen und progressiven Muslimen bestehen Meinungsunterschiede darüber, ob das Buch als unveränderliche ewige Weisheit über gut zwei Jahrzehnte durch einen Engel an Mohammed offenbart wurde oder nach und nach abhängig von den örtlichen und historischen Um-

ständen entstanden ist [1,2]. Zu Mohammeds Lebzeit gab es noch keine schriftliche Fassung. Sie wurde erst rund 100 Jahre später geschaffen [9].

Neben dem Koran existieren verschiedene Überlieferungen aus dem Leben Mohammeds (**Hadith**), in denen Berichte und Erzählungen über sein Leben, über als beispielhaft angesehenes Verhalten, nicht im Koran niedergelegte Aussagen des Propheten oder auch von ihm offenbar gebilligte Positionen von Menschen aus seinem Umfeld enthalten sind. Die zunächst mündlich weitergegebenen Worte haben auch einen normierenden Anspruch. In späteren Jahrhunderten entstanden daraus schriftliche Sammlungen, die bis heute eine wichtige Rolle spielen.

Auch im Islam gibt es keine einheitliche Lehrautorität. Die verschiedenen Glaubensrichtungen berufen sich zwar alle auf den Koran, doch wird er unterschiedlich interpretiert, von fundamentalistisch bis liberal [22,29]. In Deutschland sind muslimische Mitbürger in unterschiedlichen Gruppierungen und Strukturen zusammengefasst, die anders als die christlichen Kirchen keine Körperschaften öffentlichen Rechts mit den daraus folgenden Rechten und Pflichten sind, aber in Glaubensfragen vergleichbar mit den verschiedenen christlichen Glaubensgemeinschaften auch jeweils eigene Positionen vertreten. Das macht es für Entscheidungen bei konkreten Personen nötig, auch hier die jeweils individuelle Überzeugung zu erfragen und zu bedenken.

Grundaussagen zum Menschenbild

- Der Mensch ist Geschöpf. Sein Körper ist nicht sein Besitz, sondern gehört Allah (Sure 2,156).
- Seine Gesundheit ist göttliche Gnade, Krankheit ist Strafe, Leid eine Prüfung.
- Medizin muss das Wissen einsetzen, das sie hat. Ärzte haben für das Leben zu kämpfen [17,28].
- Ziel ist ein glückliches, ausgeglichenes Leben in der Welt [22].
- Der Mensch hat eine unantastbare Würde.

- Allah gibt das Leben und den Tod. Das Leben hat einen absoluten Wert. Tötung ist verboten (Sure 5,32), auch der Suizid (Sure 4,29) [17,28].
- Der Ablauf des Lebens und dessen Ende ist im göttlichen Plan vorherbestimmt. Ohne Allahs Zustimmung ist es niemandem erlaubt, zu sterben (Sure 3,145).
- Es wird zwischen dem irdischen Leben, das eher negativ besetzt ist und als niedrig und bedeutungslos qualifiziert wird, und dem wahren, friedlichen, paradiesischen Leben unterschieden, das erst im Jenseits für gläubige Muslime zu erwarten ist (Sure 57,20–21; Sure 56,11–26) [1]. Zugleich warten dort aber für Freveler Höllenqualen (Sure 39,24–26).
- In späteren Texten des Koran werden harte Strafen für Ungläubige gefordert, Erniedrigung, Abhauen der Hände und Füße oder Tötung (Sure 5,33). Diese Androhungen von Vergeltung sind in der modernen Auslegung Ausdruck der Auseinandersetzung Mohammeds mit seinen zeitgenössischen Gegnern. Radikale Vertreter des Islam berufen sich jedoch darauf als zeitlose, und damit noch heute gültige Rechtsnorm [1].

