

Aus dem Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der
Ludwig-Maximilians-Universität München
Leiter: Prof. Dr. Med. MPH Georg Marckmann

Halacha und Fragen am Ende des Lebens
Anwendung der traditionellen jüdischen Lehre auf moderne
Fragestellungen am Beispiel des terminalen Patienten, in Justiz
und Legislative im Staat Israel

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Moritz Figdor

aus
München

2015

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Paul U. Unschuld

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Claudia Bausewein
Prof. Dr. Georg Marckmann

Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung: 03.12.2015

Gliederung

1.	Einleitung	4
2.	Die jüdische Lehre – ein historischer und systematischer Überblick	8
2.1	Torah und Tanach	8
2.2	Schriftliche und mündliche Lehre	8
2.3	Halacha	10
2.4	Von Tanach bis Mischna	10
2.5	Mischna und Talmud	11
2.6	Der halachische Disput	13
2.7	Die nachtalmudische Periode	15
2.7.1	Geonim, Rischonim, Acharonim	15
2.7.2	Literarische Schöpfung der posttalmudischen Weisen (Rischonim und Acharonim)	16
2.7.2.1	Talmudkommentare	16
2.7.2.2	Halachische Werke	17
2.7.2.3	Responsa	19
2.8	Interpretation der Lehre	20
2.8.1	Die dreizehn Grundregeln biblischer Auslegung	20
2.8.2	Arten der Halachot in der mündlichen Lehre	22
2.8.3	Prinzipien zur Festlegung der Halacha	23
3.	Der Standpunkt der Halacha zu den Dilemmata um den sterbenden Patienten	25
3.1.	Wert und Heiligkeit menschlichen Lebens	25
3.1.1	Mord	26
3.1.2	Exkurs: Halachische Bezeichnungen für den Sterbenden	29
3.1.2.1	‚Gosess‘	29
3.1.2.2	‚Treifa‘	31
3.1.2.3	‚Chayei Scha'a‘	32
3.1.3	Lebensgefahr – ‚Pikuach Nefesch‘	34
3.1.4	Argument für Lebensheiligung aus der säkularen Ethik	37
3.2	Arzt und Patient	38
3.2.1	Erlaubnis zur Praxis der Medizin	38
3.2.2	Pflicht des Arztes zu behandeln	41
3.2.2.1	Zur Behandlung verpflichtende Torahquellen	41
3.2.2.2	Behandlungspflicht bei therapieverweigernden Patienten	44
3.2.3	Patientenautonomie im Judentum?	45
3.2.4	Patienten mit fehlender Urteilsfähigkeit	52
3.3	Einstellung des Judentums zu Qualen	54
3.4.	Legitimation der Entscheidung im sozialen Umfeld	57
3.5	Halachische Akzeptanz medizinischer Diagnose, Prognose und Therapie	60
3.6.	Prinzip der ‚Entfernung des Hindernisses‘	62
3.6.1	‚Entfernung des Hindernisses‘ in den halachischen Quellen	62
3.6.2	Dilemmata im Zusammenhang mit der ‚Entfernung des Hindernisses‘	66
3.6.2.1	Verlängerung von Leben oder Verkürzung des Sterbensprozesses?	66
3.6.2.2	Entfernung des Hindernisses – nur bei einem ‚Gosess‘?	67
3.6.2.3	Welche Rolle spielt das Leid des Patienten?	70
3.7	Praktizierung moderner Behandlungsmethoden an Sterbenden – praktische Beispiele	71

3.7.1	Nichtergreifen einer lebensverlängernden Maßnahme – Stopp einer laufenden lebenserhaltenden Therapie	71
3.7.2	Richtlinien und ein halachisches Urteil	73
3.7.3	Nahrung	75
3.7.4	Sauerstoff	76
3.7.5	Medikamente	76
3.7.6	Reanimation	76
3.7.7	Anschluss an einen Respirator	76
3.7.8	Trennung von einem Respirator	77
3.7.9	Schmerz- und Rauschmittel	79
4.	Sterbehilfe in der israelischen Jurisdiktion	81
4.1.1	Yael Shefer	82
4.1.2	Die Werte eines jüdischen und demokratischen Staates	83
4.2	Benjamin Ejal	86
4.3	Itai Arad	90
5.	Sterbehilfe in der israelischen Legislative	94
5.1	Historische Vorläufer des neuen Gesetzes	94
5.2	Das Gesetz des Sterbenden Kranken	95
5.2.1	Allgemeines	95
5.2.2	Prinzipien und Zielsetzungen	96
6.	Die Halacha im Gesetz des Sterbenden Kranken 2005	98
7.	Schluss	103
8.	Literaturverzeichnis	106
A.	Hebräische Primärliteratur	
B.	Hebräischsprachige Quellen	
C.	Schulchan Aruch mit Kommentaren	
D.	Responsa (Schu't)	
E.	Deutsch- und Englischsprachige Quellen	
F.	Medien und Internetquellen	
G.	Zeitungsartikel	
9.	Danksagung	115

1. Einleitung

Diese Dissertation befaßt sich mit dem Umgang des jüdischen Gesetzes mit der Problematik um den sterbenden Patienten.

Die jüdische Gesetzgebung ist, wie für eine überlieferte Lehre charakteristisch, auf fest strukturierte, religiöse Prinzipien aufgebaut. Dennoch zeigt sich in der Gesetzgebung Israels zum sterbenden Patienten die Anpassungsfähigkeit der jüdischen Tradition an gewandelte äußere gesellschaftliche Bedingungen und veränderte medizinisch-therapeutische Möglichkeiten.

Seit jeher stellt der Umgang mit unheilbar kranken Patienten eines der schwersten moralischen Dilemmata in der Medizin dar.¹ In vielen Ärztegelöbnissen des Altertums galt die Gnadentötung als moralisches Vergehen.² So lautet es zum Beispiel im Eid des Hippokrates: „*Ich werde niemandem, auch nicht auf seine Bitte hin, ein tödliches Gift verabreichen oder auch nur dazu raten.*“³ Ähnlich warnte Assaph der Arzt in seinem Ärzteeid vor Beihilfe zum Selbstmord: „*Ihr sollt nicht befürworten einen Menschen mit einem Gift zu töten.*“⁴

Damit nicht genug, hat die moralische Problematik des Themas in den vergangenen Jahren aus mehreren Gründen weiter zugenommen⁵:

Der gewaltige Fortschritt der Medizin in den vergangenen Jahren machte es möglich, durch Entwicklung neuer Techniken und Therapieformen, das Leben vieler Patienten, die früher noch am natürlichen Verlauf ihrer Krankheit verstorben wären, zu verlängern. Ein längeres Leben bedeutet jedoch lange nicht gleichzeitig ein besseres, vor allem wenn dieses allein durch Maschinen erhalten wird. Oft leiden die künstlich am Leben Erhaltenen unter schweren Funktionsstörungen wichtiger Organe, körperlichen und seelischen Schmerzen und einem stark eingeschränkten geistigen Leistungsvermögen. Eine der Techniken, die den Umgang der Medizin mit Sterbenden drastisch verändert hat, ist die 1960 entdeckte Wiederbelebung durch Herz-Lungen-Massage, die im Falle eines Herz-Kreislaufstillstandes selbst von Laien durchgeführt werden kann, um für den Patienten wertvolle Sekunden zu gewinnen. Unzählige Leben konnten dadurch bis heute gerettet werden, weshalb diese Entdeckung sicherlich ein Segen von unschätzbarem Wert war. Doch was, wenn dieselbe Technik an Patienten angewandt wird, die an einer chronischen, unheilbaren Erkrankung leiden und für die der Tod nur Erlösung von ihren unerträglichen Qualen bedeutet? Je nachdem, welche Bedeutung man dem Begriff „Leben“ beimisst, kann man hier von „Lebensrettung“ oder im Gegenteil von Verlängerung des Leidens durch Hinauszögern des erlösenden Todes sprechen. Gibt es daher, so muss man sich fragen, Fälle, in denen „Lebensrettung“ nicht nur keine Pflicht, sondern sogar verboten ist? Der Mediziner stellt sich diese Frage, wenn er sich das Bild des seit Wochen oder Monaten auf der Intensivstation liegenden, künstlich beatmeten, nicht-kontaktfähigen Patienten vor Augen hält.

Ein zweiter Grund war der Wandel in der Arzt-Patienten-Beziehung von der früher üblichen paternalistischen zu einer autonomistischen Einstellung.⁶ Nach der ersteren spielte der Arzt die dominante Rolle und entschied nach seinem eigenen Verständnis, was das Beste für den Patienten sei. Die letztere hingegen sprach dem mündigen Patienten das Recht zu, mit Einschränkungen, für sich selbst zu entscheiden. Dies machte die engere Einbeziehung des Patienten in den Entscheidungsprozess über den Therapieverlauf und sein Einverständnis in die Therapie notwendig. Die Rolle des Arztes ist heutzutage weniger die eines Verordners als

¹ Steinberg 1994, 347.

² Steinberg 2006 Bd.5, 98.

³ Müri 1979, 9.

⁴ Übers. n. Steinberg 2003, 1047.

⁵ Vgl. Steinberg 2002, 25.

⁶ Glick 2004, 143.

vielmehr die eines Beraters. Soweit, könnte man sich denken, eine begrüßenswerte Entwicklung. Ist aber unbegrenzte Autonomie für den Patienten immer von Vorteil? Autonomie setzt voraus, dass die betreffende Person unabhängig von äußeren Faktoren urteilsfähig ist. Die Erfahrung zeigt, dass auf Patienten, die von einer Krankheit betroffen werden, für die es keine Heilung gibt, viele unterschiedliche Faktoren einwirken, die alle berücksichtigt werden müssen, bevor der Wunsch nach Gnadentod als ‚autonom‘ und wahrer Wille des Patienten angesehen werden darf. Unter anderem muss sich der behandelnde Arzt fragen, ob der Patient sich in einer klaren geistigen Verfassung befand, als er den Wunsch zu sterben äußerte, und ob er diesen Entschluss aus vollem Vertrauen zu seinem Arzt gefasst hat. Ferner muss überlegt werden, ob das Leid des Patienten allein von seiner Erkrankung herrührt, oder ob nicht auch Enttäuschung über das medizinische Versorgungssystem, etwa durch eine bedrückende Atmosphäre auf der Station, unfreundliche Krankenschwestern und ungeduldige Ärzte eine Rolle spielen. Depression, die häufig bei unheilbar Kranken auftritt⁷, muss auch nicht immer durch die Krankheit selbst hervorgerufen worden sein; fehlende Zuwendung und Familienangehörige, die das Gefühl vermitteln unbrauchbar geworden zu sein, sind Grund genug.⁸

Aus dem Gesagten wird deutlich, dass Autonomie nur für diejenigen von Vorteil ist, die sie richtig zu nutzen weiß. Der Sterbende ist jedoch Situationen ausgesetzt, die es ihm meist nicht zulassen für sich selbst die beste Entscheidung zu treffen. Würde man daher die Autonomie des Patienten nicht einschränken und den „Gnadentod“ gesetzlich zulassen, würde das mit Sicherheit allmählich auf Kosten des moralischen Wertes des Lebens gehen. Als Beispiel sei die Situation in den USA erwähnt, wo der US-amerikanische oberste Gerichtshof in einem Grundsatzurteil jedem Menschen das Recht zuerkannt hat jede Form lebensverlängernder Therapie, einschließlich Nahrung und Flüssigkeit, zu verweigern.⁹ Betrachtet man eine Reihe von Urteilen an US-amerikanischen Gerichtshöfen der letzten Jahre, so bemerkt man deutlich eine Tendenz in Richtung vermehrter Toleranz gegenüber Todesbeschleunigung bei terminal Kranken.¹⁰

Daran schließt sich unmittelbar folgende Problematik an: Angenommen wir gestehen dem Patienten den Wunsch zu, seinem leidvollen Leben ein Ende zu setzen, würde es dann in den Aufgabenbereich des Arztes fallen den „Gnadentod“ an seinen Patienten durchzuführen? Käme es nicht zu einem moralischen Konflikt mit der Pflicht des Arztes Leben zu verlängern oder es zumindest zu erhalten?

Eine weitere Ursache für die Zunahme der Problematik in den letzten Jahren ist, dass heutzutage viel mehr Menschen aus unterschiedlichem kulturellen Hintergrund an der Behandlung von Sterbenden beteiligt sind, die daher unterschiedliche Ansichten bezüglich der besten Behandlungsform vertreten.

Auch die breite Öffentlichkeit ist heute, als Informationsgesellschaft, weit mehr bei Fragen, die den unheilbar Kranken betreffen, involviert, eine Tatsache, die sich durch vermehrte Präsenz des Themas in Mediendiskussionen, juristischen Debatten und schließlich in der Gesetzgebung widerspiegelt.

Der Vergleich der Gesetzgebungen einiger Länder bezüglich der Einstellung zu terminalen Patienten zeigt, dass in Deutschland, Großbritannien, Israel, Kanada sowie in den meisten Staaten der USA im Allgemeinen die aktive Tötung terminaler Patienten, auch durch einen Arzt („physician assisted suicide“), gesetzlich strafbar ist.¹¹ Grosse Ausnahmen stellen die Niederlande sowie der US-amerikanische Staat Oregon dar.¹² Das niederländische Gesetz

⁷ Pessin 2005, 319. Breitbart 2000, 2907.

⁸ Aridor 1990, 2.

⁹ U.S. Supreme Court 1990, 1.

¹⁰ Steinberg 1994 Bd.4, 463-465.

¹¹ Breitbart 2003, 3-11.

¹² ebenda 4, 7-8.

erlaubt unter bestimmten Voraussetzungen die ärztlich unterstützte Tötung von Patienten. Das föderale Gesetz in Oregon genehmigt einem terminalen, mündigen Patienten über 18 Jahren von seinem Arzt ein Rezept für eine tödliche Medikation („self administered lethal medication“) zu erhalten, um es sich selbst zu verabreichen.

Das praktische Management sterbender Kranker in israelischen Krankenhäusern war vor dem In-Kraft-Treten des Gesetzes nicht einheitlich geregelt, sondern von Krankenhaus zu Krankenhaus, von einer Station zur anderen und manchmal von Arzt zu Arzt unterschiedlich.¹³ Dies ungeachtet der Tatsache, dass schwerwiegende Entscheidungen rund um den Sterbenden, wie Anordnungen zum Verzicht auf Wiederbelebung (sog. „Do Not Resuscitate“- oder kurz, DNR-orders), tagtäglich zu treffen waren, wobei zweifelhaft ist, ob sich die Entscheidungsträger der moralischen Dilemmata des Themas bei ihren Anordnungen bewusst gewesen sind.

Israelische Gerichtshöfe wurden seit 1987 mit einigen, in Anbetracht des häufigen Auftretens des Problems in israelischen Krankenhäusern, vergleichsweise wenigen Fällen konfrontiert, in denen unheilbar kranke Patienten oder deren Angehörige ihr Anliegen bezüglich der weiteren Behandlung vor Gericht brachten.¹⁴

In den Urteilen war allgemein ein Widerwille der Justiz zu erkennen, eindeutige Entscheidungen in diesen Fragen zu treffen, da sie eine Auseinandersetzung mit Grundsatzfragen erforderten, die den justiziellen Rahmen überschritten.¹⁵

Die israelische Regierung versuchte mehrmals erfolglos den Umgang mit unheilbar Kranken gesetzlich zu regeln. Als Grund dafür, dass Justiz und Regierung sich bislang von der Auseinandersetzung mit dem Thema relativ zurückhielten, nannte die israelische Tageszeitung „Haaretz“¹⁶, in einem Hintergrundartikel zu einem der berühmteren gerichtlichen Fälle in dieser Sache¹⁷, die Angst vor Aufhebung der Grenzen und deren späteren Ausdehnung auf chronisch Kranke, Behinderte sowie alle, deren Leben als „nutzlos“ angesehen werde. Das, obwohl aus ethischer Sicht viele der Ansicht seien, dass es keinen Sinn mache einen Menschen im persistierenden vegetativen Zustand weiter am Leben zu erhalten.

Anfang des Jahres 2000 betraute der damalige Gesundheitsminister Schlomo Benizri den orthodoxen Kinderneurologen am ‚Shaare Zedek Medical Center‘ und Professor für Medizinethik an der Hebrew University Jerusalem, Avraham Steinberg, mit der Aufgabe, den Vorsitz einer Staatskommission zur Formulierung eines Gesetzesvorschlages in der Angelegenheit des sterbenden Kranken zu übernehmen.¹⁸ Ziel der Kommission sollte sein, einen würdigen Ausgleich zu finden zwischen allen für die Belange des sterbenden Kranken notwendigen Komponenten aus medizinischer, moralischer, religiöser, gesellschaftlicher und juristischer Sicht.¹⁹

Im Januar 2002 veröffentlichte die Staatskommission einen Gesetzesentwurf, dessen endgültige Fassung im Dezember 2005 von der „Knesset“ akzeptiert wurde.

In dem beiliegenden Rechenschaftsbericht schrieb Steinberg folgendes über die Zielsetzungen der Kommission: *„Die Kommission postuliert, dass aus gesellschaftlich-nationaler Hinsicht es angebracht erscheint, moralische und praktikierbare Lösungen, die Behandlung des sterbenden Kranken betreffend, zu bieten, mit möglichst breitem Konsensus,...unter Ausgleich der widersprüchlichen Werte, die den Entscheidungsprozessen der behandelten Thematik*

¹³ Steinberg 2002, 10.

¹⁴ ebenda. Zwischen 1987 und 2002 waren es 20 Fälle.

¹⁵ ebenda, 10-11. Zum Beispiel im Fall „Ejal“ gab das Gericht die Entscheidung in die Hände der behandelnden Ärzte, s.u.

¹⁶ Aridor 1990, 2.

¹⁷ der weiter unten ausführlich abgehandelte Fall des Benjamin Ejal.

¹⁸ Steinberg 2002, 27.

¹⁹ ebenda, 28.

zugrunde liegen“²⁰. Ferner schrieb Steinberg, dass die Kommission die bereits bestehenden gesetzlichen Lösungswege anderer Länder untersucht habe und zu dem Schluss gekommen sei, dass keines der Länder den besonderen Anforderungen der Werte des Staates Israel als jüdischer Staat gerecht werde, weshalb der von der Kommission formulierte Gesetzesentwurf „in großem Maße einzigartig für den Staat Israel“²¹ sei.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich daher mit der Einstellung zum unheilbar Kranken aus jüdischer Sicht.

Nach einer Einführung über Historie und Systematik der jüdischen Lehre, wird ausführlich auf die Dilemmata um den sterbenden Patienten aus Sicht der jüdischen Gesetzgebung (Halacha) eingegangen, mit dem Ziel auf folgende Fragestellungen einzugehen:

Wie setzt sich das Judentum mit dem Thema auseinander? Wie argumentierten die Experten der jüdischen Medizinethik und Rabbiner? Was waren gegebenenfalls die Streitpunkte und zu welchen Ergebnissen kam man?

Folgende Tatsachen vermögen das Interesse an diesen Fragen zu steigern:

Der Tradition zufolge wurde die gesamte jüdische Lehre, Torah genannt, vor 3318 Jahren²² dem jüdischen Volk in einer einzigartigen göttlichen Offenbarung übergeben. Die jüdische Lehre basiert auf dem Prinzip der „Zeitlosigkeit“. Das bedeutet, dass die darin enthaltenen Gesetze und moralischen Richtwerte unabhängig von zeitlichen Veränderungen stets praktizierbar und applikabel sind. Um das zu gewährleisten, sind bei der Übergabe der Torah die generellen Prinzipien und Bedingungen, nach denen die Gesetze der Torah und alle Details ihrer Ausübung gelernt und ausgelegt werden dürfen, mit übergeben worden.²³

Die Herausforderung besteht nun darin, die Prinzipien der jüdischen Lehre auf gegenwärtige Probleme, die durch den - in unserem Fall medizinischen - Fortschritt der Zeit entstanden sind, anzuwenden und die richtigen Antworten zu finden, das heißt solche, die den moralischen Werten der Torah entsprechen.

Im anschließenden Teil der Arbeit wird, anhand ausgewählter Gerichtsfälle, die Auseinandersetzungen israelischer Gerichtshöfe mit Forderungen von Patienten, nicht lebensverlängernd behandelt zu werden, in den Jahren vor Verabschiedung des Gesetzes im Jahr 2005 untersucht, gefolgt von einer Vorstellung desselben.

Inwieweit kommt die Ansicht der Halacha in der israelischen Jurisdiktion vor der Verabschiedung des Gesetzes und im Gesetz des Sterbenden Kranken zur Geltung?

Hinweis:

Die in der vorliegenden Arbeit enthaltenen rabbinischen Entscheide beziehen sich ausschließlich auf die jeweiligen Situationen, für die sie ausgesprochen worden sind und dürfen nicht als feste Richtlinien für den Umgang mit unheilbar Kranken in anderen Situationen verstanden werden. In jedem Fall muss ein dazu autorisierter Rabbiner konsultiert werden.

²⁰ Übers. n. ebenda, 11.

²¹ Übers. n. ebenda, 12.

²² Eisenberg 1995, 168. Im Jahr 1312 v. d. Z.

²³ Schneerson 1991, 311.

2. Die jüdische Lehre – ein historischer und systematischer Überblick

Eine Erörterung jüdisch-halachischer Debatten, egal zu welchem Thema, ist unmöglich ohne ein minimales Grundverständnis des Aufbaus des jüdischen Gesetzeskodex.

Diesem Zweck dient die folgende knappe²⁴ Darstellung der Historie und Systematik der jüdischen Lehre.²⁵

Es muss vorbemerkt werden, dass in der umfangreichen Literatur der mündlichen Tradition²⁶, bestehend aus der Mischna, Talmud und Midraschim, verhältnismäßig wenig über den historisch-politischen sowie den gesellschaftlichen Hintergrund überliefert ist. Wenn, so ist dieser über die gesamte mündliche Lehre verstreut und ohne sekundäre Quellen, welche das historische Material mühselig sammeln und zu einer halbwegs nachvollziehbaren Chronologie zusammenfügten, für Laien kaum zugänglich. Nicht wegen eines zu geringen Einflusses der politischen Umstände auf die Entstehungsgeschichte der jüdischen Lehre – im Gegenteil. Vielmehr weist dies auf eine für die jüdische Literatur charakteristische Eigenart hin, mit den Worten von Steinsalz *"...lässt sich in dem ganzen Komplex der mündlichen Lehre eine allgemeine Tendenz zu einer geradezu den Stempel der Ewigkeit tragenden Ahistorizität nachweisen, in der gerade das Geistige, die Gedanken als die festen und unerschütterlichen Säulen im Zeiten- und Generationenwechsel gelten, während die äußeren Ereignisse als eher sekundär angesehen werden und wie eine Kulisse an ihnen vorbeiziehen."*²⁷

2.1 Torah und Tanach

Der Begriff „Torah“ hat mehrere Bedeutungen. Im engeren Sinne bezeichnet „Torah“ die fünf Bücher Moses, genannt das Pentateuch. Nicht selten wird der Begriff Torah jedoch auf die gesamte schriftliche Lehre, den „TaNaCh“, zusätzlich die Propheten (=Neviim) und Hagiographen (=Ktuvim) enthaltend, ausgedehnt.²⁸

Im weiteren Sinne umfasst der Begriff „Torah“ die gesamte jüdische Tradition, einschließlich der mündlichen Lehre.

Im Hebräischen leitet sich das Wort Torah von „Horaa“ = „Lehre“, „Weisung“ ab. Die häufig verwendete Übersetzung von „Torah“ als „Gesetz“ grenzt deren wahre Bedeutung auf einen Teilbereich menschlichen Lebens ein. Erst das Verständnis der Torah als „Weisung“ erlaubt deren Ausdehnung auf alle Bereiche menschlichen Lebens und Zivilisation.²⁹

2.2 Schriftliche und mündliche Lehre

Die Torah wird, aufgrund der unterschiedlichen Form ihrer Überlieferung, in die schriftliche Torah, „Torah schebichtav“ und mündliche Torah, „Torah schebaal pe“ unterteilt. „Torah schebichtav“ umfasst sämtliche Schriften des „Tanach“, während „Torah schebaal pe“, in ihrer Funktion als Erklärung der schriftlichen Lehre, alle diese Funktion erfüllenden Texte

²⁴ einige Begriffe und Personen werden in der folgenden Abhandlung nur der Vollständigkeit des historischen Zusammenhangs halber erwähnt, ohne genauer erklärt zu werden.

²⁵ Die Ausführungen beschränken sich auf den für die Dissertation relevanten halachischen Teil der jüdischen Lehre, auf den umfangreichen aggadischen Teil der Lehre (=Midrasch Aggada), homiletische Erzählungen umfassend, wurde gänzlich verzichtet.

²⁶ s.u.

²⁷ Steinsalz 1996, 8.

²⁸ Newman 1969, 1. „TaNaCH“ ist die Abkürzung von T – „Torah“, N – „Neviim“ (=Propheten) und Ch als K ausgesprochen – „Ktuvim“ (=Hagiographen).

²⁹ ebenda.

enthält.

Beide, mündliche wie schriftliche Lehre, wurden laut der Überlieferung dem Moses am Berg Sinai übergeben und bilden eine Einheit im Studium der Torah, mit dem Unterschied, dass die schriftliche Torah schriftlich überliefert worden ist, unter Einhaltung strikter Schreibregeln, „Mesorah“ genannt, um zum einen fehlerhafte Abschriften zu vermeiden und zum anderen die richtige Leseweise zu gewährleisten. Die mündliche Torah hingegen wurde von Generation zu Generation ursprünglich oral tradiert.

„Ferner sagte R. Levi b. Hama im Namen des R. Simon b. Laqis: Es heißt³⁰: Ich will dir geben die Steintafeln, die Lehre und das Gebot, das ich geschrieben, um sie zu lehren. Die Tafeln, das sind die zehn Gebote; die Lehre, das ist die Schrift; das Gebot, das ist die Mischna; das ich geschrieben, das sind die Prophetenbücher und die Hagiographen; um sie zu belehren, das ist der Talmud. Dies lehrt, daß sie sämtlich dem Moses am Sinai überliefert wurden.“³¹

„Denn das Wort des Herrn hat er verachtet; dies bezieht sich auf den, welcher sagt, die Tora sei nicht vom Himmel. Und selbst wenn einer sagt, die ganze Tora sei vom Himmel, mit Ausnahme von einem Verse, den nicht der Heilige, gepriesen sei er, gesagt hat, sondern Moses von sich aus, so beziehen sich auf ihn [die Worte]: denn er hat das Wort des Herrn verachtet. Und selbst wenn einer sagt, die ganze Tora sei vom Himmel, mit Ausnahme von einer Subtilität, oder von einem [Schlusse vom] Leichterem auf das Schwere oder durch Wortanalogie, so beziehen sich auf ihn [die Worte]: denn er hat das Wort des Herrn verachtet.“³²

Maimonides bringt einige Beispiele für die Unverzichtbarkeit der mündlichen Torah für das Verständnis der sonst unerklärbar und versiegelt gebliebenen schriftlichen Lehre:³³

Bezüglich eines Herrn, der seine jüdische Magd mit seinem Sohn verheiratet, sagt die Torah: *„dem Gesetz der Töchter gemäss soll er mit ihr verfahren“³⁴*. Was besagt das Gesetz der Töchter? Dies steht nirgends in der (schriftlichen) Torah!

Bezüglich des Gebots Tfillin (Gebetsriemen) zu legen bestimmt die schriftliche Lehre: *„und sie seien dir zum Zeichen auf deiner Hand und ... zwischen deinen Augen“³⁵*, ohne jedoch zu erklären, was dieses Zeichen ist.

Neben ihrer Funktion als Erklärung der anders unverständlich gebliebenen schriftlichen Lehre schafft die mündliche Torah ferner durch Festlegung von Regelungen zur Interpretation des schriftlichen Bibelwortes eine Plastizität und Ausweitbarkeit der schriftlichen Lehre und ermöglicht so eine fortbestehende Gültigkeit und Anwendbarkeit derselben zu allen Zeiten.³⁶

Folglich ist die mündliche Torah weder auf einen zeitlichen Rahmen, noch auf bestimmte Schriften beschränkt – jede Interpretation eines gegenwärtigen Torahgelehrten, vorausgesetzt sie folgt den überlieferten Regeln der Auslegung³⁷, ist Teil der mündlichen Torah. Dies verdeutlicht der folgende Ausspruch des Jerusalemer Talmud *„alles, was ein rechtschaffener Schüler in Zukunft erneuern wird, wurde bereits dem Moses am Sinai übermittelt“³⁸*

Anders die schriftliche Lehre, die sich ausschließlich auf die Schriften des „Tanach“ beschränkt und niemals, auch nicht um einen einzigen Buchstaben, erweitert werden kann.

³⁰ Schmot 24, 12.

³¹ Goldschmidt 1930 Bd.1, 12 (Brachot 5a).

³² Goldschmidt 1967 Bd.9, 76 (Sanhedrin 99a).

³³ Eisenberg 2002, 34.

³⁴ Schmot 21, 9.

³⁵ Schmot 13, 16.

³⁶ Newman 1969, 2.

³⁷ s. 2.8.

³⁸ übers. n. Pea 2, 6.

2.3 Halacha

Der Begriff „Halacha“ (pl. „Halachot“) entstammt der Wurzel „Halech“ - „gehen, wandeln“ und bedeutet etwas, das von Anfang bis Ende geht, also eine Sache, die innerhalb des Volkes Israel anerkannt ist, von der Überlieferung am Berg Sinai an bis zur Gegenwart, oder mit anderen Worten, der allgemein akzeptierte Weg, den das jüdische Volk begeht.

Im weiten Sinne werden alle Torahgesetze der mündlichen Überlieferung als Halacha bezeichnet, wie anhand verschiedener Wendungen der Bibel zu entnehmen ist. „Das Wort Gottes ist die Halacha“³⁹. Der Ausdruck „Halacha LeMosche Misinai“ beispielsweise, kommt häufig im Talmud vor und bezeichnet ein Gesetz, welches dem Moses am Berg Sinai überliefert wurde und daher nicht zur Diskussion steht.

Die sich mit Halachafestlegung befassenden posttalmudischen Gelehrten werden „Poskim“ (pl. von „Possek“, wörtl. Richter) genannt.

Wenn widersprüchliche Lehrmeinungen innerhalb des Talmuds und der Poskim debattiert werden, erhält der Begriff Halacha die Bedeutung einer endgültigen, gesetzlich verbindlichen Festlegung auf eine dieser Lehrmeinungen. In diesem Zusammenhang findet man häufig den Begriff „Halacha Lema'asse“ – „praktische Halacha“.⁴⁰

2.4 Von Tanach bis Mischna

Der Tradition zufolge, fand die Übergabe der Torah an das Volk Israel in einer bis heute einzigartigen, göttlichen Offenbarung am Berg Sinai im ersten Jahr des Auszugs aus Ägypten, im Jahre 2448 nach Erschaffung der Welt (1312 vor der Zeitrechnung) statt. Daraufhin bestieg Moses den Berg und lernte durch Prophetie die gesamte Torah.

Moses selbst gab die Torah weiter an Jehoschua, dem Anführer der nächsten Generation.

„Moses empfing die Torah am Sinai und überlieferte sie Jehoschua, Jehoschua den Ältesten und die Ältesten den Propheten und die Propheten den Männern der Großen Versammlung“⁴¹

Dieses Zitat der ersten Mischna aus dem Traktat „Avot“ gibt die Überlieferung der Torah von Moses bis zum Ende der Epoche des Tanach, ca. im Jahr 260 vor der Zeitrechnung, wieder.

Im Vorwort zu seinem Gesetzkodex zählt Maimonides die Überlieferungskette der Torah von Lehrer zu Schüler von Moses bis zur Besiegelung des babylonischen Talmuds durch Ravina und Rav Aschei im Jahr 500 n.d.Z. auf, insgesamt vierzig Generationen.⁴² Daran legt Maimonides die Kontinuität und Authentizität der jüdischen Lehre fest – auch der letzte Gelehrte ist als Glied einer Kette, die am Berg Sinai ihren Ursprung nimmt, mit der Urquelle verbunden.

Die historische Entwicklung und Tradition der jüdischen Lehre wird sinngemäß in Epochen gegliedert. Die Einteilung in die unterschiedlichen Epochen richtet sich teilweise nach der jeweiligen Herrschaft im Lande Israel, d.h. der außen- und innenpolitischen Lage, hauptsächlich richtet sie sich jedoch nach den dominierenden geistigen Oberhäuptern, die die jeweilige Lehrmethodik in ihrer Epoche festsetzten. Dabei war sowohl Methodik der Lehre, als auch die Art und Weise ihrer Tradition unterschiedlich stark von den jeweiligen historischen Umständen beeinflusst, je nach Ausmaß der materiellen und geistigen Unterdrückung.

Die für unsere Zwecke wichtigsten Epochen werden hier in Kürze erwähnt, um ein ausreichendes genaues Verständnis des historischen Zusammenhangs zu gewährleisten.

³⁹ übers. n. Schabbat 138b.

⁴⁰ s. 2.7.7.2

⁴¹ übers. n. Newman 1969, 5. Avot 1, 1.

⁴² Maimon 1993 (Sefer Hamada), 9-11.

An die Epoche des Tanach, die mit den Gelehrten der „Großen Versammlung“ endet, schließt sich das ca. 250 Jahre dauernde Zeitalter der „Paare“ an, welches historisch überwiegend mit der Herrschaft der Griechen in Israel (332 – 140 vor der heutigen Zeitrechnung) zusammenfällt. Als „Paar“, bestehend aus dem Fürst (Nassi) und dem Gerichtsvorsitzenden (Aw Beit Din), wurden die beiden Vorsitzenden der damaligen obersten geistigen Instanz, des Sanhedrin, bezeichnet.⁴³

Das wohl bekannteste und letzte Paar dieser Epoche waren Hillel (auch „Hillel, der Alte“, genannt) und Schamai⁴⁴. Mit Hillel und Schamai begann die ca. 200 Jahre währende Epoche der Tannaim (pl. von Tanna), von 10 bis 220 n.d.Z. Tanna bedeutet soviel wie: einer, der das von seinen Meistern Gelernte wiederholt einschärft.⁴⁵ Das einschneidendste Ereignis dieser Epoche war die Zerstörung des zweiten Tempels zur Zeit der Herrschaft des römischen Kaisers Vespasian im Jahre 70 n.d.Z. Mit Rabbi Jehuda Hanassi – auch Rabbeinu Hakadosch (unser heiliger Rabbi) oder einfach nur Rabbi genannt –, dem letzten und einflussreichsten Weisen und politischen Führers Israels seiner Zeit, endete die Epoche der Tannaim. Wichtigste Schöpfungswerke der Epoche der Tannaim sind Mischna und Midrasch⁴⁶.

2.5 Mischna und Talmud

Von der Zeit Moses bis zu Rabbi Jehuda Hanassi ist kein Schriftwerk verfasst worden, welches wie die schriftliche Torah unterrichtet wurde. Vielmehr unterrichtete das geistige Oberhaupt oder der Prophet einer jeden Generation mündlich, was er von seinen Lehrern hörte, unter Zuhilfenahme seiner eigenen Notizen.

Das ursprüngliche Verbot die mündliche Torah schriftlich festzulegen, begründet in der Tatsache, dass ein geschriebenes Wort stets Zweifel hervorruft⁴⁷, beschloss Rabbi Jehuda Hanassi und sein Gerichtshof aufzuheben. Dieser Beschluss wurde im zweiten Jahrhundert n.d.Z. gefällt und war Resultat der Beobachtung, dass das römische Imperium auch nach Zerstörung des Tempels immer mächtiger wurde und die Zeit und Muße zum Auswendiglernen der gewaltigen Anzahl an Traktaten und Gesetzen, aufgrund der zunehmenden Verfolgungen und Dekrete, immer knapper wurde. Es galt den kommenden Generationen ein Kompendium der gesamten mündlichen Lehre zu erstellen. Solch ein Gesetzeskompendium erforderte eine genaue und einheitliche Formulierung, um all jene Halachot der bis dahin existierenden sechs- bis siebenhundert Traktate der mündlichen Lehre so kurz und präzise wie möglich zusammenzufassen. Zu diesem Zweck versammelte Rabbi alle Weisen in seiner Lehranstalt, woraufhin nach einer erschöpfenden Diskussion unter allgemeiner Zustimmung entschieden wurde, was hereinkommen sollte und was nicht und wie der zur Diskussion stehende Sachverhalt unter Berücksichtigung all seiner Nebenaspekte am eindeutigsten formuliert werden sollte.⁴⁸ So entstand im Jahre 200 die Mischna. Rabbi unterteilte sie in sechs Kategorien, die sechs Ordnungen der Mischna. Die Ordnungen wurden ihrerseits in 63 Traktate unterteilt. Jede der sechs Ordnungen behandelt einen Teilaspekt des gesamten menschlichen Lebensbereiches:

⁴³ Steinsalz 1998, 36.

⁴⁴ mehr zu diesen und anderen herausragenden Persönlichkeiten des Talmud s. Steinsalz 1996, 11-30.

⁴⁵ Steinsalz 1998, 38.

⁴⁶ wird im anschließenden Unterpunkt erklärt.

⁴⁷ ein geschriebenes Wort benötigt stets eine mündliche Erläuterung dessen, da es verschiedenartig ausgelegt werden kann, vor allem im Laufe der Zeit, da der zeitliche Fortschritt eine stets zunehmende Vielfalt an neuartigen menschlichen Angelegenheiten mit unterschiedlichen Auswirkungen mit sich bringt, die den Rahmen eines jeden Schriftwerks sprengen. Ein Erklärungswerk werde bald ein nächstes notwendig machen um das Erstere zu erklären, s. Eisenberg 2002, 37.

⁴⁸ Eisenberg ebenda, 50.

1) Seraim (Saatgut): Mensch und Erde, 2) Mo'ed (Festzeiten): Mensch und Zeit, 3) Naschim (Frauen): Mann und Frau, 4) Nesikim (Schadenersatz): Mensch und Mitmensch, 5) Kodashim (Heiliges): Mensch und das Heilige, 6) Taharot (Reinigungen): Mensch und Tod.⁴⁹

Im Gegensatz zum Midrasch, dessen Lehrweise durch ein stetes Ableiten der Halacha aus dem zugehörigen Torahpassus geprägt ist, ist in der Mischna kein Zusammenhang zwischen Halacha und Torahvers erkennbar. Dies war insofern notwendig, da zahlreiche Gebiete der mündlichen Lehre sich weit über den Rahmen der wenigen Verse hinaus entwickelten, die ihnen als Grundlage dienten.⁵⁰ Ein weiterer Grund für diese Lehrweise war die Tatsache, dass einige Gesetze, wie z.B. die des Schabbat, über viele verschiedene Stellen in der Torah verstreut waren. Ein Lernen der Schabbatgesetze aus dem Toratext wäre daher mühsam gewesen.⁵¹

Während im Mischnatext selbst in geringem Umfang als Midrasch erkennbare Abschnitte auffindbar sind, beinhaltet der Talmud, der, wie unten erläutert, als Kommentar zur Mischna deren Grundlagen und Quellen offenzulegen sucht, eine große Menge an Midraschliteratur.⁵² Die wichtigsten Sammelwerke der Midraschliteratur sind Mechilta zum Buch Schmot (2. Buch Moses), sowie Sifra zum Buch Vajikra (3.B.M.) und Sifri zu den Büchern Bamidbar und Devarim (4. und 5. B.M.).

Ein nicht unwesentlicher Teil des dem Rabbi Jehuda Hanassi vorliegenden Materials ist nicht in die Endfassung der Mischna eingeschlossen worden. Ein Teil dieser Mischnaiot (pl. von Mischna), welche außerhalb der Endversion der Mischna verblieben, wurde Baraita (wörtl. außerhalb) genannt und blieb innerhalb der talmudischen Diskussionen oder den erwähnten Werken des Midrasch erhalten. Ein weiterer Teil wurde von zwei der bedeutendsten Schüler des Rabbi zur sogenannten Tossefta (wörtl. Zusatz) zur Mischna zusammengestellt.

Mit der Besiegelung der Mischna endete die Epoche der Tannaim. Ihr schloss sich die Epoche der Amoraim (pl. von Amora) an, die sich über ca. 300 Jahre erstreckte und mit der Besiegelung des Talmuds im Jahre 500 ihr Ende nahm.

Hauptwerk der Amoraim war die Erläuterung der Lehre der Tannaim – Mischna und Baraitot, worauf die Bezeichnung Amora (aramäisch: Übersetzer; Ausleger) hinweist. Die Mischna galt als autorisiertes Halachawerk, weshalb die zu den Amoraim zählenden Gelehrten sie nur auslegten, ihr jedoch nicht widersprechen wollten.⁵³ Neben der Auslegung der Mischna beschäftigten sich die Amoraim mit der Klärung scheinbarer Widersprüche zwischen Tannaischen Quellen, der Ableitung halachischer Grundsätze aus dem Mischnatext, der Formulierung weiterer Halachot anhand jener Grundsätze, dem Erlassen von Anordnungen sowie der Festlegung von Bräuchen und Regeln der halachischen Deziision.⁵⁴

Die Amoraim wirkten an zwei geistigen Zentren, Babylon (dem heutigen Irak) und Israel. Nach dem Tod des Rabbi Jehuda Hanassi kam es nämlich zu einer Verschlechterung der wirtschaftlichen und politischen Lage der dem römischen Imperium unterworfenen Juden in Israel. Dies führte zu einer zunehmenden Auswanderung und Stärkung des bis dahin relativ unbedeutenden Torahzentrums Babylons, welches sich im Laufe der Zeit zum wichtigsten geistigen Zentrum entwickelte, das selbst die Torahzentren in Israel in den Schatten stellte. Dort entstand das bis heutige bedeutendste Monumentalwerk jüdischen und halachischen Denkens, der Babylonische Talmud.

Parallel zu den Amoräern Babylons führten die in Israel verbliebenen Amoräern, der zunehmenden Unterdrückung durch die römische und später byzantinische Herrschaft zum

⁴⁹ Sternbuch 1980, 19. S.a. Steinsalz 1998, 115-120.

⁵⁰ Steinsalz 1998, 48.

⁵¹ Eisenberg 2002, 93.

⁵² Steinsalz ebenda, 284.

⁵³ s. S. 14.

⁵⁴ Eisenberg, ebenda.

Trotz, ihre Lehrtätigkeit fort, deren Krönung die Verfassung des Jerusalemer Talmud war. Babylon hingegen, welches unter persischer Herrschaft stand, war den dort lebenden Juden um einiges freundlicher gesinnt.

Die unterschiedliche politische Lage machte sich auch im jeweiligen Stil des Babylonischen und Jerusalemer Talmud bemerkbar, obgleich beide die Mischna zur Grundlage hatten und dieselben Lehrprinzipien verwendeten. Inhaltlich unterscheidet sich der Jerusalemer Talmud vom Babylonischen vor allem durch eine ausführliche Befassung mit den Gesetzen der Landwirtschaft, die mit dem Land Israel selbst zusammenhängen und die im zweiten fast überhaupt nicht behandelt werden. Der Hauptunterschied besteht jedoch in der Qualität der Redaktion. Der Jerusalemer Talmud ist nie zu einer vollständigen Redaktion gelangt, vielmehr musste das integrierte Lernmaterial eilig zusammengetragen werden, was zu Einbußen in der erforderlichen Genauigkeit führte.⁵⁵ Der Babylonische Talmud hingegen konnte aufgrund der ruhigen politischen Lage und des spirituellen Freiraumes mit großer Sorgfalt editiert werden, was sich unter anderem in der scharfsinnigen und großzügigen Lehrmethode widerspiegelt, die mehr Freiraum für gelehrte Diskussionen und weitere Entwicklung des Gelernten zulässt.⁵⁶ Aus diesem Grund ist der Babylonische Talmud für halachische Entscheidungsfällungen bis heute am maßgebendsten.

Da der Talmud (sowohl der Babylonische als auch der Jerusalemer) Kommentar zur Mischna ist, wird er den oben erwähnten Ordnungen der Mischna gemäß eingeteilt. Auf eine genauere Beschreibung des Aufbaus des Talmuds wurde, der Menge des zu besprechenden Materials wegen, in dieser Arbeit nicht eingegangen.

Der Talmud kann prinzipiell als letztes zur Primärliteratur des Judentums gehörendes Quellenwerk betrachtet werden, da die folgende Literatur sich hauptsächlich auf ihn stützt. Aus ihm bezieht sie ihre Autorität immer dann, wenn es gilt ein neu aufgekommenes Problem im Sinne der jüdischen Tradition anzugehen.⁵⁷

2.6 Der halachische Disput

Steinsalz schildert die historischen Umstände, die zum Zustandekommen von Meinungsverschiedenheiten innerhalb der jüdischen Lehre und schließlich zum berühmten halachischen Disput (hebr. Machloket) führten: *„Der umfangreiche Lernstoff, der im Laufe der Generationen immer weiter anwuchs, wurde schon relativ früh zum Problem. Dies noch zu einer Zeit, als die religiösen und rechtlichen Institutionen eine eindeutige Hierarchie und einheitliche Rechtsnormen besaßen, die eine endgültige Regelung und Entscheidung eines jeden Problems im Großen Sanhedrin, das seinen Sitz im Tempel hatte, ermöglichten. Die Einheitlichkeit musste schon in der Hasmonäerperiode ihre ersten Einbrüche hinnehmen. Zu einer weiteren Auseinanderentwicklung kam es dann in den Tage Hillels und Schammais, als ganz offiziell zwei große gleichermaßen anerkannte halachische Schulen nebeneinander bestanden. ... die Öffnung der Tore des Lehrhauses für Gelehrte aller Volksschichten, ..., brachte einen großen Zustrom von Schülern mit sich. In der Folge mehrten sich in den kommenden Generationen die Lehrer und viele von ihnen gründeten eigene Lehranstalten... mit der Entstehung von Schulen und Lehranstalten wurde ... einer größeren Vielfalt an Lehr- und Überlieferungsmethoden Vorschub geleistet. Es war nur natürlich, dass jeder Lehrer seine besondere Ausdrucksweise hatte und die mündlich überlieferten Halachot auf die ihm eigene Art und Weise formulierte. Meistens waren die Besonderheiten rein äußerlicher Art, es kam aber auch schon zu inhaltlichen Unterschieden, von denen manche, wenn auch*

⁵⁵ Steinsalz 1998, 75.

⁵⁶ ebenda, 75.

⁵⁷ ebenda, 88.

*unbeabsichtigt, weitreichende Folgen hatten.*⁵⁸

Maimonides⁵⁹ in seinem Vorwort zur Mischna verwirft mit scharfen Worten die Ansicht, nach welcher mangelndes Verständnis, fehlerhafte Auslegung oder gar lückenhaftes Wissen der jüngeren Gelehrten-Generation im Vergleich zu ihren Vorgängern als Ursache für das Entstehen von Meinungsverschiedenheiten unter den Gelehrten zu beschuldigen seien; dies sei hässlich und die Worte eines Unwissenden. Vielmehr seien die Gelehrten nicht zu beschuldigen, da sie mit der ihnen maximal erreichbaren Auffassungsgabe studierten, genauso wie man zwei kluge Menschen heutzutage nicht dazu zwingen könne sich mit dem Geistesverstand von zwei Weisen der Epoche des Tannach zu unterhalten. Das Entstehen einer Meinungsvielfalt und Auseinandersetzungen unter den Gelehrten waren also laut Maimonides durch eine Generation für Generation stetig abnehmende Geistesfähigkeit verursacht, wie im Talmud an manchen Stellen versinnbildlicht: *„R. Johanan sagte: Das Herz der Ersteren war wie die Pforte der Tempelhalle, das der Späteren wie die Pforte des Tempels, und unseres ist wie das Ohr einer Nähnadel“*⁶⁰. *„R. Zera sagte im Namen des Raba bar Zimona: Waren die Früheren Engel, so sind wir Menschen, waren die Früheren Menschen, so sind wir Esel, und zwar nicht Esel, wie der des R. Hanina b. Dosa, oder der des R. Pinhas b. Jaír, sondern ganz gewöhnliche Esel.“*⁶¹

Es ist erwähnenswert, dass die unterschiedlichen Lehrmeinungen der Weisen verschiedener Schulen keine negativen Auswirkungen auf die im Privatleben vorherrschende Nächstenliebe hatte, wie der Talmud bezeugt: *„Obgleich die Schule Schammais und die Schule Hillels streiten über Nebenbuhlerinnen, Schwestern, einen alten Scheidebrief, eine zweifelhafte Ehefrau, eine Geschiedene, die mit ihm in einer Herberge übernachtete, über Geld und Geldeswert ..., so unterließen dennoch weder [Angehörige] der Schule Schammais, Frauen [aus Familien] der Schule Hillels, noch [Angehörige] der Schule Hillels, Frauen [aus Familien] der Schule Schammais zu heiraten. Dies lehrt dich, dass sie einander Liebe und Freundschaft entgegenbrachten, zur Bestätigung der Schriftworte: „Wahrheit und Frieden liebet“*⁶².

Eine weitere Folge des nach Ansicht des Maimonides erfolgten geistigen Abstiegs der Generationen war die Herausbildung einer hierarchischen Struktur innerhalb der mündlichen Lehre, die besonders im Verhältnis zwischen Mischna und Talmud zu erkennen war. Die Weisen des Talmud (Amoraim) wahrten in ihren Disputen die Autorität der Mischna und pflegten in den meisten Fällen die Worte eines Tanna nicht zu widerlegen.

Der folgende Auszug aus Steinsalz' „Talmud für Jedermann“ beschreibt anschaulich wie eine Diskussionsrunde der Talmudweisen im damaligen Lehrhaus (hebr. Jeschiwa) aussah: *„Der Leiter der Jeschiwa oder ein anderer Weiser erklärte, wie er die Mischna versteht und an die sich aus ihr ergebenden Probleme herangehen will. Oft wurde er dann von den dort anwesenden Gelehrten mit Fragen überschüttet, die seine Interpretation auf Grund anderslautender Quellen, einer anderen Auslegung des Textes oder einfach auch rein logisch zu erschüttern suchten. Manchmal war der Streit nur von kurzer Dauer und wurde durch eine knappe aber erschöpfende Antwort beendet. In anderen Fällen wiederum griffen auch andere Gelehrte in die Diskussion ein und boten Alternativlösungen an. Das Streitgespräch nahm dann oft die Form einer Konferenzrunde an, bei der der Leiter der Jeschiwa den Vorsitz übernahm und hie und da für die eine oder andere Seite Partei ergriff oder auch nur*

⁵⁸ ebenda, 50.

⁵⁹ Maimon 1994 (Hakdamot le'pirusch ha'Mischna), 38.

⁶⁰ Goldschmidt 1930 Bd.2, 158 (Eruvin 53a).

⁶¹ Goldschmidt 1930 Bd.1, 778 (Schabbat 112b). Der Esel des R. Chanina ben Dosa, der oft vermietet wurde, kam abends nicht eher nach Hause, als bis der Mieter das Mietgeld genau wie verabredet gezahlt hatte, s. ebenda, Fußnote 17.

⁶² Zit.n. Zecharia 8, 19.

⁶³ Goldschmidt 1931 Bd.4, 359 (Jevamot 14b).

Meinungen der Teilnehmer zusammenfasste. ⁶⁴

Prinzipiell darf man sich also den Talmud als eine sorgfältig redigierte, terminologisch vereinheitlichte Sammlung dieser Diskussionsrunden vorstellen.

Die für den Talmud charakteristische Vielfalt von Meinungen und Auseinandersetzungen könnte zur Frage veranlassen, welches nun die wahre Meinung wäre. Dem entgegen der Talmud im Traktat Eirubin mit den Worten: „*Eilu vaeilu divrei eokim chayim...*“⁶⁵ – „*dies und dies sind die Worte des lebendigen Gottes...*“.

2.7 Die nachtalmudische Periode

2.7.1 Geonim, Rischonim, Acharonim

Der Epoche des Talmuds, die etwa im Jahre 500 n.d.Z. ihr Ende nahm, schloss sich die Epoche der Geonim an, welche bis zum Tod des Rav Hay Gaon im Jahre 1038 andauerte.⁶⁶ Als ‚Geonim‘ wurden die geistigen Vorsteher der babylonischen Lehrhäuser, Sura und Pumbedita, bezeichnet, welche derzeit noch das geistige Zentrum des gesamten Judentums weltweit darstellten. Die Geonim sahen im Talmud die Hauptquelle für alle Bereiche jüdischen Lebens und sorgten für seine Verbreitung in allen exilischen Kreisen des Judentums. Schon damals machte sich die Schwierigkeit bemerkbar aus der Vielfalt und Komplexität talmudischer Diskussionen praktische, halachische Anweisungen für entstehende Probleme zu entnehmen. Die Geonim fungierten als oberster Gerichtshof für alle aufkommenden Fragen, ähnlich dem Aufbau und der Funktion des Jerusalemer Sanhedrin und sorgten so für Wahrung einer einheitlichen Übergabe der jüdischen Lehre. Genannte Problematik des Bezugs des Talmud auf die Praxis, sowie ein reger Austausch von Fragen und Antworten zwischen dem gesamten exilischen Weltjudentum und den babylonischen Lehrzentren führte zur Entstehung der beiden wesentlichen literarischen Schöpfungen der Geonim: die Schu't-Literatur (Kürzel für ‚Sche'elot utschuwot‘, hebr. Fragen und Antworten; Responsa) sowie praxisorientierte Zusammenfassungen der halachisch relevanten Talmudabschnitte wie das ca. im Jahr 850 von Rabbi Schimon Kaira verfasste Werk ‚Halachot Gedolot‘.

Mit dem Auswandern einflussreicher Torahgelehrter und der Entstehung neuer Lehrhäuser in der Ferne der Diaspora nahm die Abhängigkeit exilischer Gemeinden vom babylonischen Torahzentrum ab, welches nach und nach an Bedeutung verlor. Seit dem Ende der Epoche der Geonim gibt es gegenwärtig kein einheitliches Torahzentrum für das jüdische Volk. Der Epoche der Geonim schließen sich die beiden letzten Epochen an, sie werden wiederum nach den jeweils wirkenden Weisen, den Rischonim (wörtl. Ersterer) und Acharonim (Letztere) benannt.

Die Rischonim wirkten hauptsächlich in Spanien und Nordafrika, sowie Italien, Frankreich und Deutschland. Die Epoche der Rischonim endete mit der Besiegelung des Schulchan Aruch im sechzehnten Jahrhundert durch Rabbi Josef Karo, etwa zur Zeit der spanischen Inquisition. Die Epoche der Acharonim reicht bis in die Gegenwart. Ähnlich wie das oben erwähnte Verhältnis zwischen Tannaim und Amoraim, erkannten die Acharonim die Autorität der Rischonim an und widerlegten sie in den meisten Fällen nicht.

