

TÜRKEI  
A. HADI ADANALI

August 2007

[www.kas.de/tuerkei](http://www.kas.de/tuerkei)  
[www.kas.de](http://www.kas.de)

# Die Haltungen der Religionen zu Gentechnologie, Sterbehilfe und Organtransplantationen – Teil I

VORTRAG VON A. HADI ADANALI

**„Alles Lebende wird den Tod kosten“  
Koran, Ali Imran: 185**

In dem vom Tod handelnden Film „Fontain“ erklärt die mutige Figur Jackman zu Beginn des Films, dass der Tod eine normale, therapierbare Krankheit sei und er diese Therapie finden werde. Doch gegen Ende des Films sieht er sich gezwungen zuzugeben, dass die beste Annäherung an den Tod darin besteht, ihn mit Mut anzuerkennen. Der Wunsch, unendlich zu leben, ist ein Gefühl, das jedes Individuum zu bestimmten Zeiten beschäftigt. Religionen und Kulturen leiten uns dazu an, wie wir den Tod wahrnehmen, welche Haltung wir ihm gegenüber einnehmen und welchen Wert wir ihm im weitesten Sinne zollen müssen. So wie die Bewertung des Todes in jeder Kultur verschieden sein kann, können in einer Kultur manchmal in sehr kurzer Zeit dramatische Veränderungen eintreten. In der Moderne tritt uns der Tod buchstäblich als ein von subjektiven Eigenschaften abstrahiertes Phänomen gegenüber. Wie Hans Gadamer festgestellt hat, haben die technologischen Entwicklungen moderner Gesellschaften langsam die Todeserfahrung aufgehoben und den Tod entpersonalisiert.<sup>1</sup>

Die wichtigste Veränderung in der Haltung zum Tod in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts war, dass in Medizin und Rechtswissenschaft die zuvor auf Herz und Atmung ausgerichtete Diagnose durch den Begriff des Hirntods abgelöst wurde. Nach der Erfindung der künstlichen Beatmung in den 1950er Jahren und den ab den 1960er Jahren beginnenden Herztransplan-

tationen, wurde das traditionelle Verständnis vom Tod in Frage gestellt. Die Entwicklungen in der Medizintechnik machten es möglich, einen Patienten mit schwerer Hirnschädigung durch Geräte am Leben zu erhalten, seinen Herzschlag und seine Atmung fortzusetzen. Der Gedanke, dass wir unser Verständnis vom Tod überprüfen müssen, gewann zunehmend an Verbreitung.

Erstmals hat 1968 eine besondere Kommission an der medizinischen Fakultät der Harvard Universität, die aus zehn Ärzten, einem Geistlichen und einem Juristen bestand, den Tod als ein „irreversibles Koma“ definiert.

Diese Definition verlässt das traditionelle Verständnis vom Tod und spiegelt einen Paradigmenwechsel wider. Dieser Veränderung konnten sich Ärzte, Juristen, Philosophen, Geistliche und weitere Kreise nicht entziehen.

Das Interesse ist so groß, dass bis heute Arbeiten und Veröffentlichungen zu diesem Thema eine Fülle erreicht haben, der nicht mehr zu folgen ist.

Heutzutage findet die Definition allgemeine Anerkennung, wonach der Tod „der dauerhafte Zusammenbruch kritischer/lebenswichtiger Funktionen des Gesamtorganismus“ ist. Dieser Definition liegt nicht der funktionale Zusammenbruch eines oder mehrerer Organe, sondern des Organismus als Ganzes, sowie nicht aller Funktionen des Organismus, sondern der lebenswichtigen wie Atmung, Herzschlag, Kreislauf und Bewusstsein zugrunde. Zugleich

darf dieser Zusammenbruch nicht vorübergehend sein, sondern muss dauerhaft, d.h. von unumkehrbarer Natur sein.<sup>2</sup> Heute gibt es in Medizin und Recht zwei Kriterien, die dieser Definition entsprechen: (1) das Herz-Kreislauf-Kriterium und (2) das Hirnkriterium.

Wie wir weiter unten sehen werden, gibt es außer diesen beiden noch eine Reihe von Ansätzen, die den Tod auf andere Weise zu definieren suchen.

### Hirntod

In der Literatur finden sich hinsichtlich des Hirntods drei unterschiedliche Definitionen: (1) Absterben des gesamten Hirns; (2) Tod des Hirnstamms und (3) Tod des oberen Hirnteils (Kortex). Der vollständige Hirntod wird als „unumkehrbarer Zusammenbruch aller Hirnfunktionen einschließlich des Stammhirns definiert“. Zu den häufigsten Ursachen des Hirntods zählen das Hirntrauma, Herz-Atmungsversagen und Hirnblutungen. Aus diesen Gründen kann sich im Hirn ein Ödem entwickeln, das den Schädeldruck steigert und im Ergebnis die Durchblutung des Hirns zum Stillstand bringt. Die Unterbrechung der Blutzufuhr im Gehirn führt zur Vernichtung des ganzen Hirns. Diese Folgen treten innerhalb weniger Stunden ein, weshalb der vollständige Hirntod „in kurzer Zeit mit außergewöhnlicher Zuverlässigkeit festgestellt werden kann.“<sup>3</sup>

Ein Patient mit vollständigem Hirntod liegt in einem tiefen Koma, bei dem der Hirnstamm alle Aktivität verloren hat. Die Pupillen reagieren nicht mehr auf Licht, Schluck- und Augenreflex, Augenbewegung und eigenständige Atmung haben aufgehört. Nur der Herzschlag kann noch für kurze Zeit anhalten, weil er teilweise von den Hirnfunktionen unabhängig ist. Die Entwicklung unserer heutigen Medizin versetzt uns in die Lage, Patienten mit vollständigem Hirntod über Monate oder gar Jahre künstlich „am Leben“ zu erhalten. Eines der Extrembeispiele ist ein junger Mensch, der seit 18 Jahren auf vegetativem Niveau „am Leben“ erhalten wird, obwohl er über keinerlei Hirnfunktionen mehr verfügt.<sup>4</sup>

Zur Feststellung, ob bei einem Patienten an einem Beatmungsgerät der Hirntod eingetreten ist, werden verschiedene neurologische Tests eingesetzt.