Folgerungen für die Beurteilung von Therapiezieländerungen und Therapieabbruch

- Vorrangige ärztliche Aufgabe ist die Aufrechterhaltung des Lebens. Der Arzt darf das Leben nicht verkürzen, auch nicht aus Mitleid [28].
- Therapieverzicht ist im konservativen Denken nicht erlaubt.
- In liberalen Positionen wird aber darauf hingewiesen, dass der Arzt seine Grenzen erkennen muss. Wenn Leben nicht mehr wiederhergestellt werden kann, ist der Verzicht auf heroische Maßnahmen angezeigt [28].
- Therapieverzicht ist danach zur Schadensvermeidung erlaubt, wenn die Behandlung nicht indiziert oder nicht mehr gewollt ist.
- Der Tod ist danach zuzulassen. Er muss aber infolge des Krankheits-

verlaufs eintreten und darf nicht Ergebnis des Therapieabbruchs sein. Das entspricht den Inhalten des deutschen Rechts nach dem BGH-Urteil vom 25.06.2010 (2 StR 454/09 LG Fulda).

- Der Therapieverzicht oder die Therapiezieländerung muss in Abstimmung mit den Angehörigen erfolgen. Auch dem Sterbenden soll Flüssigkeit zugeführt werden.
- Assistenz beim Suizid ist verboten [17,28].
- Aufklärung über den nahenden Tod wird weitgehend abgelehnt zum Schutz des Kranken.
- Bei nahendem Tod ist die Familie zusammenzurufen.
- Beim Sterbenden ist auf Reinlichkeit zu achten. Verunreinigte Bettwäsche ist zu wechseln. Der Mund muss gründlich gepflegt sein.
- Sterbegleitung und Versorgung nach dem Tod sollen durch Muslime erfolgen.

Buddhistische Aspekte

Seit dem anwachsenden Interesse an östlichen und fernöstlichen Kulturen und deren Spiritualität in den 1960er und 1970er Jahren nahm in Mitteleuropa die Zahl derer zu, die sich mit dem Buddhismus identifizieren. Zwar ist der Hinduismus als drittgrößte Weltreligion nach Zahl der Gläubigen größer als der Buddhismus, hat aber in Deutschland eine geringere Bedeutung, wenn auch oft Elemente beider Religionen bei uns nicht scharf voneinander getrennt werden.

Quellen und Grundlagen [5]

Der Buddhismus ist eher eine Philosophie als eine Religion. Es gibt im Unterschied zu anderen Glaubensrichtungen keine Gottheit. Im Buddhismus geht es um die Erklärung des Lebens im Universum und um das angemessene Verhalten, Denken und Handeln. Der Name gründet sich auf **Buddha**, der als spiritueller Lehrer ca. 566 v. Chr. in Nepal geboren wurde und ca. 486 v. Chr. in Indien starb. Durch Askese und Meditation kam er zu Einsichten (Erleuchtung), die

er weitergab. Seine Worte wurden erst später aufgeschrieben. Es existiert **keine einheitliche Schriftgrundlage** als heilige Schrift wie die Bibel oder der Koran. Die Ideen des Buddhismus breiteten sich lange Jahrhunderte weitgehend im Bereich des heutigen Indien aus, haben dann aber auch andere Gegenden erreicht und sich vielfältig ausgestaltet. Von einer einheitlichen Form des Buddhismus kann man daher nicht sprechen [25] und damit auch nicht von einer einheitlichen Lehre. Im 19. und erneut im 20. Jahrhundert waren viele in Europa von den Denksätzen fasziniert und verbreiteten sie in der westlichen Welt.

Grundaussagen [5,13]