⁶⁴ Steinsalz 1998, 82.

⁶⁵ Eruvin 13b. Für einen Erklärungsversuch dieser Aussage des Talmud s. 2.7.2.2.

⁶⁶ Eisenberg 2002, 116. Die meisten Chroniken erwähnen vor der Epoche der Geonim eine relativ kurz dauernde Epoche der Saworaim.

2.7.2 Literarische Schöpfung der posttalmudischen Weisen (Rischonim und Acharonim)

Die Gelehrten beider Epochen befassten sich mit dem Talmud in drei Gesichtspunkten: sie erklärten ihn, fertigten systematisierte Kurzfassungen zur Erleichterung des Halachastudiums an und beantworteten Fragen basierend auf dem Talmud.⁶⁷

Dementsprechend kann die posttalmudische Literatur in drei Kategorien unterteilt werden, aus welchen im Folgenden ausgewählte Autoren und deren Werke beispielhaft aufgezeigt und besprochen werden:

1. Erläuterungen von Mischna und Talmud,
2. halachisch ausgerichtete Zusammenfassungen relevanter talmudischer Auseinandersetzungen, bzw. Verfassung von Halacha-Büchern, insbesondere durch die Acharonim, angelehnt an die Werke der Rischonim,
3. Responsa.

2.7.2.1 Talmudkommentare

Populärster und meiststudierter Talmud- und Bibelkommentator war der im elften Jahrhundert in Frankreich lebende Rabbi Schlomo Jitzchak, bestens unter dem Akronym Raschi bekannt. Raschis Kommentar in hebräischer Sprache zeichnet sich durch einen klaren und einfachen Sprachgebrauch aus, ist zugleich äußerst knapp und präzise gehalten und sowohl für Anfänger als auch für erfahrene Gelehrte unentbehrlich. Er umfasst beinahe den gesamten babylonischen Talmud sowie die gesamte schriftliche Lehre und ist fester Bestandteil jeder Druckausgabe des Talmud und Tanach. Raschi verzichtet in seinem Kommentar auf Zusammenfassungen, aber auch auf halachische Entscheidungen.⁶⁸

Raschis Enkelsöhne setzten im zwölften und dreizehnten Jahrhundert seine Gelehrtentätigkeit fort, deren Ergebnis der Raschis Kommentar in seiner Bedeutung nicht unterlegene Tossafotkommentar war.

Tossafot (wörtl. Zusätze, Ergänzungen) wurden so bezeichnet, da sich seine Autoren selbst als „Ergänzer“ von Raschis Kommentar betrachteten. Zu Raschis Enkelsöhnen, den ersten der Ba'ale Hatossafot (Meister der Tossafot), kamen im Verlauf der zweihundert Jahre ihres Wirkens weitere Gelehrte hauptsächlich aus Frankreich und dem späteren Deutschland hinzu. Tossafot ist also, ähnlich dem Talmud selbst, ein Kollektivwerk mehrerer Gelehrter, welches anfangs vielleicht nicht über Anmerkungen zu Raschis Kommentar hinausging, sich im Verlauf der Zeit jedoch zu einem umfassenden Talmudkommentar entwickelte.⁶⁹ Die Lehrweise der Tossafot ähnelte jener der Amoräer: sie verglichen Diskussionen im babylonischen und Jerusalemer Talmud, Baraitot, Tosseftot und Midrasch, überprüften unterschiedliche Wortlaute, verglichen widersprüchliche Talmudstellen und diskutierten Aussagen der ihnen vorhergehenden Rischonim, hauptsächlich Raschi. Der Tossafotkommentar wird daher sogar als Fortsetzung des Talmuds angesehen, ähnlich wie das Verhältnis zwischen Talmud und Mischna. Berühmtester aller ‚Meister der Tossafot‘ war der in Frankreich lebende Enkel Raschis Rabbi Jakov, Sohn des Rabbi Meir, besser unter dem Namen Rabbeinu Tam bekannt. Seine enorme Geistesschärfe und umgreifende Kenntnis des Talmud veranlasste einen zeitgenössischen Weisen einmal zu der Bemerkung, dass es fraglich sei, ob man sich in Sachen Halacha nach Rabbeinu Tam richten solle, denn *„sein Herz ist das eines Löwen, und wir wissen nie, ob er in ihm [seinem Kommentar] nur seine Geistesschärfe*

⁶⁷ ebenda, 123.

⁶⁸ Steinsalz 1998, 93.

⁶⁹ ebenda, 95.

zeigen will. Wir jedenfalls können ihn nicht widerlegen.“⁷⁰

Auch der Tossafotkommentar ist in jeder Talmudausgabe enthalten.

Parallel zu den Weisen Frankreichs und Deutschlands, wirkten in Spanien und Ägypten einflussreiche Rischonim, wie z.B. der im Spanien des zwölften Jahrhunderts lebende Rabbi Mosche, Sohn des Nachman, bekannt unter dem Akronym Ramban, oder Nachmanides (nicht zu verwechseln mit Rambam, Maimonides). Neben einem Kommentar zur Bibel verfasste er halachische und philosophische Werke.

2.7.2.2 Halachische Werke

Halachische Literatur unterscheidet sich vom bisher besprochenen Anteil der mündlichen Lehre, dem Talmud und seiner Kommentare, in entscheidender Weise. Charakteristisch für den Talmud nämlich ist das Nebeneinanderbestehen vieler, häufig widersprüchlicher Meinungen der Gelehrten und trotzdem bezeugt der Talmud selbst: „*Eilu vaeilu divrei eokim chayim vehalacha kebeit Hillel*“ – „*dies und dies sind die Worte des lebendigen Gottes und die Halacha ist gemäß dem Lehrhaus des Hillel*“⁷¹. Das heißt, auch wenn sich zwei Gelehrte widersprechen und die Halacha gemäß der einen Meinung gefällt wird, besitzt auch die andere Lehrmeinung immer noch ihre Validität und bleibt „*divrei elokim chayim*“.⁷² Anders jedoch die Halacha, welche die Funktion eines Gerichtsurteils bezüglich der praktischen Ausübung der Gebote und Bräuche einnimmt. Bei halachischen Fragen kann „dies und dies sind die Worte...“ nicht gelten, da man ja nicht gleichzeitig erlauben und verbieten kann. Die Festlegung der Halacha durch die Rischonim und Acharonim, abgeleitet aus einer Vielfalt von Lehrmeinungen des Talmuds und der Poskim späterer Generationen, beruht ihrerseits auf einer Reihe von teils nachvollziehbaren, teils durch Übereinkunft und Überlieferung entstandenen Prinzipien.⁷³

Die von den nachtalmudischen Poskim verfassten halachischen Werke lassen sich in zwei Arten unterteilen. Die einen übernahmen den ursprünglichen talmudischen Wortlaut, fertigten halachisch orientierte Kurzfassungen an, unter Vermeidung der teilweise langwierigen halachischen Verhandlungen, nur die wichtigsten Meinungen und Halachot nennend.

Die anderen wandten eine gänzlich andere Methode an, ähnlich der Verfassung der Mischna durch Rabbi Jehuda Hanassi. Sie sammelten alle halachischen Entscheidungen von Mischna und Talmud und stellten sie zu einer neuen, thematischen Ordnung zusammen, in knapper Sprache, ohne jegliche Begründungen und Erklärungen anzugeben.

Wesentliches Beispiel für erstere Methode ist das Werk des Rabbi Jitzchak Alfasi, bekannt unter dem Kürzel Ri“f. Der Ri“f lebte zum Ende der Epoche der Geonim in Fes, Marokko.

Letztere Methode ergriff Maimonides in einem der einflussreichsten halachischen Werke, „*Mischne Torah*“. Poskim seiner und folgender Generationen stellten klar, dass auch auf Maimonides' Werk die auf die Mischna ausgerichtete Aussage des Talmud zutrifft: „*Die Tanna'im richten die Welt zugrunde*“⁷⁴ Mit dieser harten Aussage zielt der Talmud auf diejenigen, die nur die Gesetze ohne ihre Erörterungen und Begründungen studieren.

⁷⁰ ebenda, 96.

⁷¹ Übers. n. Eruvin 13b.

⁷² vgl. Schneerson 2006, 153-154 für eine Erklärung dieses Ausspruchs am Beispiel der drei Meinungen, zu welchem Zeitpunkt das Gebot der Geldspende für die Stiftshütte (Wüstentempel) ausgesprochen wurde. Da es sich um ein vergangenes Ereignis handelt, kann ja nur eine der drei Meinungen richtig sein. Auf geistiger Ebene jedoch zielen die drei Meinungen auf drei unterschiedliche Geisteszustände der Juden ab, was uns laut Schneerson lehrt, dass alle Juden einen, von ihrem geistigen Niveau unabhängigen, Anteil an der Stiftshütte hatten.

⁷³ s. 2.8.3.

⁷⁴ Goldschmidt 1932, 80 (Sota 22a).

Ungeachtet ihres hohen Stellenwerts als Ursprung der mündlichen Lehre, darf die Mischna also auf keinen Fall als praktisches Halachabuch angewandt werden, da das Fehlen von Erläuterungen und Begründungen halachischer Festsetzungen im Mischnatext dazu führen kann, einen gewissen Sachverhalt fehlerhaft auf eine bestimmte Mischna zu beziehen. Ferner ist bei vielen Mischnaiot, die widersprüchliche Meinungen zweier oder mehrerer Tannaim enthalten, ohne Kenntnis des Talmuds unklar, nach welcher Meinung die Halacha zu fällen ist.⁷⁵ So ist für die richtige Anwendung des „Mischne Torah“ eine Kenntnis des Talmuds genauso unentbehrlich, wie für das Verständnis der Mischna eine talmudische Expertise unverzichtbar ist. Die große Anerkennung nebst der Entgegnung, welche das Werk des Maimonides hervorrief, zeigte sich in der Verfassung von über 350 Kommentaren zum „Mischne Torah“, die Unklarheiten besprachen, sowie Auslegungen anfertigten. Zwei weitere tragende Säulen halachischer Literatur standen am Ende der Epoche der Rischonim, ca. im Jahre 1250. Diese waren Rabbi Ascher ben Jechiel, genannt der Ro'sch, dessen Stil dem des Ri'f ähnelt, sowie sein Sohn, Rabbi Jakob ben Ascher, nach seinem Werk ‚Tur‘ (Kolumne), ‚Ba'al Haturim‘ (Meister der Kolumnen) genannt. Rabbi Jakob lernte von seinem Vater, einem Gegner der Methode des Maimonides, dass man als Verfasser eines Gesetzbuchs stets Beweise für seine Aussagen unter Angabe ihrer Quelle bringen muss. Er ordnete alle Halachot in einer neuen Art und Weise an, welche von den späteren Poskim, insbesondere von Rabbi Josef Karo, Verfasser des für alle folgenden Generationen verbindlichen Halachakodex ‚Schulchan Aruch‘, übernommen wurde. Der Ba'al Haturim bezog seine Quellen aus der gesamten bis dahin existierenden rabbinischen Literatur: die Werke der Geonim, Raschi, Tosafot, sowie der Weisen Ost- und Westeuropas. Er begnügte sich jedoch nicht lediglich mit der Erwähnung seiner Vorgänger, sondern widersprach ihnen nicht selten, manchmal widersprach er in seinen halachischen Schlussfolgerungen sogar seinem Vater, dem Ro'sch, weshalb beide als voneinander unabhängige Poskim betrachtet werden.

Die vier Kolumnen („Arba'ah Turim“) sind:

1. *Orach Chaim* – Weg des Lebens, behandelt Gesetze des alltäglichen jüdischen Lebens, einschliesslich der Gesetze von Schabbat und Feiertagen, Gebete und anderer täglich zu haltender Gebote.
2. *Jore Dea* – Lehrer des Wissens, behandelt die Speisegesetze, Gesetze bezüglich Götzendienst, Gelöbnisse, Wohltätigkeiten, Torahstudium, Trauergebote, u.a.
3. *Even Haezer* – Stein der Hilfe, enthält Gesetze hinsichtlich Heirat und Scheidung, sowie des Familienlebens.
4. *Choschen Mischpat* – Bruststück (= „Choschen“)⁷⁶ des Gerichts, ist ein Kodex jüdischen Zivil- und Strafrechts.

Der letzte zu den Rischonim zählende Possek war Rabbi Josef Karo. 1488 im spanischen Toledo geboren, wurde er im Alter von vier Jahren mit seinen Eltern im Rahmen der spanischen Inquisition vertrieben und ließ sich schließlich in Safed, Israel, nieder. Seine Hauptwerke sind „Kessef Mischne“, ein Kommentar zu Maimonides' „Mischne Torah“, „Beit Josef“ (wörtl. „das Haus Josef“), eine Ergänzung zu den „Arba'ah Turim“, sowie „Schulchan Aruch“ (wörtl. „gedeckter Tisch“).

Der bedeutendste Possek des West- und Mitteleuropäischen Judentums (sog. Ashkenasisches Judentum) Rabbi Moses Isserles (1520-1572), unter dem Kürzel ‚Rama‘ bekannt, widersprach dem Schulchan Aruch in einigen Punkten, die nicht dem Ashkenasischen Brauchtum entsprachen. Die Anmerkungen des ‚Rama‘, welche in jeder Ausgabe des Schulchan Aruch

⁷⁵ Eisenberg 2002, 99.

⁷⁶ Das Choschen war ein Schmuckstück welches der Hohepriester zur Zeit des Gottesdienstes im Tempel auf seiner Brust trug.

mitgedruckt sind, führten zu einer Verbreitung dessen auch unter den Aschkenasischen Juden, da überall, wo der ‚Rama‘ dem Schulchan Aruch nicht widersprach, die halachische Entscheidung des Schulchan Aruch akzeptiert wurde.⁷⁷

Der Schulchan Aruch, welcher prinzipiell eine Zusammenfassung des Beit Josef darstellt, ergänzt durch die Anmerkungen des Rama, ist gegenwärtig das wichtigste, autorisierte Grundsatzbuch der Halacha. Die dort gefällten halachischen Entscheidungen sind für das gesamte Judentum weltweit verbindlich, seine Einteilung entspricht der des ‚Tur‘.

Von den zahlreichen Kommentaren zum Schulchan Aruch sind zu erwähnen der des Rabbi Schabtai Cohen aus dem 17. Jahrhundert, benannt nach den Initialen des Verfassers, Scha’ch-Kommentar, sowie der Ta’z-Kommentar (Initialen stehen für ‚Turei Zahav‘, die „goldenen Kolumnen“) des 1586 geborenen Rabbi David Halevi.

Die meisten Kommentare behandeln nicht alle vier Teile des Schulchan Aruch.

Neben Kommentaren zum Schulchan Aruch verfassten einige Poskim der Epoche der Acharonim neue halachische Werke, mit dem Ziel dem Lernenden zu ermöglichen aus einem einzigen Buch die Halacha erlernen zu können, im Gegensatz zu den Kommentaren, die nicht ohne dem Schulchan Aruch oder dem Tur studiert werden können. Einige jener Werke richteten sich nach der Einteilung des Schulchan Aruch, andere wurden neu angeordnet. Zwei für die Dissertation relevante Werke sind ‚Schulchan Aruch Harav‘, sowie ‚Mischna Brura‘. Ersteres wurde vom 1747 geborenen Rabbi Schneor Zalman aus Liadi, dem Begründer des Chabad-Chassidismus, verfasst. Es enthält neben halachischen Entscheidungen auch Begründungen dieser.

Letzteres stellt eine sehr populäre zusammenfassende Erläuterung des ersten Teils des Schulchan Aruch („Orach Chaim“) durch Rabbi Israel Meir Hakohen (1838-1933) dar, auch bekannt als ‚Chafez Chaim‘, nach seinem Buch über die Gesetze von übler Nachrede.

2.7.2.3 Responsa

Parallel zur systematisch geordneten halachischen Literatur, dem Talmud entsprechend oder thematisch geordnet, entwickelte sich als Abzweigung dazu eine halachische Literatur in Form von Fragen und Antworten. In hebräischem Sprachgebrauch ist für diese Art halachischer Literatur der Begriff „Schu’t“ geprägt worden, wiederum ein Kürzel für „Sche’elot U’tschuwot“ („Fragen und Antworten“).

Die Schu’t-Literatur behandelt praktische Fragen, zu denen der befragte Weise praktische, zeitgemäße Lösungen finden musste, im Gegensatz zur ‚regulären‘ Halachaliteratur, welche die Halacha systematisch geordnet zusammenfasst. Im Verlauf der Zeit wurden die Fragen und Antworten zusammengestellt und sinnvoll angeordnet, um eine Verwendung der Antworten im Rahmen des Torahstudiums zu ermöglichen.

Ein Austausch von Fragen und Antworten fand bereits vereinzelt zur Zeit der Tannaim statt, wie der Talmud bezeugt.⁷⁸ Zur Zeit der Amoräer fand ein reger Austausch zwischen den Torahzentren Israels und Babyloniens statt. Zur Epoche der Geonim nahm die Responsaliteratur erstmals einen Platz als eigenständige literarische Schöpfung ein, bedingt durch die oben erläuterte Stellung der Talmudschulen in Babylon.⁷⁹ Einen weiteren Aufschwung erlebte die Responsa-Literatur zur Zeit der Rischonim zwischen dem 12. und 14. Jahrhundert, bedingt durch die sich mehrenden Pogrome und die dadurch auftretenden Fragen. So stellen die Responsa als Nebenprodukt ein historisches Zeugnis dar, indem sich aus den Fragen lernen lässt, was die Juden zu jenen Zeitpunkten gerade am meisten

⁷⁷ Eisenberg 2002, 149.

⁷⁸ Gittin 34b.

⁷⁹ s. 2.7.1.

beschäftigte. Im Laufe der Zeit machte sich eine weitere Entwicklung in der Formulierung der Antworten bemerkbar. Im Gegensatz zu den Antworten früherer Generationen, die häufig nur knapp und gezielt formuliert waren, begnügten sich die Poskim späterer Generationen nicht mit kurzen Antworten, sondern erklärten ausführlich ihren Gedankengang und den Weg, der sie veranlasste, so und nicht anders zu entscheiden. Dadurch nahmen die Responsa eine wichtige Stellung innerhalb der halachischen Literatur ein, indem sie nicht nur als praktische Handlungsanleitungen fungierten, sondern auch vertiefende Analysen zu halachischen Problemen lieferten.⁸⁰

So ist nicht verwunderlich, dass gerade in den letzten Jahrzehnten eine wachsende Zahl an medizinisch-ethischen Fragen an die gegenwärtigen Poskim gerichtet wurde und einen beachtlichen Umfang in ihren Responsabüchern einnahm. Besonders zu erwähnen sind „Schu't Ziz Eliezer“ des Rabbiner Eliezer Waldenberg (1915-2006), dessen Nachbarschaft zum medizinischen Zentrum „Scha'are Zedek“, Jerusalem einen bequemen Kontakt zu den dort arbeitenden Ärzten ermöglichte und damit Grundlage für seine reichhaltige Beschäftigung mit schwierigen ethischen Fragen des ärztlichen Alltags aus halachischer Sicht bildete, sowie „Minchat Schlomo“ des ebenfalls in Jerusalem tätigen Rabbiners Schlomo Zalman Auerbach (1910-1995), welcher viele Jahre als halachische Autorität selbiger Institution fungierte. Zahlreiche und ausführliche Antworten zu medizinischen Fragen sind auch im „Schu't Igrot Mosche“ des renommierten New Yorker Possek, Rabbiner Mosche Feinstein (1895-1986) vorzufinden. Die Konfrontation der Halacha mit der Medizin des 20. Jahrhunderts führte auf diese Weise zur Bildung einer eigenständigen halachischen Fachliteratur mit dem Obertitel „jüdische Medizinethik“, die ihr Material hauptsächlich aus den Responsa dieser und anderer zeitgenössischer Poskim schöpft.

Um das Wissen der bis heute existierenden circa 300.000 Responsa, auf etwa 3000 Bücher verteilt, zugänglich zu machen, startete die Bar-Ilan Universität in den 70er Jahren ein Projekt zur digitalen Konservierung der bis zu dreitausend Jahre alten Responsa. Unzählige halachische Texte sind dadurch auf dem Computer mit Hilfe von leistungsfähigen Suchmaschinen einfach zugänglich geworden.⁸¹

2.8 Interpretation der Lehre

Die folgenden Ausführungen gewähren einen geringen Einblick in Auslegungsmethoden der schriftlichen und mündlichen Lehre, wie sie von den Weisen von Mischna, Talmud sowie späteren Generationen festgelegt und angewandt wurden.

2.8.1 Die dreizehn Grundregeln biblischer Auslegung

Die Lehrweise des Midrasch, das Ableiten von Halachot aus den Bibelversen, wurde von den Weisen der Mischna und des Talmud häufig verwendet. Hillel der Alte war der erste, der insgesamt sieben Regeln (hebr. Middot, wobei Middot eigentlich Maße bedeutet) zur Auslegung der Torahschrift formulierte. In späteren Generationen der Tannaim sind diese Regeln modifiziert worden. Am besten sind die dreizehn Grundregeln des Rabbi Jischmael ben Elischa, einem Tanna der vierten Generation, erhalten geblieben. Sie stellen eine detaillierte Ausweitung der sieben Regeln des Hillel dar.

Im Folgenden werden als Beispiel die ersten beiden der dreizehn Middot erläutert, die

⁸⁰ Eisenberg 2002, 163.

⁸¹ <http://www.biu.ac.il/jh/Responsa/>

weiteren werden nur aufgezählt.⁸²

1. *Kal wachomer* – Schluss vom Leichterem auf das Schwere

Bei *Kal wachomer* handelt es sich um einen logischen Vergleich zweier Sachverhalte, einer ist schwerwiegend, der andere verhältnismäßig leicht. Der Schluss kann auch umgekehrt erfolgen, d.h. vom Schweren auf das Leichtere. In einem Beispiel aus der Torah, in welchem Josef seine Brüder beschuldigt seinen silbernen Becher gestohlen zu haben, antworten die Brüder: „*Siehe! Geld welches wir gefunden oben in unseren Futtersäcken, haben wir dir zurückgebracht aus dem Lande Kanaan: und wie sollten wir stehlen aus dem Hause deines Herren Silber und Gold?*“⁸³

Die Brüder argumentierten, dass wenn sie sogar ein leichtes Vergehen, wie das Behalten des in den Futtersäcken gefundenen Geldes nicht hinnehmen wollten, sondern den ganzen Weg aus Kanaan zurücklegten, um es zurückzubringen, so könnten sie unmöglich ein noch viel schwerwiegenderes Verbrechen, wie das Stehlen des königlichen Bechers begehen.

2. *Gserah schawa* – Gleichlautende Aussprüche

Bei *Gserah schawa* werden zwei unterschiedliche Sachverhalte anhand von in beiden vorkommenden ähnlichen Wortlauten verglichen.

Als Beispiel gilt folgendes Zitat aus dem Talmud: „*Raw Chisda und Rabba bar Huna saßen den gesamten Tag über Rechtsentscheidungen und ihr Herz wurde schwach. Darauf lehrte sie Raw Chija bar Raw aus Difti (wohl ein Ort am Tigris) „Das Volk stellt sich vor Mosche vom Morgen bis zum Abend“⁸⁴. Meinst Du wirklich, Mosche hätte den ganzen Tag nur dort gesessen und gerichtet? Wann hätte er lernen sollen? Es soll dich lehren: Jeder Richter, der vollkommen gerecht richtet, wenn auch nur eine einzige Stunde, dann rechnet es ihm die Schrift an, als sei er der Partner des Heiligen, gepriesen sei er, bei der Schöpfung. Denn hier steht geschrieben „Das Volk stellte sich vor Mosche vom Morgen bis zum Abend“ und an anderer Stelle steht geschrieben „Und es wurde Abend und es wurde Morgen ein Tag“⁸⁵.⁸⁶*

Im Unterschied zu *Kal wachomer* beruht *Gserah schawa* nicht auf Logik. Aus diesem Grund wurden Bedingungen zur Einschränkung der Verwendung von *Gserah schawa* gestellt. Eine Bedingung ist, dass niemand von sich aus eine *Gserah schawa* verwenden kann, um seine halachische Folgerung zu rechtfertigen. Nur eine von den Gelehrten überlieferte *Gserah schawa* darf unterrichtet werden. Dies begründet Nachmanides mit der Tatsache, dass in der Torah viele Wörter mehrfach vorkommen, weshalb ein uneingeschränkter Gebrauch von *Gserah schawa* zur willkürlichen Erfindung neuer Gesetze führen würde.⁸⁷

3. *Binjan aw* – ein als Regel dienendes Gesetz

Ein einzelnes genau bestimmtes Gesetz, dient zur allgemeinen Regel allen andern unbestimmten Gesetzen.

4. *Klal ufrat* – das Allgemeine und das Besondere

Folgt auf das Allgemeine das Besondere, wird das Allgemeine auf das Besondere eingeschränkt.

5. *Prat uklal* – das Besondere und das Allgemeine

Wenn das Besondere vorhergeht und das Allgemeine folgt, wird Letzteres durch Ersteres nicht eingeschränkt.

6. *Klal ufrat uklal* – das Allgemeine, Besondere und Allgemeine, so schränkt das Besondere das Allgemeine auf alle ihm ähnliche Fälle ein.

⁸² Für eine Erklärung aller dreizehn Middot in deutscher Sprache, s. Guski 2011, 6-24. Der zu jedem der übrigen, nicht erklärten Middot hinzugefügte erklärende Satz ist beinahe wörtlich aus ebengenannter Quelle übernommen worden.

⁸³ Bereschit 44, 8.

⁸⁴ Zit. n. Schmot 18, 13.

⁸⁵ Zit. n. Bereschit 1, 5.

⁸⁶ Schabbat, 10a.

⁸⁷ Eisenberg 2002, 62.

7. *Klal schehu zarich lifrat, prat schehu zarich lichlal* – das Allgemeine das des Besonderen und das Besondere das des Allgemeinen bedarf.
8. *Kol dawar shehaja bichlal wejaza min haklal lelamed. Lo lelamed al azmo jaza, ela lelamed al haklal kulo jaza* - wenn vom Allgemeinen ein besonderer Fall herausgehoben, und von diesem ein neuer Umstand ausgesagt worden ist, so gilt der neue Umstand auch auf das Allgemeine.
9. *Kol dawar shehaja bichlal, wejaza liton toan echad schehu ke'injano, jaza lehakel we'lo lehachmir* – wird von dem, aus dem Allgemeinen herausgehobenen, besonderen Fall, nur ein Teil der dem Allgemeinen gegebenen Vorschrift gefordert, so ist er herausgehoben um ihn zu erleichtern, nicht zu erschweren.
10. *Kol dawar shehaja bichlal wejaza liton toan acher schelo ke'injano, jaza lehakel ule'hachamir*– wird von dem aus dem Allgemeinen herausgehobenen besonderen Fall eine neue, dem Allgemeinen nicht gegebene Vorschrift gefordert, so ist er herausgehoben um ihn zu erleichtern.
11. *Kol dawar shehaja bichlal wejaza lidon badawar hechadasch ij atah jachol le'hacheziro lichlalo, ad schejachazirenu hakatuw lichlalo beferusch* – wird von dem aus dem Allgemeinen herausgehobenen besonderen Fall eine neue Vorschrift gefordert, so kann er nicht wieder unter die allgemeine Regel gebracht werden, bis ihn die heilige Schrift ausdrücklich wieder darunter zählt.
12. *Dawar halamed meinjano wedawar halamed misofo* – mancher unbestimmte Satz wird aus dem darauf folgenden, ihm ähnlichen Satz, näher bestimmt, mancher aus seinem eigenen Wesen.
13. *Schnej ketuwim hamach'chischim zeh et zeh ad sche'jawo hakatuw haschlichsi we'jach'ria benejhem* – zu zwei Sätzen, die sich widersprechen, muss ein Dritter aufgefunden werden, der den Ausschlag gibt.

2.8.2 Arten der Halachot in der mündlichen Lehre

Maimonides zählt insgesamt fünf Arten von Halachot auf, die sich vor allem in ihrem Ursprung und folglich in ihrer Anfechtbarkeit unterscheiden.⁸⁸ Prinzipiell gilt, je später eine Halacha entstand, d.h. je weiter sie vom Zeitpunkt der Übergabe der Lehre am Sinai entfernt ist, desto eher ist sie debattierbar.

1. Überlieferte Auslegungen („Piruschim Mekubalim“)

Damit sind Erläuterungen gemeint, die der Ewige dem Moses am Berg Sinai zu allem, was in der schriftlichen Lehre unerklärt gelassen worden ist, übergeben hat. Sie stehen nicht zur Debatte, da sie überliefert (hebr. mekubal, pl. mekubalim) worden sind; sie sind jedoch stets mit der Bibelschrift verbunden und können daher, anhand von ebenfalls überlieferten Lehrregeln, auf den jeweils zugehörigen Bibelvers bezogen werden. Die im Talmud vorfindbaren zahlreichen Diskussionen zu den überlieferten Auslegungen stellen diese nicht in Frage, sondern suchen nur den passendsten Hinweis, um genannte Halachot auf ihren jeweiligen Ursprung in der schriftlichen Lehre zurückzuführen (daher der Begriff „Piruschim“ – Auslegungen). Als Beispiel nennt Maimonides den bekannten Vers aus dem Buche Devarim „Auge um Auge“⁸⁹. Von Moses bis zur Besiegelung des Talmud sei es nie vorgekommen, dass ein Gelehrter der Ansicht war, wer einem sein Auge ausschlägt, dem sei sein Auge auszuschlagen, worauf ein zweiter Gelehrter ihn zurechtweisen musste, es sei bloß ein Bußgeld zu bezahlen.⁹⁰ Der überlieferten Auslegung dieses Verses nach, war immer ein

⁸⁸ Maimon 1994 (Hakdamot le'pirusch ha'Mischna), 37-43.

⁸⁹ Devarim 19, 21.

⁹⁰ Maimon ebenda, 31.

Bußgeld gemeint gewesen.

2. Halacha, dem Moses vom Sinai („Halacha LeMosche Misinai“)
Anders als überlieferte Auslegungen hat diese Art der Halacha keine direkte Verbindung mit einem Vers der schriftlichen Lehre, sie ist jedoch wie erstere nicht widerlegbar.

3. Erneuerte Auslegungen („Piruschim Mechudaschim“)
Diese Halachot sind von den Gelehrten des Talmuds aus der schriftlichen Lehre anhand von hypothetischen Folgerungen oder unter Anwendung einer der dreizehn Grundregeln der biblischen Auslegung entnommen worden. Im Gegensatz zu den ersten beiden Arten von Halachot, waren die erneuerten Auslegungen von den Talmudgelehrten ausführlich debattiert worden, der eine bekräftigte, der andere widerlegte. Die endgültige Halacha richtete sich nach der Mehrzahl der Weisen. Die erneuerten Auslegungen sind zwar nicht von Moses vom Sinai überliefert worden, basieren jedoch auf der Schrift und zählen daher zu den Torahgesetzen („Dinim De-Oraita“), im Gegensatz zu den beiden folgenden Arten von Halachot, die den rabbinischen Dekreten („Dinim De-Rabbanan“) zugerechnet werden.

4. Dekrete
Dekrete wurden von den Gelehrten und Propheten einer jeden Generation erlassen, sie dienen der Eingrenzung der Torahvorschriften. Auch diese Form von Halachot nimmt ihren allgemeinen Ursprung aus einem Bibelgebot: „*So beobachtet denn, was ich vorschreibe*“⁹¹. Dekrete waren debattierbar, sofern ein Gelehrter den Erlass eines Dekrets als notwendig ersah, ein anderer nicht.⁹²

5. Anordnungen
Eine weitere Befugnis der Gelehrten war es, zum Zweck der Regelung zwischenmenschlicher Beziehungen oder zur Festigung der Einhaltung der Torahgesetze, Anordnungen zu erlassen. Diese konnten weder bestehende Gebote außer Kraft setzen, noch stellten sie eine Zugabe zu bereits bestehenden Geboten dar. Ein Beispiel ist das von Moses angeordnete Studium der vielfältigen Passahvorschriften zur Zeit des Passahfests.⁹³

2.8.3 Prinzipien zur Festlegung der Halacha

Der Talmud, obwohl für sich genommen kein halachisches Werk, stellt die wichtigste Quelle zur Festlegung der Halacha dar.⁹⁴ Verpflichtende Entscheidungen und eindeutige halachische Formulierungen sind im Talmud nur selten vorzufinden. Zahlreiche Methoden und Grundregeln, um aus den zahlreichen Meinungsstreitigkeiten des Talmuds zur Halacha zu gelangen, wurden im Laufe der Generationen von den Gelehrten festgelegt.

Unter anderem wurde festgelegt, nach welcher Meinung sich bei einer talmudischen Auseinandersetzung zweier Tannaim die Halacha richtet. Bei einer Meinungsverschiedenheit zwischen Rabbi Meir und Rabbi Jehuda beispielsweise, ist die Halacha gemäss Rabbi Jehuda. In manchen Fällen richtet sich die Halacha gemäss einem der Gelehrten nur in einem Themengebiet, während in anderen Bereichen die Halacha gemäß der Meinung seines Streitpartners entschieden wird.

Ein weiterer Grundsatz besagt, dass ab einem bestimmten Zeitpunkt sich die Halacha immer

⁹¹ Wohlgemuth 1979, 43. (Vajikra 18, 30)

⁹² Eisenberg 2002, 40.

⁹³ ebenda.

⁹⁴ Steinsalz 1998, 319.

nach der späteren Gelehrten generation richtet, im Gegensatz zu bestimmten früheren Generationen, in denen niemals eine von seinem Lehrer abweichende Entscheidung seines Schülers als halachisch gültig akzeptiert worden ist.⁹⁵ Während die früheren Generationen nämlich ‚näher an der Quelle‘ waren und davon auszugehen war, dass ihnen die ‚wahre‘ Halacha besser bekannt war, kehrte sich dieser Grundsatz um und es wurde argumentiert, dass den späteren Generationen die Erwägungen ihrer Vorgänger bekannt waren und wenn sie dennoch anders entschieden, hatten sie sicher wichtige Gründe dafür.

Ein weiteres wesentliches Prinzip besagt, dass die Halacha im Falle einer Meinungsstreitigkeit, gemäß der Mehrheit der diese Meinung vertretenden Weisen gefällt wird. Die vehemente Verteidigung dieses Prinzips durch die Weisen des Talmuds schildert folgendes Ereignis: *„Es wird gelehrt: An jenem Tage machte R. Eliezer alle Einwendungen der Welt, man nahm sie aber von ihm nicht an. Hierauf sprach er: Wenn die Halacha wie ich ist, so mag dies dieser Johannisbrotbaum beweisen! Da rückte der Johannisbrotbaum hundert Ellen von seinem Orte fort; manche sagen: vierhundert Ellen. Sie aber erwiderten: Man bringt keinen Beweis von einem Johannisbrotbaume. Hierauf sprach er: Wenn die Halacha wie ich ist, so mag dies dieser Wasserarm beweisen! Da trat der Wasserarm zurück. Sie aber erwiderten: Man bringt keinen Beweis von einem Wasserarme. Hierauf sprach er: Wenn die Halacha wie ich ist, so mögen dies die Wände des Lehrhauses beweisen! Da neigten sich die Wände des Lehrhauses [und drohten] einzustürzen. Da schrie sie R. Jehoschua an und sprach zu ihnen: Wenn die Gelehrten einander in der Halacha bekämpfen, was geht dies euch an! Sie stürzten hierauf nicht ein, wegen der Ehre R. Jehoschuas, und richteten sich auch nicht gerade auf, wegen der Ehre R. Eliezers; sie stehen jetzt noch geneigt. Hierauf sprach er: Wenn die Halacha wie ich ist, so mögen sie dies aus dem Himmel beweisen! Da erscholl eine Hallstimme und sprach: Was habt ihr gegen R. Eliezer; die Halacha ist stets wie er. Da stand R. Jehoschua (auf seine Füße) auf und sprach: „Sie ist nicht im Himmel.“⁹⁶ – Was heißt: sie ist nicht im Himmel? R. Jirmeija erwiderte: Die Tora ist bereits vom Berge Sinaj her verliehen worden. Wir achten nicht auf die Hallstimme, denn bereits hast du am Berge Sinaj in die Tora geschrieben: „nach der Mehrheit zu entscheiden“⁹⁷. R. Nathan traf Eljahu und fragte ihn, was der Heilige, gepriesen sei er, in dieser Stunde tat. Dieser erwiderte: Er schmunzelte und sprach: meine Kinder haben mich besiegt, meine Kinder haben mich besiegt.“⁹⁸*

Genannte Prinzipien bilden neben vielen anderen den von den nachtalmudischen Gelehrten verwendeten Schlüssel zur Festlegung der Halacha. Auch Rabbi Josef Karo nannte im Vorwort zu seinem „Beit Josef“, einem Kompendium der halachischen Werke seiner Vorgänger, die Prinzipien, die er verwendete, um später im „Schulchan Aruch“ die endgültige Halacha zu entscheiden. Eines dieser Prinzipien folgt wiederum dem Grundsatz, bis auf die dort aufgeführten Ausnahmen, der Mehrheit Vorzug vor der Meinung des Einzelnen zu geben: *„...da die drei Säulen der Lehre, auf welche sich das Haus Israel in seiner Lehre stützt, die da sind der Rif, der Rosch und der Rambam, sagte ich zu mir, daß überall wo zwei von ihnen derselben Meinung übereinstimmen, die Halacha gleichsam entschieden wird, ...“⁹⁹*

⁹⁵ ebenda.

⁹⁶ Zit. n. Devarim 30, 12.

⁹⁷ Zit. n. Schmot 23, 2.

⁹⁸ Godschmidt 1933 Bd.7, 637-638. Baba Mezia 59b.

⁹⁹ Karo 1993, 52-53.

3. Der Standpunkt der Halacha zu den Dilemmata um den sterbenden Patienten

Im Oktober 1990 erbrachte ein unheilbar Kranker einem israelischen Gericht die Forderung, ihn, sobald dies nötig werde, nicht an ein Beatmungsgerät anzuschließen, mit dessen Hilfe sein Leben künstlich verlängert würde.¹⁰⁰ Rabbiner Lau, damals Oberrabbiner Israels, nahm, unabhängig von der juristischen Diskussion, aus halachischer Sicht zu diesem Fall Stellung. Der Brief R. Laus, welcher ein Urteil der Halacha (hebr. „Psak Din“) darstellt, enthält stichpunktartig wesentliche halachische Grundsätze zur Thematik und soll daher als Einstieg in die Erörterung des halachischen Standpunkts zu den Dilemmata um den sterbenden Patienten dienen. Im Folgenden eine auszugsweise Übersetzung des rabbinischen Urteilsbriefes. (Für die Diskussion relevante Stichworte sind fett geschrieben.)

*„Nach ausführlicher und detaillierter Information über seinen [Benjamin Ejals] besonderen Zustand, ..., und nach Beratung mit den prominentesten unter den halachischen Autoritäten unserer Zeit, ..., die **Heiligkeit des Lebens** wie auch das **andauernde Leid des Patienten** vor Augen, bin ich zu dem Entschluss gekommen, den ich dir hiermit vorlege, unter nachdrücklicher Betonung, **dass kein Fall dem anderen gleicht**, und unter keinen Umständen mein Urteil als Präzedenzfall für Behandlungswege eines anderen Patienten, an anderem Ort und zu anderer Zeit aufgefasst werden darf, sogar wenn sich die Sachverhalte wie zwei Wassertropfen gleichen. Das Besondere und Komplexe am vorliegenden Fall – die Behandlungswege der ... Erkrankung Herrn Benjamin Ejals entscheiden über den adäquaten halachischen Ansatz für **den vorliegenden Fall allein**. Angesichts aller sich angehäuften Tatsachen, lernte ich, dass die vorgeschlagene Behandlung, ..., ungewöhnlich ist und die Intensität des schweren Leidens des Klägers sogar enorm vergrößern wird, und angesichts dessen, dass die Halacha nicht dazu verpflichtet, und bisweilen sogar verbietet **eine unübliche Behandlung, welche die Dauer der Qualen verlängert und keine Chance auf Heilung bietet**, durchzuführen. Noch dazu habe ich mich eindeutig davon überzeugt, dass auch der Anschluss [an den Respirator] im Zustand der Degeneration der Atemmuskeln die Krankheit weder heilen noch die Lebenserwartung des Patienten wesentlich verlängern wird, sondern im Gegenteil besteht ein Mehr an Gefahr und Schmerz bei dem vorgeschlagenen Weg, und unsere Weisen legten bereits fest, dass ‚Wehklagen‘ den Körper des Menschen ganz oder teilweise ‚bricht‘, weshalb die unausweichliche, schmerzvolle Schlussfolgerung ist: wenn, Gott behüte, die Stunde eintrifft, soll euch gestattet sein **der Bitte Herrn Ejals** und seiner Frau nachzugehen und die **unübliche Behandlung** des Anschlusses an künstliche Wiederbelebungsgeräte zu unterlassen. Es versteht sich von selbst, dass **jegliche gewohnte medizinische Behandlung fortgesetzt werden muss, ihn nicht vom vorhandenen Anschluss trennen, ihn mit allen erforderlichen Mitteln der Nahrungszufuhr zu ernähren und alles Mögliche zur Minderung seiner Schmerzen zu unternehmen**. ...“¹⁰¹*

3.1 Wert und Heiligkeit menschlichen Lebens

R. Lau erwähnt in seinem Urteilsbrief die „Heiligkeit des Lebens“ als einen der Bausteine, der im Prozess der Entscheidungsfindung im Fall „Benjamin Ejal“ eine Rolle gespielt hat und offensichtlich immer dann, wenn medizinethische Fragen aus jüdischer Sicht angegangen werden, eine Rolle spielen muss.

Der wichtigste Aspekt, den es zu erörtern gilt, ist, ob menschliches Leben laut Ansicht der Halacha einen selbstständigen Wert besitzt und wenn ja, ob und inwieweit Faktoren, wie z.B. Lebensqualität diesen zu relativieren vermögen. Dies ist von größter Relevanz, denn stünde

¹⁰⁰ Benjamin Ejal. Auf genauere Details zum Gerichtsfall wird unter 4.2 ausführlicher eingegangen.

¹⁰¹ übers. n. Lau 1997, 66-68.

Leben und seine Erhaltung über Allem, müsste das Leben jedes Sterbenden, selbst wenn er Qualen erleidet, mit allen Mitteln verlängert werden. Könnten hingegen andere Faktoren in Betracht gezogen werden, wäre vielleicht sogar die Praktizierung aktiver Sterbehilfe im Falle unerträglich niedriger Lebensqualität vertretbar.

Die Halacha hat in der Praxis einen Mittelweg zwischen beiden Extremen gewählt. Aktive Sterbehilfe ist verboten und gilt als Mord, darin sind sich alle Gelehrten einig.¹⁰² Was jedoch passive Sterbehilfe betrifft, gehen die Meinungen der Gelehrten in gewissen Punkten auseinander. Die verschiedenen Meinungen beruhen unter anderem auf einer prinzipiell unterschiedlichen Anschauungsweise der „Heiligkeit des Lebens“. Für die einen ist der Wert des Lebens absolut und nicht relativierbar,¹⁰³ andere sind der Ansicht, dass der Wert des Lebens zwar unbegrenzt, heilig und erhaben, jedoch nicht absolut ist. Insbesondere Gelehrte mit der letzteren Grundeinstellung vertreten den Standpunkt, dass künstliche Verlängerung des Lebens eines Kranken ohne Aussicht auf Heilung im Falle von Leid nicht nur keine Pflicht, sondern auch verboten ist.¹⁰⁴

Es ist jedoch zu beachten, dass selbst diejenigen Gelehrten, die den Qualen eines Sterbenden in ihren Dezierionen Bedeutung verliehen, niemals die Möglichkeit in Betracht zogen aktive Verkürzung eines Menschenlebens zu genehmigen. Die Tatsache, dass die Halacha in bestimmten Situationen der Verringerung von Qualen den Vorzug vor Lebensverlängerung gibt, stellt keine Minderung des Lebenswerts durch die Halacha dar. Mit den Worten von Avraham, Internist und Autor eines der Hauptwerke der modernen jüdischen Medizinethik „Nishmat Avraham“: *„Daher ist die Heiligkeit des Lebens so [zu verstehen], dass es unter keinen Umständen erlaubt ist die Qualen und das Leid des Kranken durch Verkürzung seines Lebens, sogar um eine Sekunde, zu erleichtern. Sogar wenn der Sieg des Todes in einiger Zeit zweifellos feststeht, so ist das Leben des Kranken immer noch von unbegrenztem Wert und seine Ermordung kein geringeres Verbrechen als die Ermordung des gesündesten Menschen.“*¹⁰⁵

3.1.1 Mord

Leben besitzt laut Ansicht der Halacha einen eigenständigen Wert, der unbegrenzt und nicht messbar ist. Jeder Teil des Lebens ist unendlich, weshalb das Leben eines hundertjährigen genauso viel wert ist wie das eines zwanzigjährigen, das Leben eines Kranken genauso viel wie das eines Gesunden.¹⁰⁶

Es ist verboten einen Menschen, aus welchen Beweggründen¹⁰⁷ auch immer, zu töten, wie es in der Torah heißt: *„du sollst nicht morden“* – *„lo tirzach“*¹⁰⁸.

Als Grund für dieses Verbot nennt der, ca. Ende des 13. Jahrhunderts entstandene, Gesetzeskodex „Sefer Hachinuch“, dessen Autor bevorzugte anonym zu bleiben¹⁰⁹, dass *„der Ewige die Welt erbaut, uns geboten hat sie zu besiedeln und uns gehindert hat sie zu zerstören indem wir die Geschöpfe töten und vernichten.“*¹¹⁰

¹⁰² Isserles Jore Dea 339, 1. Feinstein Joreh Dea 2, 290 (Responsa 174).

¹⁰³ Steinberg 1994, 393. Waldenberg 1985 Bd. 14, 146 (Responsa 80).

¹⁰⁴ Feinstein ebenda.

¹⁰⁵ übers. n. Avraham 1993, 245.

¹⁰⁶ Steinberg ebenda, Fußnote 311.

¹⁰⁷ Zevin 1986, 395.

¹⁰⁸ Schmot 20, 13.

¹⁰⁹ aus Bescheidenheit verbarg der Autor dieses populären Gesetzeskodex seinen Namen und nannte sich bloss „ein jüdischer Mensch des Hauses Levi aus Barzelona“. Die 613 Gesetze sind darin in der Reihenfolge, in der sie im Pentateuch auftreten, angeordnet.

¹¹⁰ Sefer Hachinuch, Gebot 34.

Das Verbot der Torah zu morden gilt auch für Leben, welches nur Minuten, oder Sekunden dauert, wie R. Bavad in seinem Kommentar „Minchas Chinuch“ zu „Sefer Hachinuch“ schreibt: *„auch wenn Eljahu kommen und sagen wird, dass der Mensch nicht länger als eine Stunde oder einen Moment leben wird, dennoch hat die Torah nicht unterschieden zwischen jemandem, der ein Kind, welches noch einige Jahre zu leben hat, und jemandem, der einen hundertjährigen Greisen ermordet, in jedem Fall ist der Mörder schuldig, sogar wenn jener im Sterben liegt, denn für den Moment, den er noch zu leben hat – für diesen macht er sich schuldig.“*¹¹¹

Auch um den Qualen eines schwerstkranken, im Sterben liegenden Patienten, ein Ende zu setzen darf keine Sterbehilfe geleistet werden, wie R. Epstein Ende des 19. Jahrhunderts in seinem Erklärungswerk zum „Schulchan Aruch“, „Aruch Haschulchan“, schreibt: *„Obwohl wir sehen, dass jemand im Sterbensvorgang sehr leidet und der Tod besser für ihn ist, trotzdem ist es uns verboten etwas zur Beschleunigung seines Todes zu unternehmen, und die Welt und alles in ihr gehört dem Ewigen, und das ist sein Wille, gesegnet sei Er.“*¹¹²

Die Mischna im Traktat Sanhedrin beschreibt, auf welche Weise Zeugen eines Mordes im Gerichtshof eingeschüchert worden sind, um sicherzustellen, dass sie die Wahrheit sprechen. Um ihnen die Größe der Verantwortung, die im Falle der Beschuldigung der falschen Person auf ihnen lastet vor Augen zu halten, sagte man ihnen unter anderem: *„...Der Mensch wurde deshalb einzig erschaffen, um dich zu lehren, dass wenn jemand eine ... Seele vernichtet, es ihm die Schrift anrechnet, als hätte er eine ganze Welt vernichtet, und wenn jemand eine ... Seele erhält, es ihm die Schrift anrechnet, als hätte er eine ganze Welt erhalten.“*¹¹³

Das Vergehen Mord bezeichnet nicht nur die gewaltsame Tötung eines Menschen, sondern auch die mit dessen Einverständnis, oder gar auf dessen Wunsch geschehene Tötung. R. Bavad lernt dies aus der Tatsache, dass jemand, der einen anderen beauftragt einen Dritten zu ermorden, so ist nicht der Auftraggeber, sondern der Beauftragte, der den Mord durchgeführt hat, schuldig¹¹⁴, denn dies folge der Regel nach welcher man niemanden zum Gesandten eine Sünde zu begehen ernennen kann.¹¹⁵ Analog gibt es keinen Unterschied ob jemand einen Gesandten beauftragt einen Dritten zu töten, oder ob er ihn beauftragt ihn selbst zu töten. Auch der „Auftraggeber“ hat kein Recht sein Leben zu verschenken, da es nicht sein Eigentum, sondern das Eigentum Gottes ist.¹¹⁶

Obwohl alle Gesetze der Torah für die Rettung eines menschlichen Lebens außer Kraft gesetzt werden, gibt es drei Ausnahmen¹¹⁷, die man auch unter Todesandrohung nicht übertreten darf. Der Talmud im Traktat Joma schildert folgendes Szenario: *„So kam einst jemand vor Raba und erzählte ihm: Der Befehlshaber meines Wohnorts befahl mir, jenen zu töten, sonst tötet er mich. Dieser erwiderte: Mag er dich töten, du aber begehe keinen Mord; wieso glaubst du, dass dein Blut röter ist, vielleicht ist das Blut jenes Menschen röter.“*¹¹⁸

Der Talmudkommentator Raschi erklärt, dass der Bedrohte, wohl wissend, dass alle Gesetze im Fall von Lebensgefahr übertreten werden dürfen, dieses Prinzip auch auf Mord anwenden wollte. Dieses Verbot gleiche aber nicht den anderen, denn der Grund für die Aufhebung aller Gesetze bei Lebensgefahr ist die Liebe des Ewigen zu menschlichem Leben. Hier aber

¹¹¹ Bavad 1988, 185.

¹¹² Übers. n. Epstein 1905, 4 (Jore Dea 339, 1). s. 3.3.

¹¹³ Goldschmidt 1925, 149-150 (Sanhedrin, Kap.4 Mischna 5).

¹¹⁴ Bavad ebenda, 187.

¹¹⁵ Kiduschin 42b. Bei sonstigen Gesandtschaften gilt (Goldschmidt 1925, 129 (Brachot 34b)): *„der Bevollmächtigte des Menschen ist diesem gleichbedeutend.“*

¹¹⁶ Maimon 1985 (Nezikin), 260 (Hilchos Rozeach uschmiras nefesch 1, 4).

¹¹⁷ Götzendienst, Unzucht und Mord, s. Sefer Hachinuch, Gebot 295.

¹¹⁸ Goldschmidt Bd.3 1930, 239 (Joma, 82b).

wird ein Verbot übertreten und dennoch geht ein Leben dabei verloren, und woher kann der eine behaupten sein Leben sei für den Ewigen mehr wert als das des anderen?!¹¹⁹

Im Traktat ‚Smachot‘, einer Abhandlung der Trauergesetze, werden in den ersten sechs Paragraphen Handlungen aufgezählt, die normalerweise unmittelbar nach dem Tod eines Menschen an der Leiche, unter anderem zur Konservierung vorgenommen werden, aber nicht an Sterbenden durchgeführt werden dürfen: *„Der Gosess [Sterbende]¹²⁰ ist in jeder Hinsicht wie ein Lebender zu betrachten ... man bewege ihn nicht, man lege ihn nicht auf Sand und nicht auf Salz bis zur Stunde seines Todes ... man schließe dem Gosess nicht die Augen, wer ihn berührt und bewegt der ist ein Blutvergießer, Rabbi Meir sagte dies gleiche einer tropfenden Kerze, die sobald sie jemand berührt, verlischt, genauso wird jedem, der dem Gosess die Augen schließt es angerechnet, als hätte er ihm das Leben genommen.“¹²¹*

Der Grund für das Verbot dieser und anderer Handlungen am Sterbenden ist die Gefahr dabei seinen Tod durch äußere Handlung schneller als vorgesehen herbeizuführen, was, wie aus dem zitierten Abschnitt im Traktat ‚Smachot‘ hervorgeht, gleichbedeutend mit Mord ist. Noch eindeutiger geht die Gleichsetzung der Todesbeschleunigung eines Sterbenden mit Mord, sogar in den letzten Augenblicken des Lebens, aus der Mischna im Traktat Schabbat hervor: *„Wer einem Sterbenden [wörtl. zum Zeitpunkt des Austritts der Seele]¹²² die Augen zudrückt, ist ein Blutvergießer.“¹²³*

Laut Avraham erfordert das Verbot einen Gosess zu bewegen, um seinen Tod nicht zu beschleunigen, große Vorsicht in der Durchführung moderner diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, wenn diese keine Aussicht auf Heilung bieten, sondern nur im Rahmen der medizinischen Routine auf Krankenhausstationen durchgeführt werden. Als Beispiel wäre die Bestimmung der Vitalparameter Blutdruck, Temperatur und sogar der Puls eines Sterbenden zu nennen, die zu unterlassen sind, wenn das Resultat dieser Untersuchungen ohnehin keine therapeutische Konsequenz hat. Andererseits dürften selbe Maßnahmen durchgeführt werden, wenn sie dem Sterbenden helfen, zum Beispiel indem sie seine Schmerzen mildern.¹²⁴

Eine weitere Form von Mord, relevant für die Diskussion zur Unterlassung verschiedener Behandlungen bei unheilbar Kranken, ist indirekte Tötung¹²⁵. Jemand, der zum Beispiel einem anderen Nahrung vorenthält, bis dieser den Hungertod stirbt, wird zwar nicht durch das Gericht hingerichtet, läßt aber die Schuld des Mordes auf sich und *„der Rächer [=Gott] [vergossenen] Blutes wird [das] von ihm [vergossene] Blut fordern“¹²⁶*.