Bei Patienten, die nicht an einem Beatmungsgerät angeschlossen sind, tritt der Tod ein, wenn Herzschlag und Atmung irreversibel unterbrochen sind. Der Hirntod des Patienten tritt einige Minuten nach dem Herz-Atmungstod ein. Die Amerikanische Neurologische Akademie hat 1995 folgende Bedingungen für die Feststellung des Hirntods festgelegt:

Feststellung eines Komas, Feststellung der Ursache des Komas, Ausschluss von Irrtumsfaktoren, Ausbleiben von Hirnstammreflexen, Ausbleiben motorischer Bewegungen, Apne (Ausbleiben der natürlichen Atmung), erneute Überprüfung (empfohlen wird ein Zeitraum von sechs Stunden, es kann jedoch davon abgewichen werden) und, sofern Zweifel an den klinischen Tests bestehen, Laboruntersuchungen.<sup>5</sup>

Beim Stammhirntod hat der Hirnstamm seine Funktion unwiederbringlich eingestellt. Weil sich bei Komapatienten nicht alle Hirnfunktionen durch Tests feststellen lassen, wird der vollständige Hirntod durch Messung des Funktionsverlusts des Stammhirns festgestellt. Den Vertretern dieser Position zufolge ist der Hirnstamm die Zentrale des Informationsaustauschs zwischen den Hirnhemisphären und zudem ein Zentrum, das die Atmung gewährleistet und für das Bewusstsein erforderlich ist. Ein Unterschied zwischen vollständigem Hirntod und Stammhirntod ergibt sich in Ausnahmefällen, wenn das Stammhirn seine Funktion eingestellt hat und, obwohl sich dies nicht vollständig feststellen lässt, diagnostiziert wird, dass auch andere Hirnteile ihre Funktion eingestellt haben.<sup>6</sup>

Und schließlich wird der Tod des oberen Hirnteils (Kortex-Tod) durch den irreversiblen Funktionsverlust der grauen Regionen nahe der Hirnperipherie definiert. In dieser Region finden neben anderen geistigen Funktionen wie Erinnerung, Denken und Sprechen statt. Der Kortex-Tod führt zu unwiederbringlichem Verlust des Bewusst-

seins und der Kommunikationsfähigkeit. Diejenigen, die den Kortex-Tod als Maßstab vertreten, behaupten, dass sich der Mensch von seinem Bewusstsein her definiere und dass „die höheren neurologischen Funktionen die grundlegendste Besonderheit sind, die den Menschen von allen anderen Lebewesen unterscheiden.“<sup>7</sup> Diesem Verständnis zufolge „ist nicht die physiologische Ganzheit bestimmend für das menschliche Leben, sondern sein Bewusstsein, die geistigen Funktionen und soziale Kommunikation.“<sup>8</sup>

Patienten im vegetativen Zustand, bei denen sich keine Kortex-Aktivitäten feststellen lassen sowie Babys, die mit unvollständigem Hirn geboren werden, gelten diesem Kriterium zufolge als tot.

Diese drei hirnbezogenen Herangehensweisen verfügen als gemeinsamen Punkt über das Kriterium der Irreversibilität, bewerten es jedoch in unterschiedlicher Weise. In England, wo der Tod des Hirnstamms zugrunde gelegt wird, wird der klinischen Diagnose der Vorzug vor der Messung der Hirnfunktion im Labor gegeben. Bei dieser Verfahrensweise muss vor der Entscheidung, dass ein endgültiger Hirntod vorliegt, ausgeschlossen werden, dass eine Möglichkeit der Regeneration vorliegt (z.B. niedrige Körpertemperatur, den Stoffwechsel verlangsamende Medikamente oder ähnliches). Um sicher zu gehen, wird eine zwölfstündige Beobachtung empfohlen. In Schweden wird statt einer Beobachtungsphase der Feststellung unter Laborbedingungen, dass der Blutkreislauf im Gehirn vollständig unterbrochen ist, Vorrang gegeben. In den USA, wo zuvor die neurologische Hirnaktivität zugrunde gelegt wurde, hat man in jüngster Zeit begonnen, den Flüssigkeitskreislauf im Hirn vorzuziehen.<sup>9</sup> Trotz aller dieser Unterschiede besteht Konsens darüber, „dass der vollständige und

irreversible Verlust der Hirnfunktion der Todesfeststellung nach dem Herz-Kreislauf-Kriterium gleichwertig ist.“<sup>10</sup>

So sehr der vollständige Hirntod heutzutage Standard ist, gibt es dennoch Einsprüche. Einige glauben, dass statt einer Diagnose,

die das Hirn ins Zentrum stellt, der Flüssigkeitskreislauf im Körper zur Grundlage genommen werden müsste. Ihrer Auffassung zufolge hält den menschlichen Körper nicht irgendein Organ, sondern die Zirkulation von Blut und anderen Flüssigkeiten am Leben. Sie behaupten, das Hirn sei ein Organ wie jedes andere und könne keine Sonderstellung beanspruchen. Heutzutage kann bei Patienten, deren Hirntod eingetreten ist, das Kreislaufsystem über Monate künstlich aufrechterhalten werden. So wurde eine schwangere Frau nach ihrem Hirntod von der 17. bis zur 32. Woche am Leben erhalten und ein Kaiserschnitt vorgenommen.<sup>11</sup>

Eigentlich ist es ein Fehler, den Flüssigkeitskreislauf im Körper als eine Alternative zum vollständigen Hirntod anzusehen, weil dieser zugleich Kreislauf, Atmung und Bewusstsein betrifft. Einige bereits erwähnte Ausnahmesituationen zeigen nur, wie ein moderner Schriftsteller gesagt hat, „was Wissenschaft und Technik zu tun in der Lage sind, was besser nicht getan werden sollte.“<sup>12</sup> Weil kurz gefasst bei einem Patienten mit Hirntod auch der Flüssigkeitskreislauf aufhört, kann dessen künstliche Aufrechterhaltung nicht als Kriterium für Leben herangezogen werden.

Aus diesem Grund ist der den Kreislauf zugrunde legende Ansatz nicht überzeugend und kaum ein Kandidat, um in der Praxis an die Stelle des Hirntods zu treten.

Einen anderen Einwand gegen den vollständigen Hirntod vertreten diejenigen, die den Kortex-Tod zugrunde legen. Die grundlegende These dieses Ansatzes, der vor allem durch Philosophen entwickelt wurde, ist, dass das Bewusstsein eine grundlegende Eigenschaft der Persönlichkeit ist. Der Verlust des Bewusstseins und der geistigen Fähigkeiten kommt dementsprechend auch dem Verlust der Persönlichkeit gleich. Auf der Grundlage dieses Ansatzes wird für Patienten im vegetativen Zustand, weil Bewusstsein und Selbstbewusstsein und demzufolge auch die Persönlichkeit vernichtet sind, selbst wenn der Körper Lebenszeichen zeigt, eine Todesdiagnose gestellt.<sup>13</sup>

Die Reduktion des Hirntods auf den Kortex-Tod birgt einige medizinische und moralische Probleme. Zunächst gibt es keine anerkannten klinischen Tests, die den Zusammenbruch der höheren Hirnfunktionen feststellen. Außerdem kann nicht von besonderen neurologischen Regionen im Hirn gesprochen werden, die der Persönlichkeit entsprechen. Andererseits besteht bei Patienten im vegetativen Zustand, auch wenn sie nicht über Bewusstsein und Selbstbewusstsein eines normalen Menschen verfügen, d.h. sie dieser Beschreibung zufolge nicht als „Person“ charakterisiert werden können, kein Zweifel darüber, dass ihr Körper lebt. Wie viele Ärzte festgestellt haben, ist der Tod nicht eine Angelegenheit von Identität und Persönlichkeit, sondern eine der biologischen Struktur. Weil der Begriff des Bewusstseins auch philosophisch umstritten ist, ist es unmöglich, eine klare Entscheidung darüber zu treffen, ob jemand anderes über Bewusstsein verfügt oder nicht. Bewusstsein ist ein vieldimensionaler subjektiver Zustand und in klinischen Versuchen wird er nur über die Reaktion des Hirns auf gegebene Reize bewertet. Kranke im vegetativen Zustand können mit und ohne Auslösereize Körperbewegungen vollziehen.