- Ziel des Lebens sind Harmonie, Frieden und Vollkommenheit, die mit Hilfe von Meditation und Erkenntnis erreicht werden sollen.
- In den „Vier Edlen Wahrheiten“, die zentral für das Verständnis des Menschen sind, spielt das Leiden eine zentrale Rolle. Es ist wichtig, Leiden zu erkennen, die Ursachen dafür zu verstehen und Wege zu finden, Leiden zu beenden.
- Neben dem Leiden ist das Leben gekennzeichnet durch Vergänglichkeit. Handeln aus Unwissenheit, Hass und Begierden führt zur Vergänglichkeit, also zum Tod.
- Denken und Verhalten eines Menschen beeinflussen sein Karma, das sein Wesen und seine Verflechtenheit in die Lebenszusammenhänge meint.
- Der Mensch ist keine individuelle Person, auch wenn er sich in seinem Bewusstsein so erlebt. Seine Existenz ist eine veränderliche Konstellation mehrerer Elemente, die mit dem Tod zerfällt.
- Der Tod ist nicht das Ende, sondern es kommt in einem Kreislauf von Geburt und Tod zu einer Wiedergeburt. Dabei bestimmt das Verhalten im augenblicklichen Leben die Qualität des nächsten Lebens.
- Wiedergeburt ist nicht vergleichbar mit den positiven Jenseitserwartungen im christlichen Glauben oder dem Islam, sondern Folge einer

unzureichenden Bewältigung der Herausforderungen im gegenwärtigen Leben.

- In der Vorstellung des Kreislaufs von Wiedergeburten ist die Bindung an das aktuelle Leben nicht so intensiv.
- Ziel ist die Überwindung von Nichtwissen, Hass und Begierden. Das kann durch Meditation und Überwinden der leidverursachenden Emotionen erreicht werden.
- Dadurch kann der Kreislauf der verschiedenen Existzenzen durchbrochen und das Erlösungsziel (Nirwana) erreicht werden.
- Das Nirwana ist ein nicht vorstellbarer Zustand des völligen Erloschenseins von Zeit und persönlicher Existenz. Es ist nicht mit den Paradiesvorstellungen in den anderen Religionen vergleichbar.

Folgerungen für die Beurteilung von Therapiezieländerungen und Therapieabbruch

Der Tod ist nicht das Ende jeglicher Existenz, sondern der Durchgang in ein nächstes Leben. Deshalb ist der Tod auch keine Bedrohung. Es ist durch den Kreislauf von Tod und Geburt die Chance auf eine neue Stufe des Seins gegeben. Beim Sterben sind eine angenehme Umgebung und die Gegenwart vertrauter, lieber Menschen wichtig. Denn eine entspannte Sterbesituation beeinflusst das Wesen des sterbenden Menschen, sein Karma. Und das hat Auswirkungen auf das nächste Leben.

Im Buddhismus sind Religion und Medizin eng verknüpft. Buddhistische Medizin ist eine ganzheitlich auf alle Anteile menschlichen Lebens orientierte Behandlung mit dem Ziel, Leiden zu vermindern und eine positive Lebenshaltung zu fördern. Die Therapieansätze der westlichen Medizin mit z.B. Reanimation, Intensivbehandlung oder Organtransplantation darf jeder Mensch nutzen. Doch ist eine Verlängerung des aktuellen Lebens kein aus der buddhistischen Philosophie anzustrebendes Ziel. Der Einsatz außerordentlicher medizinischer Maßnahmen wird von vielen Buddhisten nicht gewünscht. Deshalb ist eine Therapiezieländerung von kurativ

zu palliativ oder ein Zulassen des Sterbens kongruent mit dem buddhistischen Verständnis der Lebenszyklen. Sterbende sind bis zum Tod zu begleiten.

Der Mensch hat kein Recht auf den Tod und darf ihn daher nicht selbst herbeiführen. Die selbstverursachte Beendigung des Lebens wird abgelehnt. Das gilt für Tötung auf Verlangen ebenso wie für die Selbsttötung. Schon die Verherrlichung des Todes und die Motivation eines anderen, sein Leben zu beenden, gilt als verboten. Der Suizid wird jedoch akzeptiert, wenn er im Einzelfall eine bewusste Entscheidung ist [25].

Da buddhistisches Denken bei vielen Menschen unseres Landes in das westliche Verständnis integriert wird und nicht wie ein Übertritt zu einer anderen Religionsgemeinschaft mit einem Wechsel des Bekenntnisses praktiziert wird, finden sich in Deutschland sicher meist synkretistische Kombinationen verschiedener Haltungen. Das macht es nötig, mit den jeweils Betroffenen oder den rechtlichen Vertretern darüber zu sprechen.