Folgendes findet man im Mischna Torah des Maimonides: *„Es ist einerlei, ob man einen Erwachsenen oder ein Kind von einem Tag alt tötet, ob der Getötete männlichen oder weiblichen Geschlechts ist; wer vorsätzlich tötet, wird hingerichtet; wer aus Versehen tötet, muss flüchten.“¹²⁷*

Im nächsten Paragraphen fügt Maimonides hinzu: *„Es ist einerlei, ob man einen Gesunden tötet, oder einen Kranken, der dem Sterben nahe ist, oder selbst einen in den letzten Zügen Liegenden [= ‚Gosess‘], man wird ihretwegen wieder [vor Gericht] getötet. Ist Letzterer jedoch durch Menschen in diesen Zustand gekommen, die ihn nämlich schlugen, daß er dem*

¹¹⁹ Schlomo ben Jizchak (Raschi) Joma, ebenda.

¹²⁰ für eine genaue Definition des Begriffs s. 3.1.2.1.

¹²¹ übers. n. Smachot, 1:1-4. Die im Traktat Smachot ihren Ursprung findenden Verbote wurden später von R. Josef Karo in den Schulchan Aruch aufgenommen. s. Karo, Jore Dea 339:1.

¹²² Die Anmerkungen in den eckigen Klammern sind von mir (M.F.).

¹²³ Goldschmidt 1930 Bd.1, 920. (Schabbat 151b)

¹²⁴ Avraham 1993 Bd.2, 244.

¹²⁵ s. 3.7.

¹²⁶ übers. n. Maimon 1985 (Nezikin), 274 (Hilchos Rozeach uschmiras nefesch 3, 10).

¹²⁷ Maimonides 1890, 122 (Hilchos Rozeach uschmiras nefesch 2, 7).

Tode nahe kam und in den letzten Zügen lag, so läßt das Gericht denjenigen, der einen solchen tödtet, nicht hinrichten. –

Wer einen mit einem lebensgefährlichen Leiden behafteten Menschen [= ‚Treifa‘] tödtet, ist frei von menschlicher Verfolgung [gerichtlicher Ahndung], obgleich dieser gegessen und getrunken hat und auf der Straße umhergewandelt ist [d.h. obgleich er dazu fähig war]. Jeder Mensch gilt aber als gesund, wer ihn tödtet, wird wieder getötet, es sei denn, daß man bestimmt weiß, daß er mit einem lebensgefährlichen Leiden behaftet war und die Ärzte erklären, daß es für ein solches Leiden bei den Menschen kein Heilmittel giebt, daß er vielmehr durch dasselbe stirbt, wenn ihn nicht noch eine andere Veranlassung tödtet.“¹²⁸

Diese Worte des Maimonides erfordern eine Erklärung. Das Ausmaß der Bestrafung sollte sich in einem gesunden Gesetzsystem nach der Schwere des Vergehens richten. Warum also wird jemand, der einen „Gosess durch Menschenhand“ umgebracht hat nicht gerichtlich verurteilt, genau wie jemand, der einen „in den letzten Zügen Liegenden“ ermordete? Welche Eigenschaft des ‚Treifa‘ rettet seinen Mörder vor der Hinrichtung durch das Gericht¹²⁹? Zur Klärung dieser Fragen ist es notwendig auf die halachischen Bezeichnungen für einen Sterbenden genauer einzugehen.

3.1.2 Exkurs: Halachische Bezeichnungen für den Sterbenden¹³⁰

3.1.2.1 ‚Gosess‘

Ein dem Tode nahender Mensch in seinen letzten Atemzügen wird als ‚Gosess‘ bezeichnet.¹³¹ Etymologisch leitet sich das Wort von ‚Gassassin‘, einer Bezeichnung für Brust ab, da kurz vor dem Tode die Schleimsekretion im Rachen aufgrund von Enge in der Brust vermehrt sei. Eine andere Meinung führt das Wort auf das arabische ‚Gosseh‘ zurück, welches soviel bedeutet wie die Produktion eines Kehllautes, nach einer schweren Mahlzeit, weil auch der ‚Gosess‘ Laute aus der Kehle von sich gibt.¹³²

Ein Gosess kann prinzipiell laut Halacha bei Bewusstsein sein und sogar sprechen¹³³, wobei dies nicht unumstritten ist.¹³⁴

Der Talmud unterscheidet zwischen einem „Gosess durch Menschenhand“ und einem „Gosess durch himmlische Fügung“, je nachdem welche Ursache ihn in diesen Zustand gebracht hat.¹³⁵ Wer einen „Gosess durch himmlische Fügung“, d.h. jemand, der durch eine Krankheit bedingt im Sterben liegt, ermordet, wird dafür hingerichtet. Bei einem „Gosess durch Menschenhand“, also jemandem, der durch einen Menschen so schwer verletzt worden ist, das er nun im Sterben liegt, und nun ein Zweiter kommt und ihn ermordet, waren sich die Gelehrten bezüglich des Schuldmaßes des Mörders uneinig. R. Jehuda ben Bethera vergleicht den „Gosess durch Menschenhand“ mit einem „Gosess durch himmlische Fügung“, dessen Mörder schuldig ist, wohingegen die Chachamim¹³⁶ ihn mit einem ‚Treifa‘¹³⁷ vergleichen und

¹²⁸ ebenda, 2:7-8.

¹²⁹ der Mörder eines ‚Treifa‘ verschuldet sich immer noch der „Todesstrafe des Himmels“, d.h. der Schuldige kommt auf himmlische Weise vor dem sechzigsten Lebensjahr um. Rabinson 1996, 30.

¹³⁰ Zur Schwierigkeit der praktischen Anwendung der halachischen Ausdrücke auf heutige Probleme und die Gründe dafür, s. Steinberg 2006, 94-97.

¹³¹ Zevin 1986, 393.

¹³² ebenda.

¹³³ Steinberg 1994, 372.

¹³⁴ Avraham 2007, 450.

¹³⁵ Sanhedrin 78a.

¹³⁶ ‚Chachamim‘ ist eine allgemeine Bezeichnung für Gelehrte. R. Jehuda Hanassi, der in der Mischna die Quintessenz der Auseinandersetzungen der Gelehrten niederschrieb, verzichtete meist auf eine namentliche Erwähnung aller Gelehrten, deren Meinung der des einzelnen gegenüberstand. Die Halacha wird meist nach der Mehrheit entschieden, s. 2.5 sowie 2.8.3.

seinen Mörder daher von der Todesstrafe freisprechen. Ihre Lehrmeinungen beruhen auf einer unterschiedlichen Auslegung desselben Torahverses: „*Wenn jemand irgend einen Menschen erschlägt*¹³⁸; die Rabbanan [syn. Chachamim] erklären: *irgend einen Menschen, einen ganzen Menschen, und R. Jehuda b. Betherä erklärt: irgend einen Menschen, auch etwas von einem Menschen.*“¹³⁹ Laut Ansicht der Chachamim also, die in diesem Zusammenhang die gnädigere ist, ist die Voraussetzung dafür, dass sich der Mörder eines Gosess mit der Todesstrafe verschuldet, erst die Ermordung eines „ganzen“ Menschen. „Ganz“ bedeutet hierbei soviel wie „unversehrt“, und kann auf einen ‚Treifa‘, wie im nächsten Unterpunkt besprochen, im Gegensatz zu einem „Gosess durch himmlische Fügung“, nicht angewandt werden, da bei ersterem „*die Lebenszeichen abgeschnitten*“¹⁴⁰ sind. Somit kann seine Ermordung nicht mit dem vollsten Strafmaß geahndet werden. Maimonides urteilt, wie gesagt, der Meinung der Chachamim entsprechend.¹⁴¹

R. Rabinovits erklärt auf andere Weise, anlehnend an die Auslegung der Chachamim („*einen ganzen Menschen*“), warum man den Mörder eines Gosess durch Menschenhand nicht wie einen gewöhnlichen Mörder bestrafen kann. Weil nämlich zwei Menschen an seinem Mord beteiligt waren: der erste, der ihn in diesen Zustand versetzt und der zweite, der die Tat vollendet hat.¹⁴² Beim Gosess durch himmlische Fügung hingegen, ist die gesamte Tat durch einen einzigen Menschen geschehen, deshalb sei dieser schuldig.¹⁴³

Der Talmud im Traktat Gittin schreibt, dass die meisten Gosessin letztendlich sterben.¹⁴⁴ Dennoch entweiht man den Schabbat um einem Gosess – sogar einem Gosess durch Menschenhand, dessen Mörder wie gesagt von der Todesstrafe befreit ist – das Leben zu retten. Denn im Falle von Lebensgefahr richtet man sich, bestimmt der Talmud, nicht nach der Mehrheit.¹⁴⁵

Wie groß ist die Zeitspanne der ‚letzten Atemzüge‘? In den meisten Gesetzen, die den Gosess betreffen, wird eine Zeitspanne von drei Tagen angegeben. Diese Zeitangabe ist laut Rabinovits durch Einschätzung der Rischonim entstanden, die festgestellt haben, dass die meisten Gosessim nicht länger als zwei oder drei Tage leben.¹⁴⁶ Wenn jemand zum Beispiel bereits drei Tage lang Gosess ist, so würde man, angenommen dieser sei von einer Steinlawine verschüttet worden, nicht den Schabbat entweihen, denn bestimmt ist er bereits verstorben.¹⁴⁷ R. Karo urteilt im Schulchan Aruch, dass jemand, dem die Nachricht übermittelt wurde sein Verwandter sei heute gesehen worden, wie er schon seit drei Tagen im Sterben liegt, sofort zu den Trauervorschriften verpflichtet sei, denn, ergänzt R. Isserles, bestimmt sei dieser bereits verstorben.¹⁴⁸ Auch R. Feinstein (1895-1986), einer der einflussreichsten halachischen Devisoren des 20. Jahrhunderts, verlässt sich auf diese Zeitangabe.¹⁴⁹ Rabinovits aber merkt an, dass diese Definition nur im natürlichen Fall, ohne

¹³⁷ s. 3.1.2.2.

¹³⁸ Goldschmidt 1933 Bd.8, 773 (Vajikra 24:17).

¹³⁹ ebenda. (Sanhedrin 78a)

¹⁴⁰ ebenda.

¹⁴¹ Maimon 1985 (Nezikin), 267 (Hilchos Rozeach uschmiras nefesch 2, 7).

¹⁴² Der erste, der ihn zum „Gosess“ gemacht hat, ist frei von der Todesstrafe solange sein Opfer noch lebt, obwohl die meisten „Gosessim“ sterben, einige bleiben dennoch am leben. Wenn nun der Gosess nicht von selbst gestorben ist, sondern ein zweiter ihn vorher ermordet hat, ist der erste ebenfalls von der Todesstrafe befreit, denn solange der Gosess noch lebt, befreit er den ersten von der ihm gebührenden Strafe. Vgl. Zevin 1986, 396.

¹⁴³ Rabinovits 1983, 106.

¹⁴⁴ Gittin 28a.

¹⁴⁵ Joma, 84b. Tosfot Nida, 44b.

¹⁴⁶ Rabinovits 1983, 114.

¹⁴⁷ Kalin (Machzit Haschekel), Fußnote 4.

¹⁴⁸ Schulchan Aruch Jore Dea 339,2.

¹⁴⁹ Feinstein Choschen Mischpat 2, 317 (Responsa 75, 5).

menschliches Mitwirken, wie es zu früheren Zeiten der Fall war, zutreffen konnte. Heutzutage jedoch, da technische Hilfsmittel zur Verfügung stehen, um diese Zeitspanne zu verlängern, müsse man jemanden, der aufgrund jener Mittel länger lebt, möglicherweise auch als Gosess betrachten.¹⁵⁰

Steinberg bemerkt im Namen von R. Auerbach, dass heutzutage die genaue Definition eines Gosess aus praktisch-medizinischer Sicht unklar und daher die Klassifikation eines unheilbar Kranken als Gosess im Allgemeinen nicht möglich sei, da sich angesichts der heutigen Behandlungsmöglichkeiten nicht festlegen ließe, ob der Tod in Kürze eintreffen wird.¹⁵¹

3.1.2.2 ‚Treifa‘

Der Begriff ‚Treifa‘ ist in zwei verschiedenen Bereichen der Halacha anzutreffen: bei Tieren, im Zusammenhang mit den rituellen Schlachtvorschriften und beim Menschen.¹⁵² Ein Vieh wird als Treifa eingestuft, wenn es aufgrund von Verletzungen oder bestimmten Erkrankungen, welche in Mischna, Talmud und von Maimonides ausführlich aufgezählt werden¹⁵³, bald sterben wird. Die Lebenserwartung eines Treifa ist laut Halacha nicht länger als zwölf Monate. Rabinson erwähnt, dass laut Nachmanides und Ra“n¹⁵⁴ die Festlegung der Weisen auf ausgerechnet diese Zeitspanne das Ergebnis praktischer Studien ist, in denen sie zahlreiche Tiere mit besagten Erkrankungen und Verletzungen beobachtet und dabei festgestellt hatten, dass jene nicht länger als 12 Monate überlebten.¹⁵⁵ Ein Tier, welches als Treifa eingestuft worden ist, ist zum Verzehr verboten.

Der Treifa beim Menschen ist dem Talmud zufolge eine Person, die eines von mehreren, genau definierten anatomischen Defekten aufweist, an denen sie letztendlich¹⁵⁶, mit Sicherheit sterben wird.¹⁵⁷ Als Beispiel nennt der Talmud- und Bibelkommentator Raschi¹⁵⁸ ein Loch in der Speiseröhre, oder in der Hirnhaut.¹⁵⁹

Unter den Rischonim existieren unterschiedliche Meinungen bezüglich der Frage, ob dieselben Verletzungen, die ein Tier zum Treifa werden lassen, auch für den menschlichen Treifa gelten.

Rabinson erwähnte zwei Meinungen der Acharonim bezüglich der Definition eines Treifa beim Menschen¹⁶⁰.

R. Feinstein und R. Waldenberg stellen zwei Bedingungen für die Bezeichnung eines Menschen als Treifa: erstens, dass eines der 18 Defekte, die ein Tier zum Treifa werden lassen, vorhanden ist, zweitens, dass den Ärzten keine Therapie bekannt ist, und der Treifa aufgrund seines Defekts nicht weiter leben kann.¹⁶¹

Laut R. Herschler und R. Frimmer dagegen sei die zweite Bedingung allein ausreichend.¹⁶²

¹⁵⁰ Rabinovits ebenda.

¹⁵¹ Steinberg 1994, 371. Fußnote 152.

¹⁵² Ilani 1988, 31.

¹⁵³ Maimon 1985 (Keduscha), 355 (Hilchot Schechita 10, 9).

¹⁵⁴ = Akronym für Rabbeinu Nissim, einflussreiche halachische Autorität des 14. Jahrhunderts, bekannt nach seinem Kommentar zum Ri“f, s. 2.7.2.2, S. 17.

¹⁵⁵ Rabinson 1996, 30.

¹⁵⁶ Tosfot Sanhedrin 78a, beginnend mit „Hahoreg“.

¹⁵⁷ Schorr 1997, Sanhedrin 78a. Fußnote 8.

¹⁵⁸ ebenda, beginnend mit „Hakol Modim behoreg et hatreifa“

¹⁵⁹ Offensichtlich gab es zu Raschis Zeit keine Heilung für diese Defekte, so dass man sicher daran sterben musste. Zur Problematik der Kategorisierung eines Menschen als Treifa hinsichtlich der Heilbarkeit vieler Erkrankungen heutzutage, s. Rabinson 1996, 34.

¹⁶⁰ Rabinson 1996, 31-32.

¹⁶¹ Feinstein Joreh Dea 3, 272 (Responsa 36). Waldenberg 1990, 64 (Responsa 32).

¹⁶² Rabinson 1996, 32.

Maimonides zählt in seinem Gesetzeskodex alle von den Weisen festgelegten Arten von Verletzungen und Krankheiten, die ein Tier zum Treifa werden lassen, auf und betont, dass niemand befugt sei diese zu annullieren oder weitere hinzuzufügen, auch wenn sich einmal herausstellen wird, dass ein Teil von ihnen geheilt werden kann oder weitere unheilbare Krankheiten entdeckt werden.¹⁶³ Dies sei R. Feinstein zufolge ein wesentlicher Unterschied zwischen einem Treifa beim Tier und einem menschlichen Treifa: bei Tieren ist die Anzahl der ‚Treifot‘ festgelegt, bei Menschen ändert sich aber die Definition der Treifa entsprechend der jeweiligen Umstände zu einer gegebenen Zeit.¹⁶⁴

Steinberg wirft ein, dass gemäß dieser Sichtweise R. Feinsteins die erste Bedingung keinen Sinn macht, da ohnehin letztendlich die Aussage der Ärzte entscheidet.¹⁶⁵

Wie auch immer die wahre Definition des ‚Treifa‘ sei, da er mit Sicherheit an seinem bereits vorhandenen Defekt sterben wird, betrachtet ihn das Gericht als wäre er bereits tot und kann daher seinen Mörder nicht hinrichten lassen, es ist, als hätte er einen bereits Verstorbenen (=, *Gavra Ktila*“ – Raschi) ermordet.¹⁶⁶

Außer in diesem Sonderfall jedoch, wird ein Treifa, genau wie jeder andere gesunde Mensch, als lebend betrachtet, was nicht zuletzt durch die Tatsache bewiesen wird, dass für die Rettung eines in akuter Lebensgefahr befindlichen Treifa der Schabbat, wie für einen Gesunden, entweicht wird.¹⁶⁷ Sowohl ein Gesunder als auch ein Treifa ‚leben‘, nur dass es Letzterem an ‚Vitalität‘ fehlt und da das Gericht einen Mörder für das Nehmen der Vitalität bestrafen will, kann es das im Falle der Ermordung eines Treifa nicht.¹⁶⁸

Die halachische Festlegung des Maimonides, dass derjenige, der einen ‚Treifa‘ tötet, nicht durch das Gericht hingerichtet wird, entspringt dem Talmud im Traktat Sanhedrin: „*Raba sagte: Alle stimmen überein, daß er frei sei, wenn er einen Totverletzten* [= ‚Treifa‘, M.F.] *getötet hat, ...*“¹⁶⁹ Maimonides jedoch unterstreicht, dass die Straffreiheit des Mörders eines ‚Treifa‘ sich nur auf die Befreiung von Exekution durch das Gericht bezieht, er ist „frei von menschlicher Verfolgung“, nicht aber von der „Todesstrafe des Himmels“, denn, wie ein populärer Kommentator des Maimonidischen Gesetzeskodex aus dessen Wortlaut wenige Absätze vorher schließt: ein Blutvergießer ist er allemal.¹⁷⁰ Deshalb, folgert Steinberg, besteht aus moralischer Sicht kein Unterschied zwischen der Ermordung eines ‚Treifa‘ und jedes anderen, völlig gesunden Menschen.¹⁷¹

3.1.2.3 ‚Chayei Scha'a‘

Eine am ehesten zugleich wörtliche und sinngemäße Übersetzung des Begriffs Chayei Scha'a ist (meiner Ansicht nach) der Ausdruck „begrenzttes Leben“. Goldschmidt wählt in seiner Talmudübersetzung den Ausdruck „*kleine Lebensdauer*“¹⁷², auf Englisch „*short-term life*“¹⁷³. Dem gegenübergestellt ist der Ausdruck ‚Chayei Olam‘, analog „unbegrenzttes Leben“, bzw. „*long-term life*“, womit ein Leben gemeint ist, das nicht durch einen bekannten Faktor (außer dem Lauf der Natur) begrenzt wird.

¹⁶³ Maimon 1985 (Keduscha), 355 (Hilchot Schechita 10, 12).

¹⁶⁴ Feinstein 1985, 306 (Responsa 73, 4).

¹⁶⁵ Steinberg 1992, 5 (Fußnote 28).

¹⁶⁶ Schorr, ebenda.

¹⁶⁷ Waldenberg 1985 Bd.10, 169 (Responsa 25, 27).

¹⁶⁸ Steinberg 1992, 4.

¹⁶⁹ Goldschmidt 1933 Bd.8, 773 (Sanhedrin 78a).

¹⁷⁰ Reich 1959, 268. Fußnote 52.

¹⁷¹ Steinberg 1983, 432.

¹⁷² Goldschmidt 1967, 518 (Avodah Zara 27b).

¹⁷³ Glick 2004, 150.

In den Schriften der Weisen ist keine einheitliche Definition des Zustands ‚Chayei Scha’a‘ vorzufinden.¹⁷⁴

R. Kuk in seinen Responsen „Mishpat Kohen“ stellt den Faktor der verbleibenden Lebenszeit in den Hintergrund und sagt, dass sobald eine spezifische Gefahrensituation vorhanden ist, die unausweichlich letztendlich zum Tod des Betreffenden führen wird, egal ob früher oder später, dieser als ‚Chayei Scha’a‘ zu betrachten ist. Er begründet dies damit, dass sich die Halacha in manchen Fragen auf das halachische Prinzip der ‚Präsumption‘ (‚Chazaka‘) verlässt, nach welchem das Bestehen eines gewissen Zustands als gegebene Tatsache vorausgesetzt werden muss.¹⁷⁵ Demzufolge hat derjenige, bei dem bekannt geworden ist, dass eine bestimmte Begebenheit seinen Tod verursachen wird, eine ‚Chazaka‘ zu sterben und fällt folglich unter die Kategorie Chayei Scha’a – ‚begrenzttes Leben‘, genau wie der Lebende eine ‚Chazaka‘ zu leben hat.¹⁷⁶

Eine andere Meinung vergleicht den ‚Chayei Scha’a‘ schließlich mit einem Gosess, nur mit schlechterer Prognose. Von den ‚Gosessim‘ sterben nämlich nur die meisten, von den ‚Chayei Scha’a‘ aber überleben nicht einmal „die wenigsten der wenigsten“¹⁷⁷.

R. Feinstein zufolge ist das zeitliche Kriterium für einen Chayei Scha’a eine Lebenserwartung, die nach Einschätzung der Ärzte zwölf Monate nicht überschreitet. Der Patient, dem die Ärzte eine zeitliche Grenze von nur einem Jahr gesetzt haben, werde von ihnen wie ein Treifa und weniger angesehen, denn der Treifa beim Menschen kann sogar viele Jahre leben. Ein Patient mit längerer Lebenserwartung, auch wenn die Ärzte diese auf zwei Jahre begrenzen, ist halachisch als ‚Chayei Olam‘ zu betrachten. Eine praktische Konsequenz, die aus derselben Response R. Feinsteins hervorgeht, ist der Fall, in dem ein Arzt zu zwei Patienten gerufen wird, einer kann durch Behandlung wahrscheinlich länger als ein Jahr lang überleben, der andere nicht. In diesem Fall soll der Arzt sich zuerst demjenigen Patienten zuwenden, der voraussichtlich länger als ein Jahr überleben wird.¹⁷⁸

R. Kluger schließlich, der verschiedene Überlegungen zur Definition des ‚Chayei Scha’a‘ anstellt, in denen er sowohl die alleinige Abhängigkeit der Definition von einer bestimmten Erkrankung, an der der ‚Chayei Scha’a‘ sterben wird, als auch dessen Definition nach der verbleibenden Lebenszeit ausschließt, gelangt letztendlich zum selben Ergebnis wie R. Feinstein.¹⁷⁹ Sowohl R. Feinstein, als auch R. Kluger stützen sich nämlich auf die Definition des ‚Treifa‘ und kombinieren damit beide Faktoren: „*Angesichts der Annahme, dass ein ‚Treifa‘ nicht länger als zwölf Monate lebt, ist bewiesen, dass jeder, der wegen einer bestimmten Erkrankung letztendlich innerhalb von zwölf Monaten ... sterben wird, ... zählt nur als ‚Chayei Scha’a‘, wenn er aber schätzungsweise erst nach zwölf Monaten stirbt, zählt dies nicht als ‚Chayei Scha’a‘, sondern als ‚Chayei Olam‘.*“¹⁸⁰

Unabhängig, wonach sich die Definition des Chayei Scha’a nun richtet, die schlechte Prognose ändert nichts an der Pflicht alles zu unternehmen, einschließlich, falls notwendig, der Entweihung des Schabbat, um sein Leben zu schützen und zu erhalten. Die einzige Situation in der sein (begrenzttes) Leben sogar vorsätzlich gefährdet werden darf, ist wenn eine Aussicht auf ‚Chayei Olam‘ besteht. Besteht also eine Möglichkeit auf Heilung, nimmt man keine Rücksicht auf sein ‚Chayei Scha’a‘, sondern führt die Behandlung durch, auch

¹⁷⁴ Steinberg 2006, 442-443.

¹⁷⁵ s. Gittin 28a, wo von der Übermittlung eines Scheidungsbriefs eines Kranken durch einen Boten an seine weit entfernt wohnende Ehefrau die Rede ist. Laut der Mischna wird angenommen, daß der Ehemann noch lebt sobald der Bote angekommen ist und der Scheidungsbrief ist gültig.

¹⁷⁶ Kuk, 144,3.

¹⁷⁷ Hakohen 329, 4, beginnend mit „Ela lefi scha’a“.

¹⁷⁸ Feinstein 1985, 315 (Responsa 75, 2).

¹⁷⁹ Kluger, Jore Dea 155, 1.

¹⁸⁰ Avraham 1993, 47.

wenn ihr Erfolg nicht sicher sondern nur wahrscheinlich ist.¹⁸¹ Man entscheide folglich in jedem Fall zu seinen Gunsten.¹⁸²

Steinberg zufolge könne man einen terminalen Patienten heutzutage halachisch gesehen am ehesten als einen ‚Chayei Scha’a‘ betrachten, also als einen Patienten, dem nur noch eine begrenzte Lebensdauer zu Verfügung steht.¹⁸³ Bezüglich der Definition eines ‚Chayei Scha’a‘ folgt man in der Praxis R. Feinstein’s und R. Klugers Auffassung, nach welcher ein Patient nach Ansicht der Ärzte nicht länger als ein Jahr lang überleben wird.¹⁸⁴

3.1.3 Lebensgefahr – ‚Pikuach Nefesch‘

Laut Jakobovits stellen die Schabbatgesetze aufgrund ihrer quantitativen und praktischen Bedeutung im Judentum einen Prototyp für die Zurückstellung eines religiösen Gebotes aus medizinischen Gründen dar¹⁸⁵. Daher soll im Folgenden versucht werden, anhand der Schabbatgesetze, Erkenntnisse über den Stellenwert des Lebens im Judentum zu gewinnen. Der Schabbat-Ruhetag ist eines der Fundamente des jüdischen Glaubens. Unzählige Gesetze sind mit dem Schabbat verbunden, die allesamt zum Ziel haben den Schabbat von den gewöhnlichen Wochentagen zu erheben.

Der Sefer Hachinuch schreibt folgendes über das Schabbatgebot:

„Von den Wurzeln dieses Gebotes ist, dass wir uns zu Ehren des Schabbat von unseren Beschäftigungen frei machen, um in unseren Seelen den Glauben an die [ständige] Erneuerung der Welt zu verankern, welcher das Zugseil für alle Fundamente der Glaubensgesetze ist und uns jede Woche an einem Tag erinnern, dass die Welt in sechs getrennten Tagen erschaffen und am siebten Tag nichts erschaffen wurde ...“¹⁸⁶

Auf die Wichtigkeit des Schabbatgebotes weist der Brauch hin im Gebet beim Rezitieren des Passus *„...und gedenket aller Gebote des Ewigen...“¹⁸⁷* explizit des Schabbats zu gedenken, da dieser in seiner Bedeutung alle Gebote aufwiege.¹⁸⁸

Falls jedoch am Schabbat ein Leben in Gefahr ist, so darf der Schabbat nicht nur entweiht werden, um dieses Menschenleben zu retten, es ist sogar Vorschrift, wie der Schulchan Aruch Harav formuliert: *„und der schnellste ist lobenswert und der Fragende ist ein Blutvergießer und der Gefragte ist verachtenswert“¹⁸⁹*. D.h. wenn erst einmal nachgefragt werden muss, ob man im Falle von Lebensgefahr den Schabbat entweihen darf, so ist die halachische Autorität verachtenswert, die es versäumt hat diesen selbstverständlichen Glaubensgrundsatz öffentlich bekannt zu machen, damit eine solche Frage gar nicht erst aufkommen kann.

Der Talmud beschreibt einige Situationen, in denen der Schabbat wegen der Möglichkeit einer Lebensgefährdung entweiht werden muss. Wenn z.B. jemand sah, wie sich eine Tür vor einem Kleinkind verschloss, soll er die Tür aufbrechen – ein Akt, der gewöhnlich am Schabbat verboten ist – um das Kind zu befreien. Der Talmud legt für diese und andere dort erwähnte Situationen fest, dass der schnell Handelnde lobenswert ist und keine Sondergenehmigung durch das Gericht benötigt. Raschi begründet ein solches Vorgehen

¹⁸¹ Steinberg 2006 Bd.5, 443-444.

¹⁸² Tosfot Avoda Zara 27b, beginnend mit „Lechayei“.

¹⁸³ Steinberg 2006 Bd.5, 335.

¹⁸⁴ nach persönlichem Gespräch mit M. Halperin.

¹⁸⁵ Jakobovits 1966, 70.

¹⁸⁶ Sefer Hachinuch, Gebot 32.

¹⁸⁷ Dessauer 1967, 145 (Bamidbar 15, 39).

¹⁸⁸ Jerusalemer Talmud, Brachot 1, 5.

¹⁸⁹ von Liadi 2002, 329, 6. Jerusalemer Talmud, Joma 8, 5.

damit, dass ein eingesperrtes Kind ängstlich ist und aus Angst in Lebensgefahr geraten könnte.¹⁹⁰

Selbst wenn es zweifelhaft ist, ob tatsächlich Lebensgefahr besteht, oder ob die den Schabbat entweihende Prozedur tatsächlich lebensrettend sein wird, darf nicht gezögert werden diese durchzuführen.¹⁹¹ Mehr noch: Es wird nicht unterschieden, ob das Leben des auf diese Weise Erretteten danach noch viele Jahre oder nur wenige Sekunden andauern wird, wie die folgende aus dem Talmud stammende Halacha im Schulchan Aruch verdeutlicht:

*„Wenn am Schabbat eine (Stein-)Lawine niedergegangen ist, selbst wenn Zweifel besteht, ob die Verschütteten noch leben, sogar wenn unsicher ist, ob sich überhaupt jemand unter den Trümmern befindet, müssen diese geräumt werden, obwohl sich hier mehrere Zweifel addieren.“*¹⁹² [Das Heben und Umhertragen von Steinen am Schabbat ist für gewöhnlich verboten. M.F.] *Hat man jemanden „erdrückt“ aufgefunden, so dass er nicht mehr als nur noch für eine kurze Weile leben kann, fährt man fort ihn auszugraben und prüft bis zu seiner Nase*¹⁹³. *Stellt man dort Lebenszeichen fest, so eröffne man den Schutt und grabe ihn für die kurze Weile, die er noch zu leben hat, aus.“*¹⁹⁴

Im Talmud finden wir eine Diskussion der Gelehrten zum Ursprung des Prinzips, welches der Rettung von Leben den Vorzug vor Einhaltung der Schabbatgesetze gibt. Zwei interessante Argumente bieten R. Simon b. Menasja und (R. Jehuda im Namen des) Semuél.

R. Simon b. Menasja zitiert den Bibelvers *„Die Kinder Jisraél sollen den Sabbath beobachten“*¹⁹⁵ und interpretiert: *„die Tora sagt damit, daß man seinetwegen [dem Gefährdeten wegen] einen Sabbath entweihe, damit er viele Sabbathe beobachte.“*¹⁹⁶

R. Jehuda, im Namen Semuél's hingegen bringt den Bibelvers *„Er lebe durch sie“*¹⁹⁷, und erklärt *„...und nicht, daß er durch sie sterbe.“* Raba, fasst die Argumentation der Gelehrten folgendermaßen zusammen: *„Jene alle [Argumente] sind zu widerlegen, nur nicht der des Semuél, der nicht zu widerlegen ist.“*¹⁹⁸

Aus R. Simon b. Menasjas Lehrmeinung könnte man schließen, dass der Schabbat nur für bestimmte Lebensgefährdete entweiht werden dürfte, deren Prognose sich durch lebensrettende Maßnahmen soweit bessern ließe, dass sie in Zukunft wieder „viele Sabbathe beobachten“ könnten, nicht aber für derart schwer kranke, die dazu nicht mehr fähig wären.

¹⁹⁰ Joma 84b.

¹⁹¹ von Liadi 2002, 328, 2.

¹⁹² von Liadi 2002, 329, 3.

¹⁹³ Im Talmud (Joma 85a) findet man eine Auseinandersetzung der Gelehrten, ob ein Verschütteter bis zur Nase, oder bis zum Herzen nach Lebenszeichen untersucht werden muss, d.h. welches von beiden, Atem- oder Herzstillstand, das entscheidende Kriterium für die Feststellung des Todes ist. Die Halacha urteilt für Atemstillstand, daher „prüft man bis zu seiner Nase“ (Schulchan Aruch 329, 4), und zwar nicht nur bei Verschütteten, sondern in allen Situationen richtet sich die Feststellung des Todes nach der Atmung (Schottenstein-Talmud, Joma 85a, Anm.23). Vgl. jedoch Feinstein 1973, 249 (Responsa 146) der urteilt, dass, in Anbetracht der Möglichkeiten moderner Medizin heutzutage, in der Praxis anders gehandelt werden muss: *„Zweifellos hängt die Hauptlebensfähigkeit am Herzen, nur ist der Stillstand der Atmung ein Beleg für das Stillstehen der Herztätigkeit und der Verlust dessen Lebensfähigkeit. Demnach verlässt man sich heutzutage, da moderne Geräte vorhanden sind, die imstande sind festzustellen, ob das Herz noch funktioniert, nicht mehr auf den Atemstillstand zur Feststellung des Todes, sondern alles hängt von der Untersuchung durch ein Gerät ab, welches das Vorhandensein (oder Fehlen) der Lebenskraft des Herzens anzeigt“* (Übers. n. ebenda). S. ebenda, 247-252, für eine ausführliche Erläuterung der obigen Talmudstelle und der Halacha in Sachen Todesfeststellung. Über die Diskussionen der Gelehrten zur Feststellung des Todes, und dem Wandel der Einstellung zu Organtransplantationen s. u.a. Halperin 2007, 187-191.

¹⁹⁴ Joma 85a. Übers. n. von Liadi, ebenda.

¹⁹⁵ Schmot 31, 16.

¹⁹⁶ Goldschmidt 1930 Bd.3, 250 (Joma 85b).

¹⁹⁷ Vajikra 18, 5.

¹⁹⁸ Goldschmidt ebenda.

„Leben“ besäße demnach keinen eigenständigen Wert, sondern wäre von einem externen Faktor – der Fähigkeit zur Ausübung der Gebote – abhängig.

Der oben zitierte Abschnitt aus dem Schulchan Aruch folgt allerdings nicht R. Simon b. Menasjas Lehrmeinung, sondern legt fest, dass selbst ein Schwerverletzter, der trotz seiner Bergung nicht lange überleben und folglich nicht einmal einen einzigen Schabbat mehr einhalten wird, durch Entweihung des Schabbates „gerettet“ werden muss, wie R. Hakohen (besser bekannt als der „Chafez-Chaim“, nach einem seiner Hauptwerke) in seinem Kommentar zum Schulchan Aruch feststellt.¹⁹⁹ Der Chafez-Chaim erläutert im Bezug auf den scheinbaren Widerspruch beider Talmudgelehrten, dass die Pflicht zur Lebensrettung sicherlich nicht vom Ergebnis eines quantitativen Vergleiches heraus gelernt werde, wonach auf Übertretung eines Verbotes in der Gegenwart zugunsten der Einhaltung vieler Gebote in der Zukunft verzichtet werde. Die von R. Shimon b. Menasja und anderen Talmudweisen wie auch von Gelehrten späterer Generationen stammenden Begründungen²⁰⁰ für die Aufhebung der Schabbatgebote im Fall von Lebensgefahr seien nicht als Bedingungen zu verstehen, sondern, wie R. Hakohen es ausdrückt, nur „*Ta'ama Be'alma*“²⁰¹, was soviel bedeutet wie „Gründe allein“, die nicht als Voraussetzung für den Gesetzesentscheid aufzufassen sind. Der wahre Grund sei vielmehr aus dem Argument des Semuél zu lernen, welches in Einklang mit Maimonides' Auffassung stehe, dass nämlich „*die Satzungen der Torah kein Racheakte, sondern Gnade, Mitleid und Friede in der Welt sind...*“²⁰², denn das Leben eines Menschen sei das, worauf Gott wirklich Wert lege. Der Schulchan Aruch Harav interpretiert Semuél's Lehrmeinung als Grundlage für die von der Mischna²⁰³ festgelegte Pflicht der Rettung, sogar wenn Zweifel am Vorhandensein von Lebensgefahr besteht. Zu diesem Zweck wird dort die Meinung Semuél's folgendermaßen erläutert: „*was lehrt der Wortlaut „er lebe durch sie“? – Siehe, dass er bei der Ausführung der Mizwot **sicher**²⁰⁴ lebe und nicht, dass er dabei möglicherweise in Gefahr gerate*“²⁰⁵.

(Auch R. Simon b. Menasjas Lehrmeinung besitzt praktisch-halachische Konsequenz und zwar in einer Situation, in der nicht das körperliche, sondern das spirituelle Leben einer Person gefährdet ist: wenn z.B. jemandem am Schabbat bekannt geworden ist, dass seine Tochter von Missionaren entführt worden ist, so muss er sich um ihre Rettung bemühen, auch wenn dazu das Übertreten einiger Verbote notwendig ist, denn „*es ist besser einen Schabbat zu entweihen, als dass sie viele Schabbate entweihen wird*“²⁰⁶.)

R. Hakohen führt als weiteren Beleg für den eigenständigen Wert des Lebens unabhängig von der Fähigkeit zur Ausübung der Gesetze an, dass auch Kleinkinder und Narren (= ‚Schoteh‘), die von den Geboten befreit sind, sowie ein Gosess, d.h. ein Sterbender, dessen Lebenserwartung per Definition nicht länger als 3 Tage ist²⁰⁷, aus dem Trümmerhaufen geborgen werden müssen.

Zur Zusammenfassung der halachischen Sichtweise über die Stellung des Lebens im Bezug auf die Torahgesetze generell eignet sich der Wortlaut eines der bedeutendsten Dezisoren des zwanzigsten Jahrhunderts, R. S.Z. Auerbach:

¹⁹⁹ Hakohen 329, 4, beginnend mit „Ela lefi scha'a“.

²⁰⁰ z. B. um dem Sterbenden in den gewonnenen Lebensminuten das Gebot des Sündenbekenntnisses zu ermöglichen, s. ebenda.

²⁰¹ ebenda

²⁰² Maimon 1985 (Zmanim a), 11. (Schabat 2, 3)

²⁰³ Joma 83a.

²⁰⁴ Hervorhebung von mir (M.F.)

²⁰⁵ von Liadi, 328, 2. Bereits Raschi in seinem Kommentar zur Talmudstelle Joma 85b, interpretiert Semuél's Lehrmeinung auf dieselbe Weise: „...und nicht, dass er bei ihrer Ausführung eventuell sterbe.“

²⁰⁶ übers. n. ebenda, 306, 29.

²⁰⁷ s. S. 30.

„...denn es gibt überhaupt kein Kriterium, mit dem Wert und Wichtigkeit des Gegenstands ‚Leben‘ gemessen werden können, nicht einmal in der Torah und den Geboten, denn man entweiht den Schabbat auch für einen kranken, aussätzigen Greis, auch wenn dieser taub und vollständig dement ist und keine einzige Mizwa mehr ausüben kann und sein Leben nur eine Last und großes Mühsal für seine Familie darstellt und ihnen Vergeudung von Zeit, die für Torah und Ausübung der Gebote verwendet werden könnte, verursacht und sie zusätzlich zu ihrem großen Leid ja immer schwächer werden, trotz alledem ist [sogar] den Größen Israels geboten sich um seine Rettung zu bemühen und für ihn den Schabbat zu entweihen.“²⁰⁸

3.1.4 Argument für Lebensheiligung aus der säkularen Ethik

Die Heiligung jeden Lebens durch die jüdische Halacha ist nicht nur ein Axiom, ein Gesetz, welches für den Menschenverstand unerreichbar bleibt, sondern eine Notwendigkeit, die sich durch das bekannte ethische Konzept des so genannten „slippery slope“ (wörtl. „rutschiger Abhang“), aus der säkularen Ethik sinnvoll erklären lässt. Dieses Konzept besagt, dass die Erlaubnis einer bestimmten, zunächst ethisch und moralisch erscheinenden Handlung eventuell zu anderen Handlungen führt, die eindeutig unethisch sind. Daher verbiete man Ersterer um ein Hinabgleiten zu der Letzteren zu vermeiden.²⁰⁹ Sobald man beginnt eine Relativierung des Lebenswertes zuzulassen, läuft man Gefahr alternativen Werten wie etwa dem Preis der Behandlung oder dem Nutzen für die Allgemeinheit schließlich mehr Geltung zu verleihen als dem Leben selbst. Wie weit man auf diese Weise hinabgleiten kann, beweist das wohl bekannteste Extrembeispiel aus der nicht weit entfernt liegenden Geschichte des Dritten Reiches. Die nazistische Rassenlehre, die zwischen „guten“ und „schlechten“ Rassen unterschied, war Grundlage für die Legitimation des größten Massenmords aller Zeiten, einschließlich der Ermordung 70.000 Geisteskranker, mit der Begründung, deren Leben sei wertlos und stelle eine Belastung für die Allgemeinheit dar.²¹⁰

Man muss jedoch nicht einmal so weit in die Vergangenheit zurückgehen um Beispiele für die Verwirklichung des „slippery slope“-Prinzips zu finden. Es sei auf die Entwicklung der aktiven Euthanasie in Holland in den letzten Jahrzehnten bis zum heutigen Tag verwiesen. Mehr als zwei Jahrzehnte lang ist in niederländischen Krankenanstalten aktive Euthanasie zwar illegal, aber dennoch unverborgen durchgeführt worden. Gesetzlich ist aktive Euthanasie in Holland erst seit der Verabschiedung des entsprechenden Gesetzes im April 2002, welches auch die einschränkenden Voraussetzungen für die Durchführung der Tötung enthält.²¹¹ In den Jahren vor der Legalisierung durch das holländische Parlament entwarfen die holländischen Gerichtshöfe und die *Royal Dutch Medical Association* ausführliche Richtlinien, die festlegten, unter welchen Umständen die Leistung aktiver Sterbehilfe durch einen Arzt, trotz gesetzlichem Verbot, verzeihbar sei. Einige der Bedingungen für die Praktizierung von Sterbehilfe waren, dass diese nur auf den ausdrücklichen Wunsch des Patienten und mit seinem Einverständnis durchgeführt werden durfte; der Patient musste zum Zeitpunkt der Äußerung des Sterbenswillens unabhängig, von äußeren Einflüssen frei entscheidungsfähig gewesen sein; alternative Versuche das Leid des Patienten zu verringern sind versucht worden, führten aber nicht zur Zufriedenheit des Patienten; ein weiterer Arzt hat die Befunde eingesehen und bestätigt; Befunde und Entscheidungsprozess wurden sorgfältig dokumentiert.²¹²

²⁰⁸ Auerbach Responsa 91, 24.

²⁰⁹ Lamb 1988, vii.

²¹⁰ Steinberg 1983, 430.

²¹¹ Britbard 2003, 4.

²¹² de Wachter 1989, 3317. Steinberg 2006 Bd. 5, 212.

Trotz diesen Richtlinien ereigneten sich bald nach der Einführung dieser Praxis schwere Abweichungen von der vorgegebenen Norm. Nur ein Bruchteil der durchgeführten Tötungen sind, wie vom Gesetz gefordert, dokumentiert worden. Sterbehilfe ist an komatösen Patienten ohne ihre ausdrückliche Zustimmung, psychiatrischen Patienten, die teilweise nicht unheilbar krank waren, sowie Dementen durchgeführt worden. Einem prominenten US-amerikanischen Gutachten zufolge ist die Situation in Holland außer Kontrolle geraten und es existieren tausende (!) Fälle von Sterbehilfe, die ohne Zustimmung der Getöteten und ohne Meldung an die Behörden vollzogen worden sind.²¹³

3.2 Arzt und Patient

Eine hohe Wertschätzung menschlichen Lebens und die Wichtigkeit es zu retten und zu erhalten bringt unweigerlich Verpflichtungen mit sich. In erster Linie für den Arzt, der Lebensrettung und -erhaltung als Beruf ausübt, jedoch auch für den Patienten.

Im Folgenden werden jüdische Quellen für Recht und Pflicht des Arztes den medizinischen Beruf auszuüben aufgezeigt und auf welche Patienten bzw. auf welche Erkrankungen sich diese Verpflichtung erstreckt. Kollidiert die Pflicht des Arztes zu behandeln nicht mit dem Recht des Patienten auf Autonomie? Was geschieht wenn ein Patient die Behandlung verweigert; muss oder darf er überhaupt gezwungen werden oder entscheidet in so einem Fall eine Drittperson, zum Beispiel der Rabbiner?

3.2.1 Erlaubnis zur Praxis der Medizin

Im Talmud steht: „Und heilen lasse er ihn“²¹⁴; hieraus, daß dem Arzt die Erlaubnis zu heilen gegeben ist.²¹⁵

Die Gelehrten waren sich uneinig darüber, wie weit diese Erlaubnis geht.

Nachmanides war der Ansicht, dass die Befugnis des Arztes sein Handwerk auszuüben sich nur auf externe Wunden bzw. Krankheiten erstreckt, nicht aber auf innerliche Beschwerden.²¹⁶ Denselben Standpunkt vertrat R. Ibn-Ezra, wonach die Heilung innerer Leiden nur in den Händen des Schöpfers liege, wie in Hiob steht: „Denn er verwundet und verbindet; er schlägt und seine Hände heilen“²¹⁷. Ebenso wurde Assa, König Jehudas, der sich in seinem Kranksein nicht zu Gott wandte, sondern nur Ärzte aufsuchte, dafür zurechtgewiesen, woraus geschlossen werden kann, dass ihm dies als Sünde angerechnet wurde. Als Bestärkung für seine Ansicht zitiert Nachmanides den Talmud, in dem steht, dass König Chizkijahu das Heilmittelbuch versteckte und dafür die Zustimmung der Weisen erhielt.²¹⁸

Aus alledem folgt, dass ein Mensch sich so wenig wie möglich mit Ärzten und Heilmitteln beschäftigen sollte.

Hingegen dürften Maimonides zufolge Ärzte sogar in internistische Leiden eingreifen.²¹⁹

Gemäß dem Maimonides enthielt Chizkijahus Buch über die Heilmittel Beschreibungen von Sternkonstellationen im Sinne einer astrologischen Heilung und ähnelte einem Götzendienst.

²¹³ Halperin 1997, 62.

²¹⁴ Schmot 21:19.

²¹⁵ Goldschmidt 1930 Bd.1, 270 (Brachot 60a).

²¹⁶ Gotfryd 2003, 314.

²¹⁷ Zunz, 597. (Hiob 5:18.)

²¹⁸ Goldschmidt 1930 Bd.2, 477 (Psachim 56a).

²¹⁹ Gotfryd ebenda.

Der Autor des Buches verfasste es nur zu Studienzwecken, was erlaubt gewesen sei, doch als Menschen begannen, die darin enthaltenen Heilmethoden anzuwenden, versteckte es König Chizkijahu.²²⁰ Bei ausschließlich medizinischen und natürlichen Methoden bestehe die Gefahr zu Götzendienst verleitet zu werden jedoch nicht.

Genauso wenig wie eine Person, die Nahrung aufnimmt, um ihren Hunger zu stillen, gegen ihren Glauben an Gott, der sie hat hungrig werden lassen, verstoße, handle jemand zuwider seinem Glauben, der von der Medizin Gebrauch macht. Im Gegenteil: Er werde Gott dankbar sein, der ihn mit Nahrung versorgt bzw. von seinem Leiden befreit hat. König Assas Fehler war entweder, dass er Gott vollständig ignoriert habe und sich ausschließlich auf medizinische Hilfe verließ, oder dass seine Ärzte astrologische Methoden angewandt hätten. Laut R. von Liadi widersprechen sich beide Sichtweisen nicht, da sie jeweils für unterschiedliche spirituelle Zustände der Menschen zu verschiedenen geschichtlichen Epochen gelten, wie aus dem Folgenden verständlich wird.

Als Vorbemerkung muss erwähnt werden, dass die Torah insgesamt 613 Gesetze enthält, die sich in 248 Gebote und 365 Verbote unterteilen. Die jüdische Lehre beschreibt einen Zusammenhang zwischen den 248 Geboten und den gleichzähligen Organen, sowie zwischen den 365 Verboten und den gleichzähligen Sehnen des menschlichen Körpers.²²¹

R. von Liadi zufolge bestand zur Zeit des Tempels eine direkte Verbindung zwischen der Funktion der körperlichen Organe und der Gesundheit der ‚spirituellen Organe‘ sprich, der Gesetze.²²² Die körperliche Gesundheit war von der Beobachtung der Gesetze abhängig. Die Bewahrheitung des biblischen Versprechens „...wenn du auf die Stimme des Ewigen, deines Gottes, hören und was in seinen Augen recht ist, tun wirst, wenn du auf seine Gebote merke und alle seine Gesetze beobachtest, so will ich keine der Krankheiten, die ich Ägypten auferlegt, dir auferlegen, sondern ich, der Ewige, werde dein Arzt sein“²²³ war jedem offenbar. Deshalb machte es keinen Sinn nach natürlichen Heilmethoden zu suchen, denn diese waren wirkungslos, solange man die Gesetze nicht befolgte. Folglich wurde König Assa kritisiert, da er es versäumte sich auf seine spirituelle Gesundheit zu konzentrieren und Chizkijahu versteckte das Heilmittelbuch, da es zu seiner Zeit überflüssig war.

Die Zerstörung des Tempels brachte einen spirituellen Niedergang mit sich. Seitdem belebt, so R. von Liadi, eine niedrigere Ebene göttlicher Energie den Körper. Daher kann heutzutage auch jemand, der weit entfernt von spiritueller Vollkommenheit ist, körperlich gesund sein.²²⁴ Deshalb kann Medizin heutzutage hilfreich sein und es ist erlaubt sie zu nutzen.

Einige Gelehrte beschäftigten sich mit der Frage, warum als Einziges zur Ausübung des Medizinberufs eine spezielle Autorisierung notwendig war und nicht für andere Tätigkeiten, wie Handwerk, Handel, usw.²²⁵

Der prominentesten Erklärung zufolge war eine Erlaubnis notwendig, um den Einwand zu widerlegen, die Behandlung Kranker und Verletzter durch den Arzt würde einen Eingriff in die göttliche Bestimmung darstellen, welche jenen hat krank werden lassen. Die ausdrückliche Erlaubnis der Torah den medizinischen Beruf auszuüben beweist, dass darin kein Widerspruch zur göttlichen Fügung zu sehen ist. Zwar liegt „alles in den Händen des Himmels“, doch war es Gottes Wille den Arzt zu einem Gesandten zur Heilung der Geschöpfe zu erwählen.²²⁶

²²⁰ Kapach 1963, 177.

²²¹ Maimon 1993 (Hamada), 16, sowie ebenda, Fußnote 103.

²²² Gotfryd ebenda, 315.

²²³ Wohlgemuth 1979, 34. (Schmot 15:26.)

²²⁴ von Liadi, (Tanya) Iggeret Hatschuwa, 96 (Kap. 6).

²²⁵ Steinberg 2006 Bd.7, 172.

²²⁶ ebenda, 174.

Eine andere Erklärung bietet der Scha“ch-Kommentar zum Schulchan Aruch, auf der Tatsache beruhend, dass medizinische Behandlungen riskant und ihr Nutzen nicht mit vollkommener Sicherheit vorhersehbar ist, denn eine Therapie, die dem einen hilft, schadet möglicherweise dem anderen. Damit der (angehende) Mediziner also nicht behaupten soll, „*warum soll ich mich auf diesen Kummer einlassen? Vielleicht begehe ich einen Fehler und lade auf mich die Schuld des Totschlags*“²²⁷, erteilte die Torah dem Arzt eine ausdrückliche Genehmigung.

Die Praktizierung der Medizin ist jedoch nicht nur erlaubt, sondern, wie im Schulchan Aruch halachisch festgelegt, ein wichtiges Gebot, eine ‚Mizwa‘:

*„Die Torah erteilte dem Arzt die Erlaubnis zu heilen, und es ist eine Mizwa, und in [Rettung aus] Lebensgefahr (‘Pikuach Nefesch’) beinhaltet, und wer sich weigert ist ein Blutvergießer, sogar wenn jener jemanden hat, der ihn heilt, denn nicht von jedermann erlangt ein Mensch Heilung. Dennoch betätige er sich nur in der Medizin, wenn er Experte ist und kein größerer als er dort ist, andernfalls ist er ein Blutvergießer.“*²²⁸

Viele Poskim, allen voran der Ta“Z, machten auf den Widerspruch im Text des Schulchan Aruch aufmerksam: Einerseits ist es nur erlaubt zu heilen, andererseits eine Mizwa und sogar Teil des ‚Pikuach Nefesch‘-Gebots?

Der Ta“Z erklärt²²⁹, dass die wahre Heilung aller Krankheiten zwar nur in den Händen des Schöpfers liegt, der Mensch aber zu dieser direkten Heilung nicht würdig ist und deshalb dazu gezwungen ist, seine Heilung in der nach den Naturgesetzen der Welt funktionierenden Medizin aufzusuchen. Der Ewige seinerseits stimmte dem zu²³⁰, und sandte die nach den Prinzipien der Natur funktionierende Medizin, was laut dem Ta“Z unter Erlaubniserteilung zur Heilung zu verstehen ist. Die Torah aber sagte nicht sofort, dass der Gebrauch der Medizin eine Mizwa sei, denn idealerweise habe es der gerechte Mensch nicht nötig, sondern könnte, wie oben erklärt, durch Befolgung der Gebote oder durch Gebet geheilt werden. Nun, da die Erteilung einer Genehmigung einmal erfolgt ist und das Leben der Menschen davon abhängt, ist der Gebrauch eine Mizwa.