Wie oben bereits angesprochen, verfügen auch Patienten im vegetativen Zustand noch, wenn auch verringert, über Kortex-Aktivitäten. Dass diese Aktivitäten auf niedrigerem Niveau liegen, bedeutet nicht, dass sie irreversibel sind. In regenerierbaren Zuständen wie Tiefschlaf und Vollnarkose sind zudem ähnliche Verringerungen der Hirnaktivitäten festzustellen. In seltenen Ausnahmefällen kann bei einem Patienten im vegetativen Zustand eine Besserung auftreten und die Hirnfunktion normal fortgesetzt werden. Das Kriterium der Irreversibilität aus dem vegetativen Zustand ist nicht absolut, sondern konditional, d.h. wechselt nach Krankheitsursache, Alter des Patienten und Dauer des vegetativen Zustands. Weil auf der Grundlage des Kortex-Tods der „unwiederbringliche Verlust sozialer Kommunikationsfähigkeit“ breiten Auslegungsspielraum zulässt, könnten auch Patienten mit „niedrigem Bewusstseinszustand“ als tot charakter-

isiert werden. Der Kortex-Tod erlaubt es, atmende „Leichen“ zu begraben.<sup>14</sup>

Dauerhafter Bewusstseinsverlust und vegetativer Zustand Dauerhafter Bewusstseinsverlust ist ein im Ergebnis einer ernsten Beeinträchtigung des Hirnstamms dem Schlaf vergleichbarer Zustand der Bewusstlosigkeit. Unter diesen Umständen sterben Patienten unter normalen Umständen oder durch den Abbruch der Therapie innerhalb kurzer Zeit.<sup>15</sup> Der vegetative Zustand wird als ein „ausschließlich physisches Leben ohne geistige Aktivität und soziale Beziehung“ charakterisiert.

Außerdem ist der Körper im vegetativen Zustand einer, der „zwar Wachstum und Entwicklung zeigen kann, jedoch über keine Gedanken oder Gefühle verfügt.“ Der vegetative Zustand ist jedoch anders als der Hirntod, ein reversibler Zustand. Beim vegetativen Zustand gibt es zwei Unterscheidungen: (1) zeitlich befristet und (2) dauerhaft. Nur bezogen auf Patienten im zweiten Zustand kann gesagt werden, dass ihr Zustand irreversibel ist. Wenn ein Patient im vegetativen Zustand nicht binnen drei bis zwölf Monaten Besserung zeigt (in Abhängigkeit von der Art der Krankheit), kann das Urteil der Dauerhaftigkeit und damit verbunden über die ethische und rechtliche Entscheidung über den Abbruch der Therapie gefällt werden.<sup>16</sup> Die folgenden Zustände werden als Kriterien zur Feststellung, ob ein vegetativer Zustand vorliegt, genannt: Der Patient verfügt über kein Bewusstsein seiner selbst und stellt keinen Kontakt zu seiner Umwelt her; das dauerhafte Ausbleiben von wiederholbaren, absichtsvollen und durch Willen gesteuerten Verhaltens zu optischen, akustischen und anderen Reizen; Abwesenheit von Sprache und Sprachverständnis; Schlaf-Wachheitswechsel; eingeschränkte Hirnfunktionen, keine Darmbewegungen und reflexgesteuerte Bewegungen.<sup>17</sup>

Bei Patienten im vegetativen Zustand können die Hirnhemisphären zu einem großen Teil dauerhaft geschädigt, doch das Stammhirn teilweise funktionsfähig geblieben sein. Es wird behauptet, dass, weil kein Bewusstsein vorhanden ist, auch weder physischer noch psychischer Schmerz emp-

funden werden. Einige Experten erklären, dass bei Patienten im vegetativen Zustand, die dem Hirnstamm entspringende Mimik, Augenbewegungen, Lachen und Töne hervorbringen, diese nicht als Anzeichen von Bewusstsein bewertet werden können. Ihrer Auffassung zufolge zeigen solche Bewegungen weder, „dass sie gestützt auf Absicht oder Umwelt interagieren noch dass sie bei Bewusstsein sind“.<sup>18</sup> Gestützt darauf wird der vegetative Zustand sogar als Prototyp des Kortex-Tods bewertet. Aufgrund mangelnder Sorgfalt bei der Verwendung der Begriffe Hirntod und vegetativer Zustand kommt es von Zeit zu Zeit zu Missverständnissen. Diese Verwechslung ist sogar unter Angehörigen des Gesundheitswesens verbreitet. Beispielsweise verwechselte nahezu die Hälfte der Teilnehmer einer Umfrage unter Neurologen und Leitungen von Pflegeeinrichtungen in den USA den vegetativen Zustand und den Hirntod. Es besteht ein wichtiger Unterschied zwischen Hirntod und vegetativem Zustand. Der Hirntod kann nach Auffindung der Ursache binnen weniger Stunden festgestellt werden; doch die Diagnose eines irreversiblen vegetativen Zustands beansprucht Monate (bei Vorlage eines Traumas zwölf Monate und bei Nichtvorlage drei Monate). Patienten mit Hirntod werden per Definition mit Koma diagnostiziert (selbst bei starken Reizen erfolgt kein Öffnen/Schließen der Augen); während Patienten im vegetativen Zustand sich nicht im Koma befinden und die Augen öffnen und schließen können. Weil nach dem Hirntod keine Atmung erfolgt, sind die Patienten an eine künstliche Beatmung angeschlossen; Patienten im vegetativen Zustand bedürfen eines solchen Gerätes nicht und können selbständig atmen. Bei Patienten mit Hirntod existieren die Stammhirnreflexe und andere Hirnfunktionen (wie z.B. die Regulation der Körpertemperatur) nicht mehr, während diese bei Patienten im vegetativen Zustand fortbestehen. Bei Patienten mit Hirntod können Finger und Gesichtsbewegungen auftreten, bei Patienten im vegetativen Zustand verfügen sie, auch wenn sie nicht absichtsvoll und schlüssig sind, über ein breiteres Spektrum, sie reagieren auf stimulierende Reize, ihre Organe können sich bewegen und sie können Töne hervorbringen. Und schließlich können Patienten

mit Hirntod keinen Gesichtsausdruck hervorbringen, während Patienten im vegetativen Zustand Lächeln, Weinen, Wimmern oder sogar Schreien können. Mit Hilfe moderner Technik konnte gezeigt werden, dass nach einem Hirntod der Flüssigkeitskreislauf und im gesamten Hirn die neuronale Aktivität zum Stillstand kommen. Bei Patienten im vegetativen Zustand gehen Kreislauf und Aktivität, wenn auch beträchtlich reduziert (zwischen etwa 40 bis 50 %) weiter. Beim Hirntod erlischt die elektrische Aktivität des Kortex zu 90 %, bei Patienten im vegetativen Zustand kann von einem solch ausgeprägten Aktivitätsrückgang nicht die Rede sein.<sup>19</sup>

Eine in jüngerer Zeit durchgeführte wichtige Studie zeigt, dass der vegetative Zustand nicht als Kortex-Tod angesehen werden kann. Eine 23-jährige Frau, die bei einem Verkehrsunfall ein schweres Hirntrauma erlitt, öffnete nach einer ganzen Weile im Koma die Augen und begann zwischen Wachen und Schlafen zu wechseln. Die Patientin entsprach der Diagnose des vegetativen Zustands und gab auch im wachen Zustand keine Reaktion auf visuelle Reize und zeigte kein willentliches Verhalten. Doch konnte dennoch dank eines fMRI (functional magnetic resonance imaging) festgestellt werden, dass einige geistige Fähigkeiten der Patientin fortbestanden.