Fernöstliche Positionen (China, Japan)

Wegen der zunehmenden wirtschaftlichen Verknüpfungen mit chinesischen und japanischen Firmen treffen wir in Deutschland auch nicht selten auf Menschen aus diesen Kultur- und Religionskreisen, die als Patienten in den Kliniken behandelt werden. Daher seien auch hier einige – nur knappe – Anmerkungen dazu gemacht. Im Daoismus und Konfuzianismus Chinas sowie auch im japanischen Denken findet sich in Ansätzen und Abwandlungen das buddhistische Denken.

In China steht die Gemeinschaft von Familie und Gesellschaft im Zentrum. Die Autonomie des Patienten ist nachrangig, sodass zu Therapieentscheidungen die Familie mit einbezogen werden muss. Eine Therapiezieländerung ist möglich, weil der Tod nicht als bedrohliches Ende gesehen wird.

Die Beurteilung der Situation am Lebensende in der japanischen Kultur hat

verschiedene Schwerpunkte. Alte Menschen werden hoch geschätzt. Auch schwer beeinträchtigte Personen in Dauercoma oder mit cerebralen und demenziellen Einschränkungen werden engagiert versorgt und behandelt, ohne dass Druck in Richtung auf eine Therapiebeendigung von Bedeutung ist. Die Vorstellung vom Recht auf den eigenen Tod hat kein Gewicht. Doch wird das Zulassen des Sterbens durch Therapiezieländerung (ehemals „passive Sterbehilfe“) akzeptiert. Dabei sind allerdings die Umstände des Handelns, die festgestellte Prognose und der Patienten- und Angehörigenwille von Bedeutung. Es gilt als leichter, eine Therapie gar nicht erst zu beginnen als eine laufende Behandlung zu beenden. Aufgrund verschiedener Fälle wurde auch Tötung auf Verlangen diskutiert und unter bestimmten Bedingungen für erlaubt erklärt [40]. Sterbende sollen bis zum Tod nicht allein gelassen werden. [25]

Der Suizid hat in Japan eine besondere Bedeutung. Historisch war einer herausgehobenen Gruppe die Selbsttötung (Harakiri) bis ins 19. Jahrhundert erlaubt und unter bestimmten Bedingungen sogar gesellschaftlich geboten.

Fundamentalismus und Moderne – ein Konfliktfeld aller Religionen und Weltanschauungen

Sowohl die historische Entwicklung der verschiedenen Religionen als auch deren Ausbreitung in unterschiedliche Regionen der Welt führen zu Modifikationen der ursprünglichen Lehren. Nicht selten werden vorgefundene Glaubensauffassungen in neue Religionen integriert. Ebenso stellen sich neue Herausforderungen des Lebens, die in den zugrundeliegenden Schriften, z.B. Bibel oder Koran, so nicht vorkommen. Gerade die Fragen der modernen Medizin lassen sich nur durch Analogieschlüsse aus vergleichbaren Erzählungen und Aussagen der alten Texte beantworten.

Dabei spielt eine große Rolle, in welcher Weise die Texte als göttliche Offenbarung oder menschliche Äußerungen verstandenen werden. In jeder Religion gibt es

ein breites Deutungsspektrum zwischen fundamentalistisch-konservativ [27] und liberal-progressiv.

Unter Christen finden sich ebenso wie unter Juden oder Muslimen Vertreter, die sich auf ein wörtliches Verständnis der jeweiligen heiligen Schriften berufen und die Texte als absolut gültig und unveränderlich interpretieren. In diesem Denken wird z.B. die wörtliche Interpretation der Schöpfungsgeschichten (Gen 1 und 2) entgegen allen naturwissenschaftlichen Erkenntnissen und archäologischen Ausgrabungen vertreten (Kreationismus). Für Fundamentalisten im Islam sind die Worte des Koran zeitlos absolut gültige Aussagen. Die gesellschaftlichen Entwicklungen mit dem modernen Rollenverständnis von z.B. Mann und Frau werden nicht anerkannt und die körperlichen Strafen nicht als historisch überholt, sondern als heute zu praktizierendes Recht propagiert.