Sind dieser Genehmigung Grenzen gesetzt? Was geschieht, wenn in den Augen des Arztes die medizinische Wissenschaft keine Lösung mehr weiß und der einzige Ausweg den Patienten von seinen Qualen zu erlösen die Herbeiführung seines Todes ist? Ist der Arzt dazu befugt? Friedman lernt aus dem Satz „*hieraus, dass dem Arzt die Erlaubnis zu heilen gegeben ist*“ eine wichtige Einschränkung des ärztlichen Aufgabenbereichs.²³¹ Die Torah will damit sagen, dass der Patient nicht endgültig in den Besitz des Arztes übergeht, sondern die Erlaubnis, die ihm erteilt worden ist, ist nur die Erlaubnis zu heilen, das heißt, nach bestem medizinischen Wissen nach Heilung des Kranken zu streben, mehr nicht. Auch wenn die Krankheit seiner Ansicht nach unheilbar ist, „*die Torah gab die Erlaubnis zu heilen, nicht zu töten*“²³², selbst wenn er glaubt, dies sei für den Patienten das Beste und auch wenn letzterer dies wünscht. Auch Steinberg schrieb, dass gemäß der Anschauungsweise der Torah der Arzt Bote Gottes zur Heilung des Kranken ist und daher keine Befugnis besitzt seine medizinischen Kenntnisse für die Verkürzung und Beseitigung menschlichen Lebens zu verwenden.²³³ Wer dies unternimmt, „*...veruntreut seine Mission und handelt auf einer*

²²⁷ übers. n. Schach Kommentar zu Schulchan Aruch Jore Dea 336,1.

²²⁸ übers. n. Schulchan Aruch Jore Dea 336, 1.

²²⁹ Ta“Z, Kommentar zu Schulchan Aruch Jore Dea 336, 1.

²³⁰ Dieser Gedankengang ist allgemein für die Sichtweise des Judentums charakteristisch: der Ewige hat die Naturgesetze erschaffen und will, dass der Mensch Ihm durch sie dient und nicht auf Wunder hofft, denn der „*Ewige schafft nicht grundlos ein Wunder*“, s. Schneerson 2006 Bd. 6, 49.

²³¹ Friedman 1953, 232.

²³² übers. n. ebenda.

²³³ Steinberg 1983, 438-439.

*Ebene, die nicht im Bereich seiner Ermächtigungen liegt*²³⁴. Jakobovits wusste festzustellen: „Die Medizin zu nutzen, um die Tage eines Menschen zu verkürzen und ihm zu ermöglichen seinem Urteil zu entfliehen ..., das hörten wir nicht, weder in der schriftlichen, noch in der mündlichen Lehre.“²³⁵

Steinberg merkt an, dass die Euthanasiefrage überhaupt nur deshalb an die Ärzteschaft gerichtet wurde, weil sie am häufigsten damit konfrontiert werden. Praktisch gesehen betreffe sie jedoch jeden Menschen. Eines von vielen Beispielen dafür sei eine liebende Mutter, die ihr mit schweren Missbildungen und geistiger Behinderung auf die Welt gekommenes Neugeborenes aus Mitleid tötet. Derartige Handlungen seien seinerzeit im Rahmen des Talidomidskandals tatsächlich geschehen.²³⁶

3.2.2 Pflicht des Arztes zu behandeln

Die folgenden Ge- und Verbote definieren die ärztliche Pflicht Patienten zu behandeln. Aus ihnen geht das Ausmaß dieser Pflicht genauer hervor und in welchen Fällen ein Arzt von ihr befreit ist.

3.2.2.1 Zur Behandlung verpflichtende Torahquellen

- *Vahashevoto lo* – „dann sollst du es ihm zurückgeben“²³⁷

Dies ist das Gebot verlorenes Eigentum seinem Besitzer zurückzubringen. Oberflächlich betrachtet bezieht sich dieses Gebot nur auf verlorene Wertgegenstände, doch der Talmud weitet das Gebot auch auf einen ‚verlorenen‘ Menschen aus: „*Woher dies vom Verluste seines Körpers? Es heißt: du sollst ihn zurückbringen.*“²³⁸ Das heißt, auch einem irrenden Menschen den richtigen Weg zu weisen ist im Gebot „*Vahashevoto lo*“ enthalten.²³⁹

Der Talmud im Traktat Sanhedrin weitet das Gebot noch mehr aus: „*Woher, daß wenn jemand seinen Nächsten in einem Flusse ertrinken sieht, oder daß ein wildes Tier ihn wegschleppt, oder daß Räuber ihn überfallen, er verpflichtet ist, ihn zu retten? Es heißt: du sollst nicht neben dem Blute deines Nächsten stehen*²⁴⁰.“ Sogleich folgt der Einwurf: „*Wird dies denn hieraus entnommen, dies wird ja aus folgendem entnommen: Woher dies vom Verluste seiner Person? Es heißt: und sollst ihm zurückgeben?!*“²⁴¹ Aus dieser Talmudstelle geht hervor, dass auch die Pflicht einen Menschen aus Lebensgefahr zu retten aus dem Vers „*Vahashevoto lo*“ gelernt wird, denn bei Rettung aus Lebensgefahr gibt man das „verlorene“ Leben zurück.

Darauf basierend legt Maimonides fest: „*Der Arzt hat die Pflicht Kranke zu heilen, dies ist ja in dem Ausspruch „Vahashevoto lo“ enthalten - Einschliesslich den Verlust seines Körpers,*

²³⁴ Zit. übers. n. ebenda.

²³⁵ Zit. übers. n. ebenda.

²³⁶ ebenda.

²³⁷ Wohlgenuth 1979, 51 (Dvarim 22,2).

²³⁸ Goldschmidt 1933 Bd.7, 274 (Baba Kama 81b), s. Fußnote 140.

²³⁹ R. Epstein lernt dies aus dem Ausdruck „Vahashevoto Lo“ heraus. Um allein zur Rückgabe verlorenen Eigentums zu gebieten wäre ausreichend „Vahashevota“ - „du sollst zurückgeben“ zu schreiben, dann nämlich würde sich das Gebot nur auf das Eigentum beziehen. „Vahashevoto“ hingegen enthält zusätzlich die Bedeutung „du sollst **ihn** zurückgeben“. s. Epstein 1904, 296-297 (Devarim 22, 2).

²⁴⁰ Vajikra 19, 16. S.u.

²⁴¹ Goldschmidt Bd.8 1933, 755-756 (Sanhedrin 73a).

hat er jenen in Gefahr gesehen und kann ihn retten so rette er ihn mit seinem Körper, seinem Vermögen, oder seinem Wissen.“²⁴²

- *Lo taamod al dam reecha* – „bleibe nicht untätig bei der Lebensgefahr deines Nächsten“²⁴³

Die oben zitierte Talmudstelle im Traktat Sanhedrin fragte, wozu der Vers „*du sollst nicht neben dem Blute deines Nächsten stehen*“ als Beleg für die Pflicht einen Menschen in Lebensgefahr zu retten notwendig sei, wenn dies bereits von dem Vers „*dann sollst du es ihm zurückgeben*“ gelernt wird. Aus letzterem Vers könnte man, antwortet der Talmud, „*nur entnehmen, daß man dies persönlich tue, nicht aber, daß man sich bemühe und andere herbeischaffe, ...*“²⁴⁴

Der Talmud erklärt, dass der Vers „*Vahaschevoto lo*“ nur zur Lebensrettung durch persönlichen Einsatz gebietet, „*Lo taamod al dam reecha*“ lehrt, dass zusätzlich zum persönlichen Einsatz auch fremde Hilfe herbeigeholt werden muss, wie Raschi erläutert: „*stehe nicht allein da, sondern wende dich nach allen Seiten, damit das Blut deines Nächsten nicht verloren geht*“²⁴⁵

Dem Gesetzeskodex des Maimonides entnimmt man, dass auch wenn die Organisation fremder Hilfe finanzielle Ausgaben erfordert, das Verbot „*Lo taamod al dam reecha*“ dazu verpflichtet.²⁴⁶

Aus den Worten des Maimonides lernt man weiterhin, dass nicht nur jemand, der die Rettung einer Person aus bereits bestehender Gefahr unterlässt, ein Verbot übertritt, sondern auch jemand, der eine Möglichkeit versäumt die Gefahr noch vor ihrer Entstehung zu vermeiden.²⁴⁷ Daher ist, so Gnizi, ein Arzt nicht nur zur Therapie bereits Erkrankter verpflichtet, sondern auch zu Erziehung von Patienten zur Erhaltung von Gesundheit und zum Fernhalten vom Konsum gesundheitlicher Noxen im Rahmen der Präventivmedizin.²⁴⁸

Laut R. Goldberg ist das Verbot „*Lo taamod al dam reecha*“ gleichbedeutend mit unterlassener Hilfeleistung: jemand, der eines anderen Leben hätte retten können und dies unterließ, zum Beispiel ein Arzt, der aus Trägheit ein Medikament nicht schnell genug verabreichte und der Patient deswegen starb, hat das Torahverbot „*du sollst nicht neben dem Blute deines Nächsten stehen*“ übertreten. Er gilt halachisch als Sünder, jedoch nicht als Mörder.²⁴⁹

²⁴² übers. n. Kapach 1964, 129 (Nedarim 4, 4).

²⁴³ Wohlgemuth 1979, 44 (Vajikra 19:16). Wohlgemuth übersetzte eher sinngemäss, Goldschmidt wörtlich.

²⁴⁴ Goldschmidt ebenda, 756.

²⁴⁵ Raschi, Sanhedrin 73a.

²⁴⁶ Maimon 1985 (Nezikin), 264 (Hilchot Rozeach uschmiras nefesch, 1, 14).

²⁴⁷ ebenda.

²⁴⁸ Gnizi 2001, 55. Präventive Medizin ist zwar heutzutage nicht die beliebteste Form der Medizin, es existiert aber, meiner Ansicht nach, ein Beleg aus dem Gebot der Wohltätigkeit (Zedaka) dafür, dass es die erhabenste Form der Medizin ist, vergleicht man Medizin mit Wohltätigkeit. Maimonides zufolge (Maimon 1985 (Zeraim), 130 (Matanot Anijim 10, 7)) hat das Gebot der Zedaka acht Stufen, von denen eine erhabener als die andere ist. Die erhabenste ist, dem Maimonides zufolge, jemanden, der finanziell in Not geraten ist zu unterstützen, bevor er verarmt und von Almosen abhängig wird.

²⁴⁹ Goldberg 2003, 69.

- *Veahavta Lereacha Kamocha* – „du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst“²⁵⁰

R. Waldenberg entnahm einem Kommentar des Nachmanides zum Talmudabschnitt im Traktat Sanhedrin eine weitere Quelle für die Pflicht des Arztes zu heilen: das Gebot der Nächstenliebe.²⁵¹ Der Talmud berichtet dort über Rav Papa, der es seinem Sohn nicht zuließ ihm einen Splitter zu entfernen, denn er könnte ihm eine Verletzung zufügen und dabei „*unvorsätzlich ein Verbot begehen, auf das [vorsätzlich] die Steinigung gesetzt ist*“²⁵². Nachmanides erläutert, dass obwohl „*man beim Schlagen eines Menschen frei*“ ist, „*wenn es zu seiner Genesung erfolgt*“²⁵³ und dabei das Gebot der Nächstenliebe erfüllt, in diesem Fall, wenn jemand anstelle des Sohnes den Splitter entfernen kann, lässt man es dem Sohn nicht zu, denn womöglich verletzt er seinen Vater (unabsichtlich) mehr als notwendig.²⁵⁴ Demnach entnehmen wir, so R. Waldenberg, das Gebot der Heilung auch aus dem Vers „*du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst*“.

Es gilt zu verstehen, fährt R. Waldenberg fort, warum man bei der Suche nach einer Torahquelle für das Gebot zu heilen so weit gehen muss und sich nicht mit der Tatsache begnügt, dass die Rettung eines Menschen aus Lebensgefahr wichtiger als alle andere Gebote ist? Hieraus lerne man, folgert R. Waldenberg, dass eine Pflicht zu heilen auch vorhanden ist, wenn keine Lebensgefahr besteht.²⁵⁵

- *Vechej Achicha Imach* – „dein Bruder soll neben dir zu leben haben“²⁵⁶

Der Talmud beschreibt folgendes moralische Dilemma:

„*wenn zwei Personen sich auf dem Wege befinden, und im Besitze des einen sich ein Krug Wasser [das nur für einen reicht] befindet, und wenn beide trinken, sie beide sterben, wenn aber der eine, er eine bewohnte Gegend erreichen kann, trug Ben Petora vor, lieber sollen beide trinken und sterben, als daß der eine den Tod des anderen sehe. Dann aber kam R. Aqiba und lehrte: „Es lebe dein Bruder mit dir“, dein eigenes Leben geht dem Leben deines Nächsten vor.*“²⁵⁷

Laut Gnizi muss unterstrichen werden, dass in der beschriebenen Situation nicht von einer aktiven Handlung, die zum Tod der zweiten Person führt, die Rede ist – dann hätte er den eigenen Tod vorzuziehen – sondern von einer Art unterlassener Hilfeleistung, die letztendlich das Unglück auch nicht hätte verhindern können und beide wären verdurstet.

Laut R. Naftali Zwi Jehuda Berlin (1816-1893), einer der Torahgrößen des 19. Jahrhunderts, bekannt als der ‚Natziv aus Wolozin‘ in Weißrussland, sind sich in einem Punkt alle einig und zwar, dass der Vers „*Vechej Achicha Imach*“ dazu verpflichtet, sich beinahe bis zur Gefährdung des eigenen Lebens um das Leben seines Nächsten zu bemühen. Dies sei nach genauem Studium der eben zitierten Talmudstelle zu entnehmen. Die Meinungsverschiedenheit bestehe nur darin, welche Vorgehensweise vorzuziehen sei, wenn das eigene Leben dem Leben des anderen gegenübersteht.

Aus diesen Worten des Naziv sei zu schließen, dass der Vers „*es lebe dein Bruder mit dir*“ eine weitere Quelle für die Pflicht Leben zu retten und für die Pflicht des Arztes zu heilen darstellt.²⁵⁸

²⁵⁰ Wohlgemuth 1979, Drittes Buch Moses 44. (Vajikra 19:18.)

²⁵¹ Waldenberg 1985 Ramat Rachel, 26 (Paragraph 21).

²⁵² Goldschmidt 1967, 4 (Sanhedrin 84b).

²⁵³ ebenda.

²⁵⁴ Schaval 1968, 43.

²⁵⁵ Waldenberg 1985 Ramat Rachel, 29 (Paragraph 23).

²⁵⁶ Wohlgemuth 1979, Drittes Buch Moses 60 (Vajikra 25, 36).

²⁵⁷ Goldschmidt 1933 Bd.7, 647-648 (Baba Metzia 62a).

²⁵⁸ Gnizi 2001, 58.

3.2.2.2 Behandlungspflicht bei therapieverweigernden Patienten

Gnizi ging der Frage nach, ob der Wunsch des Patienten nicht therapiert zu werden den Arzt von der auf obigen Gesetzen basierenden Behandlungspflicht befreit.²⁵⁹ Bei der halachischen Erörterung aus Sicht der ärztlichen Verpflichtung wurde in Gnizis Ausführungen als Motiv des Patienten zur Behandlungsverweigerung einzig der Wunsch sich selbst Schaden zuzufügen bzw. Suizid betrachtet.

R. Bavad in ‚Minchas Chinuch‘ zufolge, ist ein Arzt bei jemandem, der aus dem genannten Motiv nicht behandelt werden will, von der Behandlungspflicht, die sich aus den Geboten „*Vahashevoto lo*“ und „*Lo taamod al dam reecha*“ ergibt, befreit.²⁶⁰ Im Falle von „*Vahashevoto lo*“ entnahm man die Pflicht zu heilen aus dem Gebot ein verlorenes Gut dem Eigentümer zurückzugeben. Bei materiellen Vermögen gilt, dass wenn der ursprüngliche Eigentümer kein Interesse mehr am verlorenen Gegenstand zeigt, man nicht verpflichtet ist ihm den Gegenstand zurückzubringen. Analog, argumentiert R. Bavad, gelte auch für die Behandlungspflicht, dass wenn ein Mensch an seinem eigenen Leben nicht mehr interessiert ist, es der Arzt nicht retten muss. Auch von dem Verbot „*Lo taamod al dam reecha*“ sei der Arzt, laut R. Bavad, im Falle eines Selbstmörders nicht betroffen. Seiner Meinung nach gehe dies indirekt aus der erwähnten Talmudstelle²⁶¹ hervor, in der gefragt wird, was der Vers „*Lo taamod al dam reecha*“ Neues über die Pflicht einen Menschen aus Lebensgefahr zu retten lehrt, wenn dazu bereits der Vers „*Vahashevoto lo*“ gebietet. Der Talmud antwortet, dass der Vers „*Lo taamod al dam reecha*“ neben persönlichem Einsatz auch, wenn nötig, das Herbeischaffen fremder Hilfe fordert. Wollte der Talmud lehren, folgert R. Bavad, dass die Rettungspflicht eines Selbstmörders ebenfalls dem Vers „*Lo taamod al dam reecha*“ entnommen werde, hätte er ausdrücklich schreiben müssen, dass auch dies eine Erneuerung dieses Verses gegenüber „*Vahashevoto lo*“ sei, denn „*Vahashevoto lo*“ verpflichte, wie gesagt, nicht dazu.²⁶²

Die Mehrheit der Poskim sind jedoch der Meinung, dass die genannten Verse dazu verpflichten auch einen Selbstmörder zu retten.²⁶³ Laut dem ‚Taharas Ezov‘-Kommentar²⁶⁴ des R. Urner, Rabbiner der polnischen Kommune Nasielsk im frühen 20. Jahrhundert, verpflichtet „*Vahashevoto lo*“ den Arzt sehr wohl dazu einen Selbstmörder zu retten.²⁶⁵ Der einzige Grund, der nämlich zur Annahme veranlasst hat, es sei erlaubt einen verlorenen Gegenstand seinem Eigentümer nicht zurückzugeben ist, weil dieser ihn vorsätzlich aufgegeben hat. Es existiert jedoch, argumentiert R. Urner, ein Unterschied zwischen materiellem Besitz und dem menschlichen Körper, denn ein Mensch kann zwar sein materielles Eigentum ausliefern, nicht jedoch seine Seele, da sie nicht ihm gehört: „...*nur sein Vermögen, welches er freigeben und womit er unternehmen kann, was sein Herz begehrt. Aber die Seele des Menschen, die nicht ihm, sondern Gott, gelobt sei Er, gehört, und in der Tat verschuldet er sich mit der Todesstrafe des Himmels, falls er sich absichtlich ermordet,*

²⁵⁹ Gnizi 2001, 65-71.

²⁶⁰ Bavad 1997 Bd.2, 233 (Gebot 237).

²⁶¹ Sanhedrin 73b.

²⁶² In ‚Minchas Chinuch‘ legt R. Bavad fest, dass ein Mensch sich von seinem Nächsten verletzen lassen darf, s. Minchas Chinuch, Gebot 48. Man könne folgern, dass beiden Festlegungen des R. Bavad seine Ansicht zugrundeliegt, dass ein Mensch zumindest teilweise ein Entscheidungsrecht besitzt seinem Körper zu schaden, s. Steinberg 1994, 394. Maimonides (Maimon 1985 (Nezikin), 234 (Hilchot Chovel umazik 5, 1)) und R. S.Z. von Liadi (in Schulchon Oruch Choschen Mischpat 2005, 133 (Hilchot Nizkei Guf wenefesch 4)) sind anderer Meinung. Die Debatte um den Besitz des Körpers durch den Menschen hat weitreichende Konsequenzen für die Frage, ob und welche Behandlungen ein sterbenskranker Patient verweigern darf, s. u.

²⁶³ Gnizi 2001, 67.

²⁶⁴ zu ‚Agudas Ezov‘, eines vertiefenden Diskurses ausgewählter talmudischer Diskussionen seines Schwiegervaters, R. Zeev Nachum, Rabbiner der polnischen Stadt Biala.

²⁶⁵ Urner 1992, 211. Fußnote 8.

*daher kann man nicht behaupten, man müsse jenen nicht retten, da er seinen Körper aufgegeben hat.*²⁶⁶

Die Festlegung, dass der Mensch seinen Körper nicht besitzt und ihn deshalb nicht schädigen darf, ist also Grundlage für die Ansicht derjenigen Poskim, die den Arzt zur Rettung eines den Selbstmord-Beabsichtigenden verpflichten. Mit dieser Festlegung ist auch der Einwurf des R. Bavad zum Talmud im Traktat Sanhedrin widerlegt.

3.2.3 Patientenautonomie im Judentum?

Genau wie die Torah den Arzt verpflichtet zu behandeln, gebietet sie, wie vorhin angedeutet, dem gesunden Menschen seine Gesundheit zu hüten und dem Kranken sich um seine Heilung zu bemühen. Die Tatsache, dass die Halacha jeden Menschen dazu verpflichtet für seine Gesundheit zu sorgen versteht sich nicht zuletzt aus der besprochenen hohen Wertschätzung des Lebens durch die Torah, die festlegt, dass Rettung und Wahrung des Lebens Priorität über alle anderen Gebote besitzt.²⁶⁷

R. Ganzfried (1804-1886) begründete dies folgendermaßen: *„Weil, daß der Körper gesund und heil sei, zu den göttlichen Einrichtungen gehört, kann er, wenn er krank ist, in der Erkenntnis Gottes nicht eindringen und sie nicht erschauen. Darum muß sich der Mensch von den Dingen fernhalten, die den Körper zerstören, und sich an die Dinge gewöhnen, die den Körper gesund machen und ihn kräftigen; so heißt es auch (Deut. 4, 15), hütet euer Leben sehr!*“²⁶⁸

R. Benjamin Menasche Levin schrieb: *„der Kranke muss sich um seine Heilung kümmern und wer davon absieht über ihn wird gesagt: „Aber das Blut eures Lebens will ich fordern“*^{269, 270} Der Kranke darf sich bei seinem Streben nach Genesung nicht auf ein Wunder verlassen²⁷¹, sondern muss sich ausgerechnet mit Hilfe anerkannter medizinischer Heilmethoden behandeln lassen. R. Ganzfried setzte dies in kausalen Zusammenhang mit der Erlaubnis des Arztes zu heilen: *„die Torah hat dem Arzt das Recht gegeben, Heilmittel anzuwenden: so heißt es (Ex. 21,19): er heile ihn. Darum verlasse sich der Kranke nicht auf ein Wunder, sondern ist verpflichtet, den Weg der Welt zu gehen, einen Arzt kommen zu lassen, daß er ihn heile.*“²⁷²

R. Zahalon erläuterte dies an einem Gleichnis:

„genau wie Gott Nahrungsmittel für die Erhaltung des gesunden Menschen erschaffen hat, so schuf er Therapien zur Erhaltung des Kranken, und genau wie es nicht angebracht ist zu sagen, ich will nicht essen und trinken, denn wenn ich zum Leben erwählt wurde – so werde ich leben, und wenn zum Tod – so werde ich sterben, bestimmt macht sich dieser seiner Seele schuldig, denn Gott will, dass wir leben, aber mittels Nahrung, so macht sich auch der Kranke, der sagt ich werde keine Medizin nehmen, etc. auch seiner Seele schuldig, denn Gott will, dass du lebst, aber mittels Medizin.“²⁷³

Schärfer formulierte Maimonides: *“Der einfältige Fromme, der die Hilfe des Arztes verschmäht und sich nur auf Gottes Hilfe stützt, ähnelt einem hungrigen Menschen, der den*

²⁶⁶ übers. n. ebenda.

²⁶⁷ Steinberg 1988, 74: *„die Halacha entwertet das Prinzip der Autonomie, wenn ihr der Wert des Lebens gegenübersteht.“*

²⁶⁸ Bamberger 1978 Bd.1, 178-179. (Kitzur Schulchan Aruch 32:1.)

²⁶⁹ Wohlgemuth 1979, Erstes Buch Moses 15-16. (Bereschit 9:5.)

²⁷⁰ Zit. n. Steinberg 1991, 443.

²⁷¹ Schabbat 32a.

²⁷² Bamberger 1978 Bd.2, 1021. (Kitzur Schulchan Aruch 192:3.)

²⁷³ Zit. übers. n. Steinberg 2006 Bd.7, 175.

*Verzehr von Brot verabscheut und hofft, dass Gott ihn behüten und von dieser Krankheit namens Hunger heilen wird.*²⁷⁴

Die aufgeführten Quellen, welche die Ansicht der Halacha verkörpern, lassen offenbar wenig Raum für Autonomie, welche dem Patienten die Wahl zwischen vorgeschlagenen Therapien, bis hin zur Verweigerung jeglicher Therapie, ermöglicht. Steinberg bekräftigt dies mit der Feststellung, dass die Meinung des Kranken für die Halacha selten zählt und wenn, dann nur um seine Behandlung zu verbessern²⁷⁵; sagt er beispielsweise am Jom-Kippur-Fasttag, er müsse essen, so hört man auf ihn²⁷⁶.

Es stellt sich die unvermeidbare Frage, wie diese Auffassung des Judentums mit der heutzutage in der gesamten westlichen Welt akzeptierten, hohen Priorität des vielleicht wichtigsten der vier medizinethischen Prinzipien²⁷⁷ vereinbart werden kann.

Glick zeigt, dass die scheinbare, direkte Konfrontation zwischen den Sichtweisen der säkularen Bioethik einerseits, die, aufgrund ihrer hohen Wertschätzung der Autonomie, eine Einverständniserklärung für die Durchführung jeder medizinischen Maßnahme notwendig macht und des Judentums andererseits besser verstanden werden kann, richtet man nur sein Augenmerk auf zwei grundlegende Unterschiede zwischen der Weltanschauung der Torah und der vorherrschenden westlichen säkularen Philosophie.²⁷⁸ Der erste Unterschied ist eine Philosophie der Rechte gegenüber einer Philosophie der Pflichten. Das Rechtekonzept ist ein Produkt westlichen Denkens, doch das Konzept der Menschenrechte ist, laut Glick, ein Produkt der jüdischen Tradition, allerdings mit dem Unterschied, dass in der jüdischen Tradition das Recht des einen als Pflicht eines anderen aufgefasst wird. Das Kind beispielsweise hat im Judentum kein Recht auf Ausbildung, sondern der Vater hat die Pflicht es zu unterrichten.²⁷⁹ Dieselbe Analogie gilt für viele weitere Rechte, auch innerhalb der medizinischen Versorgung: der Arzt ist verpflichtet zu behandeln, der Kranke sich um seine Genesung zu bemühen.

Wenn der Mensch aber ohnehin verpflichtet ist für seine Gesundheit zu sorgen, wozu ihn nach seiner Zustimmung zur Behandlung zu fragen? Oberflächlich betrachtet trage also die Einverständniserklärung des Patienten nach jüdischer Auffassung keine Bedeutung. Eine differenziertere Betrachtung der Pflicht für seine Gesundheit zu sorgen und die folgende Analyse des zweiten Unterschieds, führen, so Glick, zu einer anderen Erkenntnis. Gemäß der säkularen Weltanschauung gehört der Körper einem selbst, weshalb man niemandem Rechenschaft über den Umgang mit diesem schuldig ist.²⁸⁰ Nach jüdischer Anschauung hingegen gehört der Körper, wie das gesamte Universum auch, dem Ewigen, wie unter anderem der folgenden halachischen Regelung des Schulchan Aruch Harav hinsichtlich körperlichen und seelischen Schädigungen im Schulchan Aruch Harav zu entnehmen ist: *„es ist verboten seinen Nächsten zu schlagen, sogar wenn dieser ihm erlaubt hat ihn zu schlagen, denn der Mensch hat kein Recht über seinen Körper ihn schlagen zu lassen...“*²⁸¹ Damit ist das Selbstbestimmungsrecht des Menschen zwar nicht vollständig aufgehoben, ihm sind jedoch Grenzen gesetzt – er ist verpflichtet mit seinem Körper, vergleichbar mit einem Darlehen, verantwortungsbewusst umzugehen und für dessen Wohlbefinden zu sorgen.

²⁷⁴ Maimon 1999, 361-363. (Psachim 4, 9)

²⁷⁵ Steinberg 1991, 26.

²⁷⁶ Karo, Orach Chaim 328,5; 618,1. Sogar, wenn „*hundert Ärzte einstimmig sagen*“, er müsse nicht essen, hört man auf den Patienten, s. Jakobovits 2004, 78. Rät andererseits der Mediziner zu einer möglicherweise lebensrettenden Handlung und der Patient lehnt dies ab, folgt man wiederum dem ärztlichen Rat, s. Jakobovits, ebenda.

²⁷⁷ Patientenautonomie, Nicht-Schaden, Benefizienz (Hilfeleistung), Gerechtigkeit

²⁷⁸ Glick 2004, 144-146.

²⁷⁹ „*Du sollst sie deinen Kindern einschärfen*“, s. Wohlgemuth 1979, Fünftes Buch Moses 18 (Dvarim 6,

7).

²⁸⁰ ebenda, 145.

²⁸¹ von Liadi 2005 (Choschen Mischpat), 133 (Hilchot Nizkei Guf wenefesch 4).

Maimonides schrieb in den Vorschriften über Körperverletzung: „*Ein Mensch darf weder sich noch seinen Nächsten verletzen*“²⁸² und in den Vorschriften über Mord und Lebenshütung: „*die Weisen verboten viele Dinge, wegen der Lebensgefahr; und jeden, der sie übertritt und sagt: „ich begeben mich in Gefahr und was geht es andere an“, oder „ich kümmere mich nicht darum“ – bestraft man mit ‚Makkat Mardut‘ (=rabbinisch angeordnete Hiebe).*“²⁸³

R. Jakob Emden (1697-1776) urteilte bezüglich eines Menschen, der die Therapie verweigerte, weil er nicht am Schabbat behandelt werden wollte, dass wenn sowohl Erkrankung als auch Effektivität der Therapie dem Arzt sicher bekannt sind, man diese dem Patienten sicherlich immer auferlegt, denn der Arzt habe eine Erlaubnis zu heilen erhalten.²⁸⁴ Eingeschlossen seien chirurgische Eingriffe, Abszesseröffnung, Schienung von Extremitäten und sogar Amputation einer Extremität, um damit Leben zu retten, alle diese Eingriffe führe man zur Lebensrettung auch gegen seinen Willen durch. Ziehe er den Tod vor, um nicht zu leiden, ignoriere man seinen Willen und unternehme alles Notwendige um sein Leben gegen seinen Willen zu retten. Zu einer dementsprechenden Handlung sei jeder verpflichtet, denn sie leitet sich aus dem Gebot „*bleibe nicht untätig bei der Lebensgefahr deines Nächsten*“²⁸⁵ ab.²⁸⁶

Zur Frage eines den Tod vorziehenden Patienten unterscheidet sich das Urteil R. Feinstein nicht wesentlich von dem R. Emdens: „*und in der Angelegenheit eines Kranken, der die Medizin nicht nehmen will, sei es aus Verzweiflung, oder weil es ihm leidvoll ist und er nur diesen Moment in Betracht zieht, in dem er nicht leiden will, obwohl er den Ärzten vertraut, dass dies zu seinem Guten ist, dass er dadurch geheilt wird, ..., was ein sinnloses und kindliches Handeln ist, müssen sie ihn zwingen, wenn es ihnen möglich ist.*“²⁸⁷

Das Gesagte würde für sich allein genommen die Annahme, die Torah vertrete eine extrem paternalistische Einstellung, nur bestärken, doch R. Emden nennt auch einschränkende Bedingungen zu dieser Vorgehensweise.

Ein Patient wird nämlich nur zu einer von einem Experten vorgeschlagenen Behandlung gezwungen, zu deren Effektivität diagnostische und therapeutische Evidenz vorhanden ist. Ferner wird er nur dann gezwungen wenn der Grund seines Ablehnens der Widerwille zur Entweihung des Schabbat ist. Erachtet jedoch ein Patient die Behandlung nicht als effektiv, vor allem wenn ein Arzt vorhanden ist, der seine Ansicht teilt, zwingt man ihn nicht zur Therapie. Fürchtet er, dass ihm die vorgeschlagene Behandlung schaden könnte, wird er auch Wochentags nicht zur Behandlung gezwungen und gewiss nicht am Schabbat.²⁸⁸

Ein weiterer Aspekt neben dem Vertrauen in die Therapie ist das Vertrauen in den behandelnden Arzt. R. Feinstein urteilt, dass wenn ein Patient seinen behandelnden Ärzten, die ihm eine wissenschaftlich anerkannte und effektive Therapie vorschlagen, nicht vertraut, man einen Arzt aufsuchen soll, zu dem der Patient Vertrauen hegt.²⁸⁹

Im Bezug auf Evidenz von Diagnose und Therapie äußerte R. Emden den folgenden Ratschlag: „*und hinsichtlich Pillen aus Medikamenten erzeugt, die der Patient für gewisse unsichtbare Beschwerden innerer Organe schluckt, und die sogar dem Arzt selbst nicht sicher*

²⁸² übers. n. Maimon 1985 (Nezikin), 234 (Hilchot Chovel umazik 5, 1).

²⁸³ übers. n. ebenda, 311 (Hilchot Rozeach uschmiras nefesch 11, 5).

²⁸⁴ Glick 2004, 146-147.

²⁸⁵ Wohlgenuth 1979, 44 (Vajikra 19, 16). s. S. 42.

²⁸⁶ Glick ebenda, 147.

²⁸⁷ übers. n. Feinstein 1985, 309 (Responsa 73, 5).

²⁸⁸ Glick 2004, 148.

²⁸⁹ Ist so jemand nicht auffindbar und toleriert die Krankheit keinen weiteren Aufschub der Behandlung, auch nicht um den Patienten in ein anderes Krankenhaus im In- oder Ausland zu verlegen, müssen die hiesigen Ärzte gegen seinen Willen behandeln, falls alle Ärzte dieses Krankenhauses von der Richtigkeit der Behandlung überzeugt sind, es sei denn der Patient würde dadurch in Panik geraten, s. Feinstein 1985, ebenda.

bekannt sind, sondern nur wage, und Pillen ausprobiert, über die er selbst zweifelt, bestimmt ist derjenige gesegnet, der diese ständig meidet und nicht von menschlichen Ärzten und ihren Medikamenten abhängt sondern solche Angelegenheiten dem zuverlässigen Heiler, der ohne Gebühr heilt, überlässt.“²⁹⁰

R. Emden zufolge müsse also zwischen internen, „unsichtbaren“ und externen, sichtbaren Läsionen differenziert werden, wobei nur für letztere eine Behandlungspflicht bestehe. Diese Einteilung, die bereits R. Ibn Ezra vorgenommen hatte, lässt sich, laut Glick, verständlicherweise heutzutage nicht mehr aufrechterhalten.²⁹¹

Hingegen muss, Glick zufolge, R. Emdens Einteilung auf heutige Begebenheiten moderner Medizin übertragen folgendermaßen lauten:

Inwieweit sind Diagnose und Therapie einer Krankheit X richtig bzw. als wirksam erwiesen?

„Unsichtbare“ innere Beschwerden entsprechen demnach einer unsicheren, externe einer sicheren Diagnose bzw. Therapie. Mit der Konsequenz, dass wenn Diagnose und Therapie „relativ sicher“²⁹² sind, diese dem Patienten auch gegen seinen Willen auferlegt werden können. Es bleibt die Frage offen, wann eine Diagnose bzw. Therapie als sicher bzw. wirksam genug gilt, damit die Halacha erlaubt sie einem Patienten aufzuzwingen.²⁹³

Unabhängig aber davon, wie diese Frage beantwortet werden kann, leidet der Patient einmal an einer ‚sicheren‘ Krankheit, die effektiv therapierbar ist, so ist diese Bedingung R. Emdens erfüllt und er müsste sich therapieren lassen.

R. Emden erwähnt jedoch einen weiteren wichtigen Faktor, welcher der Wirksamkeit der Therapie gegenübersteht, nämlich den Schaden, den sie anrichten kann, mit anderen Worten, das Risiko der Behandlung.

In der Halacha wird diskutiert, ob es erlaubt ist sich im Falle einer lebensbedrohlichen Erkrankung einer riskanten Therapie zu unterziehen und damit die zwar begrenzte, aber sicher verbleibende Lebensdauer (=„Chajei Scha’a“) zugunsten der Aussicht auf Heilung (=„Chajei Olam“) aufs Spiel zu setzen. Laut Glick ist der Konsens, dass man sein „Chajei Scha’a“ zwar zugunsten von „Chajei Olam“ riskieren darf, dazu aber nicht verpflichtet sei.²⁹⁴

Glick erwähnt einige Fälle, in denen halachische Autoritäten ausdrücklich zugunsten des Patientenwunsches, entgegen medizinischen Rats, entschieden.²⁹⁵ Aus diesen geht hervor, dass, sofern ein Behandlungsrisiko vorhanden ist, das Einverständnis des Patienten in den Augen der Halacha sehr wohl eine wichtige Rolle spielt.

Ein solcher Fall beschrieb einen fünfzigjährigen Diabetiker, der sehr an den schweren Folgekrankheiten seines Diabetes, Blindheit, Angiopathie, rezidivierende Infektionen, sowie Zustand nach Beinamputation infolge Gangrän, litt und nun eine Gangrän in seinem verbleibenden Bein entwickelt hatte. Internisten und Orthopäden kamen zu dem Schluss, dass ohne Amputation des einzigen Beines der Patient in einigen Tagen versterben würde, andererseits bestand das Risiko, als Folge der Operation zu versterben und selbst wenn nicht, sei der Grunderkrankung damit auch nicht geholfen. Der Patient selbst weigerte sich aus

²⁹⁰ Glick 2004, 148.

²⁹¹ Die Zurückhaltung R. Emdens und R. Ibn Ezras gegenüber Behandlung innerer Erkrankungen ist meiner Ansicht nach nicht unaktuell, beachtet man nur wie unvorhersehbar und interindividuell verschieden das Ansprechen eines Patienten sogar auf ein als Standardtherapie anerkanntes Medikament ausfallen kann. Eine mögliche praktische Umsetzung dieser Einsicht könnte, wie Glick vorschlägt, eine vermehrte Bescheidenheit des Arztes sein, wenn er sich diese Tatsachen evidenzbasierter Medizin ins Bewusstsein ruft, bevor er dem Patienten eine Behandlung aufzwingt, oder ihn gar psychologisch unter Druck setzt. s. ebenda, 149.

²⁹² übers. n. ebenda, 149.

²⁹³ Zur Beantwortung s. S. 51.

²⁹⁴ ebenda, 150. S.a. Avoda Zara 27b. Glicks Ausführungen war nicht zu entnehmen welche Parteien zu diesem Konsensus gelangt sind. Laut R. Feinstein hängt dies im behandelten Fall von der Höhe des Risikos ab. Bei ausgeglichenem Behandlungsrisiko trifft dies zu, ist die Wahrscheinlichkeit für den Behandlungserfolg jedoch größer als das Risiko, ist der Patient zur Behandlung verpflichtet, s. Feinstein Bd.6, 270 (Responsa 36).

²⁹⁵ Glick 2004, 150.

Angst vor der Operation, den resultierenden Schmerzen und vor allem aus Widerwillen doppelt amputiert zu bleiben, vor der lebensrettenden Amputation des einzigen Beines. R. Auerbach urteilte, dass der Patient weder zu zwingen sei, noch der Versuch angestellt werden sollte ihn zu überzeugen, da hier von einem großen und gefährlichen Eingriff die Rede sei, der das Leid des Patienten nur vergrößern würde, ohne Aussicht auf „Chajei Olam“.²⁹⁶

R. Feinstein urteilte, dass wenn eine vorgeschlagene Therapie, welche die Ärzte pflegen einem Patienten mit gefährlicher Erkrankung zu verabreichen, ein gewisses Risiko trägt, welches jedoch um einiges geringer als das der Erkrankung ist, soll man diese dennoch nicht gegen seinen Willen verabreichen.²⁹⁷ Einem anderen, mündigen Patienten erlaubte R. Feinstein andererseits sich auf eigenen Wunsch einer Behandlung mit minimaler Erfolgsaussicht zu unterziehen.²⁹⁸

Einen weiteren Gesichtspunkt, den R. Feinstein aufbrachte²⁹⁹, war, dass auch wenn alle Ärzte in die Notwendigkeit der Therapie übereinstimmen, womit halachisch gesehen, laut R. Feinstein, die Voraussetzung zum Zwang des Patienten zur Akzeptanz der Behandlung gegeben ist, er nicht gezwungen werden darf, wenn die Möglichkeit besteht, dass der Zwang selbst eine Angst- oder Stressreaktion beim Patienten hervorruft. Denn ein Patient, der gegen seinen Willen zu einer Behandlung gezwungen wird, profitiert aller Voraussicht nach nicht von ihr, noch dazu stellen Angst und Stress vor einer unfreiwilligen Therapie möglicherweise eine Gefahr für den Patienten dar. R. Feinstein fügt hinzu, dass wenn ein Patient in diesem Zustand behandelt worden und durch die Behandlung verstorben ist, es den Ärzten angerechnet werde, als hätten sie ihn eigenhändig ermordet.³⁰⁰ Im Falle eines therapieverweigernden Patienten sollte daher, Glick zufolge, der gewissenhafte Arzt zunächst das durch Zwang hervorgerufene Risiko gegenüber dem Nutzen der Behandlung abwägen.³⁰¹ Analog urteilte R. Feinstein auch bei elementaren menschlichen Bedürfnissen wie Nahrung³⁰²: ein mündiger Erwachsener, der die Nahrungsaufnahme verweigert, weil er glaubt das Essen würde ihm schaden, soll nicht zwanghaft ernährt werden, auch wenn der Arzt der Meinung ist die Ernährung sei nützlich für ihn, „*denn wenn eine Person glaubt das Essen würde ihm nicht gut tun, könnte das Essen gefährlich für den Patienten sein, wenn man seiner Bitte nicht nachgeht*“.³⁰³

Das subjektive Gefühl des Patienten, welches hier in Betracht gezogen wird, ist, folgert Glick, ein weiteres wichtiges Element und zwar nicht als Autonomie ausgedrückt, sondern als Benefizienz. Sich über den ausdrücklichen Patientenwunsch hinwegzusetzen könnte ihm laut R. Feinstein schaden. Man gelange also zum selben Ergebnis, sei es durch Autonomie, oder durch Benefizienz.

Bleich³⁰⁴ entwickelte die oben kurz angesprochene Sichtweise weiter, nach welcher der Körper dem Ewigen gehört, dem Menschen aber geliehen worden ist, und verglich den Menschen, der seine Gesundheit hütet, mit einem Wächter (= ‚Schomer‘). Nach jüdischem Gesetz nimmt ein ‚Schomer‘ die Verantwortung auf sich den anvertrauten Gegenstand vor Verlust oder Beschädigung zu schützen. Analog liegt es am Patienten, dem der Körper zum Schutz anvertraut worden ist, als verantwortungsbewusster Wächter, den Therapievorschlag

²⁹⁶ Avraham 1993 Bd.2, 246.

²⁹⁷ Feinstein 1985, 309 (Responsa 73, 5). Glick rezitiert „Operation“, obwohl im Originaltext R. Feinsteins allgemein von „Therapie“ die Rede ist, Glick 2004, 150.

²⁹⁸ Glick 2004, ebenda.

²⁹⁹ Feinstein, ebenda.

³⁰⁰ ebenda.

³⁰¹ ebenda.

³⁰² s. 3.7.3.

³⁰³ übers. n. ebenda.

³⁰⁴ Schostak 2004, 101.

des Arztes gewissenhaft zu überprüfen. Die jüdische Betrachtung eines Patienten als Wächter seines Körpers lässt also aus der bisherigen Auffassung der Einverständniserklärung („informed consent“) als Recht des Patienten eine Pflicht für ihn werden.

Zusammenfassend ergab Glicks Erörterung zweier Konzepte im Judentum, dass obwohl die Halacha prinzipiell gebietet – sofern Diagnosesicherheit und Therapiewirksamkeit erwiesen sind – Patienten zu lebensrettender³⁰⁵ Behandlung zu zwingen, in Anbetracht der Tatsache, dass keine Therapie ohne Risiko ist, der Patient befragt werden muss, ob er bereit ist sich diesem Risiko auszusetzen. Ist er nicht bereit, so kann er nicht gezwungen werden, zumal das durch Zwang hervorgerufene Angstgefühl selbst ein potentielles Risiko darstellen kann. Die Betrachtung des Patienten als Wächter seines Körpers und die darin implizierte Verantwortung, verpflichtet ihn therapeutische Optionen, sofern ihm dies möglich ist, sorgfältig abzuwägen und diese in gewissen Fällen auch zu verweigern. In Anbetracht dessen kommt Glick zum Ergebnis, dass die Einverständniserklärung des Patienten zur Therapie als Ausdruck seiner Autonomie, anders als zu Beginn angenommen, auch in der Halacha eine bedeutende Stellung einnimmt.³⁰⁶

Neben den genannten, die halachische Behandlungspflicht beeinflussenden Faktoren, sollen im Folgenden weitere Erwägungen speziell zum Therapierisiko genauer herausgearbeitet werden.

Bar-Ilan, der mögliche Motive von Patienten eine empfohlene Behandlung zu verweigern nennt und untersucht, welche davon die Halacha akzeptiert, um den Patienten von der Behandlungspflicht zu entbinden, zitiert eine andere Response R. Feinstein's, welche scheinbar widersprüchlich zu der erwähnten³⁰⁷ ist:

„und wenn es einen Kranken gibt, bei dem eine Operation nötig ist, um ihn zu retten, und die Operation in einer großen Mehrheit der Fälle gelingt, soll man ihn auch gegen seinen Willen operieren, solange keine Befürchtung vorhanden ist, dass der Zwang selbst ihn in eine noch größere Gefahr bringen wird“³⁰⁸

Das Szenario ist (scheinbar) in beiden Fällen ein Patient, der eine Behandlung verweigert, deren Risiko weit geringer ist, als die Gefahr seiner Erkrankung. In einem dieser Fälle befürwortet R. Feinstein den Zwang des Patienten, im anderen Fall lehnt er dies ab.

Laut einem der beiden Lösungsansätze, die Bar-Ilan zur Aufklärung des Widerspruchs vorschlägt, ist in der zweiten Response von einer unmittelbar lebensrettenden Intervention die Rede, die Furcht des Patienten vor dem Behandlungsrisiko daher sinnlos und irrational. Die erste Response handelt dagegen von einer Maßnahme, deren Auswirkung erst nach einiger Zeit erkennbar wird. Eine ähnliche Einteilung zwischen zwei Therapieformen sei, so Bar-Ilan, auch unter Ärzten und in der israelischen und internationalen Legislative gängig.³⁰⁹

Ein genaues Studium des Kontextes der ersteren Response führt meiner Ansicht nach zu dem Schluss, dass kein Widerspruch zwischen beiden Responses R. Feinstein's besteht. In der betreffenden Response urteilt R. Feinstein, dass auch in einer Situation, in der alle Umstände den Zwang des Patienten zur Behandlung rechtfertigen, zuerst sichergestellt werden muss, dass er dadurch nicht in Panik gerät. Es sei, fährt R. Feinstein fort, Aufgabe der Ärzte genau

³⁰⁵ R. Waldenberg beweist anhand eines Kommentars des Maimonides zur Mischna, dass die Pflicht zu heilen und geheilt zu werden sich nicht auf lebensgefährliche Situationen beschränkt, sondern für jede Erkrankung gilt, die ohne ärztliche Intervention nicht verheilt, s. Waldenberg 1985 Bd.15, 104 (Responsa 40, 1). Deshalb müsse auch bei solchen Zuständen der Kranke zur Akzeptanz der adäquaten Behandlung überzeugt und, falls notwendig, gegen seinen Willen behandelt werden, ebenda, 105 (40, 2).

³⁰⁶ Unmittelbare Voraussetzung für die Einverständniserklärung des Patienten ist seine Kenntnis der Diagnose, Prognose und Therapieoptionen. Die Übermittlung der Wahrheit/Diagnose an den Patienten wird in der Halacha hauptsächlich unter dem Aspekt der Patientenbenefizienz diskutiert. Für einen Einstieg in dieses Thema s. Shafran 1987, 16-23.

³⁰⁷ Feinstein 1985, 309 (Responsa 73, 5).

³⁰⁸ Zit. übers. n. Bar-Ilan 2005, 29.

³⁰⁹ ebenda.

abzuwägen, bevor sie einen erwachsenen Patienten gegen seinen Willen zur Behandlung zwingen, denn aller Voraussicht nach büße die Behandlung dann an Wirksamkeit ein und es bestehe die Gefahr, dass die Behandlung ihm sogar schaden wird. In **diesem** Zusammenhang fügt R. Feinstein die als widersprüchlich angenommene Aussage hinzu, dass sogar eine Behandlung, die zwar riskant ist, jedoch weit weniger als die Erkrankung, einem Patienten, **bei dem Grund zur Annahme besteht er könne (durch Zwang) in Panik geraten**, nicht aufgezwungen werden soll.

In der zweiten Response urteilt R. Feinstein ausdrücklich, dass die lebensrettende Behandlung, auch wenn sie meist gelingt, nur gegen den Willen des Behandelten durchgeführt werden soll, solange keine Befürchtung vorhanden ist, dass der Zwang selbst ihn in eine noch größere Gefahr bringen wird³¹⁰. Die erste Response dagegen handelt von einem Fall, bei dem genau diese Befürchtung vorhanden ist und bei einem solchen Patienten, urteilt R. Feinstein, soll auch auf einen verhältnismäßig ungefährlichen Eingriff verzichtet werden, da seine Reaktion auf den Zwang einen größeren Schaden anrichten kann als der von der Behandlung erhoffte Nutzen.

Gemäß R. Feinstein hängt die Frage, ob ein Patient zu einer gefährlichen Behandlung gezwungen werden kann, von zwei Parametern ab: eine Erfolgsrate größer als 50%³¹¹ und eine größtmögliche Sicherheit, dass der Zwang beim Patienten nicht zu einer schädlichen Panikreaktion führt. Die von Bar-Ilan vorgeschlagene, die Dringlichkeit der Intervention einbeziehende Lösung, findet in den betrachteten Responsen R. Feinsteins meines Erachtens nach, keine Erwähnung.

Aus wiederum einer anderen Response R. Feinsteins geht hervor, dass wenn ein Patient ohne die Operation sicher sterben wird, andererseits nicht sicher ist, ob er durch den Zwang zur Operation in Wahnsinn geraten wird, man operieren soll, denn „*Tod ist schlimmer als Wahnsinn*“.³¹²

Der besseren Übersicht halber seien die besprochenen Argumente für Verweigerung der Behandlung, sowie das jeweilige Urteil der Halacha* tabellarisch zusammengefasst. In allen Fällen (mit Einschränkungen Fall 5) existiert eine von Experten vorgeschlagene, allgemein anerkannte Therapie:

Motiv für Behandlungsverweigerung	Erkrankung	Behandlungszwang
1. Der Patient ist hoffnungslos und will sterben.	heilbar	Ja (vorausgesetzt er gerät durch den Zwang nicht in Panik)
2. Die Behandlung ist riskant.	potentiell heilbar	Nein (wenn das Risiko der Behandlung größer/gleich der Heilungswahrscheinlichkeit ist)
3. Der Patient vertraut darauf, dass Gott ihn heilen wird.	heilbar	Ja (denn Gottes Wille ist es „den Weg der Welt“, also zu einem Arzt zu gehen)
4. Der Patient hat kein Vertrauen in die Ärzte.	heilbar	Nein (wenn die Behandlung nicht solange aufgeschoben werden kann, bis ein Arzt gefunden wird, dem er vertraut muss er gezwungen werden, aber s. Einschränkung unter 1.)
5. Die Behandlung selbst ist qualvoll und resultiert in lebenslangen, nicht beherrschbaren Qualen.	Grundkrankheit nicht heilbar, Folgeerkrankung behandelbar	Nein (laut R. Auerbach und R. Feinstein (Responsa 74, 2), vgl. jedoch Feinstein (Responsa 75, 4 ³¹³))
6. Die Behandlung ist mit der Verletzung eines Gebots verbunden und der Patient will das nicht.	heilbar	Ja (Rettung des Lebens hat Vorrang vor Erfüllung der Gebote)

³¹⁰ Feinstein ebenda.

³¹¹ ebenda.

³¹² ebenda, 314 (Responsa 74, 5).

* Falls nicht anders gekennzeichnet entsprechen die Urteile in dieser Tabelle der Meinung R. Feinsteins.

³¹³ s. S. 56.

Alle betrachteten Fälle, die den Zwang eines Patienten zur Therapie legitimierten, setzten voraus, dass die Erkrankung durch eine etablierte Behandlung kurierbar ist.

Es besteht jedoch ein entscheidender Unterschied zwischen heilbaren und unheilbaren Erkrankungen: bei vollständig kurierbaren Erkrankungen steht die Pflicht des Patienten für seine Gesundheit zu sorgen, wie zu Beginn dieses Unterpunktes gezeigt, im Vordergrund. Daher gilt, dass auch wenn die Behandlung qualvoll ist, sie vom Patienten, wenn sie letztendlich zur Heilung führt, erduldet werden muss³¹⁴, denn der Wert des Lebens geht vor. Wie entscheidet die Halacha jedoch bei unheilbaren Erkrankungen? Folgt man der Bitte des moribunden, leidenden Patienten nicht behandelt zu werden?

Im Allgemeinen zwingen die meisten Poskim nicht dazu leidvolle Therapien zu ertragen, die letztendlich nur das Leid vergrößern, aber keine Heilung bringen.

R. Feinstein schrieb, dass wenn ein Patient nicht geheilt werden kann und die Behandlung nicht mehr bewirkt, als sein Leben unter Qualen zu verlängern, muss man dies dem Patienten mitteilen und ihn fragen, ob er behandelt werden möchte. Lehnt er dies ab, weil er nicht bereit ist ein derart qualvolles Leben zu ertragen, soll ihm die Behandlung nicht aufgezwungen werden.³¹⁵ R. Auerbach schrieb bezüglich des Zwangs zur Anwendung von Spezialmedikamenten, welche einem terminal Kranken Leid bereiten, dass wenn er gottesfürchtig und bei klarem Verstand ist, es sehr wünschenswert wäre ihm beizubringen, dass „*besser eine Stunde der Rückkehr und der guten Werke in dieser Welt, als das ganze Leben der zukünftigen Welt*“³¹⁶ und es verdienstvoller ist auf dieser Welt zu leiden, als schneller zu sterben. Lehnt er dennoch ab zu leiden, soll man auf ihn hören.³¹⁷

Man lernt aus den Meinungen beider Gelehrten, dass leidende, unheilbar Kranke vor der Initiation lebensverlängernder Therapien mit resultierender ungenügender Lebensqualität nach ihrem Einverständnis gefragt werden müssen.