Die Forscher erklärten, dass sich die neuronalen Reaktionen der Patientin auf bedeutungsvolle und bedeutungslose Sätze nicht von denen eines Gesunden unterschieden. Zum Beispiel wurde die Patientin aufgefordert, sich vorzustellen, Tennis zu spielen oder zu Hause im Zimmer umherzulaufen und dabei ihre neuronale Hirnaktivität gemessen. Es zeigte sich kein Unterschied zwischen der neuronalen Aktivität im Hirn der Patientin gegenüber denen im Hirn eines Gesunden. Obwohl sich die Patientin im vegetativen Zustand befand, konnte sie geistige Funktionen ausführen und willensgesteuert Symbole in ihrem Geist erzeugen. Dies bedeutet, dass die Patientin sowohl der Definition des vegetativen Zustands entsprach als auch über ein Bewusstsein ihrer selbst und ihrer Umwelt verfügte und fähig war, willentlich gesteuerte geistige Operati-

onen auszuführen, d.h. bei Bewusstsein war.<sup>20</sup> Dies alles zeigt, dass es nicht einfach ist, den kurz nach Eintritt des vegetativen Zustands behaupteten Hirntod mit einer Sicherheit nachzuweisen, die der des vollständigen Hirntods nahe kommt.

Es gibt noch zwei weitere Situationen, die sich von Hirntod und vegetativem Zustand unterscheiden: das „locked-in Syndrom“ und den Zustand minimalen Bewusstseins. Das „locked-in Syndrom“ tritt ein, wenn der Hirnstamm geschädigt, die Kortex-Aktivitäten jedoch nicht beeinträchtigt werden. In einer solchen Situation wird das Bewusstsein nicht beeinträchtigt, obwohl alle Körperbewegungen einschließlich der Mimik behindert sind. Demgegenüber lassen sich beim minimalen Bewusstseinszustand sichere Verhaltensanzeichen finden, dass sich „der Patient über sich selbst und seiner Umwelt bewusst“ ist.<sup>21</sup> Die Betroffenen können einfachen Befehlen folgen, mit Gesten und Mimik zustimmen oder ablehnen, willentlich lachen oder weinen. Beide Zustände unterscheiden sich klar vom Hirntod.

Insbesondere seit Mitte der 1970er Jahre begannen zunächst in Medizinerkreisen Diskussionen unter Stichworten wie „Vergeblichkeit der Therapie“ und den „ehrenhaften Tod“ darüber, ob eine Therapie angewandt oder fortgesetzt werden sollte, an der später auch Philosophen, Ethiker, Juristen und Theologen teilnahmen. Auf Intensivstationen der Krankenhäuser tritt die Hälfte der Todesfälle durch Nichtanwendung oder Abbruch einer Therapie ein. Aus rechtlicher oder moralischer Sicht gibt es keine konsensfähige Unterscheidung zwischen beiden Begriffen. Weil ein Patient mit Hirntod als gestorben bewertet wird, ändert sich durch den Abbruch der Therapie nichts. Wenn die Lage eines Patienten im vegetativen Zustand eine hoffnungslose Entwicklung nimmt, tritt das Problem der Entscheidung auf, ob die Therapie, die den Patienten am Leben erhält, fortgesetzt werden soll oder nicht. Dabei verbreitet sich die Auffassung, dass die Fortsetzung der Therapie unmoralisch wäre. Patienten im vegetativen Zustand benötigen in der Regel keine künstliche Beatmung oder Herz-Lungen-Maschine. Bei ihnen ergibt sich häufiger das Problem

künstlicher Versorgung mit Flüssigkeit und Nährstoffen. Dementsprechend muss ein Arzt, bis sich die Irreversibilität der Bewusstlosigkeit klar herausgestellt hat, die Therapie strikt fortsetzen. Die Entscheidung darüber, ob jegliche Therapie, einschließlich der künstlichen Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung, eingestellt wird, können, wie auch die meisten führenden Kliniken anerkennen, nur Angehörige des Patienten oder Ärzte, die zuvor vom Patienten bevollmächtigt wurden, geben.<sup>22</sup>

### **Tod, Religion und Moral**

Da der Tod nicht nur eine die biologische Seite des Organismus betreffende Seite hat, sondern zugleich mit Fragen verbunden ist, was es bedeutet, Mensch zu sein, und wann das Leben beginnt und wann es endet, ist er ein die ganze Gesellschaft interessierendes Phänomen. Aus diesem Grund interessiert die Definition des Todes nicht nur den medizinischen Experten, sondern die in der Ganzheit von Glauben, Praxen und Werten auch die Gesellschaft. Die heutigen medizinischen Bestimmungen und Bewertungen zum Tod beruhen überwiegend auf materialistisch- physischen Grundlagen und stellen die Diagnose ausschließlich gestützt auf physische Daten. Es gibt aber auch Kreise, die erklären, dass in der Philosophie ein Individuum seiner selbst nur auf der Grundlage der Wahrnehmung von Gefühlen bewusst ist. Mit den Worten eines zeitgenössischen Philosophen „ist Voraussetzung dafür, dass ein Mensch das Bewusstsein seiner selbst erlangt, sich selbst zwischen physischen Objekten als physisches Objekt wahrnehmen zu können“.<sup>23</sup> Diese Herangehensweise legt, gestützt auf die physische Grundlage von Bewusstsein, nahe, dass im Ergebnis mit dem Zusammenbruch der Funktion lebenswichtiger Organe auch die jedem besondere Persönlichkeit ein Ende findet. Abgesehen von einigen Ausnahmen endet aus religiöser Sicht die jedem besondere Persönlichkeit mit dem Tod nicht, im Allgemeinen gehen Religionen davon aus, dass auch nach dem Tod Wahrnehmung und Bewusstsein fortbestehen.<sup>24</sup>

Weil das mystische Denken zur Natur des Menschen auch unsere Auffassung zum Tod

betrifft, muss auch diese Mystik näher untersucht werden. Es ist möglich, die menschliche Natur als rein physische Existenz aufzufassen (Materialismus). Doch es ist auch möglich, gleichwohl sich der Mensch in einem physischen Körper befindet, ihm dem Wesen nach als eine geistige Existenz aufzufassen (Spiritualismus). Und schließlich gibt es noch Positionen, die diese beiden entgegengesetzten Auffassungen zu vereinen suchen und vertreten, der Mensch gehe sowohl aus Körper wie Seele hervor (Dualismus). Diese Einstellungen zur Natur des Menschen, die aufgrund unterschiedlicher Ausgangspunkte zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen, können ebenfalls auf ganz interessante Weise zu ähnlichen Schlussfolgerungen gelangen. Unter denen, die von Hirn ausgehende Definitionen zurückweisen, können sowohl Materialisten wie Dualisten sein. Einige, die den vollständigen Hirntod zurückweisen, behaupten, dass dieses Kriterium mit anderen lebenden Organismen gleichsetze und dessen Besonderheit vernachlässige.