Den Fundamentalisten stehen in jeder Religion weltoffene, gegenwartsorientierte Gläubige gegenüber, die bei Aussagen der jeweiligen heiligen Schriften deren historischen Sitz im Leben sehen, zwischen zeitabhängigen Anteilen und zeitlos gültigen Inhalten unterscheiden und neuen Entwicklungen aufgeschlossener gegenüberstehen.

Und auch wer sich keiner Religionsgemeinschaft zugehörig fühlt, hat dennoch ein Wertesystem und spirituelles Denkmuster, das nicht selten religiöse Dimensionen hat und auch von erzkonservativ bis progressiv einzuordnen ist [35].

Fundamentalisten der verschiedenen Religionen, die sich auf eine wörtliche, traditionelle Textauslegung berufen, sind sich untereinander näher als mit den modernen Vertretern derselben Religion. Ebenso finden sich zwischen den aufgeschlossenen Anhängern der verschiedenen Religionen mehr Gemeinsamkeiten als zu den Traditionalisten derselben Glaubensrichtung.

Die moderne Medizin mit ihren Möglichkeiten zur Überwindung von Krankheiten und zur Lebensverlängerung stellt ethische Herausforderungen, die in den mehr als tausend Jahre alten Schriften so nicht vorkommen. Fundamentalis-

ten – aus welcher der hier skizzierten Religionen auch immer – werden sich zu Fragen der Lebensverlängerung oder der Therapiezieländerung anders äußern als zeitorientierte Gläubige. Das bedeutet für die klinische Praxis, dass die nominelle Zugehörigkeit eines Patienten zu einer Religionsgemeinschaft nicht per se den Schluss zulässt, dass der Patient, der sich dieser Konfession oder Religion zugehörig fühlt, die Lehr- oder Mehrheitsmeinung dieser Organisation vertritt. So lässt sich auch nicht ableiten, wie er sich in einem auftauchenden Entscheidungskonflikt positioniert.

Vielfalt erfordert Kommunikation

Daher können religiöse Aspekte nur berücksichtigt werden, wenn mit den Beteiligten offen gesprochen wird. Nur so sind Verständnis für einander möglich und Missverständnisse vermeidbar. Das gilt nicht nur in der Medizin [14]. Gerade bei Entscheidungen über Therapiezieländerungen und Therapieabbruch müssen Wertvorstellungen und spirituelle

Haltungen kommuniziert werden. Das hat bei konfessionellen Trägern von Kliniken auch organisationsethische Dimensionen [10], weil manche medizinischen Maßnahmen nicht von jedem Träger mitgetragen werden.

Ethische Entscheidungen müssen im Gespräch gefunden und vermittelt werden. Nur dann ist eine medizinisch angemessene und für den Betroffenen sinnhafte Therapie einvernehmlich und ohne Spannungen möglich [30]. Das ist mit Fundamentalisten sehr viel schwerer offen zu besprechen als mit anderen. Denn Fundamentalismus neigt zur Verbohrtheit und zum Dogmatismus. Hier sind Einfühlungsvermögen und eigene Unvoreingenommenheit nötig. Diese Aufgabe muss auch bei Ethikberatungen bedacht werden [6,35].