In die Entscheidung über das Ausmaß der Behandlungspflicht unheilbarer und terminaler Patienten gehen jedoch neben Qualen weitere Faktoren mit ein. Die Poskim unterscheiden nämlich unter anderem zwischen Behandlungen, die auch gegen den Willen eines Sterbenden fortgesetzt werden müssen und solchen, die unter bestimmten Voraussetzungen unterbrochen werden dürfen, bzw. nicht erst initiiert werden müssen. Eine differenziertere Betrachtung der Thematik ist daher erst nach eingehender Erläuterung weiterer halachischer Betrachtungen und Prinzipien möglich.³¹⁸

3.2.4 Patienten mit fehlender Urteilsfähigkeit

Eine besondere Stellung nehmen Patienten ein, die im kritischen Moment, in dem eine Entscheidung bezüglich des weiteren Vorgehens gefällt werden muss, nicht urteilsfähig sind, da hier die Voraussetzung für Autonomie – Entscheidungsfreiheit ohne externe Beeinflussung und Druck – nicht gegeben ist.

75% aller Patienten im terminalen Stadium sind nicht mehr urteilsfähig, damit ist dies die häufigste Situation.³¹⁹ In diesen Fällen hätte der Patient auf verschiedene Weise, zum Beispiel schriftlich in Form einer Patientenverfügung („living will“), seinen Willen zum Ausdruck bringen können. „*Eine Patientenverfügung ist eine schriftlich niedergelegte Erklärung eines einsichts- und urteilsfähigen gesunden Menschen, aus der bestimmte Willensäußerungen zu Lebenseinstellung, Art und Umfang diagnostischer und*

³¹⁴ Feinstein 1985, 311 (Responsa 74, 1).

³¹⁵ ebenda, 315 (Responsa 75, 1).

³¹⁶ Bamberger 1986, 162. (Sprüche der Väter 4, 22.)

³¹⁷ Avraham 1993 Bd.2, 48.

³¹⁸ s. 3.6 bis einschl. 3.7.

³¹⁹ Rubin 1994, 209.

*therapeutischer medizinischer Maßnahmen am Ende des Lebens hervorgehen. Das ist insbesondere der Fall, wenn ein Mensch nicht mehr selbst zur Einwilligung fähig ist.*³²⁰

Aus halachischer Sicht können Patientenverfügungen nicht berücksichtigt werden, wenn sie gegen die Halacha gerichtete Vorschriften beinhalten, wie zum Beispiel den Wunsch getötet zu werden, oder lebensnotwendige Behandlungen zu unterlassen, bzw. zu unterbrechen.³²¹

Dies folgerte Weinberger aus der Tatsache, dass in den Augen der Halacha ein Kranker seinen Körper nicht besitzt und seine Erlaubniserteilung dem Arzt seinen Tod vorzeitig herbeizuführen deshalb so zu betrachten ist, als hätte er ihm die Erlaubnis über einen fremden Körper erteilt.³²²

In den Vereinigten Staaten veranlassten jedoch in den letzten Jahren steigende Forderungen nach vorzeitiger schriftlicher Mitteilung des letzten Willens für den Fall zukünftigen Kompetenzverlustes, einige der dortigen jüdischen Instanzen dazu, Patientenverfügungen zu formulieren. Gemeinsam ist allen, dass sie ausdrücklich definieren, welche Behandlungen unbedingt fortgeführt werden müssen, vor allem aber, dass sie den Willen enthalten, die Entscheidungsmacht in allen unklaren Fällen auf einen orthodoxen Rabbiner zu übertragen.³²³

Ist in einer kritischen Situation nicht bekannt, welches Vorgehen der Patient gewünscht hätte und die verantwortlichen Ärzte sind von mündlichen Willensäußerungen der Vergangenheit und deren Interpretation hinsichtlich Ursache und Umständen, unter denen diese getätigt worden sind, abhängig, so widerspricht keine halachische Autorität der Durchführung notwendiger lebensrettender Eingriffe, ohne Rücksichtnahme auf Interpretationen seiner vergangenen Aussagen durch Familienangehörige.³²⁴

Dies ist ersichtlich aus einem konkreten Fall eines unmündigen Diabetikers mit lebensbedrohlicher Fußnekrose, dessen Vormund bezeugte, dass der Patient, als er noch mündig war, lebensrettende Maßnahmen grundsätzlich ablehnte und daher verweigerte er (der Vormund) die Operation. Die Poskim, R. Eljaschiv und R. Halberstamm, denen die Details dieses Falls präsentiert wurden, urteilten, dass der Patient zweifelsohne operiert werden muss und keine Rücksicht auf die Weigerung des Vormunds genommen werden soll.³²⁵

Besteht, ungeachtet der Tatsache, dass gegen die Halacha gerichtete Verfügungen nicht bindend sind, dennoch der Wille eine solche zu formulieren, solle man, laut Avraham, in erster Linie einen Familienangehörigen bevollmächtigen, von dem man sicher weiss, dass er sich mit jeder Frage an eine halachische Autorität wenden wird.³²⁶ Gibt es so jemanden nicht, solle man, nach Beratung mit Rabbinern und Erhalt deren Zustimmung, eine Patientenverfügung zum Beispiel in folgender Form ansetzen:

*„Für den Fall, dass ich nicht in der Lage bin an Entscheidungen über Leben und Tod während meiner Krankheit teilzunehmen, beauftrage ich Rabbiner ... für mich in jeder Angelegenheit zu entscheiden und man muss sich mit ihm beraten, und seine Entscheidung in jeder Angelegenheit akzeptieren als wäre sie meine.“*³²⁷

³²⁰ Dörner 2002, 917.

³²¹ Weinberger 1976, 124.

³²² ebenda.

³²³ Steinberg 2006 Bd.5, 140.

³²⁴ Steinberg 2006 Bd.2, 685.

³²⁵ Steinberg 2000, 580.

³²⁶ Avraham, s. next footnote.

³²⁷ übers. n. Avraham 2007, 492. Zur Stellung des Rabbiners in der Entscheidungsfindung beim Umgang mit Sterbenden, s. S. 59-60.

3.3 Einstellung des Judentums zu Qualen³²⁸

Aus den erwähnten Ansichten von R. Feinstein und R. Auerbach³²⁹ wird deutlich, dass der entscheidende Faktor für die Berücksichtigung des Willens eines unheilbar Kranken die Tatsache ist, dass er unter der lebensverlängernden Therapie, leidet. Es ist jedoch verständlich, dass die dargestellte jüdische Wertorientierung dem Wunsch eines terminalen Patienten lieber zu sterben als zu leiden nicht grenzenlos entgegenkommen kann, denn beispielsweise Mord, sowie Selbstmord und Beihilfe dazu sind auch unter solchen Umständen nicht erlaubt.³³⁰ Die beiden Aufgaben der Medizin, Leben zu erhalten und Schmerzen zu reduzieren, geraten beim sterbenden Patienten häufig miteinander in Konflikt. Vor Betrachtung halachischer Lösungen für diesen Konflikt, wird zunächst, nach der zu Beginn erfolgten Darstellung des unschätzbar hohen Lebenswertes in der Halacha, ein Blick auf die ‚andere Seite der Medaille‘ geworfen und untersucht, welche Stellung Leid und Schmerz im Judentum einnehmen.

Warum es Leid auf der Welt gibt und vor allem, warum der Gerechte leidet, während dem Frevler Gutes widerfährt, sind Fragen, die das Judentum seit Beginn seiner Existenz beschäftigen. Viele Erklärungen zur Funktion von Qualen wurden geäußert, die alle, abhängig von der jeweiligen Situation, Persönlichkeit und Zeit teilweise richtig sind, jedoch kein für den menschlichen Verstand erreichbares, grundlegendes Verständnis liefern können.³³¹ Steinberg teilte die verschiedenen Erklärungsansätze nach Kategorien ein³³²:

Qualen

- dienen der Bestrafung und Läuterung (hebr. ‚Kapara‘) von Sünden.
- sind ein notwendiges Mittel zur Näherung des Menschen an Gott, zur Rückkehr und zur Liebe Gottes.
- in dieser Welt sind Mittel zum Erreichen spiritueller Reinigung, um der zukünftigen Welt würdig zu sein.
- sind ein Zeichen für Gottes Liebe seiner Gerechten.

Trotz dieser sehr positiv klingenden Erklärungen vertreten die meisten Gelehrten gleichzeitig die Ansicht, dass Leid und Peinigung nicht als elitäres Ziel für sich allein betrachtet werden dürfen, sondern eigentlich sind sie, ungeachtet ihrer Ziele, ein unerwünschter Fluch³³³: „*R. Hija b. Abba erkrankte, und R. Johanan besuchte ihn. Da sprach er zu ihm: Sind dir die Züchtigungen lieb? Dieser erwiderte: Weder sie noch ihre Belohnung.*“³³⁴

Der Tanna Raba riet einem Menschen, dem Leid widerfährt, die Ursache dafür zu ergründen: „*Raba, nach anderen, R. Hisda sagte: Sieht jemand, daß Züchtigungen über ihn kommen, so untersuche er seine Handlungen; ... hat er untersucht und nichts gefunden, so schreibe er sie der Vernachlässigung [des Studiums] der Gesetzeslehre zu, ... hat er auch dazu keinen Grund gefunden, so sind es gewiss Züchtigungen der Liebe, ...*“³³⁵ Die Tatsache, dass von den erwähnten Möglichkeiten, „Züchtigungen der Liebe“, d.h. Leid ohne ergründbare Ursache die letzte Alternative darstellen, die ein von Leid heimgesuchter Mensch in Erwägung ziehen soll,

³²⁸ s.a. „Welche Rolle spielt das Leid des Patienten“

³²⁹ Verweis auf Ende von Unterpunkt „Patientenautonomie im Judentum?“

³³⁰ s. 3.1.1.

³³¹ Steinberg 2006 Bd.4, 16.

³³² ebenda, 18-27. s. dortige Quellenangaben zur Erläuterung der Kategorien bzw. für einen Einstieg in dieses umfassende Thema.

³³³ ebenda, 32. Daher steht, so Steinberg, das christliche Verbot der Schmerzlinderung, wie z.B. der lange Kampf der Kirche gegen Analgetikagabe vor dem Tod und Anästhesie beim Geburtsvorgang, in absolutem Widerspruch zur jüdischen Weltanschauung.

³³⁴ Goldschmidt 1930 Bd.1, 15 (Brachot 5b).

³³⁵ ebenda, 13 (Brachot 5a).

demonstriert, dass Leiden im Judentum keinen Selbstzweck erfüllt, sondern in erster Linie an einen äußeren Grund gebunden ist.

Unnötige Peinigungen, für sich und erst recht für andere, sollten nach Möglichkeit vermieden werden.³³⁶ Auch als die Sanhedrin einen Menschen wegen schwerer Vergehen zum Tode verurteilten, musste ihm vor Vollstreckung ein „Rauschtrank“³³⁷ zur Trübung seines Bewusstseins gereicht werden, damit er während der Exekution keine Qualen erlitt.³³⁸

Zur talmudischen Auslegung des Psalmverses „*Darob bete jeder Fromme zu dir, zur Zeit des Findens*“³³⁹, „*'Zur Zeit des Findens', dies bezieht sich auf den Tod, ...*“³⁴⁰, kommentiert Raschi: „*..., dass er einen schönen und angenehmen Tod sterbe*“³⁴¹

Dennoch sind sich alle Poskim einig, dass die Minderung des Leides eines Menschen nie seine Ermordung rechtfertigt.³⁴²

Der Streitpunkt besteht, laut Steinberg, darin, ob die Vermeidung zukünftigen Leidens beim Sterbenden das Unterlassen der Initiation einer lebensverlängernden Therapie legitimiert, oder ob auch in solchen Fällen Leben einen höheren Wert als Leidensminderung besitzt.³⁴³

Der Talmud in Traktat Ktubot diskutiert, welche von beiden, Todesstrafe oder ‚Malkot‘ (Hiebe), die schwerere Strafform ist.

„*R. Asi wandte ein: ...woher..., daß die Todesstrafe schwerer ist, vielleicht ist die Geißelung schwerer, den Rabh sagte, hätte man Hananja, Misael und Azarja geschlagen, würden sie das Götzenbild angebetet haben!? R. Sama, Sohn des R. Ithaj, ... sprach zu R. Asi: Unterscheidest du denn nicht zwischen einer begrenzten Geißelung und einer unbegrenzten!?*“³⁴⁴

R. Asis Frage an Rabhs Aussage lautete: Wie ist es möglich, dass Chananja, Mischael und Azarja sich, dem königlichen Befehl zum Trotz, weigerten, furchtlos vor der drohenden Todesstrafe, sich vor dem Götzenbild zu verbeugen, hätte man sie jedoch gefoltert, sie die Forderung erfüllt hätten? Sei dies nicht ein klarer Beweis dafür, dass Hiebe die schwerere Strafform ist? Darauf antwortete R. Sama, man müsse zwischen einer begrenzten Bestrafung, wie Malkot und unbegrenzter Folterung unterscheiden: die Folterung, welche Chananja, Mischael und Azarja dazu gebracht hätte das Götzenbild anzubeten, wäre eine unbegrenzte gewesen.³⁴⁵ Man lernt daraus, dass unbegrenzte Qualen tatsächlich schwerer zu ertragen sind als der Tod.

R. Feinstein bezog sich auf diese Talmudstelle in seiner Response zu folgendem Fall: Jemand leidet an einer unheilbaren Grunderkrankung, welche seine Lebenserwartung begrenzt und wird nun von einer gefährlichen Zweiterkrankung betroffen. Wenn der Patient auch nach Behandlung der Zweiterkrankung Qualen erleiden wird, die durch keine Schmerztherapie effektiv zu mindern sind, darf er, da unbegrenztes Leid gemäss des Talmuds in Traktat Ktubot schlimmer als Tod ist, die Behandlung der Zweiterkrankung ablehnen. Als Beispiel könnte man den bereits R. Auerbach vorgelegten Fall eines einbeinigen Diabetikers, der eine

³³⁶ Steinberg 1992, 174.

³³⁷ Goldschmidt 1933 Bd.8, 630-631 (Sanhedrin 43a).

³³⁸ ebenda.

³³⁹ Psalm 32, 6.

³⁴⁰ Goldschmidt 1930 Bd.1, 30 (Brachot 8a).

³⁴¹ übers. n. Raschi, ebenda (Brachot 8a).

³⁴² Steinberg 2006 Bd. 5, 331-332.

³⁴³ ebenda.

³⁴⁴ Goldschmidt 1931 Bd.4, 100 (Ktubot 33b).

³⁴⁵ Der Tosafotkommentar ebenda wirft ein, dass auch unbegrenzte Folterung nicht ausgereicht hätte, um sie zu Götzendienst zu bewegen und erklärt, dass das Abbild keine Gottheit war, sondern nur zu Ehren des Königs angefertigt worden ist und die Verbeugung davor kein wirklicher Götzendienst war und trotzdem beinhaltete ihre Weigerung eine Heiligung Gottes, weshalb sie bereit waren ihr Leben dafür zu lassen.

Fussgangrän entwickelt, die nur noch die Wahl der Amputation lässt, aufgreifen.³⁴⁶ Will der Patient die aus der Amputation resultierenden, langwierigen Stumpf- und Phantomschmerzen sowie die Tatsache doppelt amputiert zu verbleiben nicht erdulden, darf er die Behandlung ablehnen, wohl bewusst, dass er an den Folgen der Gangrän sterben wird.³⁴⁷

In einer anderen Response wurde R. Feinstein im Bezug auf einen Schwerkranken, der nach Einschätzung der Ärzte maximal eine Woche oder weniger leben wird und an einer Lungenentzündung erkrankt ist, gefragt, ob man die Pneumonie standardmäßig behandeln darf, oder sogar muss. Er antwortete dort, es sei leicht verständlich und klar, dass man die zweite Krankheit mit den vorhandenen Möglichkeiten behandeln muss, auch wenn für die erste kein Heilmittel existiert.³⁴⁸

Vielleicht ist der Unterschied zwischen beiden Urteilen, dass im ersten Fall die Qualen, welche er nicht gezwungen ist auf sich zu nehmen, direkte Folge der Therapie der Zweiterkrankung sind, wohingegen Schmerzen weder während noch als Folge der Therapie einer Pneumonie auftreten. Jedenfalls lehren die verschiedenen Urteile R. Feinsteins in beiden Situationen, wie sehr sich der Laie vor der Ableitung allgemeingültiger Regeln aus dem oberflächlichen Studium der Responsenliteratur hüten muss.

Laut R. Goldberg gibt es eine Rettungspflicht nur, wenn der Gerettete von der Verlängerung seiner Lebenszeit profitiert, ist es aber für ihn, aufgrund seiner Qualen, besser zu sterben als zu leben, gäbe es keine Rettungspflicht, „*jedenfalls bei einem Gosess, der nicht mehr als Chajei Scha'a zu leben hat*“³⁴⁹. Beispiele von Persönlichkeiten zur Zeit der Propheten³⁵⁰ und des Talmud³⁵¹, die vor Gott beteten Er möge ihnen das Leben nehmen, um sie von ihren Qualen zu erlösen, bekräftigen diesen Ansatz.

Schmerzvermeidung legitimiert nicht nur passive Enthaltung von therapeutischen Maßnahmen, sondern manchmal auch aktives Handeln und sogar die Übertretung eines Torahgebotes. R. Feinstein erlaubte bei einem Patienten mit metastasiertem Prostatakarzinom die Durchführung einer operativen Hodenresektion, die bei solchen Patienten üblicherweise zur Schmerzreduktion vorgenommen wird. Schmerzminderung genüge als Indikation für diesen Eingriff, auch wenn keine Verlängerung der Lebenserwartung des Patienten davon zu erwarten sei und obwohl Kastration laut jüdischem Gesetz gewöhnlich verboten ist. Ferner gäbe es, so R. Feinstein, Grund zur Annahme, dass auch sein Leben als Folge der Schmerzlinderung verlängert werde, denn es sei plausibel, dass von zwei an der selben gefährlichen Krankheit leidenden Patienten, von denen der eine Schmerzen erleidet, der andere nicht, der schmerzfreie Patient etwas länger leben wird als der leidende, denn auch große Qualen verkürzen Leben.³⁵²

Wie wichtig Schmerzbekämpfung in den Augen der Poskim ist, verdeutlicht ein Psak R. Auerbachs, der die Anwendung von Morphium zur Schmerzstillung bei Sterbenden auch erlaubt, wenn die Summation vieler Einzeldosen letztlich in einer lebensgefährlichen Atemdepression resultieren wird.³⁵³

R. Waldenberg hingegen belegte anhand eines Ausspruchs Rabbis in Traktat Sota³⁵⁴, dass das Erleiden von Qualen verdienstvoll sein kann, indem es zu Tilgung von Sünden führt und dass

³⁴⁶ R. Feinstein bezog seine Response auf keinen bestimmten Fall. Der Fall des Diabetikers wurde von mir nach Rückversicherung mit R. M. Halperin, dass er mit R. Feinsteins Absicht übereinstimmen könnte, ausgewählt.

³⁴⁷ s. Tabelle auf S. 51.

³⁴⁸ Feinstein 1985, 316-317 (Responsa 75, 4).

³⁴⁹ Zit. übers. n. Gnizi 2001, 70.

³⁵⁰ die Propheten Elijahu (Melachim a, 19, 4) und Jona (Jona 4, 3; 4, 8).

³⁵¹ Choni, der Kreiszeichner (Goldschmidt 1930 Bd.3, 716 (Taanit 23a)).

³⁵² Feinstein 1985, 310 (Responsa 73, 9).

³⁵³ genaueres, s. 3.7.9.

³⁵⁴ Sota 22b: „*Rabbi sagte: Das Verdienst hält [die Wirkung] des Fluchwassers zurück; sie gebiert nicht und gedeiht nicht, vielmehr verkümmert sie allmählich, bis sie endlich daran stirbt.*“ (Goldschmidt 1932, 82.)

allein die Aufrechterhaltung auch eines leidgeprägten Lebens, tugendhaft ist.³⁵⁵ Aus seiner Argumentation in derselben Response geht hervor, dass lebensverlängernde Behandlungen immer fortgesetzt werden müssen, ungeachtet der Qualen des Patienten.³⁵⁶

R. Auerbach bezog sich auf dieselbe Talmudstelle, kam jedoch in der Praxis zu einem anderen Schluss: Zwar ist das Erleiden von Qualen verdienstvoller als die Bevorzugung des sofortigen Todes und wenn der terminale Patient bei klarem Verstand ist, sollte man ihm dies beibringen, will er dennoch nicht behandelt werden, so ist dies keine ausreichende Begründung um ihn gegen seinen Willen zur Akzeptanz einer ungewöhnlichen, schmerzbereitenden Therapie, die sein Leben ein wenig verlängern kann, zu zwingen.³⁵⁷

3.4 Legitimation der Entscheidung im sozialen Umfeld

In den Entscheidungsprozess über das Vorgehen bei unheilbar Kranken gehen die Meinungen vieler Seiten, mit den unterschiedlichsten, auf deren jeweiligen Wertevorstellungen begründeten Interessen, mit ein. Neben Arzt und Patient sind die Angehörigen des Patienten, der Rabbiner und die breite Gesellschaft zu nennen. Wer von ihnen ist befugt bzw. fähig eine moralisch vertretbare und für den Patienten verbindliche Entscheidung zu fällen? Während, laut Glick, in der säkularen Welt ein kompletter Umschwung von einer arztzentrierten Medizin, in welcher der Arzt das beinahe alleinige Entscheidungsrecht hatte, zu einer patientenzentrierten Medizin, in der nun der Patient die gesamte Entscheidungsmacht besitzt, stattgefunden hat, bezieht das Judentum einen dritten Beteiligten ein – den Rabbiner.³⁵⁸ Jeder dieser drei hat eine klar definierte Rolle: der Arzt hat das medizinische und wissenschaftliche know-how und die Pflicht es vollständig zugunsten seines Patienten anzuwenden; der Patient hat sich selbst gegenüber die Pflicht der Informationsbeschaffung, um diese mit seinen eigenen Gefühlen, Ängste und Einsichten über seine Bedürfnisse zu vereinbaren; der Rabbiner sollte die halachische Leitung übernehmen, Patient sowie Arzt seelsorgerisch beim Entscheidungsprozess unterstützen und die Werte der jüdischen Tradition zur Geltung bringen.³⁵⁹ Glick kommt zu dem Schluss, dass in schwierigen Fällen keiner von ihnen die absolute Entscheidungsmacht besitzt, vielmehr sei zu hoffen, dass „*durch Besprechung aller Auswirkungen des Entscheidungsprozesses ... die Entscheidung dem Patienten Fürsorge und Heilung bringen, und medizinisch und ethisch und halachisch korrekt sein wird*“³⁶⁰.

R. Shafran bot in diesem Zusammenhang eine sehr anschauliche Interpretation der talmudischen Erzählung über den Märtyrertod des R. Chanina ben Teradion, welcher zur Zeit der Hadrianischen Verfolgungen des 2. Jahrhunderts n.d.Z. den Römern in die Hände fiel:

„... Als sie zurückkehrten, trafen sie R. Hanina b. Teradion, wie er dasass und sich mit der Gesetzlehre befasste, öffentliche Versammlungen abhielt und eine Gesetzrolle in seinem Schoß trug. Da brachten sie ihn, wickelten ihn in die Gesetzrolle, umgaben ihn mit Weidenbündeln und zündeten sie an. Alsdann brachten sie Strähnen Wolle, weichten sie in Wasser und legten sie ihm aufs Herz, damit seine Seele nicht schnell ausfahre. Da sprach seine Tochter zu ihm: Vater, so muss ich dich sehen! Er erwiderte ihr: Würde ich allein verbrannt worden sein, so würde mir dies schwer gefallen sein, da ich aber mit der Gesetzrolle zusammen verbrannt werde, so wird der, der die Misshandlung der Gesetzrolle ahnden wird, auch meine Misshandlung ahnden. Seine Schüler sprachen zu ihm: Meister, was siehst du? Er erwiderte ihnen: Die Pergamentrollen werden verbrannt und die

³⁵⁵ Waldenberg 1985 Ramat Rachel, 39 (Paragraph 29, 4).

³⁵⁶ ebenda.

³⁵⁷ Avraham 1993, 48. s. 3.2.3, S. 52.

³⁵⁸ Glick 2004, 161.

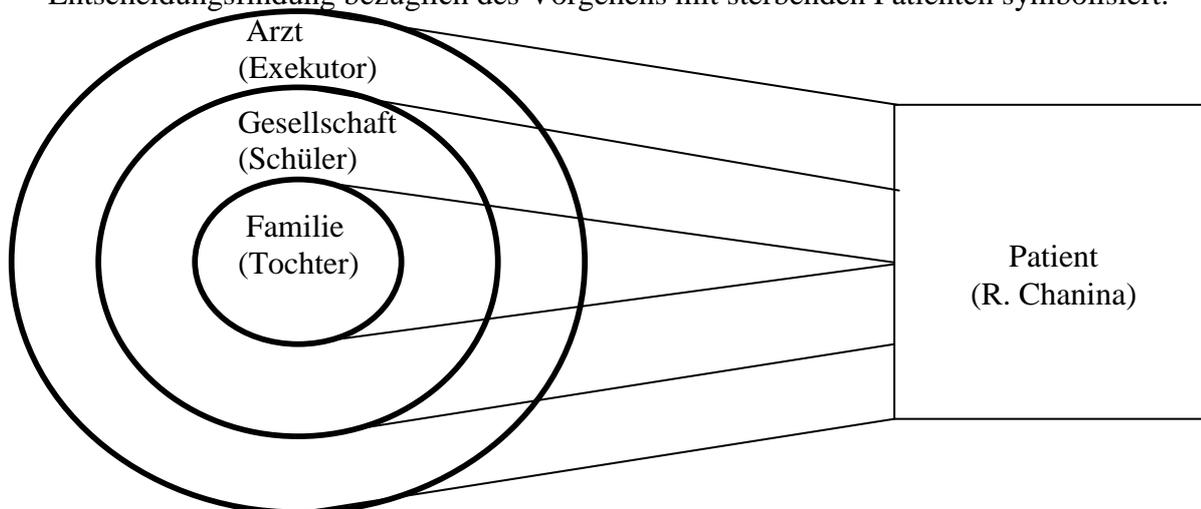
³⁵⁹ ebenda.

³⁶⁰ übers. n. ebenda, 162.

*Buchstaben fliegen [in die Höhe.] - So öffne doch den Mund, damit das Feuer in dich dringe! Er erwiderte ihnen: Soll lieber derjenige, der [die Seele] hineingetan hat, sie holen, niemand aber thue sich selbst ein Leid an. Darauf sprach der Exekutor zu ihm: Meister, wirst du mich, wenn ich die Flamme vergrößere und die Strähnen Wolle von deinem Herzen entferne, in das Leben der zukünftigen Welt bringen? Er erwiderte: Jawohl. – Schwöre es mir. Da schwor er es ihm. Darauf vergrößerte er die Flamme und entfernte die Strähnen Wolle von seinem Herzen, worauf seine Seele schnell ausfuhr. Alsdann sprang auch dieser in das Feuer. Hierauf ertönte ein [himmlischer] Widerhall und sprach: R. Hanina b. Teradion und der Exekutor sind für das Leben in der zukünftigen Welt bestimmt. Darauf weinte Rabbi und sprach: Mancher erwirbt seine Welt in einer Stunde und mancher erwirbt sie in vielen Jahren.*³⁶¹

R. Shafran zufolge lehrt uns der Talmud hier beispielhaft, welche Stellung die Familie des Sterbenden, die breite Gesellschaft und der Arzt jeweils zum Sterbenden einnehmen.³⁶²

Angehörige, Gesellschaft und Arzt werden hierbei bildhaft als drei verschieden große, konzentrische Kreise dargestellt, wobei der Radius das jeweilige Ausmaß des Überblicks über die Situation und damit einhergehend, den Grad der wünschenswerten Einbeziehung in die Entscheidungsfindung bezüglich des Vorgehens mit sterbenden Patienten symbolisiert:



Die Reaktion der Tochter des R. Chanina, die im übrigen keine geringere war als Bruria, die Frau des Rabbi Meir, die aufgrund ihrer Weisheit unter den Gelehrten großes Ansehen erlangte³⁶³, konnte den Anblick ihres schmerzgepeinigten, sterbenden Vaters nicht ertragen und rief „Vater, so muss **ich** dich sehen!“. Dies zeigt, dass auch eine Persönlichkeit wie Bruria, als es um den eigenen Vater ging, ihre Emotionen nicht kontrollieren konnte und im entscheidenden Moment ihre gesamte Aufmerksamkeit auf ihre eigene Machtlosigkeit und Verzweiflung beim Anblick des leidenden, sterbenden Vaters gerichtet war, als wollte sie sagen: „Vater, ich kann nicht mit ansehen wie du leidest!“ In ihrer Bezugnahme zum Leid ihres Vaters stand ihr eigenes Unvermögen es mit anzusehen im Mittelpunkt, nicht das Leid des Vaters selbst.

Die Familie könne also, aufgrund ihrer vordergründig emotionalen Bindung zum Sterbenden, in einer Situation, die vor allem die Fähigkeit zu rationalem Denken erfordert, um zu einer Entscheidung zu gelangen, die auf universellen moralischen Werten basiert, nicht am Entscheidungsprozess beteiligt werden.

³⁶¹ Goldschmidt 1925, 856-857 (Avoda Zara 18a). Für eine ausführliche Erläuterung dieses Talmudabschnitts im Zusammenhang mit Hindernisentfernung, s. Feinstein 1985, 305 (Responsa 73, 3), sowie Avraham 2007, 495-497.

³⁶² R. Shafrans Interpretation wird hier (mit seiner Genehmigung) erstmals schriftlich veröffentlicht.

³⁶³ Psachim 62b.

Rabbi Chanina erkannte dies und vermied jede Form einer sachlichen Stellungnahme zu dem, wonach seine Tochter in ihrem Aufschrei verlangte, nämlich die Beendigung seines Leidens. Stattdessen richtete er das Augenmerk auf die Misshandlung der Gesetzesrolle und die dafür anstehende Bestrafung. Dieser auffallende Themenwechsel vom Motiv Leid eines Sterbenden zu philosophischen Aussagen über Lohn und Strafe, stelle laut R. Shafran, ein klares Zeichen für die Unmöglichkeit einer Miteinbeziehung der Familie in die Debatte zu Fragen den Sterbenden betreffend.

Die Schüler wollten laut R. Shafran mit der Frage „*was siehst du?*“ von R. Chanina wissen, welches Vorgehen er angesichts solcher Qualen für richtig empfand. In seiner Antwort stellte er, wie bereits in der Antwort an seine Tochter, sich selbst, angesichts der brennenden Torahrolle, in den Hintergrund und verdeutlichte einen Unterschied zwischen der Pergamentrolle und den Buchstaben:

„*Die Pergamentrollen werden verbrannt und die Buchstaben fliegen*“.

Erstere nämlich, erläutert R. Shafran, stellen das Materielle dar und „*werden verbrannt*“, d.h. sind vergänglich, während letztere das unvergängliche Spirituelle symbolisieren und sich deshalb nach dem Tod von der Materie trennen und „*fliegen*“, um auf andere Weise weiter zu bestehen. Darauf folgte unmittelbar der Einwand der Schüler, die nicht verstanden, warum R. Chanina in den letzten Stunden scheinbar vorzog zu leiden, wenn er durch eine so geringe Handlung, wie das Öffnen seines Mundes, seinem Leid ein Ende setzen konnte, als wollten sie sagen: Du, Meister, sagtest doch selbst, das Materielle sei vergänglich, „so öffne doch deinen Mund, damit das Feuer schneller in dich dringe“ und das vergängliche Fleisch verbrenne, damit du von deinen Qualen eher erlöst wirst, wenn der Seele dabei ohnehin nichts widerfahren wird, da sie ja auf ewig besteht!?

R. Chanina erwiderte ihnen unmissverständlich, es sei verboten sich das Leben zu nehmen. Analog müsse man der breiten Gesellschaft, die für aktive Euthanasie plädiert, um Patienten einen „schönen Tod“ ohne Qualen zu ermöglichen, klar antworten, dass ein moralisch gesundes System solchen Erwägungen keinen Boden gewähren darf.

Nur den Exekutor weihte R. Chanina in die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe – hier durch Entfernung der Wollsträhnen vom Herzen Rabbi Chaninas – und in die Erlaubnis der letzteren ein, nicht jedoch seine Schüler, denn **solche Feinheiten seien nur für eine in die Materie eng eingebundene Person, den Arzt und nicht für die breite Gesellschaft bestimmt.**³⁶⁴

Laut R. Shafran bedeutet die anhand des Gleichnisses herausgearbeitete Bevorzugung des Arztes gegenüber Familie und Gesellschaft nicht, dass ihm allein die gesamte Entscheidungsmacht gebührt. Vielmehr sei eine enge Kooperation zwischen Arzt und Rabbiner gefordert, wobei die endgültige Entscheidung in den Händen der gegenwärtigen rabbinischen Autorität, als Vertreter des halachischen Standpunktes liegt. Zum Beweis führt R. Shafran eine Response aus dem Werk „Shvut Jaakov“³⁶⁵ des R. Jaakov Reischer aus Prag an, einem halachischen Dezisor des 17. Jahrhunderts, in der ein erfahrener Arzt den folgenden Fall schildert: Ein schwerkranker Patient hat nach Meinung aller Ärzte nur noch ein oder zwei Tage zu leben. Es gibt jedoch eine bisher unversuchte Therapiemöglichkeit, die ihn vollständig heilen kann, oder aber, bei Misslingen, sofort, d.h. innerhalb von wenigen Stunden, seinen Tod herbeiführen wird. Darf die Therapie versucht werden oder sind die sicheren letzten Tage wertvoller als die eventuelle Aussicht auf ein längeres Leben?

³⁶⁴ Ein Vergleich ist nie vollkommen. So könnte man auch hier einwenden der Ausdruck „das Feuer vergrößere“ deute eine aktive Handlung an. Deshalb, vermutet R. Shafran, wurde, trotz ihrer Anschaulichkeit, nicht diese Talmudstelle als Ursprung für das später erläuterte halachische Prinzip Entfernung des Hindernisses herangezogen, sondern Sefer Chassidim und Shiltei Giborim. S.a. Feinstein 1985, 305 (Responsa 73, 3), dort erläutert R. Feinstein, dass die Tat des Exekutors eigentlich verboten und im Falle R. Chaninas lediglich ein Gebot der Stunde gewesen sei, weshalb keine Regel daraus ableitbar wäre.

³⁶⁵ Reischer, Responsa 3, 75.

R. Reischer bringt Argumente gegen und für einen Behandlungsversuch und schließt, dass in jedem Fall der einzelne Arzt nicht auf eigene Faust handeln solle, sondern *„in dieser Angelegenheit sehr besonnen sein, sich mit den erfahrensten Ärzten der Stadt beraten und anhand der Mehrheit aller Meinungen und zwar einer kenntlichen Mehrheit, nämlich der Doppelten, um die Leichtsinnigen zu überspielen“* vorgehen müsse. *„Daher handle er gemäß der Mehrheit aller Meinungen der Ärzte und der Zustimmung des Weisen der Stadt.“*³⁶⁶

Aus der zitierten Response geht hervor, dass der Arztberuf selbst nicht automatisch zur Entscheidungsfällung in Leben-und-Tod-Fragen qualifiziert, es bedarf erfahrener Ärzte und selbst dann richtet sich die Entscheidung nicht nur nach der doppelten Mehrheit aller erfahrensten Ärzte, sondern erst bei *„Zustimmung des Weisen der Stadt“*.

3.5 Halachische Akzeptanz medizinischer Diagnose, Prognose und Therapie

Eine Untersuchung des ärztlichen Aufgabenbereichs in den Augen der Halacha ergab, dass die dem Arzt erteilte Erlaubnis sich lediglich auf Heilung, keineswegs auf Verkürzung von Leben erstreckt³⁶⁷. Ähnlich muss nach der Glaubhaftigkeit und ‚Aufgabe‘ der gesamten medizinischen Wissenschaft in den Augen der Halacha gefragt werden. Diese Frage berührt zahlreiche Gebiete innerhalb des jüdischen Lebens, nämlich dann, wenn eine gewisse halachische Konsequenz an einen bestimmten körperlichen Zustand gebunden ist. Zur Klärung, ob dieser Zustand eingetreten ist, wurde der Arzt, als Fachperson, häufig von den Gelehrten konsultiert.³⁶⁸ Die Poskim debattierten, ob den ärztlichen Festlegungen vertraut werden kann, um anhand dieser halachische Entscheidungen zu fällen. Die Frage nach Zuverlässigkeit der Ärzte berührt sowohl die von ihnen gelieferten, auf Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft basierenden, medizinischen Fakten, als auch ihre persönliche Glaubhaftigkeit; die Meinung eines erfahrenen Arztes hat auch in halachischen Fragen ein größeres Gewicht als die eines unerfahrenen.³⁶⁹

Besonders bedeutungsvoll für den unheilbar kranken Patienten sind medizinische Feststellungen bezüglich Diagnose und Prognose. Verlässt sich die Halacha auf Diagnose einer unheilbaren Erkrankung und Vorhersage ihres wahrscheinlichen Verlaufs durch den Arzt? Werden eventuelle Fehler in Kauf genommen?

Sternbuch erläuterte eine interessante, scheinbare Diskrepanz zwischen der Halacha im Schulchan Aruch bezüglich Kranker am Jom-Kippur-Fasttag und der Meinung zweier Gelehrter zum Gewicht der ärztlichen Aussage.³⁷⁰ Am Jom-Kippur ist jeglicher Genuss von Speis und Trank verboten. Der Schulchan Aruch urteilt allerdings folgendermaßen: *„Ein Kranker, welcher essen muss, gibt es dort einen kundigen Arzt ..., der sagt, wenn man ihm nicht zu essen gibt, kann es sein, dass seine Krankheit ihm dadurch schwerer fallen und er in Gefahr geraten wird, gibt man ihm auf seine Aussage hin zu essen, ..., selbst wenn der Kranke sagt, „ich benötige nichts“, hört man auf den Arzt...“*³⁷¹

Man lernt daraus, laut Sternbuch, dass die Halacha so großes Vertrauen in den Arzt setzt, dass sie ihn befugt festzulegen, ob eine Gefahr besteht, die wiederum essentielle Torahgebote, wie das Fasten am Jom Kippur, außer Kraft setzen kann.

³⁶⁶ ebenda.

³⁶⁷ s. 3.2.1, S. 40.

³⁶⁸ für Beispiele von Arztkonsultationen durch Weisen des Talmuds und Poskim späterer Generationen in halachischen Fragen, s. Steinberg 2006 Bd.5, 2-10 bzw. 11, Fußnote 45.

³⁶⁹ aus Schulchan Aruch Orach Chaim 618, 1, geht hervor, dass es ein "kundiger" Arzt sein muss, s.u.

³⁷⁰ Sternbuch 1980, 50-53.

³⁷¹ Schulchan Aruch ebenda.

Nach Ansicht des Chatam Sofer (1762-1839), Oberrabbiner der damals ungarischen Hauptstadt Pressburg, hat jedoch die Aussage des Arztes „für die Halacha nur die legale Bedeutung eines Zweifels.“³⁷²

R. Kuk (1865-1935), erster Oberrabbiner im Lande Israel, vertrat dieselbe Meinung und begründete, dass „auch die Ärzte selbst ihre Diagnosen kaum als absolute Wahrheiten betrachten“³⁷³ können, denn in der Medizingeschichte sei öfters vorgekommen, dass eine für richtig gehaltene medizinische Erkenntnis, nach einiger Zeit durch neuere Entdeckungen widerlegt wurde.

Wie lassen sich diese Aussagen mit der erwähnten Halacha bezüglich Jom Kippur vereinbaren? R. Sofer und R. Kuk antworten selbst, dass im Falle einer möglichen Lebensgefahr, ein Zweifel an der Notwendigkeit einer Intervention genügt, um die Gesetze der Torah zu verdrängen und die Befugnis diesen Zweifel zu erwecken hat der Arzt.³⁷⁴

Nicht nur ärztliche Diagnose und Prognose beeinflussen halachische Entscheidungen, sondern auch, wie oben erläutert³⁷⁵, die Einschätzung des Therapierisikos. Ob ein Patient kraft der Halacha zu einer Therapie gezwungen werden kann, setzt eine realistische Beurteilung des Behandlungsrisikos voraus, weshalb es sorgfältig erwogen werden muss. R. Feinstein beschrieb Voraussetzungen für eine richtige Nutzen-Risiko-Abwägung bei der Behandlung gefährlicher Erkrankungen. Die bei Therapie Gesunder und leicht Kränkender gesammelte Erfahrung genüge nicht, will man dieselbe Behandlung auch bei Schwerkranken anwenden. Denn erstere geraten nicht so schnell durch diese Behandlung in Gefahr wie Patienten mit ernsthafteren Erkrankungen. Die Entscheidung, ob ein durch seine Erkrankung geschwächter Patient eine bestimmte Therapie erhalten soll, hänge davon ab, ob die Ärzte vorher genügend Erfahrung mit dieser Therapie an Patienten, die durch dieselbe Erkrankung in gleichem Maße geschwächt waren, gesammelt und festgestellt haben, dass nicht mehr als eine sehr kleine Minderheit dadurch gefährdet worden sind. Sind, fährt R. Feinstein fort, die Ärzte der Ansicht, dass nicht weniger als die Hälfte aller an dieser Krankheit erkrankten Patienten geheilt worden sind, dürfen sie diese Medizin, mit Einverständnis des Kranken, verabreichen. Dies richtig einzuschätzen falle auch großen und erfahrenen Ärzten schwer, weshalb es an ihnen liege sich sorgfältig damit auseinanderzusetzen, auch durch Beratung mit so vielen und erfahrenen Ärzten wie möglich.³⁷⁶

Die von R. Feinstein genannten Voraussetzungen zur Anwendung riskanter therapeutischer Methoden zeigen, dass die Halacha von der Medizin nicht weniger fordert, als von sich selbst, nämlich neben individueller klinischer Expertise und Menschlichkeit die Einbeziehung des höchsten wissenschaftlichen Forschungsstandards.

Ein aktuelles Beispiel für den Einfluss medizinisch-wissenschaftlicher Fortschritte auf halachische Entscheidungen ist der Wandel der Einstellung der Devisoren zur Frage der Herztransplantation.

Zu Beginn der Ära der Herztransplantation Ende der 70er Jahre, urteilten R. Feinstein, das israelische Oberrabbinat und R. Untermann zum ausdrücklichen Verbot der Herztransplantation aufgrund doppelten Mordes, des Spenders und des Empfängers. In den Jahren darauf sorgten entscheidende Entwicklungen im Bereich der Transplantationsmedizin für eine zwar vorsichtige, eingeschränkte, aber dennoch bezeichnende Revision des ursprünglichen Urteils. Diese beruhte, wie einem Erklärungsschreiben des israelischen Oberrabbinats aus dem Jahr 1987 zu entnehmen ist, zum einen auf einer deutlichen Besserung der Erfolgsrate der Operation – 80% überlebten länger als ein Jahr, 70% länger als fünf Jahre

³⁷² Zit. n. Sternbuch 1980, 51. Sofer 2008, 216 (Responsa 158).

³⁷³ Zit. n. ebenda, 53.

³⁷⁴ ebenda, 55.

³⁷⁵ s. 3.2.3, S. 48f.

³⁷⁶ Feinstein 1985, 309 (Responsa 73, 5).

nach Operation – zum anderen auf dem Vorhandensein neuer Techniken, welche ermöglichten den Eintritt des irreversiblen Atemstillstands beim Verstorbenen sicher festzulegen.³⁷⁷ Eine weitere wichtige Neuerung war für das israelische Oberrabbinat die Tatsache, dass auch R. Feinstein in den letzten Jahren die Durchführung von Herztransplantationen in den Vereinigten Staaten genehmigte und andere Torahgrößen Herzkranken diesen Eingriff bereits empfahlen. Das Transplantationskomitee des israelischen Oberrabbinats führte schließlich eine Reihe von Bedingungen³⁷⁸ auf, unter denen es bereit sei die Durchführung der Herztransplantation im medizinischen Zentrum Hadassah, Jerusalem zu genehmigen.³⁷⁹

R. Halperin kommentierte zu diesem Schreiben, dass trotz des deutlichen Vorbehalts, die Entscheidung des Rabbinats eine große juristische Bedeutung habe und dass uns hier ein deutliches Beispiel vorliege für die Änderung einer halachischen Schlussfolgerung, verursacht durch Anwendung **fester** Prinzipien auf eine sich **ändernde** technologische und wissenschaftliche Situation.³⁸⁰

3.6 Prinzip der ‚Entfernung des Hindernisses‘

Fallbeispiel: Ein Patient wurde nach einem schweren Herzinfarkt reanimiert und künstlich beatmet und verblieb in reduziertem Bewusstseinszustand. Nach ein bis zwei Tagen wurde er komatös und erneut reanimationspflichtig, wobei er nach der zweiten Reanimation aus dem Koma nicht mehr erwachte. Im weiteren Verlauf kam es zu Nierenversagen und sein Blutdruck konnte nur durch eine Noradrenalininfusion aufrechterhalten werden, die ihn praktisch am Leben hielt. Nachdem er etwa einen halben Tag lang in diesem Zustand verweilte, schätzten einige Fachärzte seine Prognose als infaust ein. Der damalige Oberarzt fragte R. Auerbach, ob es erlaubt wäre das Austauschen des alten Infusionsbeutels mit besagter Medikation, sobald sich dieser entleert habe, gegen einen neuen zu unterlassen, mit der Absicht die künstliche Aufrechterhaltung des Blutdrucks zu vermeiden, die nur den Sterbensprozess des Patienten verlängere. R. Auerbach stimmte dieser Vorgehensweise zu und begründete, es sei keine Pflicht die Verabreichung der Medikation zu erneuern, da dies der „Entfernung eines Hindernisses“ gleichkäme.³⁸¹

3.6.1 ‚Entfernung des Hindernisses‘ in den halachischen Quellen

In R. J. Karos Schulchan Aruch ergänzt durch die Anmerkungen des R. M. Isserles findet man die folgende Halacha:

„Der Gosess ist in jeder Hinsicht wie ein Lebender zu betrachten ... man wasche ihn nicht, man verschließe seine Körperöffnungen nicht, man entferne nicht das Kopfkissen unter seinem Haupt ... bis zur Stunde seines Todes ... Anmerkung: und manche sagen man meißle ihm keinen Grabstein, auch wenn dieser nicht bei ihm im Hause steht bis nachdem er verstorben ist. ... Anm.: Ebenso darf man nicht hervorrufen, dass er schnell stirbt, beispielsweise wenn jemand lange Zeit im Sterben liegt und nicht scheiden kann, darf man

³⁷⁷ vgl. „Pikuach Nefesch – Lebensgefahr“, Fußnote 193. Um den Atemstillstand zuverlässig festzustellen bedarf es eines Nachweises des Hirntodes, einschliesslich Hirnstamm, s. Halperin 2007, 95-96.

³⁷⁸ zu den Bedingungen und Einschränkungen vor Durchführung einer Herztransplantation, s. Halperin 1993, 124.

³⁷⁹ übers. n. Halperin ebenda.

³⁸⁰ ebenda, 125.

³⁸¹ Avraham 2007, 494.

*nicht das Kopfkissen unter seinem Haupt entfernen mit dem Argument, das einige nennen, dass es Federn einiger Vögel gibt, die dies bewirken. Und ebenso rühre man ihn nicht von der Stelle und ebenso ist es verboten Synagogenschlüssel unter sein Haupt zu legen, damit er scheide. Aber wenn irgendetwas eine Verzögerung des Austretens der Seele verursacht, zum Beispiel ein klopfendes Geräusch neben dem Haus [in dem der Sterbende liegt], beispielsweise durch einen Holzfäller, oder Salz auf seiner Zunge und diese verzögern das Austreten der Seele, so darf man es von dort entfernen, denn hierbei wird keine Handlung vollbracht, sondern nur das Hindernis entfernt.*³⁸²

Diese Halacha kann als allgemeine Grundlage für die Genehmigung passiver Euthanasie im jüdischen Gesetz betrachtet werden, indem sie prinzipiell zwischen einer verbotenen, aktiven Handlung und einer erlaubten, passiven ‚Entfernung des Hindernisses‘, d.h. der Einstellung bestimmter Maßnahmen, die den Sterbensprozess verlängern, unterscheidet.

Mögliche Quellen für dieses halachische Prinzip finden sich bereits im Talmud.

Eine der bekannteren Talmudquellen, die den Umgang mit einem Sterbenden ausführlich schildert, ist die Erzählung über den Tod des Rabbi Chanina ben Teradion.³⁸³

Aus der Antwort R. Chaninas auf die Bitte seiner Schüler lerne man, erklärt Avraham³⁸⁴, dass es verboten ist den (sicher bevorstehenden) Tod zu beschleunigen, sogar wenn die dazu notwendige Handlung so gering ist wie das Öffnen des Mundes, wenn diese in der Absicht geschieht schneller zu sterben. Andererseits stimmte R. Chanina dem Angebot des Exekutors zu, was sich eventuell so erklären lässt, dass das Entfernen der Wollsträhnen mit der Entfernung eines Hindernisses vergleichbar ist und es ist Avraham zufolge anzunehmen, dass R. Chanina zu diesem Zeitpunkt bereits ein Gosess war, oder zumindest jemand, der sicher sterben wird und die Entfernung eines Hindernisses ist, dem Schulchan Aruch gemäß, in so einem Fall erlaubt.

Eine weitere talmudische Quelle erzählt vom Todestag des Rabbi Jehuda Hanassi, Rabbi genannt. Als Rabbi im Sterben lag, ordneten die Gelehrten eine Fastzeit an und flehten um seine Genesung. Rabbis Magd sah jedoch, wie sehr er sich quälte und betete deshalb ihrerseits: *„Die droben verlangen nach Rabbi, und die hienieden verlangen nach Rabbi; ... Möge es dein Wille sein, daß die droben die hienieden besiegen.*“³⁸⁵ Um die Gelehrten, die ununterbrochen beteten zum Schweigen zu bringen, zerbrach sie einen Krug, was jene zum kurzen Innehalten veranlasste *„und die Seele Rabbis kehrte zur Ruhe ein*“³⁸⁶.

Laut R. Feinstein erkenne man aus dem Wortlaut des Talmuds, dass die Magd, die übrigens keine einfältige Person war, sondern so Torahgelehrt, dass die Talmudweisen selbst sich manchmal mit ihr berieten, richtig gehandelt hat. Für uns bedeute dies, dass wenn die Ärzte weder wissen, wie man einen Patienten heilt, noch wie man seine Qualen lindert, sondern nur Maßnahmen kennen um sein qualvolles Leben zu erhalten, die Anwendung solcher Maßnahmen unterlassen sollen.³⁸⁷

Soweit zur Erforschung möglicher talmudischer Ursprünge für das halachische Prinzip der Hindernisentfernung.³⁸⁸

³⁸² übers. n. Schulchan Aruch Jore Dea 339, 1.

³⁸³ s. S. 57-58.

³⁸⁴ Avraham ebenda, 495.

³⁸⁵ Goldschmidt 1931 Bd.4, 332 (Ketubot 104a).

³⁸⁶ ebenda.

³⁸⁷ Feinstein 1985, 311 (Responsa 74, 1). Kann man mit diesen Maßnahmen dessen Leben verlängern bis ein Arzt herbeikommt, der ihn vielleicht heilen kann, so muss man diese fortführen, obwohl er darunter leidet. s. a. 3.6.2.1.

³⁸⁸ es existieren noch andere Ursprünge in Talmud und Midraschim für besagtes Prinzip, die aus Umfangsgründen nicht ausgeführt werden können, s. Steinberg 1994, 363-366.

Die zitierte Halacha bietet ferner ein hervorragendes Beispiel für die Problematik der Anwendung eines im Schulchan Aruch-Gesetzeskodex' festgelegten halachischen Prinzips in der Praxis der modernen Medizin. Welche modernen Behandlungsformen fallen in die Kategorie des Hindernisses, das beseitigt werden darf? Was entspricht heutzutage dem Salz auf der Zunge des Sterbenden bzw. dem Geräusch des Holzfällens? Laut Steinberg besteht das wesentliche Problem darin, dass die von den Gelehrten aufgeführten, zahlreichen Anwendungsbeispiele für dieses Prinzip der selben Vorstellungswelt entsprechen, die zur Zeit der Niederschrift der Halacha vorherrschte. Die Hauptschwierigkeit und wesentliche Quelle für Meinungsverschiedenheiten unter den halachischen Autoritäten heutzutage, sei die richtige Charakterisierung der Begriffe und ihr Bezug auf heute übliche therapeutische Optionen.³⁸⁹ Rosner wirft – die Problematik auf den Punkt bringend – ein, dass die Beseitigung eines Hindernisses, die bei einem schmerzgeplagten, unheilbar Kranken im jüdischen Gesetz zwar erlaubt ist, möglicherweise nicht mit der Einstellung lebensverlängernder medizinischer Behandlungen vergleichbar sei. Die Hindernisse, von denen im Schulchan Aruch die Rede ist, seien nämlich nicht Teil des therapeutischen Regimes, welches beim Umgang mit so einem Patienten angewandt wird und dürften aus genau diesem Grund entfernt werden. Die Erlaubnis zur Entfernung eigens zur Lebensverlängerung entworfenen Instrumentarien könne aber womöglich nur dann erteilt werden, „wenn man sicher ist dabei nur den „Akt des Sterbens“ zu verkürzen und nicht Leben zu unterbrechen.“³⁹⁰

Zunächst müssen die Begriffe „aktive Tötung“ und „passive Hindernisentfernung“ in der oben angeführten Halacha genauer erklärt und voneinander abgegrenzt werden. Im Aruch Haschulchan des R. Epstein³⁹¹ wird erläutert, dass das Verbot ein Kopfkissen unter dem Haupt des Sterbenden zu entfernen leicht zu verstehen sei, denn hierbei werde ja sein Kopf stark bewegt. Auch eine leichte Bewegung des Köpers des Sterbenden sei bereits verboten und mehr noch: sogar wenn am Körper des Sterbenden selbst nichts ausgerichtet werde, allein das Schieben vom Synagogenschlüssel³⁹² unter dessen Kopf ohne jegliche Berührung desselben, wäre auch verboten, denn schließlich ist hier ein Akt, eine Handlung zur Herbeiführung des Todes geschehen, wenn auch nicht am Körper des Gosess selbst. Wenn aber eine externe Ursache die Trennung der Seele vom Körper verhindert, darf diese beseitigt werden, denn, argumentiert R. Epstein, wenn die Verzögerung durch sie hervorgerufen wird, warum muss er unter einer Sache leiden, die nicht Teil seines Körpers ist?! Werde andererseits die Verzögerung nicht durch den externen Gegenstand hervorgerufen, würde seine Beseitigung ohnehin nichts bewirken! Auch die Entfernung des Salzes von seiner Zunge werde nicht als aktive Handlung betrachtet, denn hierbei käme es nur zu einer geringen Bewegung, ferner sei das Salz bestimmt zuerst mit der Absicht sein Leben zu verlängern auf seine Zunge gelegt worden; einige, räumt R. Epstein ein, zweifeln daran, aber in Wirklichkeit gäbe es keine Bedenken.³⁹³

Zwei Faktoren charakterisieren also der Ansicht des Aruch Haschulchan nach aktive Tötung und wiederum zwei charakterisieren ein Hindernis, das entfernt werden darf: die **Bewegung** des Körpers eines Sterbenden, sowie eine **Handlung** zur Herbeiführung des Todes, die nicht zwangsläufig mit einer Bewegung des Körpers einhergehen muss, kennzeichnen aktive Tötung. Ein **externes** Hindernis des Austritts der Seele, sowie ein Hindernis, das zwar extern,

³⁸⁹ Steinberg 1983, 451.