Aus diesem Grund vertreten sie, dass mit dem Kortex-Tod auch das Bewusstsein vernichtet wird und darum der Tod eintritt. Kurz gesagt ist der Begriff des vollständigen Hirntods seinem Wesen nach auf den Organismus gestützt, während der Kortex-Tod auf der Person beruht. Dementsprechend treten zwei unterschiedliche Einstellungen zur Natur des Menschen hervor: Der Mensch ist ein Wesen, das im Hinblick auf Leben und Tod über die gleichen Eigenschaften wie andere Wesen verfügt oder der Mensch ist ein Wesen, das sich im Hinblick auf Leben und Tod durch seine Persönlichkeit von anderen unterscheidet.<sup>25</sup> Es erscheint vielleicht paradox, dass Religionen den Menschen im Allgemeinen als ein Wesen mit einer Reihe nur ihm besonderer Eigenschaften auffassen, jedoch bei der Feststellung des Todes keine Unterscheidung zu anderen Lebewesen vornehmen. Während es mit anderen Worten eigentlich leichter wäre, eine menschenzentrierte Position mit dem Konzept des Kortex-Todes zu verbinden, wird bei den Religionen bei der Frage des Todes keinerlei Unterscheidung zu anderen lebenden Organismen gezeigt. Es ist tatsächlich auch nicht falsch zu sagen, dass der heftigste Wi-

derstand gegen das Kriterium des Kortex-Todes von Religionen kommt. Auf der anderen Seite können wir sagen, dass die Zurückweisung einer ausschließlich auf das Bewusstseinsniveau konzentrierte Todesauffassung ein breites Spektrum von Zuständen zwischen der einfachen Lebendigkeit auf niedrigster Stufe und dem Bewusstsein auf höchster Stufe beinhaltet.

In der islamischen Religion sind Leben und Tod dem Willen Allahs unterworfen:

Allah lässt Leben und lässt Sterben. Im Islam gehören die Heiligkeit des menschlichen Lebens und die Unantastbarkeit unschuldigen Lebens zu den grundlegendsten Werten. Der Koran stellt mit Betonung fest, dass die ungerechtfertigte Tötung eines Menschen der Tötung der ganzen Menschheit gleichkommt. In ähnlicher Weise kommt die Errettung eines Menschen der Errettung der ganzen Menschheit gleich.<sup>26</sup> Dabei ist der Tod ein natürliches Phänomen und Teil dessen, was den Menschen ausmacht. „Alles Leben wird den Tod kosten“ wird im Koran an drei Stellen wörtlich wiederholt.<sup>27</sup> Es ist weder möglich, den Tod eines Wesens, das leidet, zu beschleunigen noch aufzuschieben. Der Koran verlangt, dass das Individuum auf den Tod in ideeller Hinsicht vorbereitet ist und eine ausgeglichene Herangehensweise zeigt.

#### **Der Tod im islamischen Denken**

Im islamischen Denken gibt es ausreichend Positionen und Quellen, die das Herzkreislauf-Kriterium stützen. Dazu lassen sich zählen, dass das Wort „Seele“ (türkisch: ruh) von der Wurzel „rîh“ abgeleitet wird, die „Luft, Atemzug, Atem“ bedeutet; dass im Koran das Wort „nefaha“, was hauchen/blasen bedeutet, als Verb mit Seele verbunden wird sowie, dass der Begriff „nefis“ Seele bedeutet, jedoch von der gleichen Wortwurzel wie „nefes“ (Atemzug) abgeleitet wird. Natürlich findet sich keine Entsprechung zum Hirntod. Es finden sich in den Werken islamischer Denker jedoch Bewertungen, die denen des Hirntods ähneln. Dies ist ein Aspekt, dem es nachzugehen lohnt, und aufgrund dieser Untersuchung wird verständlicher, warum das Kriterium des Hirn-

TÜRKEI

A. HADI ADANALI

August 2007

[www.kas.de/tuerkei](http://www.kas.de/tuerkei)

[www.kas.de](http://www.kas.de)

tods in muslimischen Gesellschaften auf keinen ernsten Widerstand traf.

Wie auch in vielen anderen Denktraditionen steht der Tod auch im islamischen Denken in enger Beziehung zur Natur des Menschen. Um herauszufinden, wie muslimische Denker den Tod auffassen, muss man ihre Position zu Begriffen wie Ich, Seele, Geist und Leben betrachten. Es ist bekannt, dass der Infinitiv des arabischen Verbs „mevt“ (sterben) auch „bewegungslos bleiben“ und „ruhig sein“ bedeutet. Wir treffen dabei auf eine Kausalbeziehung zwischen Lebendigkeit und physischen Anzeichen bei der Bewertung des Todes.

Den muslimischen Philosophen, die die Diskussion über die menschliche Seele vor allem über den Begriff des Ich führen, teilt sich dieser in einen rationalen (menschlichen) und einen irrationalen (pflanzlich und tierischen) Aspekt. Das tierische und pflanzliche Ich sind die Quelle von dem Körper zugeschriebenen Besonderheiten wie Wahrnehmung, Ernährung, Wachstum, Fortpflanzung und Bewegung. Das menschliche Ich demgegenüber ist die Quelle von Erinnerung, Denken und Selbstbewusstsein.<sup>28</sup> Dem türkisch-muslimischen Philosophen Farabi (lat. Alfarabi) zufolge ist das menschliche Ich eine nichtkörperliche Substanz, jedoch zugleich in ihrer Beziehung zum Körper eine Form. Farabi, der die Teilung des Ichs in ein pflanzliches, tierisches und menschliches akzeptierte, gibt an, dass der gemeinsame Aspekt des pflanzlichen und des tierischen Ich Bewegung sei.

Jedoch erfolge die Bewegung durch das pflanzliche Ich unwillkürlich und die durch das tierische Ich willkürlich. Als das am weitesten entwickelte beruht das menschliche Ich auf dem Verstand.<sup>29</sup> Farabi zufolge ist der Tod eine Trennung von Geist und Körper, doch ist dies keine im Hinblick auf Raum und Bedeutung. Da Leben die Einheit von Geist und Körper erfordert, ist eine Fortexistenz von Geist ohne Körper oder Körper ohne Geist nicht möglich.<sup>30</sup> Wenn wir uns vor Augen halten, dass Wahrnehmung und Bewegung eine Funktion des tierischen und pflanzlichen, das rationale Denken eine des menschlichen Ichs sind, können wir sa-

gen, dass für Farabi der Tod eintritt, wenn gleichzeitig sowohl Wahrnehmung als auch Bewusstsein aufgehört haben.