Literatur

1. Abdel-Samad H: Der Koran – Botschaft der Liebe, Botschaft des Hasses. Überarbeitete Taschenbuchausgabe. München: Droemer, 2018
2. Abdel-Samad H: Mohamed – eine Abrechnung. München: Droemer 2015
3. Akademie für Ethik in der Medizin: <https://ethikkomitee.de/leitlinien/index.html> (Zugriffsdatum: 22.01.2020)
4. Almond PC: Jenseits. Eine Geschichte des Lebens nach dem Tode. Lambert Schneider. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 2017
5. Astley I, Mürmel H, Sagaster K, Baumann M, Yaldiz M, Schumann O: Buddhismus. In: Betz HD, Browning DS, Janowski B, Jüngel E (Hrsg): Religion in Geschichte und Gegenwart, 4. Aufl. Tübingen: JCB Mohr 1998, Band 1, Spalten 1829–1850
6. Bandini JL, Courtwright A, Zollfrank AA, Robinson EM, Cadge W: The role of religious beliefs in ethics committee consultation for conflict over life-sustaining treatment. *J Med Ethics* 2017;43:352–358
7. Bergdolt K: Das Gewissen der Medizin. München: C.H. Beck 2004
8. Bobzin H: Der Koran – aus dem Arabischen neu übertragen. 3. Aufl. München: C.H. Beck 2019
9. Bobzin H: Der Koran – eine Einführung. 9. Aufl. München: C.H. Beck 2015
10. Bohmeyer A: Ethische Deliberationsprozesse in der Organisation Kranken-