³⁹⁰ Rosner 1991, 40.

³⁹¹ Epstein 1905, 4 (Jore Dea 339, 4). Der Aruch Haschulchan entstand im 19. Jahrhundert durch R. Yechiel Michel Epstein (1829-1908) und stellt eine, der Gliederung des Schulchan Aruch entsprechende, Zusammenfassung der Quellen jeden Kapitels mitsamt seiner Kommentare dar.

³⁹² Steinberg 1994, 366. Fußnote 118: Synagogenschlüssel seien eine Art Talisman für die Beschleunigung des Sterbevorgangs.

³⁹³ Epstein ebenda.

doch mit dem Körper des Sterbenden in direktem Kontakt steht **und** mit der Absicht der Lebensverlängerung, also unrechtmäßig, angewandt worden ist, kennzeichnen ein Hindernis, das entfernt werden darf.

Man stellt fest, dass der Aruch Haschulchan als Erklärung für das Entfernen des Salzes ein weiteres Argument hinzufügt, nämlich dass das Salz von vornherein unrechtmäßig abgelegt wurde. Dieser Punkt ist nämlich, wie der Aruch Haschulchan selbst einräumt, nicht unbestritten, denn es ist beinahe unmöglich Salz von der Zunge eines Menschen zu entfernen, ohne diesen, zumindest etwas zu bewegen, was ja bei einem Gosess verboten ist.

Der Turei Zahav (Ta“Z) in seinem Kommentar zum Schulchan Aruch begründet nämlich das Verbot der Entfernung eines Kopfkissens so, dass man streng genommen, wenn man das Prinzip der Hindernisentfernung in die Tat umsetzen wollte, die Entfernung des Kopfkissens erlauben müsste, denn hier geschehe ja keine Beschleunigung des Todes, sondern die Entfernung eines Hindernisses. Da man aber dabei den Körper des Sterbenden bewege, käme dies einer eigenhändigen Beschleunigung des Todes gleich und sei deshalb verboten. Nur wenn dem so sei, folgert der Ta“Z, sei schwer zu verstehen wie R. Isserles die Entfernung des Salzes genehmigen konnte, dabei bewege man doch seinen Mund?! Aus diesem Grund verbietet der Ta“Z auch das Entfernen des Salzes.³⁹⁴

Der Nekudot Hakessef widerspricht dem Ta“Z mit dem Argument, eine derart leichte Bewegung, wie sie beim Entfernen des Salzes zustande kommt, sei bedeutungslos.³⁹⁵

Auch der Beit Lechem Jehuda widerspricht dem Ta“Z, und erklärt seinerseits, warum R. Isserles an anderer Stelle im Schulchan Aruch es verbietet Salz auf die Zunge eines Sterbenden zu streuen, in dieser Halacha nun erlaubt es von dort zu entfernen. Da nämlich diese Tat initial unrechtmäßigerweise zur Verlängerung des Lebens durchgeführt worden sei – wie sonst hätte Salz auf die Zunge des Sterbenden gelangen können – sei es nun erlaubt dieses vorsichtig zu entfernen.³⁹⁶

Ähnlich wie der Beit Lechem Jehuda und der Aruch Haschulchan argumentierte schon R. Jehoschua Boaz, ein bedeutender Possek des 16. Jahrhunderts, in seinem Kommentar zum Rif ‚Schiltei Giborim‘, der im übrigen neben R. Jehuda Hachassid, auf dessen Worte er sich bezieht, eine weitere Hauptquelle für das von R. Isserles als Halacha formulierte Prinzip der Hindernisentfernung darstellt.³⁹⁷

Anhand der Meinungen einiger Gelehrter, die hier auszugsweise geschildert worden sind, wurden Richtlinien für Handlungen formuliert, die die Kriterien für ein Hindernis, welches entfernt werden darf, erfüllen.

R. Katz hat, basierend auf Schiltei Giborim, R. Jehuda Hachassid, dem Schulchan Aruch und anderen, die folgende Einteilung vorgenommen³⁹⁸:

- Die direkte Bewegung des Körpers eines Sterbenden sei – vergleichbar mit dem Hineinhalten des Fingers in eine flackernde Kerze (was diese unweigerlich auslöscht) und daher – immer verboten.
- Die indirekte Bewegung durch einen externen Gegenstand, wie dies der Fall beim Entfernen des Kopfkissens unter dem Haupt des Sterbenden ist – da habe es Meinungen gegeben, die dies genehmigten.³⁹⁹
- Ein externes Medium, welches keinerlei Kontakt zum Körper des Sterbenden hat, und dessen Anwendung sein Leid vergrößert, dürfe immer entfernt werden.

³⁹⁴ Ta“Z Kommentar zu Schulchan Aruch Jore Dea 339, 2.

³⁹⁵ Nekudot Hakessef Kommentar zum Ta“Z, ebenda.

³⁹⁶ Beit Lechem Jehuda, ebenda 339, 4. S. Waldenberg 1985 Bd.14, 147 (Responsa 82), der dem Argument des Beit Lechem Jehuda widerspricht.

³⁹⁷ Schiltei Giborim zum Ri“f Moed katan 16, 2.

³⁹⁸ Katz 1982, 536.

³⁹⁹ wobei der Schulchan Aruch, welcher die heute geltenden halachischen Richtlinien verkörpert, dies verbietet, s. S. 63.

Eine ähnliche Einteilung durch Steinberg enthält zusätzlich die folgenden Punkte:⁴⁰⁰

- Bei Entfernung der den Austritt der Seele behindernden Ursache kommt es zu keiner Beschleunigung des Todes, sondern nur zu einer Vermeidung der Lebensverlängerung;
- Als den Austritt der Seele behindernd ist jeglicher unphysiologischer und unnatürlicher Gegenstand zu verstehen;
- Laut Ansicht einiger sei das verbotene, aktive Ergreifen einer Maßnahme von dem (passiven) Fernhalten von einer Handlung, d.h. dem Nichtergreifen einer Maßnahme zu unterscheiden.⁴⁰¹

3.6.2 Dilemmata im Zusammenhang mit der ‚Entfernung des Hindernisses‘

3.6.2.1 Verlängerung von Leben oder Verkürzung des Sterbensprozesses?

Einerseits legt die Halacha, wie oben am Beispiel der Steinlawine ausgeführt, ausdrücklich fest, dass alles unternommen werden muss, um das Leben eines Gosses – sei es nur um wenige Momente – zu verlängern, auch wenn dazu die Entweihung des Schabbat notwendig ist. Andererseits urteilt R. Isserles im Schulchan Aruch, dass wenn ein Gosses aufgrund eines Gegenstands, welches den Austritt seiner Seele behindert, nicht sterben kann, es entfernt werden darf.⁴⁰²

Scheinbar widersprechen sich die beiden Vorschriften: Zuerst heißt es, alle Gesetze dürften für die Rettung eines Lebens außer Kraft gesetzt werden, und nun werden Wege gesucht, um die Verlängerung des Lebens eines Gosses zu vermeiden?!

R. Goldberg, Vorsitzender des rabbinischen Gerichtshofes in Jerusalem, teilt zur Aufklärung des scheinbaren Widerspruchs die Meinungen der Gelehrten in drei Ansätze ein⁴⁰³:

Laut dem ersten Ansatz hängt der Unterschied zwischen beiden Handlungsweisen davon ab, ob der Sterbende, obwohl bereits Gosses und Qualen erleidend, noch bei Bewusstsein ist und klar denken kann, so dass die Verlängerung seines Lebens von Nutzen sein wird, um beispielsweise seiner Familie und seinen Nachkommen seinen letzten Willen zu übermitteln – das Leben dieses Patienten zu erhalten sei Pflicht. Ein Sterbender, der jedoch sämtliche Fähigkeiten verloren hat, zum Beispiel jemand im sog. ‚persistierenden vegetativen Zustand‘ (apallisches Syndrom), müsse nicht gerettet werden.

Dem zweiten und dritten Ansatz gemäß liegt der Unterschied darin, mit welchen Mitteln die Verlängerung des Lebens erreicht wird.

Der zweite Ansatz unterscheidet zwischen Rettung auf natürlichem, physiologischem gegenüber Rettung auf unnatürlichem Wege.⁴⁰⁴ Nahrung, Sauerstoff und Medikation sind natürlich, d.h. sie addieren Lebenskraft auf physiologischem Weg, wohingegen die von R. Isserles genannten Beispiele, Lärm oder Salz auf der Zunge des Sterbenden, nichts anderes ausrichten als das Scheiden der Seele zu verzögern, daher dürfen letztere entfernt werden.

Der dritte Ansatz unterscheidet zwischen einer üblichen und einer unüblichen Behandlung. Jede routinemäßig durchgeführte Behandlung dürfe dem Patienten nicht vorenthalten werden, und es sei ein wichtiges Gebot diese fortzusetzen, auch auf Kosten der Entweihung des Schabbats. „Übliche Behandlung“ schließt natürlich unter anderem die physiologischen Mittel des zweiten Ansatzes mit ein. Andererseits bestehe keine Pflicht unübliche Maßnahmen, auch wenn sie den Sterbensprozess ein wenig zu verlängern vermögen,

⁴⁰⁰ Steinberg 1983, 447-448.

⁴⁰¹ s.o. die Ansicht des Aruch Haschulchan.

⁴⁰² s.o.

⁴⁰³ Goldberg 1993, 295.

⁴⁰⁴ s.a. Benzenhöfer 1997, 1488.

anzuwenden. Als Beispiele für unübliche Maßnahmen nennt R. Goldberg chirurgische Eingriffe an einem Sterbenden und dessen Reanimation, wenn diese Maßnahmen nur in einer geringen Lebensverlängerung resultieren. Eine genaue Grenze zwischen üblichen und unüblichen Behandlungsformen zu ziehen ist nicht einfach und erfordert eine gewissenhafte Prüfung jedes Individualfalls. Eine bestimmte Therapie könnte zum Beispiel für einen gewissen Patienten sehr wirksam aber ‚unüblich‘ im Sinne von außergewöhnlich kostenintensiv oder aufwendig in der Durchführung sein.⁴⁰⁵

Wäre in diesem Zusammenhang Dialyse als üblich oder unüblich zu werten? R. Goldberg zufolge wäre zu differenzieren: Wenn von einem niereninsuffizienten Patienten die Rede sei, für den diese Behandlung als Routine gilt, müsste die Dialyse bis zu seinen letzten Lebenstagen fortgesetzt werden. Bei einem Patienten mit fortgeschrittenem Malignom hingegen, dessen Nierenfunktion durch Metastasen in Mitleidenschaft gezogen worden ist, müsste keine Dialysebehandlung initiiert werden, da für ihn diese Behandlung nicht als üblich gelte.⁴⁰⁶

Die Erfüllung der Voraussetzungen aller drei Ansätze sei maßgebend für die Entscheidung, ob ein den Sterbensprozess behindernder Gegenstand entfernt werden darf. Aber auch wenn die Forderungen der ersten beiden Ansätze nicht erfüllt werden, folgt man Goldberg, könne der dritte im Zweifelsfall für sich allein zur Erlaubnis herangezogen werden, denn ihm hätten die bedeutendsten Torahgrößen zugestimmt.

3.6.2.2 Entfernung des Hindernisses – nur bei einem ‚Gosess‘?

Spielt als Voraussetzung für Genehmigung der Hindernisentfernung neben Geistesverfassung des Sterbenden und Maßnahmen, die zur Verlängerung seines Lebens herangezogen werden, auch die verbleibende Lebenszeit eine Rolle? Gilt, mit anderen Worten, die Erlaubnis der Hindernisentfernung nur für den ‚Gosess‘, d.h. für einen Sterbenden mit voraussichtlicher Lebensdauer von wenigen Tagen, oder sogar für den ‚Chayei Scha’a‘, der nach ärztlicher Einschätzung noch bis zu einem Jahr zu leben hat?⁴⁰⁷

Laut Nordmann, der sich in einem Artikel im Deutschen Ärzteblatt auf Jakobovits beruft, gilt diese Erlaubnis nur für den Gosess: *„Es finden sich jedoch auch einige Quellen in jüdischen Schriften, die zur Verteidigung zumindest der passiven Sterbehilfe herangezogen werden können. Die Ausführungen beziehen sich dabei immer nur auf einen „goses“, was im jüdischen Schrifttum einen Sterbenden umschreibt, der dem Tod sehr nahe ist.“*⁴⁰⁸

An anderer Stelle im selben Artikel schreibt Nordmann: *„Lord Jakobovits betont, dass diese Regel lediglich im Falle eines „goses“ Gültigkeit besitze. Somit ist auch die passive Sterbehilfe bei einem Patienten, der noch Wochen oder Monate zu leben hat, grundsätzlich verboten.“*⁴⁰⁹

Noch weiter geht R. Waldenberg, der die Ansicht vertritt, jeder Moment des Lebens sei in jedem Fall mit allen zu Verfügung stehenden Mitteln moderner Medizin zu verlängern und der dies anhand der erwähnten Halacha belegt, nach der man am Schabbat einen von einer Steinlawine verschütteten Menschen befreien muss, auch wenn dieser ‚erdrückt‘ aufgefunden worden ist – warum sonst würde die Torah erlauben den Schabbat zu entweihen.⁴¹⁰ Ein

⁴⁰⁵ Aus diesem Grund scheiterte die von der katholischen Kirche, im Jahre 1958 vorgenommene, gleichlautende Einteilung. s. Steinberg 1994, 430.

⁴⁰⁶ Goldberg ebenda, 296.

⁴⁰⁷ M. Halperin sagte mir, dass R. Feinstein's Auffassung (S. 34) in der Praxis als ausschlaggebend akzeptiert worden ist.

⁴⁰⁸ Nordmann 2001, 92-93.

⁴⁰⁹ ebenda, 93.

⁴¹⁰ Waldenberg 1985 Ramat Rachel, 38 (Paragraph 28, 4).

‚Erdrückter‘ sei nämlich auch ein Gosess und sogar schlimmer, denn von gewöhnlichen Gosessim überlebt immerhin eine kleine Minderheit⁴¹¹, aber von den ‚Erdrückten‘ überleben nicht einmal „die wenigsten der wenigsten“⁴¹² und trotzdem entweicht man für sie den Schabbat.

Wie aber vereinbart R. Waldenberg seine Auffassung mit der Dezision des R. Isserles (nach der man bei einem Gosess, der nicht sterben kann, das Hindernis entfernen darf)? Aus seiner Sicht ist der Gosess, von dem R. Isserles spricht, ein Sterbender in so weit fortgeschrittenem Stadium, dass er bereits keine eigene, innere Lebenskraft besitzt, sondern nur durch eine externe „Lebensquelle“, in jenem Fall Salz, oder das Geräusch des Holzfallens, am Sterben gehindert wird. Besäße der Sterbende jedoch auch nur einen Funken eigener Lebenskraft, sei es auf jeden Fall verboten seinen Tod zu beschleunigen.⁴¹³

In seiner Abhandlung „*Mord aus Mitleid im Lichte der Halacha*“ aus dem Jahre 1983 schrieb Steinberg: „klar ist, dass alle Diskussionen über Mittel zur Verzögerung des Austritts der Seele und Hindernisentfernung, oder mit anderen Worten – passive Euthanasie, **nicht im Bezug auf Patienten ohne Heilungsaussicht allein** besprochen worden sind, sondern nur wenn sie zusätzlich zur infausten Prognose den Kriterien eines Gosess entsprechen“⁴¹⁴ In einer Anmerkung schrieb Steinberg, dass diejenige Meinung, die einen Gosess als einen Sterbenden 3 Tage vor dem Tod bezeichnet, nur retrospektiv sein kann, da es sehr schwer sei, vor allem bei Patienten, die an Respiratoren angeschlossen sind, die verbleibende Lebenszeit einzuschätzen.⁴¹⁵ Er zitierte dort R. Sofer, der in einer seiner Responsen bemerkte, dass es von den Weisen nicht als notwendig angesehen wurde eine Zeitangabe für die Verweildauer des Austritts der Seele anzugeben, da es für sie einfach war diese festzustellen, nicht so für uns.⁴¹⁶

In der 2006 erschienenen Zweitaufgabe der *Encyclopedia of Jewish Medical Ethics* bemerkte Steinberg hingegen, dass R. Isserles bei der Genehmigung der Hindernisentfernung von einem solchen Gosess spricht, der „lange Zeit Gosess“ ist: „...zum Beispiel, jemand der lange Zeit ‚Gosess‘ ist und nicht scheiden kann, ...“⁴¹⁷. Es sei schwer zu behaupten, folgert Steinberg, dass R. Isserles nur einen solchen Gosess ansprach, der sofort, oder innerhalb von drei Tagen stirbt, dann nämlich wäre die Hinzufügung der Worte „lange Zeit“ nicht zu erklären. Aus dieser Tatsache müsse geschlossen werden, dass die Regelungen des R. Isserles nicht nur auf den klassischen Gosess, sondern auf jeden Kranken, der im Sterben liegt anwendbar seien.⁴¹⁸

Wenn Gosessim aber unterschiedlich lange leben, kann (meinem Verständnis nach) die verbleibende Lebensdauer kein zuverlässiger Faktor für das Fällen von Entscheidungen hinsichtlich der Berechtigung zur Hindernisentfernung bei einem Patienten sein. Ferner wurde bereits im Namen von R. Rabinovits angedeutet, dass heutzutage aufgrund der Möglichkeit einen Sterbenden lange Zeit am Leben zu erhalten, auch so jemand als Gosess betrachtet werden muss.⁴¹⁹ Da aber viele Behandlungseinschränkungen gerade an die halachische Bezeichnung Gosess gebunden sind, die sich daraus ergeben, dass man ihn nicht

⁴¹¹ vgl. 3.1.2.1, S. 30.

⁴¹² Waldenberg, ebenda.

⁴¹³ Waldenberg 1985 Bd. 14, 147 (Responsa 81, 2). Response bezüglich des Zeitpunkts, ab dem ein Beatmungsgerät abgeschaltet werden darf. R. Waldenberg verglich die Funktion eines einen leblosen Körper ohne selbstständige Atemtätigkeit mechanisch belüftenden Respirators mit der Funktion des Salzes und des Holzfallgeräusches. Erst dann dürfe er abgeschaltet werden, s. 3.7.8.

⁴¹⁴ übers. n. Steinberg 1983, 453.

⁴¹⁵ ebenda, Fußnote 128.

⁴¹⁶ ebenda.

⁴¹⁷ übers. n. Isserles Schulchan Aruch Jore Dea 339, 6.

⁴¹⁸ Steinberg 2006 Bd.5, 127, Fußnote 167.

⁴¹⁹ s. S. 31.

bewegen darf⁴²⁰, ist es imperativ feststellen zu können, ab welchem Zeitpunkt ein Sterbender die Phase ‚Gosess‘ erreicht hat.

Bleich, der auch der Meinung ist „*es kann nicht genug betont werden, dass sogar die früher-zitierten erlaubenden Autoritäten Unterlassungshandlungen nur dann billigen, wenn der Patient im Zustand der gesissah (= Gosess) ist*“⁴²¹, widmet sich der Definition dieses Zustands. Ihm zufolge kann als Gosess nur jemand bezeichnet werden, bei dem der Tod unmittelbar bevorsteht, der sich also im Prozess des Sterbens befindet. Laut R. Isserles sind die Anzeichen dafür, dass dieser Prozess im Gange ist, eine Förderung von Sekret im Rachen wegen der Enge im Thorax. Dieses Kriterium allein reiche jedoch nicht aus, sondern zusätzlich sei Evidenz erforderlich, dass der Prozess irreversibel ist. Habe der Patient in den Augen der Ärzte noch eine Überlebensaussicht, könne er sicher nicht als Gosess betrachtet werden, und es wäre weiterhin verpflichtend alles zur Erhaltung seines Lebens Notwendige zu unternehmen. Der Sterbensprozess kann ferner definitionsgemäß unter keinen Umständen länger als drei Tage andauern. Selbst wenn der Prozess durch künstliche Mittel, zum Beispiel Medikamente, verlängerbar wäre, gelte der Betreffende nicht mehr als Gosess. Die Festlegung der Halacha, ein Gosess überlebt nicht länger als drei Tage, müsse Bleich zufolge als axiomatisch aufgefasst werden, d.h. „*ein Patient der halbwegs als potentiell über einen Zeitraum von zweiundsiebzig Stunden überlebensfähig erachtet wird, kann nicht als Gosess betrachtet werden.*“⁴²² Dies könne anhand der Regelung bewiesen werden, dass jemand, dem mitgeteilt wurde sein Angehöriger sei vor drei Tagen im Gosess-Zustand angetroffen worden, unmittelbar mit der Einhaltung der Trauervorschriften zu beginnen hat.⁴²³

Ein weiterer Beweis sei, dass sich einige halachische Autoritäten sogar in ehelichen Fragen auf diese Definition verlassen. Selbe Autoritäten würden es einer Frau genehmigen wieder zu heiraten, falls Zeugen vorhanden sind, die nicht einmal den Tod des ehemaligen Ehemannes bezeugen können, sondern nur, dass sie ihn das letzte Mal als Gosess antrafen. Man sehe also, folgt man Bleich, dass in den Augen jener Autoritäten eine diesbezügliche Zeugenaussage einen rechtsfähigen Beweis für den Witwenstand darstellt.

Zusammengefasst sind Bleich zufolge die halachischen Kriterien für die Erhaltung der Bezeichnung Gosess Irreversibilität des Zustands und eine Lebenserwartung, die drei Tage unter keinen Umständen, selbst nicht durch Anwendung moderner Behandlungsmethoden, überschreiten kann. Erst wenn ein Patient diese Kriterien erfüllt, können nach Bleich Unterlassungshandlungen gebilligt werden.

Bleichs Erklärung lässt jedoch Steinbergs Frage nach der Wortwahl R. Isserles „*lange Zeit Gosess*“⁴²⁴ offen, abgesehen von der Schwierigkeit den Beginn der Gesissah beispielsweise bei einem seit Wochen am Respirator angeschlossenen, unheilbaren Patienten festzustellen. Zusammenfassend muss geschlossen werden, dass ein Patient als **Teilbedingung** für die Durchführung von Handlungen, die halachisch der Entfernung eines Hindernisses entsprechen, im Zustand eines Gosess sein muss. Da dieser Zustand jedoch nicht eindeutig definierbar ist, obliegt dessen Feststellung im Individualfall einer halachischen Fachkraft.⁴²⁵

⁴²⁰ s. S. 28.

⁴²¹ übers. n. Bleich 1981, 141.

⁴²² übers. n. ebenda.

⁴²³ s. S. 30.

⁴²⁴ s. oben.

⁴²⁵ praktische Vorgehensweisen werden unter 3.7 besprochen.

3.6.2.3 Welche Rolle spielt das Leid des Patienten?

Im ersten Symposium für Medizin, Ethik und Halacha im Jahre 1993 richtete Steinberg das Augenmerk auf folgende zwei Fragen:

Ist die Entfernung eines Hindernisses nur erlaubt, oder ist sie sogar Pflicht? Führt, mit anderen Worten, Rücksichtnahme auf das Leid des unheilbaren Patienten dazu, dass der Arzt seine Bemühungen dessen Leben zu verlängern einstellen *darf*, wenn er aber dennoch seine ärztliche Fertigkeit und die Möglichkeiten der Medizin nutzen will, um das Leben seines Patienten zu verlängern, dabei kein Verbot begeht, oder ist es beim Vorliegen einer unheilbaren Grunderkrankung, wenn die Lebenserhaltung des Patienten lediglich zur Vergrößerung seines Leidens beiträgt, sogar verboten es künstlich zu verlängern?

Die zweite Frage lautet: ist die Entfernung eines Hindernisses nur dann erlaubt wenn der Patient leidet, oder auch, wenn keine Schmerzen vorliegen? Diese Frage sei, so Steinberg, von großer Relevanz für Patienten mit so genanntem apallischen Syndrom (persistent vegetative state), die nach heutigem Wissensstand kein Leid empfinden.⁴²⁶ Angenommen, so ein Patient erleide einen Herzinfarkt, dürften ihm Wiederbelebensmaßnahmen erspart werden, um ihm das Sterben zu ermöglichen, oder müsste er, da er nicht leidet, reanimiert werden?

Die meisten Poskim machen die Erlaubnis zur Hindernisentfernung vom Vorhandensein von Qualen abhängig, allerdings in unterschiedlichem Maße:

R. Auerbach, R. Eljaschiv und andere Poskim erlauben unter der Voraussetzung, dass der terminale Patient starke körperliche oder auch seelische Qualen erleidet und darum bittet sein Leben nicht durch schmerzvolle Therapien zu verlängern, das Unterlassen lebensverlängernder Behandlungen – sehen aber kein Verbot darin, wenn eine solche Behandlung dennoch durchgeführt wurde.⁴²⁷

Poskim wie R. Feinstein und R. Wosner sind dagegen der Meinung, dass wenn der terminale Patient leidet, das Ablassen lebensverlängernder Behandlungen nicht nur erlaubt, sondern das Ergreifen solcher Maßnahmen sogar verboten ist.

R. Feinstein zufolge ist das vom Gosess empfundene Leid bei Verzögerung des Austritts seiner Seele die einzige Legitimation für die von R. Isserles erlaubte Entfernung eines Hindernisses.⁴²⁸ Wenn nicht wegen Leid, aus welchem Grund müsste man sich dann um die Entfernung eines den Austritt der Seele behindernden Gegenstands bemühen?! Vielmehr ist der Grund dafür die Qualen, die ein Gosess bei der Verzögerung des Todes erleidet und „*mit Sicherheit hatten unsere Weisen, der Ram“a (R. Isserles) und seine Vorgänger diesbezüglich eine Überlieferung*“.⁴²⁹ R. Feinstein urteilte, dass man im Fall von Leid das Hindernis nicht nur entfernen darf, sondern dazu verpflichtet ist.⁴³⁰

R. Eljaschiv, bei dessen Entscheidungen Wille des Sterbenden und Vorliegen von Qualen eine maßgebliche Rolle spielen, ist der Meinung, dass der Arzt verpflichtet ist alles Notwendige zur Lebensverlängerung eines Kranken zu unternehmen, auch wenn seine Grunderkrankung nicht therapierbar ist, solange der Zeitpunkt der Gesissah noch nicht eingetreten ist. Nur wenn der Kranke sehr leidet und darum bittet lebensverlängernde Behandlungen einzustellen, dürfe man ihn – ohne eigenes, aktives Handeln – sterben lassen.⁴³¹ Deshalb müsse ein Bewusstloser, sogar wenn bei ihm bereits der Hirntod diagnostiziert worden ist, solange nicht

⁴²⁶ Steinberg 1993, 284-285. Dies scheint aus neurologischer Sicht plausibel, da ja der für Schmerzwahrnehmung zuständige Kortex beim apallischen Syndrom definitionsgemäß ausgefallen ist. s. American Academy of Neurology 1989, 125.

⁴²⁷ Steinberg 1994, 401-402.

⁴²⁸ Feinstein 1985, 311 (Responsa 74, 1).

⁴²⁹ übers. n. ebenda.

⁴³⁰ Feinstein 1973, 290 (Responsa 174, 3).

⁴³¹ Avraham 2007, 487.

klar ist, ob er leidet, mit allen Mitteln einschließlich Reanimation, am Leben erhalten werden.⁴³² Er beweist dies anhand des Kommentars des R. Hakohen zum Schulchan Aruch, „Biur Halacha“, bezüglich eines von einer Steinlawine Verschütteten: *„fanden sie ihn lebend, sogar wenn sein Gehirn zerschlagen war und er nur noch für kurze Zeit leben kann, so berge man ihn für die verbliebene ‚Chayei Scha’a‘“*^{433, 434}

R. Feinstein jedoch ist der Ansicht, dass auch ein komatöser Patient Leid empfindet, weshalb die Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen auch bei ihm erlaubt ist.⁴³⁵

Obwohl Steinberg diese Fragen in den Raum stellte ohne sie zu beantworten, lässt sich folgendermaßen zusammenfassen: Zur ersten Frage existieren unterschiedliche Meinungen unter den Poskim, zur Beantwortung des ersten Teils der zweiten Frage konnte ich keine Quelle finden, die Hindernisentfernung bei schmerzfreien Sterbenden genehmigen. Bezüglich des Patienten mit apallischem Syndrom hängt die Reanimationspflicht wohl davon ab, ob die Belege der wissenschaftlichen Forschung zur Schmerzfremheit solcher Patienten in den Augen derjenigen Gelehrten, welche die Reanimationspflicht von der Abwesenheit von Leid abhängig machen, überzeugend genug sind.⁴³⁶

3.7 Praktizierung moderner Behandlungsmethoden an Sterbenden – praktische Beispiele

3.7.1 Nichtergreifen einer lebensverlängernden Maßnahme – Stopp einer laufenden lebenserhaltenden Therapie

Die halachischen Autoritäten diskutierten einige wichtige spezifische Behandlungsformen, die bei unheilbar Kranken üblicherweise angewendet werden und äußerten ihre Meinung hinsichtlich der Einstellung bereits laufender lebensverlängernder Maßnahmen, sowie dem Nichtergreifen solcher Maßnahmen bevor sie begonnen wurden. Die allen halachischen Diskussionen hierbei zugrundeliegende Problematik ist die Feststellung der Grenze zwischen erlaubter Passivität und Passivität, die eigentlich direkte Herbeiführung des Todes und mit Mord gleichzusetzen ist.⁴³⁷ Gilt beispielsweise die Vorenthaltung von Nahrung und Sauerstoff als erlaubte Passivität oder als Herbeiführung des Todes?! Dürfte man die Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit via Magensonde bzw. Infusion stoppen? Gilt die Trennung eines unheilbar kranken Patienten vom Respirator als passive ‚Beseitigung des Hindernisses‘ oder als aktiver Mord?

Die Halacha verwendet für die Differenzierung zwischen dem passiven Unterlassen und dem aktiven Ergreifen einer Handlung die Begriffe „schew we'al ta'asse“ (wörtl. „sitze da und tue es nicht“), bzw. „kum wa'asse“ (wörtl. „stehe auf und tue“).

Generell ist nur erlaubt eine lebensverlängernde Maßnahme nicht zu initiieren, verboten ist dagegen eine bereits begonnene Behandlung zu unterbrechen, sogar wenn sich diese gezielt auf die ursächliche Erkrankung richtet, denn die Unterbrechung einer Therapie gleicht einer aktiven Tat (=„kum wa'asse“), während die Unterlassung einer Behandlung einer passiven Enthaltung (=„schew we'al ta'asse“) entspricht.⁴³⁸ Im Allgemeinen bezieht sich dies auf

⁴³² ebenda.

⁴³³ Der Begriff ‚Chayei Scha’a‘ beinhaltet hier keine Angabe bezüglich der genauen Überlebensdauer, sondern stellt lediglich klar, dass er aufgrund seiner Verletzungen nur noch eine kurze Weile leben kann.

⁴³⁴ Hakohen 329, 4, beginnend mit „Ela lefi scha'a“.

⁴³⁵ Feinstein 1973, 290 (Responsa 174, 3); ebenda 1985, 311 (Responsa 74, 1).

⁴³⁶ Das Gesetz des Sterbenden Kranken 2005 enthält keine Regelungen bezüglich Patienten mit apallischem Syndrom, s.u.

⁴³⁷ Halperin 2003, 214.

⁴³⁸ Steinberg 2006 Bd.5, 155.

Patienten, die halachisch einem Chayei Scha'a, definiert nach R. Feinstein und R. Kluger als jemand, dessen Lebenserwartung 12 Monate nicht überschreitet, entsprechen.⁴³⁹

Die Unterlassung der Initiation einer Behandlung ist nur erlaubt, wenn weder eine Möglichkeit zur Heilung des Patienten, noch zur Schmerzlinderung in seinem gegenwärtigen Zustand besteht.⁴⁴⁰ Besteht eine noch so geringe Aussicht auf Heilung so muss mit allen gewöhnlichen Mitteln behandelt werden.⁴⁴¹

Steinberg beschrieb an anderer Stelle eine terminale Kondition, die zulassen würde nicht nur auf die Initiation lebensverlängernder Maßnahmen zu verzichten, sondern diese sogar zu unterbrechen:

„Sind alle behandelnden Ärzte zum Schluss gekommen, dass trotz intensiver Bemühungen keine Interventionen mehr den terminalen Zustand des Patienten rückgängig machen können – zum Beispiel irreversible Insuffizienz von drei lebensnotwendigen Organsystemen – und der Patient dem Tod sehr nahe ist und leidet, erlauben einige Rabbiner die Einstellung, Änderung und sogar Unterbrechung verschiedener, dem Patienten verabreichter Therapien, vorausgesetzt, deren Unterbrechung führt nicht zum sofortigen Tod des Patienten, obwohl er, als Resultat dieser Handlungen innerhalb weniger Stunden an seiner Krankheit sterben wird. Diese Handlungen sollten allmählich durchgeführt werden, sodass der Patient nicht unmittelbar stirbt. ... Gibt es Bedenken, dass die Handlung sofort zum Tod des Patienten führen könnte, darf sie nicht durchgeführt werden.“⁴⁴²

Die Unterbrechung einer lebenserhaltenden Maßnahme darf also nicht unmittelbar zum Tod des Patienten führen, sonst würde es sich um aktive Sterbehilfe, sprich Mord, handeln. In die Kategorie lebenserhaltender Maßnahmen, deren Unterbrechung unmittelbar zum Tod führen würde, gehören kontinuierliche Behandlungsformen, welche essentielle Körperfunktionen wie die Atmung ununterbrochen aufrechterhalten. Bestes Beispiel dafür ist der Respirator.⁴⁴³

Die vorsichtige Formulierung Steinbergs bezüglich Unterbrechung einer lebensverlängernden/-erhaltenden Behandlung, lässt sich vielleicht dadurch erklären, dass die ursprüngliche Erlaubnis des R. Isserles (Rama) ein Sterbenshindernis zu entfernen heutzutage nur noch theoretischen Wert besitzt. Es wurde bereits ausführlich darauf eingegangen, dass eine *conditio sine qua non* für die Entfernung eines Sterbenshindernisses das Befinden des Patienten im Zustand eines *Gosess* ist. Da es heutzutage, wie erwähnt, sehr schwer (beinahe unmöglich?) ist diesen halachischen Zustand bei einem Sterbenden zu diagnostizieren, findet die Hindernisentfernung in ihrer ursprünglichen Form, wie sie durch R. Isserles geschildert worden ist, d.h. der aktiven Entfernung eines Sterbenshindernisses, wie Salz von der Zunge des Sterbenden, heutzutage keine praktische Anwendung. Anders steht es mit dem zweiten vom Rama geschilderten Beispiel, der Beseitigung des Lärms des Holzfällens. Obwohl auch dieses Beispiel in der Halacha bezüglich Hindernisentfernung erwähnt wird, handelt es sich hierbei nicht wie beim Salz um eine aktive Entfernungstat, sondern eher um passives Unterlassen der Lebensverlängerung.⁴⁴⁴ Daher erlauben einige Poskim diesem Beispiel analoge (Be-)Handlungen einzustellen.⁴⁴⁵

Zur Veranschaulichung dient ein Fall, in dem R. Auerbach zur Frage der Beendigung einer laufenden lebenserhaltenden Therapie urteilte, nämlich die von Steinberg geschilderten Umstände des Todes seines Vaters. Dieser sei im Endstadium seiner Erkrankung gewesen,

⁴³⁹ nach persönlichem Gespräch mit M. Halperin.

⁴⁴⁰ Feinstein 1985, 304 (Responsa 73, 1).

⁴⁴¹ ebenda, 309 (Responsa 73, 5).

⁴⁴² übers. n. Steinberg 2003, 1058. Hervorhebungen von mir (M.F.).

⁴⁴³ s. 3.7.8.

⁴⁴⁴ Vielleicht ist das ein Grund warum letzteres von Kommentatoren des Schulchan Aruch weniger umstritten war als die Entfernung des Salzes, s. S. 64-66.

⁴⁴⁵ den Unterschied zwischen den praktischen Auswirkungen beider Beispiele des Rama, Salz und Holzfällgeräusch, erklärte mir M. Halperin im Gespräch.

bewusstlos, beatmet, aufgrund einer respiratorischen Insuffizienz, dialysepflichtig, wegen einer akuten Niereninsuffizienz und im Stadium einer Verbrauchskoagulopathie⁴⁴⁶. Eine Adrenalininfusion sorgte für Aufrechterhaltung seines Blutdrucks. R. Auerbach urteilte, die laufende Infusion dürfe nicht unterbrochen werden, habe sich der Infusionsbeutel jedoch einmal entleert, sei dieser nicht gegen einen neuen auszutauschen.⁴⁴⁷

3.7.2 Richtlinien und ein halachisches Urteil

Laut R. Auerbach müsse man Behandlungen, welche natürliche Bedürfnisse des Kranken erfüllen, oder als Routinebehandlungen akzeptiert sind, von solchen unterscheiden, die außerhalb der üblichen Routine liegen. Daher dürfe zum Beispiel bei einem Patienten, der an einer malignen Erkrankung leidet, die bereits metastasiert hat, und er dem Sterben nahe ist, obwohl er unter starken Schmerzen leidet, Sauerstoff- und jegliche Form von Nahrungszufuhr, auch als Infusion, die er zum Leben benötigt, weder unterbrochen noch vorenthalten werden. Falls er an Diabetes mellitus leidet, dürfe das Insulin nicht unterbrochen werden, um seinen Tod zu beschleunigen. Ebenfalls müssten ihm effektive Behandlungen von Komplikationen, die jeder andere auch erhalten würde, wie Bluttransfusionen bei akuten Blutungen oder Antibiotika bei Pneumonien, zugestanden werden. Die besagten Behandlungen dürften auch dann nicht vorenthalten werden, wenn die Unterlassung nicht in der Absicht geschehe den Tod des Patienten zu beschleunigen.⁴⁴⁸ Andererseits gäbe es keine Pflicht die Grunderkrankung oder ihre schweren Folgekomplikationen zu behandeln, wenn

- klar ist, dass der Patient sicher daran versterben wird,
- nur eine geringe Lebensverlängerung, ohne Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht,
- die Behandlung seine Qualen und Schmerzen nur vergrößern wird,
- der Patient nicht behandelt werden will.⁴⁴⁹

Avraham⁴⁵⁰ formulierte, angelehnt an die Ansicht des R. Auerbach, generelle Richtlinien zur Frage der Durchführung von Reanimation bei Sterbenden. Einen Patienten durch „Kum wa'asse“, also aktiv, zu töten, sei in jeder Lebensphase, unabhängig vom Beweggrund, nie erlaubt, aber bezüglich des Unterlassens der Behandlung, müsse generell alles getan werden, um Leben zu verlängern, jedoch gäbe es keine Pflicht und eher noch ein Verbot, den Tod hinauszuzögern.

1. Jedem Patienten müssen Nahrung, Flüssigkeit, Sauerstoff, sowie jede andere Behandlung, wie Insulin oder Blut, welche für jeden Menschen natürlich und lebensnotwendig ist, gegeben werden, auch wenn man ihm Genanntes auf unnatürliche Weise⁴⁵¹ verabreichen muss. Gleiches gilt für Routinebehandlungen, wie Antibiotika. (Ist andererseits der Kranke ein Gosses und kann angenommen werden, dass er verstirbt, bevor er verhungert oder verdurstet etc. und er selbst weigert sich hartnäckig Besagtes einzunehmen, besteht keine Pflicht damit zu beginnen. Hat man jedoch bereits begonnen, darf man nicht damit aufhören, falls dies seinen Tod beschleunigen könnte.)

⁴⁴⁶ = schwere Form einer Blutgerinnungsstörung, die sowohl zu Thrombosenbildung, als auch zu Blutungen führt.

⁴⁴⁷ Steinberg 2006 Bd.5, 144, Fußnote 242.

⁴⁴⁸ Leiserson 2006, 3.

⁴⁴⁹ Steinberg 2006 Bd.5, 144-145.

⁴⁵⁰ Avraham 1993 Bd.4, 157.

⁴⁵¹ z.B. via intravenösem Zugang, oder Magensonde (PEG).

2. Ein Schwerkranker, der das terminale Stadium seiner Krankheit noch nicht erreicht hat (der also voraussichtlich nicht in Kürze sterben wird), muss wie jeder andere Kranke behandelt werden, einschließlich ggf. vollständiger Reanimation, selbst nur für die Dauer eines Chajei Scha'a. Deshalb muss ein seniler Greis, ein Patient mit fortgeschrittener Alzheimer-Erkrankung und ein Dementer, genau wie ein junger, kräftiger Patient behandelt werden.
3. Ein Schwerstkranker im terminalen Stadium seiner Krankheit (dessen Tod in Kürze erwartet wird) muss auch wie unter 1. behandelt werden, einschließlich ggf. Antibiotika, etc. Treten jedoch Komplikationen, die eine schwierige Behandlung notwendig machen, auf, oder wird er reanimationspflichtig und all dies würde ihm zusätzliches Leid für ein nur kurzes, verbleibendes Leben bereiten, darf davon abgesehen werden.
4. Eine laufende Therapie darf nicht unterbrochen werden, damit der Patient schneller stirbt. Wenn diese jedoch seinen Sterbensprozess künstlich verlängert, soll eine halachische Autorität bezüglich des weiteren Vorgehens konsultiert werden.
5. Die Entscheidung Wiederbelebensmaßnahmen bei Herz-, oder Atemstillstand zu unterlassen⁴⁵² kann nur nach Erfüllung der folgenden vier Voraussetzungen getroffen werden:
 - a) der Patient befindet sich im terminalen Stadium seiner unheilbaren Grundkrankheit,
 - b) der Patient leidet trotz adäquater Behandlung stark unter physischen und/oder psychischen Qualen,
 - c) jede weitere Behandlung würde nur zu einer kurzfristigen Lebensverlängerung und zu einer Vergrößerung seines Leids führen,
 - d) es existiert ein Urteil von einer anerkannten halachischen Autorität.⁴⁵³
6. Leid von Angehörigen ist nicht Teil der Voraussetzungen zur Fällung dieser Entscheidung.
7. Es müssen alle Möglichkeiten einer adäquaten Schmerzbehandlung ausgeschöpft worden sein.

Anfang 1995 wurde ein halachisches Urteil („Psak Halacha“) zur praktischen Einstellung gegenüber terminalen Patienten veröffentlicht, welches von vieren der wichtigsten halachischen Autoritäten, R. Auerbach, R. Eljaschiv, R. Wosner und R. Karlitz, gemeinsam unterzeichnet worden ist:

„Vom Torahgesetz her muss der Kranke mit allen notwendigen routinemäßigen medikamentösen und medizinischen Maßnahmen behandelt werden, sogar wenn er nach Meinung der Ärzte ein dem Sterben nahender terminaler Patient ist. Verboten ist das Ende des terminalen Patienten zu nähern, um seine Qualen zu erleichtern, durch Unterlassen der Verabreichung von Nahrung oder medizinischen Behandlungen, um so mehr sein Ende durch aktive Handlung zu nähern. (außer wenn klar ist, dass dies seine letzten Stunden sind, dann nämlich ist es auch verboten ihn zu bewegen, da er ‚Gosess‘ ist). Es folgt eine von Fachärzten zusammengestellte Liste medizinischer Behandlungen.

...

Dies sind die medizinischen Behandlungen, wie sie von Fachärzten formuliert worden sind:

⁴⁵² sog. „DNR- (Do-Not-Resuscitate-) orders“.

⁴⁵³ Alle genannten Voraussetzungen sind in Akutsituationen, wie beim Rettungsdienst oder in der Notaufnahme irrelevant, da die Zeit nicht gegeben ist; daher wird in der Praxis in solchen Fällen immer reanimiert.

Bei stationären Patienten sollte das behandelnde Ärzteteam bei in Frage kommenden Patienten möglichst früh überprüfen, ob alle Voraussetzungen gegeben sind, oder nicht.

*Es gilt den terminalen Patienten zu ernähren und falls notwendig auch durch Magensonde oder Gastrostomie, ferner sind Flüssigkeit mittels intravenösem Zugang, Insulininjektion, Morphin in kontrollierter Dosierung, Antibiotika und Blutkonserven zu verabreichen.*⁴⁵⁴

Bei Betrachtung der folgenden Beispiele wird deutlich, dass die oben aufgezählten Richtlinien keineswegs linear auf praktische Maßnahmen übertragen werden können.

3.7.3 Nahrung

Die Poskim sind einstimmig der Meinung, dass es verboten ist die Gabe fester und flüssiger Nahrung bei einem terminal Kranken zu unterbrechen, denn Nahrung ist, wie R. Feinstein schrieb, ein natürliches Bedürfnis zum Leben.⁴⁵⁵ Derjenige, der es einem Menschen vorenthält, gilt als Mörder, wie Maimonides in seinem Gesetzeskodex schreibt: *„Wenn dagegen einer den Andern dem Hunger aussetzt, daß der stirbt ... tötet man ihn nicht, obwohl er als Mörder anzusehen ist, sondern (Gott), der das Blut fordert, wird es auch von ihm fordern.*⁴⁵⁶

Die Nahrungsmittel dürfen dem Patienten nicht schaden. R. Auerbach zufolge muss auch ein Gosses, der leidet, gegen seinen Willen ernährt werden.⁴⁵⁷ Gemäss R. Feinstein hingegen, solle man einen denkfähigen Erwachsenen, der die Nahrungsaufnahme bewusst und aktiv verweigert nicht zwingen.⁴⁵⁸ Jemand, der sich zwar weigert, jedoch bei nachdrücklicher Mahnung die Nahrungsaufnahme schweigend akzeptiert, müsse genährt werden, aber nicht wenn man ihn dazu mit Gewalt festhalten muss. Würde man nämlich den denkfähigen Erwachsenen, der nicht essen will und erst recht, wenn er glaubt, das Essen bekomme ihm nicht, zwingen, käme er, wenn man nicht auf ihn hören würde, in Gefahr. Man lerne nämlich aus dem Talmud, dass man einem Sterbenskranken schaden kann, wenn man – auch in nichtmedizinischen Angelegenheiten – nicht auf seinen Willen hört, denn genau aus diesem Grund legten die Gelehrten fest, dass die Schenkung eines Sterbenskranken, auch wenn sie nur mündlich erfolgt ist, den Empfänger sofort zur Aneignung des Geschenks berechtigt, *„auch wenn keine Übergabe oder irgend ein Akt der Zueignung erfolgt ist.*⁴⁵⁹ Erst recht sei, folgert R. Feinstein, in medizinischen Angelegenheiten Vorsicht geboten. Das Einzige, was unternommen werden kann, ist ihn zu beeinflussen die Weisung des Arztes zu befolgen.⁴⁶⁰ All dies bezieht R. Feinstein nicht nur auf gewöhnliche, orale Nahrungsaufnahme, sondern auch per Magensonde oder intravenös.

Bei einem Patienten, dessen Leben nach Ansicht der Ärzte nicht mehr gerettet werden kann und der leidet, erlaubten, Steinberg zufolge, R. Auerbach und R. Wosner die parenterale Ernährung zu unterbrechen und ihn stattdessen per Magensonde zu ernähren, oder die Ernährung sogar auf intravenöse Glukoselösung zu beschränken.⁴⁶¹

⁴⁵⁴ übers. n. Halperin 1997, 45.

⁴⁵⁵ Feinstein 1985, 313 (Responsa 74, 3).

⁴⁵⁶ Wolff 1890, 125.

⁴⁵⁷ Auerbach, Responsa Minchat Schlomo 91, 24.

⁴⁵⁸ Feinstein, ebenda.

⁴⁵⁹ Goldschmidt 1933 Bd.7, 393 (Baba Batra 147b).

⁴⁶⁰ Feinstein, ebenda.

⁴⁶¹ Steinberg 2006, 147. Steinberg schreibt dies von beiden Gelehrten gehört zu haben.

3.7.4 Sauerstoff

R. Feinstein verpflichtet zur Sauerstoffgabe bei einem Patienten in Lebensgefahr, der nicht atmen kann, auch wenn dieser nicht geheilt werden kann, mit der Begründung der Sauerstoff erleichtere sein Leid, „*denn die Qual nicht atmen zu können ist gross und der Sauerstoff beseitigt sie.*“⁴⁶²

R. Auerbach zufolge, muss einem leidenden Gosess Nahrung und Sauerstoff auch gegen seinen Willen gegeben werden.⁴⁶³

3.7.5 Medikamente

Die Poskim unterscheiden zwischen Medikamenten zur Behandlung der Grunderkrankung und solchen zur Behandlung sekundärer Krankheiten.

Bezüglich der Behandlung des Grundleidens eines terminalen Patienten, die sein Leben ein wenig verlängern, ihn jedoch nicht heilen kann, ist R. Waldenberg, der Ansicht, dass man alle medizinischen Möglichkeiten auszuschöpfen hat, um das Leben eines ‚Gosess‘, sei es nur wenig, zu verlängern.⁴⁶⁴

R. Auerbach⁴⁶⁵ und R. Feinstein⁴⁶⁶ erlauben dagegen in der genannten Situation, wenn die Therapie den Rahmen der üblichen Routine überschreitet⁴⁶⁷ und dem Patienten zusätzliche Qualen zufügt, vor allem wenn dieser sich wegen seiner Schmerzen weigert, ihm diese zu ersparen.⁴⁶⁸

Die beiden letztgenannten Dezisoren verpflichten jedoch zur Behandlung sekundärer Erkrankungen und therapierbarer Komplikationen der Grundkrankheit im terminalen Zustand, zum Beispiel mit Insulin für Diabetiker, Antibiotika bei Harnwegsinfekten und Pneumonien und Heparin zur Thromboseprophylaxe, wenn diese Behandlungen effektiv sind und auch sonst routinemäßig angewandt werden.⁴⁶⁹

3.7.6 Reanimation

Ein chronisch Kranker mit infauster Prognose, bei dem ein Atem-, oder Herzstillstand eingetreten ist, muss, laut R. Feinstein nicht wiederbelebt werden, gesetzt diese (Be-)Handlungen fügen ihm zusätzliche Qualen zu.⁴⁷⁰

3.7.7 Anschluss an einen Respirator

Bei chronisch-progressiven Erkrankungen mit bekanntem Verlauf, wie Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), besteht, im Gegensatz zu Akutsituationen, wie Unfällen, die Möglichkeit vorherzusagen, dass früher oder später im Verlauf der Krankheit, der Anschluss

⁴⁶² Feinstein 1985, 304 (Responsa 73, 1).

⁴⁶³ Auerbach, ebenda.

⁴⁶⁴ Waldenberg 1985 Ramat Rachel, 38 (Paragraph 28, 4).

⁴⁶⁵ Leiserson 2006, 3.

⁴⁶⁶ Feinstein ebenda, 311 (Responsa 74, 1).

⁴⁶⁷ s. 3.6.2.1, S. 66-67.

⁴⁶⁸ s. 3.2.3, S.52.

⁴⁶⁹ Leiserson, ebenda.

⁴⁷⁰ Avraham 2007, 483.

des Patienten an ein Beatmungsgerät erforderlich wird.⁴⁷¹ Diese Tatsache gibt Betroffenen die Möglichkeit zu entscheiden, ob, sobald die Stunde eintrifft, sie den Anschluss wünschen, oder ablehnen.

Drei der größten Torahgelehrten und Poskim, R. Auerbach, R. Lau⁴⁷² und R. Eljaschiv urteilten bezüglich ALS, dass es unter den gegebenen Umständen erlaubt ist, sich vom Anschluss an den Respirator bei einem Patienten, der dies ablehnt fernzuhalten.

Als Begründung für seine Entscheidung hob R. Auerbach vor allem die Qualen des unheilbaren Patienten während, bzw. verursacht durch die künstliche Beatmung, sowie dessen ausdrückliche Weigerung, hervor.⁴⁷³

Laut R. Eljaschiv hinge die Entscheidung ob das kurzfristige Leben (Chajei Scha'a) eines unheilbaren Patienten durch künstliche Beatmung verlängert werden muss oder nicht, davon ab, ob dies mit Qualen verbunden sei und da dies bei ALS der Fall sei, dürfe auf die Behandlung verzichtet werden.⁴⁷⁴

3.7.8 Trennung von einem Respirator

Der Anschluss an einen Respirator ist Beispiel für eine lebensrettende und -erhaltende Maßnahme, die, laut den oben genannten Dezisoren, unter bestimmten Umständen nicht ergriffen werden muss. Die gegenwärtigen Poskim waren jedoch geteilter Meinung bezüglich des Falls, in dem ein Patient einmal an den Respirator angeschlossen wurde, ob er von diesem getrennt werden darf, wenn die Ärzte die Prognose als infaust einschätzen. Eine Schwierigkeit ergab sich für die Poskim hinsichtlich der zutreffenden Definition des Beatmungsgeräts: handelt es sich um einen den Austritt der Seele behindernden Gegenstand, etwa wie das Salz auf der Zunge des Sterbenden oder das Geräusch des Holzfällens, dürfte es, gemäß des Prinzips der „Entfernung eines Hindernisses“, abgeschaltet werden. Ähnelt der Respirator jedoch einem physiologischen Gegenstand – schließlich versorgt er den Körper physiologischerweise mit Sauerstoff durch Aktivierung der Lungen, wenn auch auf technischem Weg – so entspricht er nicht mehr den Kriterien eines (entfernbar) Hindernisses.⁴⁷⁵

R. Halevi teilte die Ansicht, dass die Trennung eines Patienten vom Beatmungsgerät nicht nur erlaubt, sondern auch eine Pflicht des Arztes sei, um Qualen zu verringern. Seiner Argumentation zufolge sei das Salz auf der Zunge des Sterbenden vollkommen mit einem Beatmungsgerät vergleichbar, indem beide als Hindernis, welches entfernt werden dürfe, betrachtet werden könnten.⁴⁷⁶

R. Katz widerlegte in seiner Stellungnahme zu R. Halevis Artikel einige Punkte in dessen Argumentation. Auf dessen Bemerkung, kein Posek hätte der Erlaubnis zur Entfernung des Salzes widersprochen, antwortete R. Katz er könne dies nicht nachvollziehen, da einige Dezisoren, unter ihnen der Ta"Z, sich ausdrücklich gegen die Entfernung des Salzes von der Zunge eines Gosess ausgesprochen hätten.⁴⁷⁷ Ein weiterer Punkt in R. Katz' Stellungnahme bezog sich auf die Begründung R. Halevis für die von ihm postulierte Vergleichbarkeit zwischen Salz auf der Zunge des Sterbenden und einem Respirator: beide seien nämlich zur Hinauszögerung des Todes in der Hoffnung angewandt worden, vielleicht doch noch ein Heilmittel für den Patienten zu finden und nun, da dieses nicht gefunden wurde, befänden sich

⁴⁷¹ s. 4.2.