Avicenna, ein anderer muslimischer Philosoph, der zugleich Arzt war, vertrat, dass das Ich nicht nur in den Bereich der Metaphysik, sondern zugleich auch in den der Physik fällt. Ihm zufolge ist das Ich die primäre Vervollkommnung, die dem Körper Lebendigkeit gibt. Diese Vervollkommnung beinhaltet auch geistige Aktivitäten wie Fühlen, Denken und Wissen. Avicenna definiert den Menschen als ein „lebendes, wahrnehmendes und sterbendes Wesen“ und aus diesem Grund ist der Tod in gewisser Hinsicht die Erreichung der Vollkommenheit.<sup>31</sup> Avicenna sagt, dass die wichtigste Eigenschaft des menschlichen Ichs das „Selbstbewusstsein“ sei. Das Ich kann, ohne auf den Körper angewiesen zu sein, das Bewusstsein seiner selbst erlangen. Das menschliche Ich ist wegen seines „rationalen Willens, der überlegten Produktion von Wissen und im Hinblick auf die ganzheitliche Wahrnehmung die primäre Vervollkommnung des physischen Körpers“. Aus diesem Grund kann, unter der Bedingung der Bedeutung als primäre Vervollkommnung, vom Ich auch als Leben gesprochen werden.<sup>32</sup> Auf der anderen Seite behauptet Avicenna, dass die Seele im Körper aus der feinen Vereinigung des aus Nährstoffen gewonnenen Blutes, Schleim und Galle hervorgeht. Diese ausgesprochen feine Seele ist dem Ich dabei behilflich, alle Zellen des Körpers zu tragen. Die Seele ist in gewisser Weise eine Trägerin und ein Werkzeug des Ichs.

Avicenna greift die Seele in dreifacher Weise auf: (1) Die tierische Seele, die dafür sorgt, dass das Ich dem Körper Lebendigkeit gibt; (2) die medizinische Seele, die für die Hervorbringung von Aktivitäten wie Ernährung und Fortpflanzung sorgt und (3) die Seele der körperlichen Grundbedürfnisse, die für die Hervorbringung von Wahrnehmung und Handlungen sorgt. Sie befinden sich in Organen wie Herz, Leber und Hirn (Nervensystem).<sup>33</sup> Avicenna zufolge kann der Tod nicht allein als Zusammenbruch des rationalen Ichs, d.h. dem Verlust des Selbstbewusstseins betrachtet werden. Wie erkennbar ist,



erfordert Leben die Arbeit lebenswichtiger Organe und tritt der Tod infolge des Zusammenbruchs ihrer Funktionen ein.

In früher Zeit finden sich unter den Kelam (muslimischen Theologen) Positionen zur Natur des Menschen, die sich als der materialistischen Auffassung nahe stehend charakterisieren lassen. So wie es welche gab, die behaupteten, die Seele sei ein im ganzen Leib verbreiteter feiner Körper, gab es auch solche, die erklärten, dass es sich um eine ideelle Substanz handle und auf ihre Unteilbarkeit bestanden.<sup>34</sup> Andere wiederum, die die Seele als feinen Körper ansahen, behaupteten, sie sei nicht im ganzen Körper verbreitet, sondern befindet sich nur im Herzen bzw. sei ein Atom, das sich im Herzen eingekistet hat.<sup>35</sup> Einige rationalistische Kelam behaupteten mit Hinweis darauf, dass Sinneswahrnehmungen vom ganzen Körper gespürt werden, dass es weder eine Seele als Wesen im Herzen noch als eine gesonderte ideelle Substanz gäbe. Dieser Position zufolge ist die Seele kein unteilbares Wesen, das von Bewegung, Bewegungslosigkeit und Raum unabhängig ist. Die Seele beruht auf der Luft, die durch den Atem aufgenommen werde und dementsprechend sei die Seele selbst nicht lebendig.<sup>36</sup>

Auch Eschari, ein anderer führender Kelam, beschreibt die Seele als einen feinen Körper, und denkt ihn sich als durch Luft hervorgebracht. Ihm zufolge „lebt der Mensch dank des durch die Atmungsorgane hervorgebrachten Atems“.<sup>37</sup> Eschari glaubt nicht, dass die Seele selbst dem Körper Leben gibt, Lebendigkeit ist keine Eigenschaft der Seele, sondern des Körpers. Die Seele hilft nur, nachdem der Körper Lebendigkeit erhalten hat, diese aufrecht zu erhalten. Leben, Kraft und Stärke sind körperliche Eigenschaften und der Körper ist mit all seinen Organen und Zellen eine Einheit.<sup>38</sup>

In ähnlicher Weise gehört auch Ferra, ein Kelam des 11. Jahrhunderts, zu jenen, die die Seele als einen Körper der Luft zuordnen. Ihm zufolge füllt dieser Körper alle Hohlräume des Leibes aus. Aus diesem Grund darf man sie nicht nur im Herz und Hirn suchen, sie ist über alle Zellen des

Körpers verbreitet. Zudem sieht Ferra die Seele nicht als Quelle des Lebens.<sup>39</sup> Nicht der Körper ist durch die Seele belebt, sondern eine Seele existiert nur in einem lebendigen Körper; wenn der Tod eintritt, verlässt die Seele den Körper. Andere Kelam wie Amidi sehen die Seele als Quelle der Lebendigkeit des Körpers an.<sup>40</sup>

Ghazali, der die Position der Philosophen zum Ich kritisiert, ist zugleich durch sie beeinflusst. Ihm zufolge verfügt der Mensch über zwei, eine menschliche und eine tierische Seele. Das Zentrum der tierischen Seele, die ein feiner Dampf ist, ist das Herz und sie verbreitet sich dank der Adern in alle Extremitäten und die entferntesten Zellen.<sup>41</sup> Hören, Fühlen, Riechen und ähnliche Wahrnehmungen gehören zu den Funktionen der tierischen Seele. Ghazali stellt fest, dass die tierische Seele in das Gebiet der Medizin fällt.<sup>42</sup> Die menschliche Seele aber ist eine ideelle Substanz, die nach dem Tod des Körpers fortbesteht.

Wir können sagen, dass unter den Kelam der Frühzeit zwei Vorstellungen hervortreten: Der ersten zufolge ist der Mensch ein Wesen in materieller Form, das eine ihm besondere Struktur hat. Leben und Seele sind Eigenschaften des Körpers. Dieser als teilweise materialistisch zu charakterisierende Ansatz wurde mit der Zeit unterschiedlich kommentiert und Positionen wie die von der Seele im Herzen, einer Stimmung oder einer sich in den Hohlräumen zwischen den Organen bewegenden Existenz hervorgebracht.

Der zweiten Position zufolge ist die Seele eine unteilbare und unvergängliche ideelle Substanz. Dieser zweite Ansatz war unter den Mystikern und den späteren Kelam weiter verbreitet als der erstere.<sup>43</sup> Es ist zu beobachten, dass die Philosophen, wenn sie zwischen einer auf Empfindung und Bewegung beruhenden Lebendigkeit und einem auf Denken und Begreifen beruhenden Bewusstsein unterscheiden, ersteres eher dem Körper und das zweite eher als eine Funktion des Ich oder der Seele auffassen. Auf der anderen Seite ist Seele für die Kelam eine wichtige, für sich allein jedoch nicht ausreichende Voraussetzung für das Leben.