- haus – soziologische, moralpädagogische und bildungstheoretische Zugänge, in: Th. Krobath, A. Heller (Hrsg.): *Ethik organisieren*. Freiburg 2010;789–805
11. Bundesärztekammer: *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung*. Deutsches Ärzteblatt 2011;108:7:A346–348
12. Colgrove N: Responding (appropriately) to religious patients: a response to Greenblum and Hubbard's 'Public Reason' argument. *J Med Ethics* 2019;45:716–717
13. Der XIV. Dalai Lama: *Logik der Liebe. Aus den Lehren des Tibetischen Buddhismus für den Westen*. München: Goldmann 1989
14. Ebner J: *Wut – Was Islamisten und Rechtsextreme mit uns machen*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 2018
15. Evangelische Kirche in Deutschland (Hrsg.): *Die Bibel – Lutherbibel revidiert 2017*. Stuttgart 2017
16. Evers D: *Naturwissenschaft und Weltanschauung*. In: Betz HD, Browning DS, Janowski B, Jüngel E (Hrsg.): *Religion in Geschichte und Gegenwart*, 4. Aufl., Band 6, Naturwissenschaften Spalten 139–154. Tübingen: JCB Mohr 2003; Spalte 149
17. Ghaly M (Hrsg.): *Islamic Perspectives on the principles of biomedical ethics*. World Scientific, Singapore 2016 <https://www.worldscientific.com/doi/pdf/10.1142/q0014> (Zugriffssdatum: 24.02.2010)
18. Greenblum J, Hubbard RK: Responding to religious patients: why physicians have no business doing theology. *J Med Ethics* 2019;45:705–710
19. Harari YN: *21 Lektionen für das 21. Jahrhundert*. München: C.H. Beck 2018
20. Härtle W: *Mensch – VII Dogmatisch und Ethisch*. In: Betz HD, Browning DS, Janowski B, Jüngel E (Hrsg.): *Religion in Geschichte und Gegenwart*, völlig neu bearbeitete 4. Auflage, Bd 5. Tübingen: Mohr-Siebeck 2002;1074–1076
21. Hezser C: *Mensch – VIII Judentum*. In: Betz HD, Browning DS, Janowski B, Jüngel E (Hrsg.): *Religion in Geschichte und Gegenwart*, völlig neu bearbeitete 4. Auflage, Bd 5. Tübingen: Mohr-Siebeck, 2002;1066–1072
22. Khorchide, M: *Islam ist Barmherzigkeit – Grundzüge einer modernen Religion*. 2. Aufl. Freiburg: Herder 2016
23. Klapheck E: Einleitung. In: Klapheck E (Hrsg.): *Jüdische Positionen zur Sterbehilfe*. Berlin: Henrich & Henrich Verlag 2016;7–16
24. Klapheck E, de Wolf A: Das Recht, in Würde zu sterben. In: Klapheck E (Hrsg.): *Jüdische Positionen zur Sterbehilfe*. Berlin: Henrich & Henrich Verlag 2016;89–139
25. Koike K: The Philosophical Argument against the Right to Die, from a Buddhist Viewpoint, *Journal of Philosophy and Ethics in Health Care and Medicine* 1:2006;47–42
26. Kucera T: Halacha, Aggada und Sterbehilfe. In Klapheck E (Hrsg.): *Jüdische Positionen zur Sterbehilfe*. Berlin: Henrich & Henrich Verlag 2016;61–87
27. Künzlen G, Kienzler K, Hamilton MS, Mittleman AL, Wieland R, Kiehnle C et al: *Fundamentalismus*. In: Betz HD, Browning DS, Janowski B, Jüngel E (Hrsg.): *Religion in Geschichte und Gegenwart*. Völlig neu bearbeitete 4. Aufl., Bd 3. Tübingen: Mohr-Siebeck 2000;414–425
28. Islamic Organization for Medical Sciences: *Islamic Code of Medical Ethics, International Conference on „Islamic Code for Medical and Health Ethics“*, December 2004, Cairo, Egypt, <http://207.21.239.40/ioms/code2004/index.html> (Zugriffssdatum 31.08.2020)
29. Mustafa Y: Islam and the four principles of medical ethics. *J Med Ethics* 2014;40:479–483
30. Neitzke G, Burchardi H, Duttge G, Hartog C, Erchinger R, Gretenkort P et al: *Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin – Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI*. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2016;111:486–492
31. Nordmann Y: *Zwischen Leben und Tod. Aspekte der jüdischen Medizinethik*. 2. Aufl. Bern: Peter Lang 2000
32. Papst Pius XII: Ansprache über die Anwendung der Anästhesie in der Medizin vom 24. Februar 1957. *Herder-Korrespondenz* 11, Heft 8, Mai 1957;372–379 http://www.kathpedia.com/index.php?title=Ansprache_vom_24._Februar_1957_%C3%BCber_An%C3%A4sthesie (Zugriffssdatum: 27.06.2018)
33. Probst SM: Nicht alles ist machbar und nicht alles muss gemacht werden. Palliativmedizinische Herausforderungen für die jüdische Medizinethik. In: Klapheck E (Hrsg.): *Jüdische Positionen zur Sterbehilfe*. Berlin: Henrich & Henrich Verlag 2016;17–59
34. Salomon F: Leben und Sterben in der Intensivmedizin – Eine Herausforderung an die ärztliche Ethik. 2. bearbeitete Aufl. Lengerich: Pabst Science Publishers 1996
35. Salomon F: Weltanschauliche und kulturelle Hintergründe bei Therapieentscheidungen in der Intensivmedizin. In: Kluge S, Markewitz A, Schwab S, Putensen C, Quintel M, Sybrecht GW (Hrsg.): *DIVI Jahrbuch 107/2018, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft*, Berlin 31–37
36. Schwarz M: Theologische Grundlegung zum Menschenbild aus jüdischer Sicht. In: Kraus W (Hrsg.): *Bioethik und Menschenbild bei Juden und Christen*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag 1999;22–33
37. Schweitzer A: *Kultur und Ethik*. München: C.H. Beck 1960
38. Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW): *Bericht einer ExpertInnengruppe der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)*, der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) sowie der fünf Medizinischen Fakultäten: Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts, Basel 2004. https://www.samw.ch/dam/jcr:c37b4111-fe31-4e78-bbeb-1270be1d020c/positionspapier_samw_ziele_aufgaben_medizin.pdf (Zugriffssdatum: 01.12.2019)
39. Wikipedia: *Naturwissenschaften*. <https://de.wikipedia.org/wiki/Naturwissenschaft> (Zugriffssdatum: 07.01.2020)
40. Tadaki M: *Sterbehilfe und Behandlungsabbruch in Japan*. <https://docplayer.org/172380823-Sterbehilfe-und-behandlungsabbruch%20in%20Japan.html> (Zugriffssdatum 31.08.2020).

Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. med.
Fred Salomon**



Chefarzt a.D. Anästhesiologie und Intensivmedizin, Medizinethiker; Trainer für Ethikberatung im Gesundheitswesen (AEM) Tulpenweg 21 32657 Lemgo, Deutschland
E-Mail: salomon-jf@t-online.de
ORCID-ID: 0000-0001-8602-8511