⁴⁷² s. R. Laus Urteil auf S. 25.

⁴⁷³ Avraham ebenda, 486.

⁴⁷⁴ ebenda, 488.

⁴⁷⁵ s. 3.6.1, S. 65-66.

⁴⁷⁶ Halevi 1981, 304-305.

⁴⁷⁷ R. Katz 1982, 536.

beide unrechtmäßigerweise an ihrem Platz. Hierauf entgegnete R. Katz, dass im Gegensatz zum Salz, das laut dem Beit Lechem Jehuda entfernt werden darf, weil es initial verbotenerweise angewandt wurde, die Anwendung des Respirators initial sehr wohl geboten war, nur habe sich im Laufe der Zeit die Situation geändert und nun, da keine Aussicht auf Heilung mehr bestehe, bereite er dem Patienten nichts als Leid ohne Nutzen.⁴⁷⁸ Laut R. Katz sei also das Salz nicht mit einem Beatmungsgerät vergleichbar, man müsse vielmehr zwischen Trennung und Anschluss unterscheiden, denn Anschluss, falls noch nicht geschehen, sei keine Pflicht und sogar verboten. Wird ein Patient jedoch bereits künstlich beatmet, würde dessen Trennung der von der Halacha verbotenen Entfernung des Kopfkissens unter dem Haupt des Sterbenden gleichkommen.⁴⁷⁹

Die meisten Poskim verbieten, wie R. Katz, die Trennung eines Patienten vom Respirator.⁴⁸⁰ Das entscheidende halachische Problem bei der Trennung eines noch lebenden Patienten vom Respirator ist, dass dabei eine kontinuierliche, lebenserhaltende Maßnahme unterbrochen wird, was mit Mord gleichzusetzen ist. Deshalb zielen Lösungsvorschläge einiger verbietender Poskim für dieses Problem auf Möglichkeiten zur „Umwandlung“ einer kontinuierlichen in eine diskontinuierliche oder Einzelbehandlung ab, sei es noch vor dem geplanten Anschluss des Patienten – dann ist eine Umwandlung nicht nötig – oder nachdem der Patient bereits angeschlossen worden ist. Eine Einzelbehandlung muss nämlich nicht *unterbrochen* werden, sie kann *unterlassen* werden, sobald der Tod des Patienten feststeht, der Tod des Patienten ist folglich kein unmittelbares Resultat einer externen Handlung.⁴⁸¹

R. Waldenberg ging in einer Response ausführlich auf die Charakterisierung des Beatmungsgeräts ein und schlussfolgerte: *„wenn dem so ist ..., dass die Entfernung des Geräts zur künstlichen Beatmung nur der Entfernung eines den Austritts der Seele verzögernden Gegenstandes entspricht, und nicht die Beschleunigung des Todes verursacht, vorausgesetzt sie geschieht nach der genauen Überprüfung, dass keine selbstständigen Herzschläge mehr nachweisbar sind, und es auch keinerlei Kontrolle der Lungenbelüftung durch die Hirnzentren gibt, so, dass die Entfernung nur der Entfernung eines Hindernisses des Seelenaustritts entspricht, und keine Veranlassung einer Todesnäherung vorhanden ist, muss es erlaubt sein das Beatmungsgerät auch eigenhändig zu entfernen und seine Wirkung zu unterbrechen, auch wenn es Kontakt zum Körper hat.“*⁴⁸² Er schlug als praktisches Vorgehen vor, in akut lebensgefährlichen Situationen mit unbekanntem Ausgang den Patienten, sofern notwendig, an ein Beatmungsgerät anzuschließen, welches mit einer Zeitschaltuhr versehen wurde, die in regelmäßigen Abständen, etwa alle 24 Stunden, das Beatmungsgerät für kurze Zeit abschaltet. Stellt sich in einer dieser kurzen Beatmungspausen nach eingehenden Untersuchungen heraus, dass der Patient verstorben ist, trenne man ihn vom Gerät.⁴⁸³

Wurde der Patient vom Respirator zu Behandlungszwecken, z.B. zum Absaugen von Sekreten aus den Atemwegen, oder zur Wartung des Geräts getrennt, gibt es, laut R. Feinstein, keine Pflicht ihn erneut anzuschließen, wenn sich herausgestellt hat, dass er nicht mehr atmet.⁴⁸⁴

Ansonsten ist laut R. Feinstein die Trennung eines Patienten vom Respirator nur erlaubt, nachdem dessen Tod zweifellos eingetreten ist.

⁴⁷⁸ ebenda.

⁴⁷⁹ ebenda.

⁴⁸⁰ s.u. Steinberg 2006 Bd.5, 148.

⁴⁸¹ s. 3.6.1, S. 66; 3.7.1. Vgl. Ravitsky 2005, 415-416.

⁴⁸² Zit. übers. n. Waldenberg 1985 Bd. 13, 174-175 (Responsa 98, 2). Aus den Worten des R. Waldenberg geht hervor, dass er zur Genehmigung der Hindernisentfernung nicht nur das Befinden des Patienten im Zustand eines gewöhnlichen Gosses, sondern einen weiter fortgeschrittenen Endzustand der Gesissah (=Scheidensprozess) voraussetzt, s. Steinberg 1983, 454.

⁴⁸³ Waldenberg ebenda, 180. Vgl. Sternbuch 1980, 92-93.

⁴⁸⁴ Feinstein Bd.6, 398 (Responsa 132).

Der aus genannten Gründen vom Respirator getrennte Patient muss, R. Goldberg zufolge, nicht erneut angeschlossen werden, wenn sein Zustand das Unterlassen der Fortsetzung einer lebensverlängernden Behandlung aus halachischer Sicht rechtfertigt.⁴⁸⁵

3.7.9 Schmerz- und Rauschmittel

Sterbende Patienten, vor allem mit malignen Erkrankungen leiden oft an unerträglich starken Schmerzen, zu deren Bekämpfung eine stetig steigende Dosis hochpotenter Analgetika notwendig ist. Mit der Dosis steigt auch das Risiko einer gefürchteten Nebenwirkung der Opioidanalgetika⁴⁸⁶, der Depression des Atemzentrums, die in seltenen Fällen, für eine Verkürzung des Lebens durch Atemstillstand bei diesen Patienten verantwortlich ist. Einem Patienten, der starke Schmerzen erleidet, dürfen Opiate verabreicht werden, auch wenn ein geringes Risiko besteht, dass diese sein Leben verkürzen. R. Auerbach nennt drei Begründungen dafür. Erstens steht im Talmud⁴⁸⁷, dass Qualen für den Menschen schwer und unerträglich sind, weshalb es einleuchtend erscheint den Patienten zu bemitleiden und sein Leid zu erleichtern. Zweitens schwächen und schaden starke Schmerzen möglicherweise dem Patienten mehr als Medikamente. Drittens sei die Verpflichtung zur Schmerzbehandlung aus dem Gebot der Nächstenliebe zu lernen. Im Talmud, Traktat Sanhedrin⁴⁸⁸, wird gefragt, ob ein Sohn an seinem Vater den Aderlass durchführen darf. Der Konflikt besteht darin, dass er dabei unausweichlich seinem Vater eine Verletzung zufügt, ein Vergehen, auf das dem Sohn Todesstrafe zusteht⁴⁸⁹, andererseits ist der Aderlass eine medizinische Prozedur, die dem Vater hilft. R. Matna erlaubt und bringt als Beweis den Vers „*du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst*“⁴⁹⁰. Der Talmudkommentator Raschi erklärt, wie das Gebot der Nächstenliebe in diesem Zusammenhang zu verstehen ist: „*die Menschen sind nur gewarnt worden ihren Nächsten nicht anzutun, was sie sich selbst nicht gerne antun würden.*“⁴⁹¹ Da folglich auch der Sohn, wäre er in der Situation des Vaters, es vorziehen würde geheilt zu werden und dafür eine geringe Verletzung in Kauf nehmen würde, könne man ihm erlauben seinem Vater auf diese Weise zu helfen. In unserem Fall, schließt R. Auerbach, verlangt doch jeder Kranke nach Linderung seiner Schmerzen und nimmt den eventuellen Schaden in Kauf, daher solle man ihm besagte Medikation geben.⁴⁹²

R. Auerbach erlaubt die Gabe von Opiaten einem Gosess, falls diese essentiell zur Schmerzbehandlung, weniger potente Analgetika also nicht wirksam genug sind, auch wenn ein Risiko besteht, dass dies seinen Tod beschleunigt, unter der Bedingung, dass das Behandlungsziel einzig und allein die Linderung seiner Schmerzen ist, und all dies nur wenn nicht jede Einzeldosis für sich unweigerlich das Leben des Kranken verkürzt, sondern nur, wenn dies durch Summation vieler Dosen geschieht.⁴⁹³ Einem Kranken, bei dem bereits eine einzelne Morphingabe zu komplettem Atemstillstand führen kann, darf das Opioid selbst bei starken Schmerzen nicht gegeben werden, es sei denn, er wird künstlich beatmet.⁴⁹⁴ R. Feinstein erlaubt bei einem unheilbar kranken Patienten, der therapierefraktäre Schmerzen

485 Goldberg 2003, 99-100.

486 Dahan 2007, 63.

487 Ktubot 33b.

488 Sanhedrin 84b.

489 Schmot 21:15.

490 Vajikra 19:18.

491 Raschi Sanhedrin, ebenda.

492 Leiserson 2006, 4.

493 ebenda, 6-7.

494 Avraham 2007, 484.

erleidet, die Gabe wirksamerer Analgetika, vorausgesetzt diese verkürzen „*keinen Augenblick seines Lebens*“ und nur solange er noch kein Gosses ist.⁴⁹⁵

R. Eljaschiv erlaubt einem sterbenden Patienten die Einnahme der Halluzinogene Kokain und LSD um Halluzinationen zu erleben und dadurch sein Leid zu erleichtern. Seine Annahme ist, dass wenn man dem Wunsch des Patienten genau nachkommt, dies sein Leid verringert und dadurch sein Leben um ein gewisses Maß verlängert wird.⁴⁹⁶

⁴⁹⁵ Feinstein 1985, 304 (Responsa 73, 1).

⁴⁹⁶ Leiserson ebenda, 4 (Fußnote 3).

4. Sterbehilfe in der israelischen Jurisdiktion

Die Gerichtshöfe in Israel urteilten in einigen Fällen, welche Petitionen enthielten von der Durchführung lebensverlängernder Behandlungen abzusehen oder derartige Behandlungen bei sterbenden Patienten gar zu unterbrechen. Dabei sind einige Unterschiede und Entwicklungen erkennbar.

Bezüglich der prinzipiellen Frage, ob es gerechtfertigt ist die Entscheidung in solchen Fällen, welche eine Auseinandersetzung mit Grundsatzfragen, die den juristischen Rahmen überschreiten, in die Hände der gerichtlichen Instanz zu legen, differieren, laut Steinberg, die Meinungen einzelner Richter.⁴⁹⁷ In der Stellungnahme zum Fall ‚Shefer‘ zum Beispiel, bemerkte einer der Richter des obersten Gerichtshofes, Chanoch Ariel, er halte es für ratsam, ein Komitee mit geeigneter Zusammensetzung zum Zweck der Gesetzesformulierung zu beauftragen. Ein solches Komitee könne klare Richtlinien für das Vorgehen in solchen Situationen vorschlagen, was den Effekt hätte, dass die Nachfrage nach gerichtlicher Intervention abnehmen würde. Solange allerdings solche Kriterien nicht existieren, dürfe sich das Gericht dennoch nicht davor zurückhalten in diesem delikaten Thema zu urteilen, sogar wenn das *„die Seele des Richters belästigt und quält“*.⁴⁹⁸ Im Urteilsspruch zum Fall ‚Ejal‘ ließ der Richter des Bezirksgerichts Tel-Aviv, Uri Goren, verlauten: *„Der mir vorliegende Fall erscheint mir geeignet, um das unberührte Ackerland zu pflügen, mit dem Versuch eine Anzahl vorläufiger Kriterien aufzustellen, die sich mit den Jahren wahrscheinlich weiterentwickeln werden.“*⁴⁹⁹ Daraus geht allerdings nicht hervor, ob Goren diese Kriterien als Präzedenzfall für zukünftige Gerichtsfälle oder in Form eines Gesetzes verkörpert wissen will. Die folgende Aussage Gorens im selben Urteil lässt allerdings schließen, dass ihm zufolge die Aufgabe der Entscheidung dem Arzt überlassen werden sollte: *„Das Gericht fordert die Aufstellung von Kriterien, die der Facharzt erwägen muss, wenn er sich vor einem derartigen Dilemma befindet, wobei die letzte Entscheidung dem Arzt obliegt und nicht dem Gericht.“*⁵⁰⁰

Bei einem Vergleich zwischen Gerichtsentscheidungen der Bezirksgerichte und des obersten Gerichts in den letzten zwei Jahrzehnten erkennt man, so Steinberg, eine Tendenz zu Liberalität und autonomistischer Haltung in den Urteilen der Bezirksgerichte, gegenüber einer Neigung in Richtung Lebensheiligung und überhöhter Vorsicht vor Todesnäherung bei Entscheidungen des obersten Gerichts.⁵⁰¹

Ferner sei eine deutliche Tendenz von Seiten der Bezirksgerichte erkennbar, die juristische Lage in Israel den terminalen Patienten betreffend, an die Situation in den Vereinigten Staaten anzugleichen. Während nämlich in früheren Gerichtsentscheidungen lediglich ein rechtlicher Beistand zum Verzicht auf Anschluss an ein Beatmungsgerät gewährt wurde, wurde in darauf folgenden Urteilen die Trennung vom Respirator, nachdem der Patient bereits angeschlossen war, bewilligt. Danach wurde die zukünftige Trennung eines Patienten vom Beatmungsgerät ermöglicht, obwohl er zum Zeitpunkt der gerichtlichen Debatte noch nicht angeschlossen war und schließlich wurden Urteilssprüche geäußert, die sogar das Unterlassen von Ernährung und die Entfernung der Magensonde bei Dementen erlaubten.⁵⁰² Ein Teil dieser Urteile der Bezirksgerichte wurde vom obersten Gerichtshof abgelehnt.⁵⁰³

⁴⁹⁷ Steinberg 2006 Bd.5, 253.

⁴⁹⁸ Zit. übers. n. Elon 1993, Ende des 6. Unterpunktes.

⁴⁹⁹ Goren 2003, 132.

⁵⁰⁰ übers. n. ebenda.

⁵⁰¹ Steinberg, ebenda.

⁵⁰² ebenda, 254.

⁵⁰³ ebenda 254, 259. Zur Erforschung der Ursache für diese Entwicklung, sowie für die Diskrepanz in den Haltungen von Bezirks- und oberstem Gericht, s. Epstein 2001, 240-255.

Im Folgenden werden drei ausgewählte Gerichtsverfahren dargestellt, welche sich mit der Behandlung unheilbar Kranker auseinandersetzen, an denen genannte Entwicklungen und Tendenzen besonders zum Vorschein kommen. Diese drei Verfahren beeinflussten maßgeblich die Entwicklung der juristischen, politischen und gesellschaftlichen Einstellung zum unheilbar Kranken im Staat Israel und stellten Meilensteine auf dem Weg zur Verabschiedung des Gesetzes des sterbenden Kranken im Jahr 2005 dar.

4.1.1 Yael Shefer

Bei der im Februar 1986 geborenen Yael Shefer war ein Jahr nach ihrer Geburt, nachdem sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert hatte, die unheilbare Erbkrankheit ‚Tay-Sachs‘ diagnostiziert worden. Nach einer weiteren Verschlimmerung wurde Yael im November 1987 im Ziv Krankenhaus in Safed (Zfat) stationär aufgenommen.

‚Tay-Sachs‘ ist eine vererbliche, neurodegenerative Erkrankung, bei der nach einer normalen Entwicklung in den ersten Lebensmonaten, durch Zerstörung der Nervenzellen des Zentralnervensystems ein stetiger Verfall mentaler und körperlicher Fähigkeiten erfolgt. Dies äußert sich in Blindheit, Taubheit und Schluckunfähigkeit, gefolgt von Muskelschwund und Lähmung. Andere neurologische Symptome sind Demenz, epileptische Anfälle und eine gesteigerte Schreckreaktion auf Lärm. Im weiteren Verlauf auftretende Komplikationen sind rezidivierende Infektionen, vor allem der Lungen- und Atemwege, die eine Atmungsunterstützung notwendig machen können und am häufigsten für den Tod des Betroffenen vor Erreichen des vierten Lebensjahres verantwortlich sind.⁵⁰⁴

Am 3.8.1988 wandte sich ihre Mutter, Tilah, als natürlicher Vormund an das Bezirksgericht in Tel Aviv mit der Bitte um ein Urteil, nach welchem Yael das Recht erhalten soll, sobald sich ihr gesundheitlicher Zustand weiter verschlechtert, jegliche lebensverlängernde Behandlungen gegen ihren Willen, ausgenommen analgetischer Behandlung, zu verweigern. Das Bezirksgericht lehnte am 8.8.1988 ihre Klage ab, worauf die Mutter Einspruch beim obersten Gerichtshof einlegte, welcher wiederum abgelehnt wurde.

In der Zwischenzeit verstarb Yael im Alter von drei Jahren und die gerichtliche Diskussion war von nun an lediglich von theoretischem Wert.

Aufgrund der hohen Wahrscheinlichkeit, dass ähnliche Fälle in Zukunft auftreten werden und weil derartige Umstände naturgemäß eine schnelle gerichtliche Entscheidung erfordern, setzte sich der oberste Gerichtshof, anders als sonst bei theoretischen Angelegenheiten üblich, mit diesem schweren Thema, das „*die Tiefen der menschlichen Werte und Ethik und die Höhen philosophischen Denkens vergangener und gegenwärtiger Generationen*“⁵⁰⁵ berühre, auseinander. So war fünf Jahre später, im November 1993, ein ausführliches Begründungsschreiben des obersten Gerichtshofes entstanden. Im Vordergrund des 150 Seiten langen Urteilsspruchs des damaligen stellvertretenden Präsidenten des obersten Gerichtshofes, Menachem Elon, stand nicht wie vielleicht zu erwarten wäre, die Problematik der Vormundschaft, sondern die Erörterung einer Reihe von Dilemmata, die den terminalen Patienten betreffen mit dem grundlegenden Ziel „*einen angemessenen und würdigen Ausgleich zwischen den unterschiedlichen Werten im Grundgesetz: ‚menschliche Würde und Freiheit‘ zu finden, angelehnt an die Werte des Staates Israel als jüdischer und demokratischer Staat*“.⁵⁰⁶

Als Grund für die Ablehnung der Klage nannte das oberste Gericht, dass Yael, gemäß der Zeugenaussagen des betreuenden medizinischen Fachpersonals, nicht leide und ihre Würde

⁵⁰⁴ <http://www.ninds.nih.gov/disorders/taysachs/taysachs.htm>.

⁵⁰⁵ übers. n. Elon 2004, ix.

⁵⁰⁶ ebenda, xii.

gewahrt bliebe, weshalb: „*die Heiligkeit von Yaels Leben auch in seinem terminalen Zustand, ist der einzige und entscheidende Wert und jede Beeinträchtigung und Verletzung desselben steht in absolutem Gegensatz zu den Werten eines jüdischen und demokratischen Staates.*“⁵⁰⁷ Im Fall ‚Shefer‘ bezog sich der oberste Gerichtshof in Israel zum ersten Mal ausführlich auf die Problematik des sterbenden Patienten, wobei das Urteil Elons eine wegweisende Funktion in der späteren Haltung, zumindest des obersten Gerichtshofes⁵⁰⁸, zu den Dilemmata um den terminalen Patienten einnahm.⁵⁰⁹

4.1.2 Die Werte eines jüdischen und demokratischen Staates

In seinem Urteilsspruch richtete Elon zunächst das Augenmerk auf die für den Fall ‚Shefer‘ relevanten Abschnitte des Grundgesetzes: menschliche Würde und Freiheit. Paragraph 2, „*Bewahrung von Leben, Körper und Würde*“, lautet: „*Das Leben, Körper und die Würde eines jeden Menschen darf nicht verletzt werden*“ und in Paragraph 4 desselben Gesetzes heißt es: „*Jede Person ist zum Schutz ihres Lebens, Körpers und ihrer Würde berechtigt.*“ Der unermesslich hohe Wert menschlichen Lebens und seiner körperlichen Integrität seien, so Elon, einfach verständlich, nicht jedoch das Konzept der menschlichen Würde, welches umfangreicher ist und deshalb nur in Zusammenhang mit seinem jeweiligen Anwendungsbereich interpretierbar ist. So gebe es zum Beispiel menschliche Würde unter anderem auch nach dem Ableben eines Individuums. Elon weist auf der Suche nach einem passenden Maßstab zur Festlegung des Inhalts der Menschenwürde den Vorschlag seines Kollegen ab, welcher dies dem „*aufgeklärtem Volk*“ überlassen wollte. Die verbindliche Richtlinie zur Interpretation des Konzepts der Menschenwürde ergebe sich vielmehr durch dessen Verankerung in den Werten eines jüdischen und demokratischen Staates:

„*Die Weite, Inhalt und Essenz dieses obersten Werts – wie alle Werte, Verordnungen und Vorlagen des Grundgesetzes: menschliche Würde und Freiheit – müssen gemäß dem, was darin angegeben ist determiniert und interpretiert werden: nämlich, die Werte eines jüdischen und demokratischen Staates.*“⁵¹⁰

Dazu gelte es zunächst jeden dieser Werte für sich zu analysieren, um anschließend eine Synthese zwischen ihnen herzustellen.

Eine weitere besondere Herausforderung, die der Fall ‚Shefer‘ an die israelische Juristik stelle, bestehe darin, dass er einen Widerspruch zwischen zwei Grundrechten innerhalb des Grundgesetzes hervorrufe. Paragraph 7 bestimmt in seinen ersten beiden Absätzen: „*(a) Jede Person hat ein Anrecht auf Privatsphäre und Intimität ihres Lebens. (b) In den Bereich einer Person darf nicht ohne ihr Einverständnis eingedrungen werden.*“⁵¹¹

Im Normalfall, so Elon, gebe es zwischen Schutz menschlichen Lebens, seines Körpers, seiner Würde und Privatsphäre, sowie seiner persönlichen Freiheit und Intimität nicht nur keinen Widerspruch – sie würden einander ergänzen. Nicht so im vorliegenden Fall. Die vorgebrachte Klage lautet, dass die Pflicht zum Schutz des Lebens der Patientin, die lebenserhaltende Behandlungen ablehnt, der Wahrung ihrer Würde, ihrer persönlichen Freiheit und Autonomie widerspreche. Die sich nun stellende Frage sei, welches der sich widersprechenden Grundrechte bevorzugt werden soll bzw. welcher Maßstab angewandt werden darf, um ein Gleichgewicht zwischen ihnen herzustellen.

⁵⁰⁷ Elon 2004, xxiv.

⁵⁰⁸ s. 4.

⁵⁰⁹ Steinberg 2006 Bd.5, 253.

⁵¹⁰ übers. n. Elon 2004, xii.

⁵¹¹ übers. n. ebenda.

Die angemessene Lösung sei in Paragraph 8 des Grundgesetzes: menschliche Würde und Freiheit, zu suchen, welcher Bedingungen für die Verletzung eines Grundrechts vorschreibt. Eine dieser Bedingungen sei, dass die Verletzung durch eine Satzung vorgenommen wird, „...welche die Werte des Staates Israel beispielhaft demonstriert, ...“.⁵¹² Die Eigenschaft dieser Werte werde durch den ersten Abschnitt des Grundgesetzes determiniert, welcher als Ziel des Gesetzes nennt, die Werte des Staates Israel als jüdischen und demokratischen Staat zu fördern.

Drei wesentliche Punkte gehen bisher aus Elons Ausführungen hervor:

- die im Fall ‚Shefer‘ enthaltene Problematik stellt das Fundament der gesamten israelischen Gesetzgebung, nämlich die im Grundgesetz enthaltenen Grundrechte, auf den Prüfstein.
- eine Entscheidung kann daher nur durch eine Untersuchung der Werte des Staates Israel gefällt werden, auf denen das gesamte israelische Rechtssystem einschließlich der Grundrechte beruht und deren Integration mit den Richtlinien des Grundgesetzes.
- die Werte des Staates Israel setzen sich zusammen aus den Werten eines jüdischen und demokratischen Staates.

Die Werte des Staates Israel als jüdischer Staat, fuhr Elon fort, seien, laut Aussage des Vorsitzenden des Legislativen Komitees in der letzten Lesung des Grundgesetzes: menschliche Würde und Freiheit im Jahre 1992 in der Knesset, definiert durch jüdische Tradition und Vermächtnis des Judentums. Darunter seien die Schlussfolgerungen des Studiums der Grundwerte zu verstehen, die in den Quellen des jüdischen Erbes enthalten sind. Im darauf folgenden Abschnitt seines Urteilsschreibens analysierte Elon deshalb, nach einer Einführung in Aufbau und richtige Anwendung halachischer Literatur, ausführlich die Aussagen der Gelehrten in den jüdischen Quellen zu allen für den Fall ‚Shefer‘ relevanten Aspekten.

Zur Überprüfung der Thematik entsprechend den Werten eines demokratischen Staates folgte eine detaillierte Analyse der obersten Werte des demokratischen Systems und der von ihnen abstammenden Prinzipien. Diese enthielt eine Diskussion der juristischen Lage zu besagter Problematik in zwei westlichen Demokratien mit unterschiedlicher Einstellung zur Frage der Sterbehilfe, USA und Holland.

Wie könne nun eine Synthese zwischen den Werten des Judentums und der Demokratie erreicht werden?

Der natürliche Weg sei, Elon zufolge, nach Gemeinsamkeiten beider Systeme zu suchen. Dreh- und Angelpunkt im Fall ‚Shefer‘ sei die Frage nach aktiver Verkürzung von Leben. Während das Judentum aktive Euthanasie absolut verbietet und mit Mord gleichstellt, gibt es dazu eine Diskrepanz zwischen den demokratischen Systemen in den Vereinigten Staaten, wo aktive Beschleunigung des Todes verboten ist⁵¹³ und in Holland, wo aktive Euthanasie sogar gesetzlich erlaubt ist. Es sei selbstverständlich, dass eine Synthese zwischen dem jüdischen und den demokratischen Systemen die Akzeptanz ihrer jeweiligen Gemeinsamkeiten erfordert, nämlich das Verbot aktiver Euthanasie und die absolute Verneinung des holländischen Gesetzes. Darüber hinaus, auch wenn alle Demokratien aktive Euthanasie erlauben würden, müsste man sich, für eine Synthese zwischen beiden Systemen, nach den Werten eines jüdischen Staates, dem jüdischen Gesetz entsprechend, richten, da „*aktive Euthanasie das Wesen des Staates Israel als jüdischen Staat verleugnet*“⁵¹⁴.

⁵¹² übers. n. ebenda, xiv.

⁵¹³ wobei eine klare Tendenz in Richtung Erlaubnis aktiver Euthanasie unter anderem aus der Tatsache erkennbar ist, dass in mehreren Staaten Versuche angestellt wurden, aktive Sterbehilfe unter bestimmten Umständen zu erlauben, die aber an einer knappen Minderheit letztlich scheiterten, s. Elon 2004, xx.

⁵¹⁴ ebenda.

Elon verdeutlicht schließlich, dass die Problematik der Zusammenführung beider Systeme sich aus ihren grundlegend unterschiedlichen Ausgangspunkten ergibt. Im jüdischen Gesetz sei der Ausgangspunkt für Entscheidungen die Heiligkeit des Lebens, laut der das Leben einer Person, sei sie gesund oder krank, nicht hinsichtlich ihres Werts oder ihrer Länge gemessen werden kann. Eine annehmbare Begrenzung sei nur das Prinzip der Vermeidung von Leid, weshalb in bestimmten Situationen dem Wunsch des Patienten nachgegangen werde. Dagegen gehe das amerikanische Demokratiesystem vom Recht des Patienten auf Therapieverweigerung basierend auf dem Prinzip persönlicher Freiheit aus, welches in bestimmten Situationen vom Interesse des Staates das Leben seiner Bürger zu schützen, die Würde des medizinischen Berufes aufrechtzuerhalten und anderen Prinzipien limitiert werde. Aufgrund dieser unterschiedlichen Ausgangspunkte beider Systeme sei, laut Elon, eine große gedankliche und analytische Leistung erforderlich, um eine passende Synthese zwischen ihnen herzustellen.⁵¹⁵

In Anbetracht des Gesagten, bringt Elon seine Vorstellung von einem korrekten Bild des israelischen Rechtssystems auf den Punkt:

„Der Schutz von Leben, Körper und Würde des Individuums basiert auf Verankerung der Werte eines jüdischen und demokratischen Staates im israelischen Rechtssystem. Deshalb ist unsere Aufgabe eine passende Synthese zwischen den Werten eines jüdischen und demokratischen Staates zu schaffen und es ist nur recht und angemessen, dass die Inanspruchnahme der Werte eines jüdischen Staates nicht nur dazu dient die Fehler im amerikanischen ... System zu korrigieren, sondern auch um einen originären Ansatz in unserem Rechtssystem zu gestalten.“⁵¹⁶

Elon weist am Beispiel des Dritten Reichs darauf hin, welche pervertierte Interpretation eine Gesellschaft Konzepten wie Freiheit, Gerechtigkeit, menschliches Leben und Würde zu verleihen imstande ist und schließt:

„Die Werte eines jüdischen Staates, welche in den grundlegenden Konzepten der Würde des im Ebenbild Gottes erschaffenen Menschen, der Heiligkeit des Lebens und der Verhinderung von Schmerz und Leid verankert sind – Konzepte, die der Prüfung von Generationen widerstanden haben und die gesamte Welt genährt und erhalten haben – sind die wahren Richtlinien, um eine korrekte Synthese zwischen den Werten eines jüdischen und demokratischen Staates zu erreichen.“⁵¹⁷

Zusammenfassend müsse also, um eine Synthese zwischen jüdischen und demokratischen Wertekonzepten im Staat Israel herzustellen, die Dominanz der jüdischen Anschauungsweise im Endresultat spürbar sein. Um das zu erreichen bietet Elon zwei Möglichkeiten: die Imitation vorbildhafter Demokratien anderer Staaten, deren Rechtssysteme mit den Vorgaben des Judentums harmonisieren; die Werte des Judentums für sich sind erhaben genug und erfordern keine Bestärkung durch andere Rechtssysteme ausländischer Demokratien. Es dauerte ca. zwölf Jahre bis die Vorstellungen Elons im Gesetz des Sterbenden Kranken 2005 verwirklicht wurden.

⁵¹⁵ ebenda, xxi.

⁵¹⁶ ebenda, xxiii. Hervorhebung von mir (M.F.).

⁵¹⁷ ebenda, xxiv.

4.2 Benjamin Ejal

Der 1940 geborene, an Amyotropher Lateralsklerose (ALS) erkrankte, Benjamin Ejal, wandte sich mittels seiner Anwälte am 10. Oktober 1990 an das Bezirksgericht in Tel-Aviv, mit der Petition um eine deklarative Unterstützung des Gerichts mit dem Inhalt den Gebrauch eines Respirators gegen den Willen des Gesuchenden zu vermeiden.⁵¹⁸ Ejal stellte seine Forderung schriftlich, mit Hilfe einer Tonbandaufnahme, sowie anhand seiner behandelnden Ärzte, die den Patienten von Beginn seiner Erkrankung an begleitet hatten und daher seinen Willen vor Gericht bezeugen konnten.

Bei ALS⁵¹⁹ handelt es sich um eine neurodegenerative Erkrankung, die mit gradueller Lähmung der gesamten Willkürmuskulatur einhergeht. Die Erstmanifestation der Erkrankung ist variabel, je nachdem welche Neurone zuerst betroffen sind. Ein typischer Verlauf ist zum Beispiel der Beginn mit Schwäche einer Extremität, die sich nach und nach auf die gesamte Willkürmuskulatur ausbreitet und schließlich zur Lähmung des gesamten Körpers führt. Als einzige motorische Fähigkeit bleiben die Augenbewegungen erhalten, was den Patienten ermöglicht mit Hilfe von binären ja-nein-Antworten mit ihrer Umgebung zu kommunizieren. Die kognitiven und sensorischen Funktionen bleiben allerdings auch im späteren Stadium der Krankheit unbeeinträchtigt, was dazu führt, dass die Betroffenen zwar sehen, hören, verstehen was um sie herum geschieht und Schmerzen wahrnehmen können, ohne die Möglichkeit zu sprechen oder sonst zu reagieren. In der Tat kommt es in einigen Fällen zu unerträglich starken Schmerzen, bedingt durch eine Überempfindlichkeit der Muskeln und Gelenke.⁵²⁰ Erstickungsanfälle und rezidivierende Pneumonien bedingt durch Lähmung der Schluckmuskulatur stellen keine seltenen Komplikationen von ALS dar. Die Erkrankung ist nach heutigem Kenntnisstand der Medizin nicht heilbar, sondern progrediert irreversibel. Nach einer durchschnittlichen Überlebenszeit von drei bis fünf Jahren ist die natürliche Todesursache zumeist Lähmung der Atemmuskulatur, es sei denn man wird an einen Respirator angeschlossen.

Richter Uri Goren akzeptierte die Petition des Klägers, nur, dass statt der geforderten deklarativen Unterstützung durch das Gericht, er die Entscheidung in die Hände der Ärzte legte:

„...Angesichts des Gesagten, habe ich entschieden die Klage teilweise anzuerkennen und verkünde, dass es dem Chefarzt des Krankenhauses, oder dem dortigen Oberarzt, im Rahmen seiner Erwägungen genehmigt ist, den Willen des Patienten Benjamin Ejal, ihn nicht an ein Beatmungsgerät anzuschließen, zu berücksichtigen, sobald sich seine medizinische Situation verschlechtert und das Antriebssystem seiner Atemmuskulatur geschädigt wird.“⁵²¹

Mosche Goldstein, Präsident des gemeinnützigen Vereins „Reuth“, in dessen Krankenanstalt Ejal hospitalisiert war, wandte sich parallel zum Gerichtsverfahren eigenständig an den damaligen Oberrabbiner von Tel Aviv-Jaffo, Israel Meir Lau, mit der Bitte um eine rabbinisches Urteil.⁵²² Die Prinzipien der Halacha, die aus dem rabbinischen Urteil R. Laus hervorgehen, fanden auch Erwähnung im Urteil des Bezirksgerichts, welches, abgesehen von feinen Unterschieden, im wesentlichen mit der Ansicht des jüdischen Gesetzes, vertreten durch R. Lau und andere führende rabbinische Autoritäten jener Zeit, übereinstimmte.⁵²³

Mit dem Urteil wurde erstmals in der Geschichte des Staates Israel einem Arzt gesetzlich legitimiert, dem Wunsch eines sterbenden Patienten nach Unterlassung lebensverlängernder

⁵¹⁸ Goren 2003, 129.

⁵¹⁹ Kasper 2005, 2424-2425.

⁵²⁰ Halperin 1997, 63.

⁵²¹ Goren ebenda, 135.

⁵²² s.u.

⁵²³ zum Vergleich zw. richterlichem u. rabbinischen Urteil s. u. (S. 88).

Therapie nachzugehen. Vorher hätte diese noch als, nach israelischem Gesetz strafbare, Beihilfe zu Selbstmord gegolten.⁵²⁴

Am Tag nach Verkündung des Urteils titelte die Tageszeitung „Yediot Acharonot“: „Der Kranke erhielt das Recht zu sterben“, „ein Facharzt wird entscheiden, ob der Kranke an das Beatmungsgerät angeschlossen wird“. Auf Seite 3 lautete die Schlagzeile: „Das Recht nicht zu leben“⁵²⁵. Im Artikel selbst war von einer „präzedenzlosen, weit reichenden Entscheidung“ des Richters zu lesen, welcher erklärte, „dass sobald ärztliche Handlungen keine Aussicht auf Heilung der Krankheit, Besserung des Zustands, oder sogar dessen Beibehaltung bieten, ist das Prinzip der Heiligkeit des Lebens nicht mehr so heilig“⁵²⁶. Ejal selbst habe sich sehr zufrieden über das „menschliche Urteil“ geäußert und sei trotz des großen Schmerzes stolz, wie viel er am Ende seines Lebens für die Rechte des terminalen Patienten in Israel bewirken konnte.⁵²⁷

Die damalige Vorsitzende der Ärztevereinigung Israels, Miriam Zangen, begrüßte ebenfalls das Urteil, „welches die Entscheidung in die natürliche Arzt-Patientenbeziehung zurückversetzt hat“⁵²⁸.

Dem Generalsekretär und Rechtsberater der israelischen Ärztevereinigung Simcha Kaizman zufolge, bedeutete das Urteil für den Arzt einen Schutz vor strafrechtlicher Verfolgung im Fall der Befolgung von Ejals Bitte. Dies sei von großer Bedeutung, denn laut dem Strafgesetz sei Beihilfe zu Selbstmord ein schweres Vergehen und die Versäumnistat gegenüber einer Person, für die man verantwortlich ist, eine Straftat.⁵²⁹ Kaizman sprach sich gegen eine gesetzliche Regelung des Themas Sterbehilfe aus, da das Problem entstehe, dass im Grenzfall, den es immer geben wird, nicht vorhergesagt werden kann, wo die Grenze des Patientenwohls liegt. Daher sollte dies den Beziehungen zwischen Arzt und Patient überlassen werden.⁵³⁰

In der Ausgabe der „Yediot Acharonot“ vom 28.10.90 war in der Schlagzeile zu lesen: „Präzedenzfall Benjamin Ejal“ und im Untertitel: „die Mitglieder der ‚Israelischen Gesellschaft für das Recht in Würde zu sterben‘ sind sehr zufrieden“.⁵³¹ Aliza Minski, einem Mitglied dieser Gesellschaft zufolge, müsse eine gesetzliche Situation angeregt werden, die es zulässt über würdevollen Tod und letzten Willen zu sprechen. Jitzchak Choschen, der Anwalt Ejals, stimmte überein und vermutete, dass die Idee eines Briefs mit der Bitte Leben nicht künstlich zu verlängern, bald in die Tat umgesetzt werden könne.⁵³²

Auch R. Laus halachisches Urteil verdiente sich einen Artikel in der „Yediot“, welcher titelte: „Rabbiner Israel Lau: den Ärzten ist erlaubt das Leben des Benjamin Ejal nicht zu verlängern“⁵³³. Im Artikel fand auch R. Laus Einschränkung, seine Entscheidung gelte allein für den Fall ‚Ejal‘, Erwähnung.

In der Tageszeitung „Maariv“ folgte der Überschrift „Befugt zu sterben“ die Schlagzeile „Sieg für Benjamin Ejal – sein Leben wird nicht verlängert“.⁵³⁴ Im Artikel war unter anderem die Meinung des Lehrstuhlinhabers für Jura und medizinische Ethik der Universität Tel Aviv, Amos Schapira, zu lesen, nach welcher dies ein leichter Fall sei, da erstens nicht von einem unmündigen Kleinkind, sondern von einem erwachsenen Patienten die Rede sei, der, aus vollem Bewusstsein und mit klarem Entscheidungsvermögen seinen Willen äußerte.

⁵²⁴ Alon 1990, 3.

⁵²⁵ Adiram 1990, 1.

⁵²⁶ ebenda, 3.

⁵²⁷ ebenda.

⁵²⁸ übers. n. ebenda.

⁵²⁹ Alon ebenda, 3.

⁵³⁰ ebenda.

⁵³¹ Kisel 1990, 10.

⁵³² ebenda.

⁵³³ Michalson 1990, 12.

⁵³⁴ Kamir 1990, 6.

Zweitens stellte sich nicht die Bitte um Trennung von, sondern um Unterlassen des Anschlusses an einen Respirator, folglich: „*es gibt hier keine Sterbehilfe*“.⁵³⁵

Die Staatsabgeordnete Rachel Zakai zeigte sich zufrieden mit dem Urteil: „*Vor Gericht vertraten wir einen Standpunkt, der von unserer Linie abweicht, mit dem Versuch das Gesetz in einer Weise auszulegen, die sowohl auf die Wissenschaft, als auch auf liberale Denkansätze Rücksicht nimmt. Wir erachteten es als richtig zu sagen, dass es in diesem Fall im Rahmen der Erwägungen möglich sein wird auch Benjamin Ejals Bitte zu berücksichtigen. Der Prozess stellt nicht zwangsweise einen Präzedenzfall dar, wird jedoch bestimmt richtungweisende Erwägungen bereitstellen.*“⁵³⁶

Die erwähnten Auszüge aus der israelischen Tageszeitschrift lassen erkennen, welch großes Aufsehen Gerichtsverfahren und Urteil in der öffentlichen Diskussion erregten und es wurden Stimmen laut, die das Verfahren nutzen wollten, um extreme Varianten von Autonomie, die zu aktiver Sterbehilfe verpflichten, in das Bewusstsein der Öffentlichkeit und in das israelische Recht einzubringen.⁵³⁷ Laut Mordechai Halperin, dem Vorsitzenden des Schlesinger Instituts für medizinisch-halachische Forschung, habe die israelische Justiz mit Recht einen ‚slippery-slope‘ Effekt befürchtet, was Repräsentanten des Generalstaatsanwalts dazu veranlasste aktiv am Gerichtsverfahren teilzunehmen. Diese pflegten enge Kontakte mit der damaligen Leitung des Instituts und waren dadurch über die Ansicht des jüdischen Gesetzes gut informiert. Die halachischen Richtlinien erleichterten, Halperin zufolge, wesentlich die Urteilsfällung des Gerichts, welches im Urteil sogar auszugsweise aus den halachischen Quellen zitierte.

Ein ähnliches halachisches Urteil bezüglich ALS, fällte circa ein Jahr vor dem Fall ‚Ejal‘ bereits R. Auerbach, das einige Monate vor Ausbruch der öffentlichen Diskussion um den Fall ‚Ejal‘ publiziert wurde.⁵³⁸

Trotz Zusammenarbeit zwischen den jeweiligen Repräsentanten von Halacha und israelischer Justiz und Unterstützung der Letzteren durch halachische Prinzipien, unterschieden sich halachisches und gerichtliches Urteil in zwei Punkten voneinander. Die Unterschiede seien laut Halperin klein, aber wesentlich.⁵³⁹ Im halachischen Urteil schrieb R. Lau: „...**unter keinen Umständen darf mein Urteil als Präzedenzfall für Behandlungswege eines anderen Patienten, an anderem Ort und zu anderer Zeit aufgefasst werden, sogar wenn sich die Sachverhalte wie zwei Wassertropfen gleichen. Das Besondere und Komplexe am vorliegenden Fall – die Behandlungswege der ... Erkrankung Herrn Benjamin Ejals entscheiden über den adäquaten halachischen Ansatz für den vorliegenden Fall allein.**“⁵⁴⁰

Der folgende Auszug aus Richter Goren's Urteil hat allerdings eine umgekehrte Bedeutung: „*Der mir vorliegende Fall, erscheint mir geeignet, um ... eine Anzahl vorläufiger Kriterien aufzustellen, die sich mit den Jahren wahrscheinlich weiterentwickeln werden.*“⁵⁴¹

Ein weiterer Unterschied zwischen der Einstellung von R. Lau und der des Richters, war die Wahl des Entscheidungsträgers. R. Lau zufolge gehört die Entscheidungsmacht in solchen Fragen in die Hände eines autorisierten Rabbiners, der über jeden Fall getrennt richten soll. Hingegen sollte dem Richter zufolge die letzte Entscheidung dem Arzt überlassen werden: „*Das Gericht fordert die Aufstellung von Kriterien, die der Facharzt erwägen muss, wenn er sich vor einem derartigen Dilemma befindet, wobei die letzte Entscheidung dem Arzt obliegt und nicht dem Gericht.*“⁵⁴²

⁵³⁵ ebenda.

⁵³⁶ ebenda. Hervorhebung von mir (M.F.).

⁵³⁷ ebenda.

⁵³⁸ Halperin 1997, 64.

⁵³⁹ ebenda, 65.

⁵⁴⁰ übers. n. Lau 1997, 66-68.

⁵⁴¹ Goren 2003, 132.

⁵⁴² übers. n. Goren ebenda.

In einer Diskussion des Hintergrunds zum Fall ‚Ejal‘ erwähnte Halperin zwei Entwicklungsprozesse, die in den vergangenen Jahrzehnten und auch gegenwärtig stattfinden. Einerseits, eine rasante Anhäufung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie neuer Entwicklungen in der Medizintechnik, begleitet von einer Entwicklung neuer, aggressiver Reanimationsmethoden, welche erlauben Schwerkranke lange Zeit am Leben zu erhalten. Andererseits immer noch stattfindende, „*machtvolle gesellschaftliche Entwicklungsprozesse*“⁵⁴³, die sowohl den Charakter medizinischer Behandlung, als auch die Einstellung der Gesellschaft zu Fragen betreffend Gesundheit, Krankheit und Tod beeinflussen. Der Wandel moralischer Vorstellungen der Gesellschaft habe in der Arzt-Patientenbeziehung seinen Ausdruck, besonders im Übergang von arztzentriertem Paternalismus zu absoluter Autonomie des Patienten, gefunden. Eine Radikalisierung dieser Einstellung werde, so Halperin, schließlich zu einem Verlangen nach Recht auf Lebensbeendung für beinahe jeden, der dies wünscht, führen. Der Wandel gesellschaftlicher Wertevorstellungen in Richtung extremer Autonomie – und nicht die technologischen Entwicklungen – sei, folgt man Halperin, der wahre Trigger für gesellschaftlichen Druck, verursacht durch die naturgemäß langsame Geschwindigkeit von Änderungen im Rechtssystem.⁵⁴⁴ Als Beispiel führt Halperin die in den Vereinigten Staaten seinerzeit intensiv diskutierte Patientenverfügung an, die Patienten das Recht auf Ablehnung jeglicher lebensverlängernder Therapie sowie auf ärztlich unterstützten Suizid gewähren sollte. Derartige Diskussionen seien nicht, wie von einigen versucht werde zu behaupten, auf technologische Fortschritte zurückzuführen, sondern ohne Zweifel das Ergebnis eines „*Verfalls gesellschaftlicher Normen, der, bis hin zu Extremismus, das Verlangen nach totaler Autonomie mit sich bringt, auch um den Preis des besonderen Werts des Lebens.*“⁵⁴⁵ Vor diesem Hintergrund betrachtet ist anzunehmen, dass die israelische Justiz sich bei diesem international heiß diskutierten, moralischen Dilemma sehr wohl der besagten gesellschaftlichen Prozesse bewusst war. Bekannt war der Justiz sicher auch die von Halperin erwähnte Entwicklung in Amerika⁵⁴⁶. Konnte, oder besser, durfte Amerika ein Vorbild für Israel sein? Noch extremer war die Situation in Holland, auch eine westliche Demokratie. Der nicht überlesbare Versuch der israelischen Tagespresse, das Urteil als Sieg der Autonomie zu interpretieren und als Präzedenzfall zu krönen, zeigen, dass die von Halperin beschriebene gesellschaftliche Entwicklung auch vor Israel nicht Halt gemacht hat. Auf der anderen Seite standen die Werte der jüdischen Tradition und Halacha, die als solche unter der Bezeichnung „Mischpat Ivri“ (=wörtl. „hebräisches Gericht“) auch einen – je nach Richter unterschiedlich großen – Einfluss auf die israelische Rechtsprechung zu allen Zeiten hatten, zudem bildeten ihre Vertreter sicherlich eine nicht zu vernachlässigende Lobby. Die sich der israelischen Justiz im Fall ‚Ejal‘ stellende Herausforderung war folglich, vor dem Hintergrund beider gesellschaftlichen Strömungen schnell eine Entscheidung zu finden. Jede Neigung in die eine oder andere Richtung würde ein Zeichen setzen, wobei eine Anpassung an die westlichen Demokratien Amerika oder gar Holland weiter reichende Folgen hätte, die schwieriger rückgängig zu machen wären – Stichwort „slippery slope“ – als ein Festhalten an der „konservativen“ jüdischen Tradition. Genau aus diesem Grund, der Angst vor einem Fass ohne Boden, hielt übrigens Kaizman eine gesetzliche Regelung zum Thema Sterbehilfe nicht für möglich. Am besten wäre natürlich eine beide Strömungen in sich vereinende Kompromisslösung, wie sie im Fall Ejal tatsächlich erreicht wurde. Das Urteil war von halachischer Seite abgesegnet und trug zudem den Anschein einer Berücksichtigung „liberaler

⁵⁴³ Halperin 1997, 61.

⁵⁴⁴ ebenda.

⁵⁴⁵ ebenda.

⁵⁴⁶ s. Zitat Talgams in Reznik, 4.12.1998, 22 als Beweis, dass auch die Justiz in Israel bei Themen wie Sterbehilfe das amerikanische System als Vorbild verwendete.

Denkansätze“, wie es Staatsabgeordnete Zakai ausdrückte. Das Mitwirken halachischer Autoritäten war eine wichtige Stütze für die juristischen Entscheidungsträger und die Akzeptanz der Bitte Ejals stellte den autonomiepropagierenden Anteil der Gesellschaft zufrieden.

4.3 Itai Arad

Als seine Erkrankung ALS ein fortgeschrittenes Stadium erreicht hatte, wandte sich der 46-jährige ehemalige Kampfpilot Itai Arad, im Dezember 1995 mittels seines Anwalts an das Bezirksgericht Tel Aviv, mit der Bitte um eine richterliche Weisung an seine Ärzte, seinen Entschluss, nicht an ein künstliches Beatmungsgerät angeschlossen zu werden, zu würdigen. Im Januar 1996 urteilte Richter Talgam: *„keiner der Klagenden (Arad und ein weiterer Patient)⁵⁴⁷ ist an jegliches Gerät oder Medium zur Beatmung oder kontinuierlicher Reanimation anzuschließen, und falls sie angeschlossen wurden, ist die Verbindung zu trennen, sobald feststeht, dass der Kranke keine andere Möglichkeit ohne kontinuierliche Hilfe zu leben hat.“⁵⁴⁸*

Dies war das erste Mal, dass ein israelisches Gericht Ärzten genehmigte einen beatmeten Patienten vom Respirator zu trennen. Dementsprechend massiv war die Reaktion der israelischen Medien auf Talgams Urteil. Maariv titelte: *„Präzedenzurteil: zwei terminale Kranke werden nicht an Wiederbelebungsgeräte angeschlossen“⁵⁴⁹. „Juristische und medizinische Revolution in Israel: es ist möglich in Würde zu sterben“⁵⁵⁰*, lautete die Schlagzeile in Yediot. Auf derselben Seite fügte die Yediot hinzu, was sich gegenüber früheren gerichtlichen Entscheidungen geändert hatte: *„In früheren Urteilen bezogen sich Richter nur auf die Situation, in der ein Kranker noch nicht an lebenserhaltende Maschinen angeschlossen war und debattierten über die Frage ihn anzuschließen, oder nicht. Bis jetzt urteilten sie nicht zur Sachlage eines Kranken, der bereits an das Gerät angeschlossen ist und seine Trennung wünscht. Nun werden die Ärzte Patienten von lebenserhaltenden Geräten trennen können, falls diese das wollen.“⁵⁵¹*

Nachdem sich Arads Zustand weiter verschlechterte und er zu Hause mehrmalige Erstickungsanfälle erlitt, wurde er im August 1998 auf eigenen Wunsch in das Meir-Krankenhaus in Kfar-Saba eingewiesen, um dort zu sterben.⁵⁵² Itais Frau Iki zufolge, versuchten die dortigen Ärzte, trotz Talgams Urteil, ihn zu überzeugen weiterzuleben und den Anschluss an ein Beatmungsgerät zu akzeptieren. Nach sechs Tagen, so Iki in einem Interview mit Haaretz, gelang es Itais Ärzten ihn von seinem ursprünglichen Sterbenswunsch abzubringen und er erklärte sich mit der Initiation künstlicher Beatmung einverstanden, worauf er tracheostomiert und an einen Respirator angeschlossen wurde.⁵⁵³

Zur Frage ob Arad tatsächlich auf eigenen Willen angeschlossen wurde, existieren unterschiedliche Versionen. Steinberg schrieb, in Übereinstimmung mit der Aussage von Arads Frau in Haaretz, dass der Anschluss Arads an das Beatmungsgerät mit seinem

⁵⁴⁷ ein weiterer ALS-Patient wandte sich zeitgleich mit Arad an das Gericht. Beide Fälle wurden, aufgrund ihrer Identität, vom Gericht gemeinsam debattiert.

⁵⁴⁸ Reznik 1998, 19.

⁵⁴⁹ Gabai 1996, 1.

⁵⁵⁰ Jarkoni 1996, 4.

⁵⁵¹ ebenda.

⁵⁵² Reznik 1998, 20.

⁵⁵³ ebenda.

Einverständnis erfolgte.⁵⁵⁴ Reches hingegen schrieb in einem Artikel in Haaretz, acht Jahre nach Arads Tod, dass dies gegen seinen Willen geschehen war.⁵⁵⁵

Arad, der den erfolgten Anschluss bald bereute, wandte sich im September 1998 nun an Avinoam Reches, Oberarzt auf der neurologischen Station des Hadassah Krankenhauses in Jerusalem, mit der ausdrücklichen Bitte ihn stationär aufzunehmen und vom Beatmungsgerät zu trennen. Die stationäre Durchführung der Trennung war notwendig, da Arad bat ihm das dabei aufkommende Erstickungsgefühl durch adäquate Beruhigung zu nehmen. Reches erklärte sich einverstanden, vorausgesetzt die Ethikkommission des Krankenhauses stimmte zu. Nach heftigen Debatten war im Abschlussbericht der Kommission zu lesen: „*die Kommission fürchtete die moralischen und ethischen Konsequenzen, welche die Trennung vom Beatmungsgerät und ein Mitwirken bei einem derartigen Gnadentod mit sich bringen, und die Kommissionsmitglieder waren unterschiedlicher Meinung bezüglich des Ausmaßes des Beistands, den man dem Patienten anbieten kann.*“⁵⁵⁶ Daher lehnte die Ethikkommission Itais Gesuch ab und empfahl Familie Arad sich erneut an das Gericht zu wenden, um dem Urteil verstärkten Nachdruck zu verleihen.