Seele allein reicht nicht aus, um Leben zu erzeugen. Für das Leben bedarf es neben der Seele Organen, Blut, Flüssigkeiten, Zellen usw. und ihrer Funktionsfähigkeit. Wir können sagen, dass für Philosophen wie Kelam der Tod eher etwas war, was den Körper betrifft. Aus diesem Grund haben, wie wir oben gesehen haben, führende Philosophen und Kelam erklärt, dass die Leben und Tod betreffenden Themen ihrer Natur nach in die Zuständigkeit der Medizin fallen.

### Islamisches Recht

Auch wenn von islamischen Juristen von Zeit zu Zeit Positionen zu Themen, die den Hirntod betreffen, Meinungen geäußert werden, ist doch offensichtlich, dass das aus der islamischen Rechtstradition entspringende Fetwa-Verständnis bei diesem Thema nicht ausreicht. Zudem tendieren islamische Juristen dazu, Fragen der medizinischen Ethik den Ärzten zu überlassen. Diese geht auf unzureichende Informationen zu diesem Thema wie auch auf das Problem zurück, eine Beziehung zwischen Quellentexten und diesem besonderen Problemlagen herzustellen. Was bei Themen wie medizinischer Ethik eigentlich erforderlich wäre, ist, die allgemeinen Prinzipien und grundlegenden moralischen Werte, die in der Tradition des islamischen Rechts bei der Herstellung der Beziehung zwischen Moral und Recht eine wichtige Quelle bilden, unter diesem Gesichtspunkt neu zu lesen. Bioethische Probleme müssen im Rahmen allgemeiner Prinzipien wie Gerechtigkeit, Gemeinwohl, Schaden und Verantwortung, die im islamischen Recht zentrale Bedeutung haben, erneut aufgegriffen werden.

Experten des islamischen Rechtsrates der Islam Konferenz sind nach einer Reihe von Versammlungen zu folgendem Beschluss gekommen: „Wenn zur Rettung eines Menschen Intensivmedizin eingesetzt wird, dürfen lebensunterstützende Geräte erst abgeschaltet werden, wenn die Ärzte zum sicheren Urteil gekommen sind, dass der Tod eingetreten ist. Wenn ein nicht therapierbarer Hirnschaden, der auch den Atemstillstand einschließt, eingetreten ist (Koma, Apne sowie Ausbleiben der Hirnreflexe) und der Patient nur durch künstliche Beatmung

am Leben erhalten wird, kann auf der Grundlage der Entscheidung von drei Ärzten der biologische Tod des Patienten festgestellt werden. Doch die rechtliche Entscheidung über den Eintritt des Todes erfolgt erst nach Einstellung der künstlichen Beatmung und Atemstillstand des Patienten.<sup>44</sup> Es zeigt sich, dass diese Entscheidung indirekt auf das Prinzip der Irreversibilität verweist und Ärzte solange verpflichtet sind, die Therapie fortzusetzen, bis sie absolut vom Tod des Patienten überzeugt sind. Außerdem wird festgelegt, dass zusammen mit der Anerkennung des Hirntods aus rechtlicher Sicht die Attestierung des Todes erst erfolgen kann, nachdem der Patient von den lebenserhaltenden Geräten getrennt wurde.

Bei einem tödlich erkrankten Patienten, der nicht auf Therapie anspricht, können Ärzte Therapien beenden, die keinen Beitrag dazu leisten, das Leben zu erhalten oder vielmehr darauf zielen, das Sterben zu verzögern.

Den von muslimischen Ärzten in Nordamerika entwickelten Prinzipien einer islamischen Medizinethik zufolge „ist es unnötig, durch außerordentliche Methoden einen Patienten im vegetativen Zustand am Leben zu erhalten... Es obliegt den Ärzten das Leben, nicht den Sterbeprozess zu verlängern.“<sup>45</sup> Die Islamic Medical Association in den USA folgt in Fällen, wo Therapie vergeblich ist, dem Prinzip des „Wiederbelebungsversuchs“.<sup>46</sup>

Demzufolge obliegt es dem Arzt im Falle nicht therapierbarer Patienten, Aktivitäten zur Lebenserhaltung einzustellen und Vorkehrungen zu treffen, die Schmerzen des Patienten zu verringern. Bei einem Patienten mit Hirntod können nach Trennung von der mechanischen Lebenserhaltung Organe entnommen werden.<sup>47</sup> Der Hohe Rat für Religionsfragen des Präsidiums für religiöse Angelegenheiten bewertet den Hirntod als eine der nötigen Voraussetzungen für eine Organentnahme und überträgt die diesbezügliche Entscheidung den Ärzten.

In unserem Land definiert das Gesetz über die Entnahme von Organen und Gewebe den Tod, jedoch erklärt es, „dass der medizinische Todeszustand aus einer aus vier Ärzten bestehenden Kommission, der ein

Kardiologe, ein Neurologe, ein Neurochirurg und ein Anästhesist/Reanimationsexperte angehören müssen, unter Anwendung der in unserem Land erreichten wissenschaftlichen Regeln und Verfahrensweisen, einstimmig festgestellt wird.“ Die Verordnung des Gesundheitsministeriums für Leistungen bei der Organ- und Gewebeentnahme (Anhang 1) definiert den Hirntod als „eine klinische Diagnose und einen vollkommenen, irreversiblen Verlust der Hirnfunktion“. Die Verordnung zählt folgende Bedingungen für die Feststellung des Hirntods auf: Koma und Feststellung seiner Ursachen, vollständiger Bewusstseinsverlust, Ausbleiben selbständiger Bewegungen, Ausbleiben zerebraler Motorik als Reaktion auf Reize, keine eigenständige Atmung, Ausbleiben der Hirnstammreflexe und den Apne-Test. Bei Patienten im irreversiblen Koma mit feststehendem Befund muss das Anhalten dieser Bedingungen für zwölf Stunden, bei den anderen 24 Stunden beobachtet werden. Außerdem muss die Todesfeststellung durch Laboruntersuchung bestätigt werden. Nach Deklaration des Hirntods können Angehörige über die Einstellung der medizinischen Lebenserhaltung entscheiden. Die Verordnung zählt als Bedingungen für die Einstellung der lebenserhaltenden Maßnahmen nach eingetretenem Hirntod (1) die Erlaubnis der Angehörigen des Patienten für die Entnahme eines oder mehrerer Organe zum Zweck der Transplantation und (2) die Erlaubnis der Angehörigen zur Einstellung der Lebenserhaltung. Die in der Verordnung vorkommenden Bedingungen zur Feststellung des Hirntods stehen in Übereinstimmung mit den oben referierten international akzeptierten Kriterien.

Kurze Zeit nach Eintritt des Hirntods beginnen die Organe wie Herz, Lunge oder Nieren aufgrund des unterbrochenen Blutkreislaufs abzusterben. Die Unterbrechung des Blutkreislaufs beeinträchtigt das Gehirn früher als andere Organe. Die Zellen des Herzens beginnen nach einer halben Stunde, die der Leber nach zwei Stunden abzusterben. Bei Patienten, deren Hirntod eingetreten und bestätigt ist, können die Organe entnommen werden, während der Patient noch an der Herz-Lungen-Maschine angeschlossen ist. Wenn für diese Art der Organentnahme

nicht ein vorheriges Einverständnis des Patienten oder die Erlaubnis der Angehörigen vorliegt, wird der Herzstillstand abgewartet. In diesem Zustand vorgenommene Organentnahmen werden als solche bei Herzstillstand definiert.

In der Praxis erweist es sich als nicht einfach, vier Fachärzte zur Feststellung des Hirntods zusammen zu bringen, was Organtransplantationen erschwert. In einigen Ländern wurde die Zahl der erforderlichen Fachärzte auf zwei gesenkt und auch in unserem Land liegt dem Parlament ein diesbezüglicher Gesetzentwurf vor. Andererseits zögern Ärzte aufgrund der Schwierigkeit zwischen einem reversiblen und einem irreversiblen vegetativen Zustand zu unterscheiden, die Diagnose der Irreversibilität zu stellen.<sup>48</sup>

Weil in naher Zukunft Probleme bezüglich der Medizinethik beständig zunehmen und dabei immer komplizierter werden, besteht Bedarf für die unverzügliche Gründung eines Forschungszentrums für Bioethik und eines Rates für Bioethik, die Forschung auf diesem Gebiet vornehmen, internationale Entwicklungen verfolgen und angesichts der in der Praxis auftretenden Probleme Beratung übernehmen können.

#### Anmerkungen

<sup>1</sup> George Hans Gadamer, „Ölüm Tecrübesi.“ (Todeserfahrung) In: Birey ve Din: Din Psikolojisiinde Yeni Arayislar . Übersetzung und Edition durch Ali Rıza Aydın (Istanbul: İnsan Yayınları, 2004), s. 144.

<sup>2</sup> Steven Laureys, „Death, Unconscious and the Brain,“ Nature Reviews: Neuroscience 6 (November 2005), s. 900.

<sup>3</sup> Ronald E. Cranford, „Death, Definition and Determination of: I Criteria for Death,“ Encyclopedia of Bioethics 3rd ed. (2004), s. 603.

<sup>4</sup> Cranford, „Criteria,“ s. 603.

<sup>5</sup> Laureys, „Death,“ s. 902.

<sup>6</sup> A. a. O., s. 901

<sup>7</sup> A. a. O., S. 904.

<sup>8</sup> A. a. O., S. 904.

<sup>9</sup> Cranford, "Criteria," S. 604.

<sup>10</sup> Alexander Morgan Capron, "Death, Definition and Determination of: II Legal Issues in Pronouncing Death," Encyclopedia of Bioethics 3rd ed. (2004), S. 608.

<sup>11</sup> Laureys, "Death," S. 900.

<sup>12</sup> A. a. O., S. 901.

<sup>13</sup> Carpon, "Criteria," S. 611.

<sup>14</sup> Laurays, "Death," S. 904-905; vgl. Peter Singer, Rethinking Life and Death. The Collapse of Our Traditional Ethics (New York: Martin's Griffin, 1994).

<sup>15</sup> Cranford, "Criteria," S. 605.

<sup>16</sup> Laureys, "Death," S. 903.

<sup>17</sup> A. a. O., S. 903

<sup>18</sup> Cranford, "Criteria," S. 603-606.

<sup>19</sup> Laurays, "Death," S. 904-905.

<sup>20</sup> Adrian M Owen et al., "Detecting Awareness in the Vegetative State," Science 313 (8. September 2006): 1402; vgl. Lionel Naccache, "Is She Conscious?" Science 313 (8. September 2006): 1395-96

<sup>21</sup> Crandon, "Legal Issues," S. 607.

<sup>22</sup> Laureys, "Death," S. 905.

<sup>23</sup> Quassim Cassam, Self and World (Oxford: Clarendon Press, 1998), S. 5..

<sup>24</sup> Vgl. Douglas Walton, On Defining Death. An Analytic Study of the Concept of Death in Philosophy and Medical Ethics (Montreal: McGill-Queen's University Press, 1979) S. 41-52.

<sup>25</sup> Karen Gervais, "Death, Definition and Determination of: III Philosophical and Theological Perspectives," Encyclopedia of Bioethics 3rd ed. (2004), S. 617

<sup>26</sup> Koran: Maide 5: 32.

<sup>27</sup> Koran: Âli Imrân 3: 185; Enbiya 21: 35; Ankebut 29: 57

<sup>28</sup> Vgl. Shams C. Inati, "Soul in Islamic Philosophy," Routledge Encyclopedia of Philosophy version 1.0, (London and New York: Routledge 1998).

<sup>29</sup> Mehmet Dalkılıç, İslam Mezheplerinde Ruh, (Istanbul: İz Yayıncılık, 2004), S. 149-150.

<sup>30</sup> Farabi, Siyaset Felsefesine Dair Görüşler, Übersetzung. Hanifi Özcan (Izmir, 1987), s. s. 63-64, zitiert nach Dalkılıç, Ruh, s. 152, Fußnote 25

<sup>31</sup> Dalkılıç, Ruh, S. 155-57.

<sup>32</sup> A. a. O., S. 158-59.

<sup>33</sup> A. a. O., S. 162.

<sup>34</sup> A. a. O., S. 198.

<sup>35</sup> A. a. O., S. 197.

<sup>36</sup> A. a. O., S. 200.

<sup>37</sup> A. a. O., S. 211.

<sup>38</sup> A. a. O., S. 212-13

<sup>39</sup> A. a. O., S. 222

<sup>40</sup> A. a. O., S. 223

<sup>41</sup> Faruk Karaca, "Gazâlî ve Ibn-i Sîna ile Ölüm Korkusundan Kurtuluş Üzerine," Felsefe Dünyası 43 (2006/1), s. 17.

<sup>42</sup> Dalkılıç, Ruh, S. 225-26

<sup>43</sup> A. a. O., S. 203-25.

Konrad-Adenauer-Stiftung e. V.

TÜRKEI

A. HADI ADANALI

August 2007

[www.kas.de/tuerkei](http://www.kas.de/tuerkei)

[www.kas.de](http://www.kas.de)

<sup>44</sup> Abdulaziz Sachedina, "End-of-Life: the Islamic View," *The Lancet* 336 (August 27, 2005), S. 776.

<sup>45</sup> Heather M. Ross, "Islamic Tradition at the End of Life," *MEDSURG Nursing* 10/2 (April 2001), S. 85.

<sup>46</sup> G. Hussein Rassool, "Commentary: an Islamic Perspective," *Journal of Advanced Nursing* 46 (2004), s. 282.

<sup>47</sup> Ross, "End of Life," S. 85.

<sup>48</sup> An dieser Stelle bedanke ich mich bei Doç. Dr. Sinan Yol für die gegebenen Informationen.