Talgam hielt an seinem Urteil vom Januar 1996 fest und fasste es noch unmissverständlicher: „*Ein Patient, der seinen Willen bewusst geäußert hat – und die Finalität der medizinischen Situation lässt keinen Zweifel zu – sein Wille ist nicht gegen Erwägungen Anderer einzutauschen*“⁵⁵⁷

Reches informierte den Chefarzt des Krankenhauses Avi Israeli, welcher seinerseits den Vorsitzenden des Gesundheitsamts Gabi Barabasch, sowie den Vizevorsitzenden Boaz Lev, benachrichtigte, welche ihr Einverständnis gaben.⁵⁵⁸

Daraufhin wurde Arad am 4. Oktober 1998 in die neurologische Abteilung des Hadassah-Krankenhauses eingewiesen, wo er unter medikamentöser Beruhigung vom Respirator getrennt wurde und 24 Stunden später verstarb.

Zwei Monate später drang Itais Tod in die Medien vor. „*Doktor Gnade*“ war am 4.12.98 in großen Buchstaben auf der Titelseite des Zusatzteils von Haaretz zu lesen, darunter Photos von Reches und Arad. Es folgte eine fünf Seiten umfassende, ausführliche Chronik des Todes von Itai Arad, eingeleitet mit den Worten: „*Am 4. Oktober dieses Jahres wurde zum ersten Mal in Israel eine Gnadentötung offiziell und offen durchgeführt...*“⁵⁵⁹ Der Fall löste heftige öffentliche Diskussionen aus, einschließlich einer Debatte in der Knesset.⁵⁶⁰

Vergleicht man den Fall ‚Arad‘ mit dem Fall ‚Ejal‘, so stellt man fest, dass die treibende Kraft für die Abfolge der Ereignisse im Fall ‚Arad‘ die dominante Haltung des Richters war, der seinen Standpunkt souverän vertrat. Dies zeigte sich schon in seinem ersten Urteil. Nicht nur klang dessen Wortlaut wesentlich bestimmter, als im Urteil Gorens, Talgam urteilte bereits für einen Fall, der zu diesem Zeitpunkt noch nicht eingetreten war: „*...falls sie angeschlossen wurden, ist die Verbindung zu trennen, ...*“. Nicht nur änderte Talgam seine Entscheidung nicht, er kritisierte in seinem zweiten Urteil noch dazu die Notwendigkeit, seinem ursprünglichen Urteil erneut Rechtskraft verleihen zu müssen, und rügte die Ethikkommission von Hadassah mit scharfen Worten: „*Ich halte es nicht für richtig die Rechtskraft meiner Entscheidung erneut zu überprüfen oder zu bestätigen. Der Gedanke, dass ein Patient, der den Weg der Qualen gegangen ist und dem Gericht seinen klaren und ausdrücklichen Willen, sein Leben nicht zu verlängern bewiesen hat, gezwungen wird, die in seiner Angelegenheit*

⁵⁵⁴ Steinberg 2006 Bd.5, 258.

⁵⁵⁵ Reches 11.06.2006, 4b.

⁵⁵⁶ Reznik 1998, 24.

⁵⁵⁷ Reches 2006, 04:20 min.

⁵⁵⁸ Reznik ebenda, 1a u. 24.

⁵⁵⁹ ebenda, 1.

⁵⁶⁰ Steinberg 2006 Bd. 5, 258, Fußnote 624.

gefällte Entscheidung erneut zu bestätigen – erweckt Gräuel und lässt sich weder mit der Würde des Menschen noch mit meinem bereits gefällten Urteil vereinbaren.“⁵⁶¹

Das Urteil gab der Krankenhausleitung den entscheidenden Rückhalt, wie Israeli in Haaretz bestätigte: „Wir haben den Willen des Patienten geehrt, und in diesem Fall war es sehr einfach, da wir sowohl die Zustimmung des Gerichts, als auch die Zustimmung der dazu befugten Instanzen des Gesundheitsministeriums erhielten.“⁵⁶²

Obwohl der Vorsitzende des Gesundheitsamts Barabasch im Fall ‚Arad‘ seine Zustimmung gab, erhob er Einspruch gegen ein weiteres Urteil Talgams im Juni 1996 bezüglich einer 75-jährigen, an Muskelschwund leidenden Patientin, wo er, wie bei Arad entschied, die Patientin sei vom Respirator zu trennen, sobald sie nicht mehr ohne kontinuierliche artifizielle Unterstützung leben kann.⁵⁶³ Das Gesundheitsamt forderte vom Generalstaatsanwalt, Berufung gegen Talgams Urteil zu letzterem Fall zu erheben und fügte hinzu, dass dies bereits gegen Talgams Urteil vom Januar 1996 im Falle Arad hätte geschehen sollen. In einem diesbezüglichen Schreiben an den Generalstaatsanwalt behauptete Barabasch: „Gemäß unserer Weltanschauung überschritt der Richter hier seine Befugnis und verpflichtete die Ärzte zu aktiver Euthanasie, die auch gesetzlich verboten ist, vom Widerspruch zum ärztlichen Gewissen ganz zu schweigen.“⁵⁶⁴

Repräsentanten des Gesundheitsamts, der Krankenkassen sowie der israelischen Ärztevereinigung vertraten den Standpunkt, dass die Entscheidung zum Thema Gnadentötung nicht der Justiz obliegt, sondern einem aus drei Ärzten bestehenden Gremium. Talgam war anderer Ansicht. Ihm zufolge sei Aufgabe ärztlicher Gremien die Behandlung unmündiger, minderjähriger und komatöser Patienten zu überwachen. Bei mündigen Patienten jedoch, die ihren Willen bewusst zum Ausdruck gebracht haben, hätten die Erwägungen fremder Gremien keinen Platz.⁵⁶⁵ Dies bedeute zwar nicht, dass man einem Arzt Anweisungen des Patienten aufzwingen könne, wenn sie seinem Gewissen entgegenstehen, „die Lösung der amerikanischen neurologischen Gesellschaft erscheint jedoch angebracht: Ein solcher Arzt ist verpflichtet die Behandlung auf einen anderen Arzt zu übertragen, der so ein Problem nicht hat.“⁵⁶⁶

Trotz der geschaffenen weit reichenden Präzedenz hielt Talgam es auch in Zukunft für notwendig über jeden Fall vorerst vor Gericht zu debattieren.⁵⁶⁷

Man stellt ferner fest, dass im Entscheidungsprozess zum Fall ‚Arad‘, anders als im Fall ‚Ejal‘, kein Vertreter der Halacha involviert war – im Prinzip kann dies auch als Wirkung der entschlossenen Haltung des Richters betrachtet werden. R. Lau lieferte im Anschluss an die erste richterliche Entscheidung einem Reporter der Zeitung Yediot nur die allgemeine Aussage, er kenne die Einzelheiten des Falls nicht, generell sei, laut Halacha, jede Minute wertvoll, es müsse jedoch jeder Fall einzeln untersucht werden.⁵⁶⁸

Zwei Jahre nach Itais Tod, im Februar 2000, veranstaltete die medizinische Fakultät der Hadassah Universität Jerusalem ein Seminar zum Thema „das Recht in Würde zu sterben“, in welchem der damalige Gesundheitsminister Schlomo Benizri öffentlich verkündete, er verpflichte sich eine Kommission zu gründen, mit der Aufgabe sich mit den Problemfeldern

⁵⁶¹ Reznik ebenda, 24.

⁵⁶² ebenda.

⁵⁶³ Zur Frage warum Barabasch nicht schon gegen Talgams Urteil bezüglich Arad Einspruch einlegte, existieren unterschiedliche, widersprüchliche Aussagen in der israelischen Tagespresse. Laut einer davon habe Barabasch behauptet, Arads Tod habe nicht aus seiner Trennung vom Respirator resultiert, er sei nicht vom Respirator abhängig gewesen, was ein wesentlicher Unterschied zwischen ihm und dem anderen Fall wäre, s. Reznik 1998, 1a, 11a u. 20.

⁵⁶⁴ übers. n. ebenda.

⁵⁶⁵ ebenda.

⁵⁶⁶ ebenda.

⁵⁶⁷ Jarkoni 1996, 4.

⁵⁶⁸ ebenda.

rund um den terminalen Patienten auseinanderzusetzen und eine Lösung auf Regierungsebene zu finden. So entstand die „Steinberg-Kommission“, genannt nach ihrem Vorsitzenden Avraham Steinberg, die zwei Jahre später einen Gesetzesentwurf vorlegte, der nach weiteren zwei Jahren im Mai 2004 vom Bewilligungsausschuss genehmigt und am 6.12.2005 von der Knesset als Gesetz verabschiedet wurde.

Der durch den Fall Arad entstandene öffentliche Wirbel kann also historisch als Auslöser für die Verabschiedung des „Gesetzes des Sterbenden Kranken“ betrachtet werden.

5. Sterbehilfe in der israelischen Legislative

5.1 Historische Vorläufer des neuen Gesetzes

Im Jahre 1992 wurde der Knesset ein Entwurf zur gesetzlichen Festlegung der Patientenrechte vorgelegt, welcher den folgenden Paragraphen enthielt:

„10. Ein terminaler Patient hat das Recht in Würde zu sterben und gemäß den Grundsätzen seiner Weltanschauung und seines Glaubens, und, sofern möglich, im Beisein eines Menschen, den der Patient wünscht, und der behandelnde Arzt und die medizinische Anstalt haben ihn bei Realisierung dieses seines Rechts zu unterstützen und alles, was seine Würde gefährden könnte, zu vermeiden.“

Das Gesetz wurde in der ersten Lesung nur unter der Bedingung angenommen, dass Paragraph 10 aus dem Entwurf entfernt werde.

Es folgten heftige Debatten auf der Suche nach einer akzeptablen Formulierung einer gesetzlichen Herangehensweise zum terminalen Patienten, doch in der Endfassung des Gesetzes über die Patientenrechte von 1996 fehlte jegliche gesetzliche Stellungnahme zum sterbenden Patienten, laut der Israel Medical Association aus dem Grund, dass der Gesetzesentwurf sonst niemals akzeptiert worden wäre.⁵⁶⁹

Im Jahre 1994 wurde in der Knesset die 39. Korrektur zum Strafgesetz von 1977 angenommen. In Absatz 34.13 lautet es: *„Kein Mensch kann strafrechtlich verantwortlich gemacht werden zu einer Tat, die er in einem der folgenden Fälle vollbracht hat: ... (4) hat er sie an einem Menschen, nach dessen gesetzlich gültigem Einverständnis, während einer medizinischen Handlung oder Therapie vollbracht, die das Wohl des Patienten oder das Wohl der Allgemeinheit bezwecken.“*⁵⁷⁰

Die Abgeordneten Levi und Ravitz sahen in diesem Absatz eine globale Erlaubnis aktiver Sterbehilfe, durch vage Auslegung der in dieser Korrektur enthaltenen Auflagen. Karmenitzer und Frenkel waren hingegen der Meinung besagter Absatz handelte nicht im Geringsten von Sterbehilfe, sondern beabsichtigte die Befreiung eines Arztes von Strafbarkeit im Falle des Todes eines Patienten während einer chirurgischen oder sonstigen invasivmedizinischen Prozedur.⁵⁷¹

Im Jahre 1996 veröffentlichte der damalige Vorsitzende des israelischen Gesundheitsamts Meir Oren einen Amtsbescheid, der die gegenwärtige Situation zusammenfasste und den Standpunkt des Gesundheitsamts kundgab. Aus dem Bescheid ging hervor, dass das Gesundheitsamt sich grundsätzlich den Ansatz angeeignet hatte, das Leben eines Menschen dürfe nicht gegen seinen Willen, durch Anschluss an ein Beatmungsgerät, künstlich verlängert werden. Der Bescheid ließ jedoch zu viele essentielle Fragen unbeantwortet, beispielsweise fehlte eine Stellungnahme zur Trennung vom Beatmungsgerät, Beihilfe zu Selbstmord, sowie zu aktiver Sterbehilfe.⁵⁷²

Auch die „praktischen Handlungsvorschläge“, stand aus medizinischer Sicht die Irreversibilität des terminalen Zustands eines Patienten erst einmal fest, überließen die Entscheidung, welche medizinischen Behandlungen in solchen Fällen indiziert waren und welche nicht, den Ärzten.⁵⁷³

Im Jahre 1999 wurden dem Sitzungsausschuss „Recht und Gesetz“ der Knesset zwei private Gesetzesentwürfe der Abgeordneten Avraham Yechezkel und Anat Maor unabhängig

⁵⁶⁹ Histadrut Refuit Beisrael 1997, 38.

⁵⁷⁰ Medinat Israel 1994.

⁵⁷¹ s. Steinberg 2006, Bd. 5, 265, Fußnoten 647-648.

⁵⁷² Histadrut Refuit Beisrael ebenda, 42.

⁵⁷³ Oren 2003, 82.

voneinander vorgelegt – „das Recht in Würde zu sterben“ und als Korrekturvorschlag zum Strafgesetz, „das Recht über Lebensverlängerung zu entscheiden“. Beide Entwürfe wurden zu einem vereinigt: „Enthaltung vor Lebensverlängerung – Patientenverfügungen, 2001“. Dieser Gesetzesentwurf wurde nur in der ersten Lesung angenommen.

5.2 Das Gesetz des Sterbenden Kranken

5.2.1 Allgemeines

Am 6. Dezember 2005 verabschiedete die Knesset das Gesetz des Sterbenden Kranken, nachdem die „Steinberg-Kommission“, benannt nach dem Vorsitzenden Avraham Steinberg, sich nach etwa zwei Jahren Arbeit, auf den von ihren Mitgliedern verfassten Gesetzesentwurf geeinigt hatte.

Wie erwähnt, waren es die öffentlichen Diskussionen um den Fall Arad, die letztendlich zur Gründung der „Steinberg-Kommission“ geführt hatten.

Die 59 Mitglieder umfassende Kommission, die größte, die jemals im Staat Israel zu einem festgelegten Thema gegründet worden ist⁵⁷⁴, arbeitete, unter Ausschluss der Öffentlichkeit⁵⁷⁵ ca. zwei Jahre lang am Gesetzesentwurf.

Die öffentliche Kommission zum sterbenden Patienten wurde in „Sekundärkommissionen“, gemäß dem beruflichen Hintergrund der Mitglieder und der Relevanz der jeweiligen Berufe zum behandelten Thema unterteilt⁵⁷⁶:

Kommission	Anzahl der Mitglieder
Wissenschaftlich/Medizinisch	26
Gerichtlich	13
Philosophisch/Ethisch	12
Halachisch	7
Vorsitzender	1
Gesamt	59

Jede dieser Sekundärkommissionen bestand wiederum aus einem Vorsitzenden und Mitgliedern.

Die wissenschaftlich/medizinische Kommission zum Beispiel wurde von Charles Sprung, leitender Oberarzt der Intensivstation des Hadassah-Krankenhauses in Jerusalem und Vorsitzender der Abteilung für Ethik der europäischen Vereinigung für Intensivmedizin, geleitet und bestand aus 25 Ärzten, Krankenschwestern, Sozialarbeitern und Soziologen. Diese wurden aus unterschiedlichen medizinischen Disziplinen mit größtmöglicher Relevanz zum behandelten Thema ausgewählt: Intensivmedizin, Anästhesie, Onkologie, Palliativmedizin/Hospiz, Neonatologie, Pädiatrie, Geriatrie, Kardiologie, etc.

Um eine wahrheitsgetreue Debatte zu ermöglichen, wurden Personen ausgewählt, die möglichst alle Ansichten im Staat Israel repräsentierten.⁵⁷⁷

⁵⁷⁴ Steinberg 2006, 08:40 min.

⁵⁷⁵ um freie, zwangslose Meinungsäußerung unter den Mitgliedern zu ermöglichen.

⁵⁷⁶ ebenda, 09:20 min.

⁵⁷⁷ ebenda, 09:52 min.

Männer	45				
Frauen	14				
Juden	säkular (34)	religiös- national (17)	orthodox (3)	konservativ (1)	reform (1)
Anders- gläubige	Christen (1)	Muslime (1)	Drusen (1)		

Jede der genannten Sekundärkommissionen wurde daraufhin mit der Formulierung eines Gesetzesvorschlages aus ihrer jeweiligen beruflichen Perspektive beauftragt.⁵⁷⁸

Die Kommission wählte als Grundlage für ihre Arbeit die folgenden Postulate aus, die, laut Steinberg, als allgemeingültig von der Fachliteratur akzeptiert werden, ohne wissenschaftlich oder empirisch belegt zu sein:⁵⁷⁹

- die meisten Menschen wollen nicht sterben.
- die meisten Menschen wollen am Ende ihres Lebens nicht leiden und wollen nicht, dass ihr Leben durch künstliche Maßnahmen ohne Aussicht auf Heilung verlängert wird.
- die gegebene Situation in Israel vor Verabschiedung des Gesetzes im Bezug auf den Entscheidungsprozess um den sterbenden Patienten ist verbesserungsbedürftig.⁵⁸⁰

Eine der Forderungen an das Gesetz war deshalb, einen ausgewogenen Mittelweg zwischen den ersten beiden Zielsetzungen finden, der einerseits den meisten Menschen ermöglicht zu leben, andererseits keine zusätzlichen Qualen bereitet, wenn keine Lebenserwartung mehr besteht.

Das Gesetz musste jedoch auch für an beiden Extremen angesiedelte Minderheiten Lösungen bieten, nämlich für Patienten, die entweder sofort sterben oder, so lange wie möglich, um jeden Preis leben wollen.

Ferner werden im Gesetz auch zur Meinungsäußerung Unfähige, wie Minderjährige und Patienten mit fehlender Urteilsfähigkeit berücksichtigt.

Das Gesetz bezieht sich allerdings nicht auf das gesamte Spektrum aller am Ende des Lebens Stehenden, sondern nur auf eine bestimmte Teilgruppe, wie sie im Gesetz definiert wird.⁵⁸¹

Ausgenommen wurden beispielsweise Patienten im persistierenden vegetativen Zustand, Alzheimer- und Parkinson-Patienten, solange sie die im Gesetz festgelegten Kriterien eines „Patienten am Ende des Lebens“ nicht erfüllen.⁵⁸² Ferner geht das Gesetz nicht auf Fragen bezüglich Neugeborener ein.⁵⁸³

5.2.2 Prinzipien und Zielsetzungen

Die ersten beiden Paragraphen fassen Zielsetzungen und Grundprinzipien des Gesetzes zusammen.⁵⁸⁴

1. a) *„Ziel dieses Gesetzes ist die Regelung der medizinisch-therapeutischen Einstellung zum sterbenden Patienten, durch Findung eines würdigen Ausgleichs zwischen den*

⁵⁷⁸ ebenda, 09:34 min.

⁵⁷⁹ ebenda, 12:10 min.

⁵⁸⁰ ebenda, 13:18 min.

⁵⁸¹ s. S. 98.

⁵⁸² ebenda, 15:05 min.

⁵⁸³ ebenda.

⁵⁸⁴ Medinat Israel 2005, 58.

Werten Heiligkeit des Lebens, Willensautonomie des Patienten und der Signifikanz der Lebensqualität.

- b) *Dieses Gesetz basiert auf den Werten des Staates Israel als ein jüdischer und demokratischer Staat sowie auf den Grundwerten der Moral, Ethik und Religion.*
2. *Bei der Entscheidung über die ärztliche Behandlung des sterbenden Kranken sind allein seine medizinische Verfassung, sein Wille und das Ausmaß seines Leidens maßgebend.“*

Paragraph 1 greift von den beim Umgang mit Sterbenden miteinander in Konflikt stehenden Grundwerten drei heraus: Lebensheiligkeit, Autonomie und Lebensqualität.

Mit der Festlegung man müsse einen „würdigen Ausgleich“ zwischen genannten Grundwerten finden, wird schon im ersten Paragraph deutlich, dass bei der Einstellung zum Sterbenden keiner dieser Werte absoluten Vorrang hat, es ist ein Kompromiss notwendig. Heiligkeit des Lebens zum Beispiel, ist zwar ein erhabener, jedoch kein absoluter Wert, weshalb es einerseits verboten ist, den Tod eines Menschen durch eine aktive Handlung zu nähern, andererseits muss sein Leben nicht immer verlängert werden.

Gleiches gilt für Autonomie, weshalb in den meisten Fällen der Wille des Patienten berücksichtigt werden muss, es sei denn, dieser widerspricht gesellschaftlichen Werten (d.h. von der Gesellschaft festgelegten Grenzen der Autonomie).

An keinem Ort auf der Welt, so Steinberg, wird einer dieser Werte als absolut erachtet.⁵⁸⁵ Sogar in Holland, wo aktive Euthanasie erlaubt und praktiziert wird, der Schwerpunkt also auf Patientenautonomie gelegt wird, sind dieser Grenzen gesetzt. Ein Patient hat nämlich kein Recht auf aktive Sterbehilfe, wenn er nicht an einer terminalen Erkrankung leidet oder seine Lebenserwartung sechs Monate überschreitet.⁵⁸⁶ Die Unterschiede in der Einstellung zu Sterbenden in den Gesetzen anderer Länder ergeben sich durch unterschiedliche Schwerpunktsetzung auf die jeweiligen Grundwerte, basierend auf deren jeweiligen ethisch/religiösen Grundauffassungen.

Im Staat Israel basiert der Ausgleich zwischen allen sich bei der Problematik des sterbenden Patienten anstoßenden Werten auf dessen Grundauffassung als ein jüdischer und demokratischer Staat.⁵⁸⁷

Die, so Steinberg, an die öffentliche Kommission gestellte Aufgabe war, einen Ausgleich zwischen den einander gegenüberstehenden Grundwerten, wie am Beispiel Heiligkeit des Lebens und Autonomie gezeigt, basierend auf eben diesem Wertesystem des Staates Israel zu finden. Dazu mussten jeweils die jüdischen und demokratischen Werte des Staates Israel untersucht und miteinander verglichen werden, um im Falle eines Widerspruchs in die eine oder andere Richtung zu entscheiden.

Da weder in der israelischen Demokratie noch im Judentum, wie ausführlich dargestellt, eine vollständige Einigkeit hinsichtlich der genauen Balance zwischen beiden Werten besteht, konnten die Kommissionsmitglieder zwischen mehreren Möglichkeiten auswählen.⁵⁸⁸

Ein interessantes Beispiel für die Verwirklichung der Patientenautonomie stellt Paragraph 55 des Gesetzes dar. Dieser verleiht einem Patienten das Recht auf Behandlung durch alternative Heilmethoden, falls er dies wünscht.⁵⁸⁹ Die Tatsache, dass diese von der modernen Medizin nicht anerkannt sind, ist nicht stark genug, um die Patientenautonomie einzuschränken.

⁵⁸⁵ Steinberg ebenda, 18:13 min.

⁵⁸⁶ ebenda, 20:15 min.

⁵⁸⁷ Medinat Israel ebenda, 58.

⁵⁸⁸ Steinberg ebenda, 21:25 min.

⁵⁸⁹ Medinat Israel ebenda, 71. Wird in den Augen des leitenden Oberarztes das Leben des Patienten durch besagte Heilmethoden gefährdet, darf er ihre Durchführung innerhalb des Krankenhauses untersagen.

Auch die Autonomie des Arztes wird nicht außer Acht gelassen. Laut Paragraph 56 kann dieser nicht gezwungen werden zu behandeln, bzw. nicht zu behandeln, falls er dies nicht mit seinem Gewissen oder seiner fachlichen Einschätzung vereinbaren kann.⁵⁹⁰

Paragraph 2 legt fest, dass bei der in Paragraph 1 genannten Ausgleichfindung weder finanzielle Situation, Geschlecht, Staatsbürgerschaft, noch gesellschaftliche Stellung von Patienten eine Rolle spielen dürfen, sondern nur die drei genannten Faktoren.

Laut Steinberg wird es auch nach dem neuen Gesetz schwierig bleiben genau festzulegen, ob es sich tatsächlich um eine unheilbare Krankheit entsprechend dem Gesetz handelt, was genau der Wille des Patienten ist und wie man sein Leid messen kann, um den Anwendungskriterien des Gesetzes gerecht zu werden.⁵⁹¹ Zu diesem Zweck wird im Gesetz die landesweite Einrichtung von spezialisierten Ethikkommissionen vorgeschrieben, sowie eine Landesethikkommission zur Debattierung der komplexesten Fälle. Damit soll ein breiterer Rahmen für die Diskussion von Fällen sterbender Patienten geschaffen werden, der eine gerechtere und vertiefendere Lösungsfindung versprechen soll, als durch einen einzelnen Richter, wie vor Verabschiedung des Gesetzes geschehen.

Die Beseitigung der Debatte um den sterbenden Patienten aus den Gerichtshöfen ist, so Steinberg, eine bedeutende Errungenschaft des neuen Gesetzes.⁵⁹²

6. Die Halacha im Gesetz des Sterbenden Kranken 2005

Wie aus den Worten Steinbergs verständlich, bestand bei der Formulierung eines Gesetzes zur Regelung der Einstellung zum sterbenden Kranken die wesentliche Herausforderung darin, die jüdische Sichtweise mit den gegenwärtigen Normen der israelischen Gesellschaft in einem Gesetz zu vereinigen. Notwendig war dies, damit das neue Gesetz der im Grundgesetz „Würde und Freiheit des Menschen“ verankerten Definition des Staates Israel als jüdischer und demokratischer Staat, mit entsprechender Werteorientierung, gerecht werden konnte. Es sei an die oben dargestellten Erläuterungen Elons erinnert, nach welchen die Zusammenfügung jüdischer und demokratischer Prinzipien im Staat Israel gerade durch Verfolgung der Vorgaben der jüdischen Tradition und ihrer Werte erreicht werden kann.⁵⁹³ Vor diesem Hintergrund soll untersucht werden, ob Elons Vorstellungen im Gesetz des Sterbenden Kranken verwirklicht werden konnten. Dazu werden im Folgenden ausgewählte Paragraphen des Gesetzes des Sterbenden Kranken 2005 nach ihrer Übereinstimmung mit den jeweiligen halachischen Vorgaben untersucht. Zur weiteren Vertiefung werden zu den bearbeiteten Paragraphen die wesentlichen Argumente aus den Debatten der Kommissionsmitglieder vergleichend aufgeführt.

Paragraph 8: Definition des Sterbenden Kranken

*„a) Ein verantwortlicher Arzt⁵⁹⁴ ist befugt zu entscheiden, dass ein Patient ein sterbender Kranker ist, wenn feststeht, dass der Patient an einer unheilbaren Krankheit leidet und seine Lebenserwartung, trotz medizinischer Therapie, **sechs Monate nicht überschreitet**“⁵⁹⁵*

⁵⁹⁰ ebenda.

⁵⁹¹ Steinberg ebenda, 24:13 min.

⁵⁹² ebenda, 25:30 min.

⁵⁹³ s. S. 85.

⁵⁹⁴ Gemeint ist z.B. ein Stationsarzt oder ein leitender Oberarzt der Abteilung einer medizinischen Anstalt, der für die Behandlung des sterbenden Kranken verantwortlich ist, s. Medinat Israel ebenda, 60.

⁵⁹⁵ ebenda.

Die exakte Definition des sterbenden Kranken ist selbstverständlich Dreh- und Angelpunkt des gesamten Gesetzes, da dessen Verordnungen nur dann in Kraft treten können, wenn alle Details dieser Definition erfüllt sind.

Die Definition des sterbenden Kranken in der Halacha ist nicht eindeutig. Wie oben erwähnt⁵⁹⁶ lassen sich die halachischen Prinzipien eines sterbenden Kranken am ehesten mit denen eines „Chayei Scha’a“ vergleichen. Jedoch besteht, wie ausführlich erläutert, Uneinigkeit unter den Poskim bezüglich der genauen Definition dieses Zustands. In der Praxis folgt man der Definition R. Feinstein und R. Klugers, die den zeitlichen Rahmen einer Lebenserwartung von zwölf Monaten, hervorgerufen durch eine bestimmte Erkrankung, als entscheidendes Kriterium angeben.⁵⁹⁷

Aus den Debatten der Kommissionsmitglieder⁵⁹⁸ geht hervor, dass einige einen Zeitrahmen von drei Monaten bevorzugten, da dies leichter einzuschätzen wäre.

Dennoch einigte man sich schließlich auf einen Zeitraum von sechs Monaten, da heutzutage prognostische Mittel existieren würden, die es dem Arzt erlauben einen solchen Zeitrahmen mit hoher Wahrscheinlichkeit vorausszusehen.

Man könnte sich vorstellen, dass aus säkularer Sicht das Interesse bestehen müsste den Begriff „sterbender Kranker“ so weit wie möglich auszudehnen, um die im Gesetz festgelegten Regelungen auf eine größere Fallzahl applizieren zu können.

Eine Ausdehnung des Begriffs „sterbender Kranker“ auf eine Lebenserwartung von zwölf Monaten, wie in der Halacha, musste jedoch aufgrund der untragbar großen Ungenauigkeit der Prognose eingeschränkt werden.

Paragraph 15: Unterlassung einer medizinischen Behandlung beim mündigen sterbenden Patienten

„a) Verweigert ein mündiger sterbender Patient die Verlängerung seines Lebens, gilt es seinen Willen zu respektieren und medizinische Behandlungen an ihm zu unterlassen.

b) Den Therapeuten des unter a) genannten sterbenden Patienten ist die Pflicht auferlegt eine angemessene Bemühung zu unternehmen den Patienten zu überzeugen, Sauerstoff sowie Nahrung und Flüssigkeit, auch durch künstliche Mittel, zu akzeptieren, sowie notwendige Standardtherapien von Begleit- und Hintergrunderkrankungen und Schmerztherapie.“⁵⁹⁹

Beim Vergleich von Absatz a) mit den erarbeiteten halachischen Normen fallen zwei wesentliche Unterschiede auf. Erstens ist laut Gesetz für das Anliegen des Patienten nicht behandelt zu werden kein besonderes Motiv erforderlich. Folglich kann selbst ein sterbender Patient, der an seiner Krankheit nicht leidet, bzw. keinen ersichtlichen Grund für seine Verweigerung angibt, nicht zur Behandlung gezwungen werden.

Zweitens werden „medizinische Behandlungen“ nicht wie in der Halacha in Behandlungen der unheilbaren Grunderkrankung und Behandlung von Begleiterkrankungen und Komplikationen unterteilt.⁶⁰⁰

Daraus ergibt sich für den sterbenden Patienten das Recht auf Verweigerung *jeder* Behandlung, sogar ohne jeglichen Zusammenhang mit der Erkrankung, die ihn in den Zustand eines sterbenden Patienten versetzt hat, wie zum Beispiel Nahrungsaufnahme.

⁵⁹⁶ s. 3.1.2.3, S. 34.

⁵⁹⁷ s. ebenda.

⁵⁹⁸ Steinberg 2006 Bd. 5, 272-273.

⁵⁹⁹ Medinat Israel ebenda, 62.

⁶⁰⁰ Erstere dürfen grundsätzlich unterlassen werden, letztere nicht, s. 3.7.2.

Auf den ersten Blick hat die Kommission hier zugunsten des bioethischen Verständnisses von Autonomie, gegen die Ansicht der Halacha entschieden, man vergleiche das rabbinische Urteil von 1995.⁶⁰¹

Grundlage für die Entscheidung der Kommission war folgender Streitpunkt zwischen den Kommissionsmitgliedern⁶⁰²:

Einige waren der Ansicht, ein Mensch habe keine Herrschaft über seinen Körper, um sich durch Verweigern von Routinebehandlungen, vor allem Nahrung und Flüssigkeit, das Leben zu nehmen, sofern kein Zusammenhang zwischen genannten Behandlungen und der medizinischen Ursache, die zum Eintritt seines unheilbaren Zustandes geführt hatte besteht. Demzufolge, müssten genannte Behandlungen selbst dem sterbenden Patienten aufgezwungen werden.

Andere argumentierten, dass schon in den Patientenrechten das Recht eines mündigen Patienten auf Verweigerung jeglicher Therapie verankert sei, ferner sei Autonomie der dominierende Wert in solchen Fällen, weshalb jeder Wunsch des sterbenden Patienten nach Behandlungsverweigerung respektiert werden müsse, sogar die Verweigerung von Standardbehandlungen⁶⁰³ und Nahrung.

Die Kommissionsmitglieder einigten sich schließlich darauf, es sei nicht angemessen jemanden den Hungertod oder durch Vorenthaltung von Standardtherapien sterben zu lassen ohne, wie in Absatz b) festgelegt, mit einem Höchstmaß an Bemühung zu versuchen ihn zu überzeugen genannte essentielle Therapien zu akzeptieren. Andererseits waren sich die Kommissionsmitglieder darin einig, man könne ihn, sofern die Überzeugungsversuche gescheitert sind, nicht zur Behandlung zwingen und zwar aus folgenden Gründen:

- Eine aufgezwungene Behandlung könnte dem Patienten seelischen Schaden zufügen und dadurch seinen Tod noch beschleunigen.
- Der Zwang zur Behandlung würde unter Umständen die Fesselung des Patienten und eine invasive Behandlung notwendig machen – ein derartiges Vorgehen bei einem mündigen Menschen kann nicht mit der Würde des Menschen vereinbart werden.
- Praktisch ist ein solches Vorgehen beinahe unmöglich.

Es erfordert ein großes Maß an Empathie um herauszufinden aus welchem Grund ein erwachsener Mensch, noch dazu ein Schwerkranker, eine natürliche und existentielle Handlung, wie Nahrungsaufnahme verweigert.

In einer in dieser Arbeit bereits erwähnten Response⁶⁰⁴ ging R. Feinstein auf die Problematik der praktischen Umsetzung des Zwangs ein. Aus R. Feinsteins Worten geht (zwischen den Zeilen) hervor, man soll versuchen ihn zu zwingen bzw. zu überzeugen, je nach Persönlichkeit und Geisteszustand des Patienten. Dadurch kann man möglicherweise auf das Motiv für seine Verweigerung stoßen und entsprechend reagieren. Gelingt es nicht und der Patient weigert sich weiterhin hartnäckig, soll man von ihm ablassen und ihn nicht gewaltsam zwingen, denn dadurch läuft man Gefahr dem Patienten zu schaden und erreicht nicht Lebensverlängerung, sondern möglicherweise das Gegenteil.

Diese Überlegungen führen zur selben Lösung wie diejenigen der Gesetzeskommission, nämlich die im zweiten Absatz des Paragraph 15 dem behandelnden Arzt auferlegte Pflicht zu versuchen den sich weigernden Patienten zur Akzeptanz genannter Behandlungen zu überzeugen, ihn jedoch nicht gewaltsam zu behandeln.

⁶⁰¹ s. S. 74-75.

⁶⁰² Steinberg 2006 Bd. 5, 283-284.

⁶⁰³ z.B. Antibiotika, Behandlung von Begleiterkrankungen und Komplikationen, s. Medinat Israel ebenda,

^{62.}
⁶⁰⁴ s. 3.2.3, S. 49; 3.7.3

Absatz b) des Paragraph 15 spiegelt, laut Steinberg⁶⁰⁵, die im Vergleich zu gesetzlichen Lösungen anderer Staaten für den Staat Israel einzigartige Hervorhebung des Lebenswertes wider, die hier gerade in der Pflicht zur Überzeugung des Patienten im Gegensatz zur erzwungenen Lebensverlängerung ihren Ausdruck findet. Somit stellt Paragraph 15 ein interessantes Beispiel für die Vereinigung halachischer und demokratischer Werte dar.

Die vier folgenden Paragraphen werden gemeinsam diskutiert:

Paragraph 16: Unterlassung einer medizinischen Behandlung beim unmündigen sterbenden Patienten

„a) Bei einem unmündigen sterbenden Patienten, der schwere Qualen erleidet, bei welchem gemäß Paragraph 5b) festgelegt worden ist, dass er die Verlängerung seines Lebens nicht wünscht, sollen medizinische Behandlungen, die auf seine unheilbare Krankheit gerichtet sind, unterlassen werden. Darunter fallen Diagnosemaßnahmen, chirurgische Eingriffe, Reanimation, Anschluss an ein Beatmungsgerät, chemotherapeutische Behandlungen, Bestrahlung oder Dialyse, all dies seinem Willen entsprechend, wie in Paragraph 5b) festgelegt.

- b) 1) *In diesem Absatz, „Begleittherapie“ - medizinische Behandlung des sterbenden Patienten, welche nicht auf seine unheilbare medizinische Kondition gerichtet ist, einschließlich zur Behandlung von Begleit- oder Hintergrunderkrankungen notwendige Standardtherapien und Schmerztherapie sowie Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, sogar durch künstliche Maßnahmen.*
- 2) *Einem sterbenden Patienten wie in Absatz a) darf keine Begleittherapie vorenthalten werden, selbst dann, wenn sein Wille, wie gemäß Paragraph 5b) festgelegt, es ist auf besagte Therapie zu verzichten.“⁶⁰⁶*

Paragraph 19: Verbot der aktiven Tötung

„Es liegt außerhalb der Weisung dieses Gesetzes eine Handlung, einschließlich einer medizinischen Behandlung, zu erlauben, die darauf abzielt zu töten, oder deren Ergebnis, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, unter anderem Verursachung von Tod ist, sei es aus Gnade und Mitleid oder nicht, sei es auf Wunsch des sterbenden Patienten oder einer anderen Person, oder nicht.“⁶⁰⁷

Paragraph 20: Verbot von Beihilfe zum Suizid

„Es liegt außerhalb der Weisung dieses Gesetzes eine Handlung, einschließlich einer medizinischen Behandlung, zu erlauben, die Beihilfe zum Suizid beinhaltet, sei es aus Gnade und Mitleid oder nicht, sei es auf Wunsch des sterbenden Patienten oder einer anderen Person, oder nicht.“⁶⁰⁸

Paragraph 21: Verbot der Unterbrechung einer kontinuierlichen medizinischen Behandlung
„Es liegt außerhalb der Weisung dieses Gesetzes die Unterbrechung einer kontinuierlichen medizinischen Behandlung eines sterbenden Kranken zu erlauben, die seinen Tod herbeiführen kann, egal ob er mündig oder unmündig ist; indes ist erlaubt von der Erneuerung einer kontinuierlichen medizinischen Behandlung abzusehen, die unbeabsichtigt

⁶⁰⁵ Steinberg ebenda (Fallbeispiel 1), 07:20 min.

⁶⁰⁶ Medinat Israel ebenda, 62.

⁶⁰⁷ ebenda, 63.

⁶⁰⁸ ebenda.

oder nicht gegen die Weisung des Gesetzes unterbrochen worden ist, auch ist erlaubt von der Erneuerung einer periodischen medizinischen Behandlung abzusehen und all dies gemäß den Verordnungen unter Abschnitt 3⁶⁰⁹.⁶¹⁰

Diese vier Paragraphen beschäftigen sich mit dem Thema der Euthanasie, bzw. passiver Sterbehilfe, sie riefen die heftigsten Debatten unter den Mitgliedern der Steinberg-Kommission hervor.⁶¹¹ Alle Kommissionsmitglieder waren sich zwar einig, dass zwischen dem Wert des Lebens und dem Wert der Autonomie abgewogen werden muss⁶¹², jedoch bestand der wesentliche Streitpunkt in der Findung einer geeigneten Grenze zwischen beiden miteinander in Konflikt stehenden Werten.

Während die extremen Auslegungsformen beider Werte, aktive Tötung beziehungsweise uneingeschränkte Behandlung, beinahe einstimmig abgelehnt wurden, erwies sich insbesondere die große Anzahl üblicher und möglicher medikamentöser und chirurgischer Behandlungsformen sowie diagnostischer Maßnahmen als moralische Grauzone. Hier erwies sich der Ansatz der Halacha als hilfreich, der unter anderem zwischen Therapie der Grunderkrankung und Therapie von Begleiterkrankungen, sowie zwischen aktiver Beendigung des Lebens und passivem Unterlassen der Lebensverlängerung unterscheidet. Dieser Ansatz stellte sich als wegweisend für die Argumentationslinie im Rahmen der Auseinandersetzungen der Gesetzeskommission heraus, wie dem Rechenschaftsbericht zu entnehmen ist, und wurde schließlich in die Endfassung des Gesetzesvorschlags übernommen. Hier in Kurzform einige Ansichten der Kommissionsmitglieder⁶¹³:

Einige waren der Auffassung der Wert des Lebens habe Vorrang vor Autonomie, sofern es sich um aktive Tötung und Beihilfe zum Suizid handelt, jedoch gebühre Autonomie der Vorzug bezüglich jeder Art von Behandlung, einschließlich Ernährung und Sauerstoff und ohne zwischen den verschiedenen Behandlungsarten zu unterscheiden.

Andere entgegneten, es gäbe sehr wohl einen erheblichen rechtlichen und moralischen Unterschied zwischen dem passiven Fernhalten von einer Handlung und einer aktiven Maßnahme, auch wenn das Resultat beider, der Tod des Patienten, identisch sei. Im ersten Fall nämlich sterbe er an seiner Erkrankung, ohne menschliches Eingreifen, während im zweiten Fall die Handlung selbst den Tod des Patienten herbeiführe.

Einer dritten Ansicht zufolge seien Unterlassung und Beendigung einer Behandlung aus moralischer Sicht zwar identisch, die Ethik des Ärzteberufs verpflichte jedoch zu einer Differenzierung, denn die Pflicht des Arztes sei Leben zu erhalten und nicht es zu verkürzen. Das eigenhändige Abbrechen einer Therapie widerspreche daher der ärztlichen Berufsethik. Andere Kommissionsmitglieder fürchteten den Effekt des „rutschigen Abhangs“ („slippery slope“), da der gedankliche Abstand zwischen Genehmigung des Abbruchs einer fortlaufenden Therapie und aktiver Tötung oder Beihilfe zum Selbstmord kein großer ist. Der Halacha zufolge sind passive Enthaltung von lebensverlängernden Maßnahmen und aktive Unterbrechung dieser sehr wohl voneinander zu unterscheiden; letztere sei nämlich mit in Paragraph 19 verbotenem Mord identisch. Dasselbe Verbot gilt für die Enthaltung von Nahrung (Paragraph 20). Andererseits sind die meisten Poskim der Ansicht, dass die Einstellung von Behandlungen, die auf die Grunderkrankung gerichtet sind und nur das Leben des Patienten ein wenig verlängern, ohne ihn heilen zu können, erlaubt ist. Ein Possek stellt die Bedingung, dass besagte Behandlungen schwere und neue Qualen bereiten, die Mehrheit

⁶⁰⁹ Abschnitt 3 des „Gesetzes des Sterbenden Kranken“ 2005 trägt die Überschrift: „ein sterbender Patient, der nicht wünscht, dass sein Leben verlängert wird“ und enthält die Paragraphen 15 bis 18.

⁶¹⁰ ebenda.

⁶¹¹ Steinberg 2006 Bd. 5, 290.

⁶¹² ebenda.

⁶¹³ ebenda, 294.

der Poskim jedoch ist der Meinung, dass allein die Tatsache, es werde ein qualvolles Leben ohne Heilungsaussicht verlängert, Grund genug für die Einstellung solcher Behandlungen ist. Vergleicht man Paragraph 15 und 16 bezüglich Behandlung unheilbarer Grunderkrankungen miteinander, besteht kein Unterschied zwischen mündigen und unmündigen Patienten, beide werden von der Behandlungspflicht befreit. Bezüglich Behandlung von Begleiterkrankungen sowie essentiellen menschlichen Bedürfnissen, wie Nahrung und Sauerstoff jedoch, verpflichtet das Gesetz zur Behandlung unmündiger, nicht aber mündiger Patienten, auch wenn der Wille des zur Echtzeit unmündigen Patienten nicht behandelt zu werden (durch einen gesetzlichen Vormund oder eine Patientenverfügung) bekannt ist. Dem Rechenschaftsbericht zufolge beruht diese Entscheidung auf einer Kompromisslösung unter den Kommissionsmitgliedern: da bei einem unmündigen Patienten nicht die Möglichkeit besteht ihn gemäß Paragraph 15 von der Akzeptanz der Therapie zu überzeugen, ist eine Vorenthaltung besagter Behandlungen als Beihilfe zum Suizid zu werten; ferner wehrt sich der Unmündige nicht gegen seine Ernährung, „*weshalb die Verletzung der Menschenwürde durch Verhungern oder Verdursten schwerwiegender ist, als ihre Verletzung durch Nichterfüllung seines Willens*“⁶¹⁴.

Man kann zusammenfassen, dass die jüdische Halacha durchaus eine dominante Stellung im Gesetz des Sterbenden Kranken 2005, zumindest in den schwerwiegendsten ethischen Dilemmata, eingenommen hat. Als Ursache dafür darf angenommen werden, dass die menschliche Argumentations- und Ansichtswiese der Halacha letztendlich auch die vehementen Befürworter der Autonomie unter den Kommissionsmitgliedern überzeugen konnte.

7. Schluss

Die vorliegende Dissertation befasste sich mit der Sichtweise der jüdischen Halacha zu ausgewählten Dilemmata beim Umgang mit sterbenden Patienten sowie praktischen Lösungsansätzen unter den gegenwärtigen Umständen moderner Medizin. Nach Darstellung der juristischen Situation im Staat Israel wurde schließlich auf den Einfluss dieser halachischen Lösungsansätze auf das 2005 verabschiedete israelische Gesetz des Sterbenden Kranken eingegangen.

Dazu wurde zunächst die Einstellung des Judentums zu den Grundsatzfragen, die den Auseinandersetzungen rund um den Sterbenden zugrunde liegen, aus der halachischen Literatur herausgearbeitet. Explizit wurden dabei Wert bzw. Heiligkeit des Lebens, Definition des ärztlichen Aufgabenbereichs, sowie die damit einhergehenden Pflichten des Arztes gegenüber seinen Patienten, Autonomie, bzw. Selbstbestimmungsrecht des Patienten sowie die Einstellung zu Qualen diskutiert. Anschließend wurde ein relevanter Abschnitt aus dem im 16. Jahrhundert entstandenen elementaren jüdischen Gesetzeskodex, Schulchan Aruch, analysiert und daran beispielhaft aufgezeigt, wie ein fünfhundert Jahre altes, halachisches Prinzip zur Lösung des gegenwärtigen Euthanasieproblems angewandt wird. Nach Aufführung praktischer Maßnahmen, die gegenwärtig laut jüdischem Gesetz bei Sterbenden angewandt bzw. nicht angewandt werden dürfen, folgte die Darstellung der juristischen Situation im Staat Israel vor Verabschiedung des die Einstellung zum Sterbenden regelnden Gesetzes, anhand von drei beispielhaften Gerichtsfällen, woran die Notwendigkeit eines solchen verdeutlicht wurde. Im letzten Teil der Arbeit wurde nach einer Beschreibung von Aufbau und Prinzipien des „Gesetzes des Sterbenden Kranken“, dieses nach Übereinstimmung mit der Ansicht der jüdischen Halacha untersucht.

⁶¹⁴ ebenda, 295.

Aus jüdischer Sicht besitzt jeder Augenblick menschlichen Lebens einen eigenständigen, unfassbaren Wert, dies ist mit dem Begriff ‚Heiligkeit des Lebens‘ gemeint. Dieser eigenständige Wert des Lebens ist unabhängig vom biologischen Alter des Menschen und bleibt auch einem sterbenskranken Patienten bis zu den letzten Atemzügen, solange er noch lebt, erhalten. Im Rahmen der Halacha drückt sich dies in der Aufhebung beinahe aller Gebote, sofern ein Leben dadurch in Gefahr geraten könnte, aus. Daher ist es wichtig den Zeitpunkt des Beginns des Sterbeprozesses festzustellen, um diesen durch äußere Handlungen nicht zu beschleunigen, vergleichbar mit einer flackernden Kerze, kurz vor dem Erlöschen. Führt eine derartige, mit der falschen Absicht durchgeführte, Handlung zum frühzeitigen Ableben des Patienten, ist sie, zumindest moralisch, mit Mord identisch.

Das Bestehen verschiedener halachischer Bezeichnungen für einen Sterbenden, die sich unter anderem hinsichtlich der Lebenserwartung voneinander unterscheiden, erschwert den gegenwärtigen Poskim eine eindeutige Definition des heutigen Sterbenden. Während nämlich den Weisen früherer Generationen verlässliche Anzeichen zur Feststellung dieses Zustands bekannt waren, beruht die Schätzung der Lebenserwartung heutzutage, da Mittel zur künstlichen Lebensverlängerung zu Verfügung stehen, auf indirekten Parametern wie z.B. Überprüfung der Organfunktionen.

Die von der Torah dem Arzt erteilte ausdrückliche Erlaubnis zu heilen beweist, dass die Ausübung des Arztberufs keinen Eingriff in die göttliche Providenz darstellt. Vielmehr belegen einige Torahquellen, dass die ärztliche Tätigkeit eine gewollte und erhabene Pflicht ist. Der scheinbar resultierende direkte Widerspruch dieser Ärztepflcht zum autonomen Selbstbestimmungsrecht des Patienten, lässt sich durch einen vertiefenden Blick auf die jüdische Interpretationsweise der Patientenautonomie relativieren. Die Betrachtung des menschlichen Lebens als Darlehen, verpflichtet den Menschen damit vorsichtig und verantwortungsbewusst umzugehen, genau wie es von ihm mit einer äußerst wertvollen materiellen Leihgabe erwartet würde. Diese oberste Pflicht ist es, die den Patienten zur Auswahl (‚Selbstbestimmung‘) der Behandlung, des Arztes und in gewissen Fällen sogar zur Verweigerung einer riskanten Behandlung berechtigt.

Obwohl das Erdulden von Qualen tugendhaft ist, verpflichtet die Halacha nicht dazu. Ein unheilbar Kranker, der an seiner Erkrankung leidet, darf auf die Durchführung qualvoller, lebensverlängernder Maßnahmen verzichten, und sich sogar schmerzlindernden Behandlungen unterziehen lassen, die andernfalls verboten sind, wie z.B. Kastration. Ferner vermag Schmerzfreiheit allein, durch Beseitigung der Stressreaktion, eine gewisse Lebensverlängerung zu bewirken.

Emotionelle Distanz, Professionalität sowie Moralität und Gottesfurcht sind die gefragten Tugenden, während auf den sterbenden Menschen die erwartenden Augen seiner Familie und der Gesellschaft gerichtet sind. Der Arzt und der Rabbiner sind diejenigen, die in solch schweren Momenten diese Tugenden am besten zur Geltung bringen können, weshalb gerade ihnen die Entscheidungskraft in diesen Fällen obliegt.

Das im Schulchan Aruch aufgeführte Prinzip der Hindernisentfernung gewährt einen Einblick in die jüdische Einstellung zu passiver Euthanasie. Die umfangreiche Kommentarliteratur zum Schulchan Aruch, in der zahlreiche Bedingungen und Einschränkungen genannt werden, spiegelt die große Vorsicht der Gelehrten wider, um bei Ableitung allgemeingültiger Richtlinien nicht gegen die Heiligkeit des Lebens zu verstoßen. Das Leid des Patienten, die Unheilbarkeit seiner Erkrankung, die Nähe des bevorstehenden Todes, die Eigenschaft und Funktion der zur Lebensverlängerung angewandten Mittel und ihre Nähe zum Körper des Sterbenden sind nur einige Parameter, die zur Entscheidung beitragen, ob der Individualfall mit den Vorgaben des Schulchan-Aruch-Prinzips in Einklang stehen. Die wichtige Unterscheidung zwischen einer kontinuierlichen Behandlung, wie künstliche Beatmung und

einer Einzelbehandlung, zeigt, dass auch halachisch erlaubte, passive Euthanasieformen nur begrenzt als ‚Hindernisentfernung‘ im wörtlichen Sinn bezeichnet werden können. Drei beispielhaft aufgeführte Gerichtsfälle unheilbar Kranker, die in israelischen Gerichtshöfen für ihr Recht nicht weiterzuleben plädierten, lassen erkennen, wie der unterschiedlich starke Einfluss halachischer Vorgaben sich jeweils auf das Urteil auswirkte. Den Vorgaben der Halacha gegenüber stand die nach Autonomie strebende, auf das Recht würdevoll zu sterben plädierende Gesellschaft, wie in der Reaktion der israelischen Presse auf die jeweiligen Urteilsprüche deutlich zu erkennen war. Ferner beeinflussten Persönlichkeit und Weltanschauung des Richters das jeweilige Urteil erheblich. Die richterliche Genehmigung aktiver Lebensverkürzung im letzten der besprochenen Fälle bedeutete das Überschreiten einer moralischen Grenze, die sich mit den Werten Israels, als jüdischer Staat, nicht mehr vereinbaren ließ und war deshalb ein wesentlicher Auslöser für die Formulierung eines diesbezüglich wegweisenden Gesetzes.

Die an das 2005 verabschiedete Gesetz des Sterbenden Kranken gestellte Herausforderung war deshalb, den originellen Einfluss jüdischer Werte mit den Normen einer modernen israelischen Gesellschaft vor dem Hintergrund der Vielfalt neuer medizinisch-technischer Möglichkeiten zu vereinbaren und gleichzeitig erstere spürbar zur Geltung zu bringen. Die Argumentationslinie der jüdischen Halacha, die zwischen Behandlung von Grund- bzw. von Begleiterkrankungen sowie zwischen aktiver Beendigung des Lebens und passivem Unterlassen der Lebensverlängerung unterschied, erwies sich bei den meistumstrittenen Paragraphen zur Regelung passiver Sterbehilfe als wegweisend.

So zeigt sich die zu Beginn dieser Dissertation aufgeworfene Hypothese, die jüdisch-halachische Tradition hinsichtlich ihrer Anpassungsfähigkeit an gesellschaftliche Änderungen sowie medizinisch-technologische Entwicklungen, am Beispiel des terminalen Patienten überprüft, als zutreffend.

8. Literaturverzeichnis

Anmerkungen:

- Da in der hebräischen Primärliteratur, zu der die Bibel, der Talmud, sowie der Schulchan Aruch mitsamt seiner Kommentare zählen, eine von der Druckausgabe unabhängige, einheitliche Vers- bzw. Seitennummerierung besteht, wurde die dementsprechende universelle Zitierweise auch in der vorliegenden Dissertation verwendet. Übersetzte sowie kommentierte Ausgaben wurden nach den gängigen Regeln für das Zitieren von Sekundärliteratur aufgeführt.

- Zitierweise in den Fußnoten:

- Die Angabe biblischer Quellen lautet: Buch Kapitel, Vers, z.B. Schmot 18, 13.

- Die Angabe von Quellen aus dem babylonischem Talmud lautet: Traktat, Blatt Seite (a oder b), z.B. Schabbat, 10a.

- Die Angabe von Quellen aus dem Jerusalemer Talmud lautet: Traktat Kapitel, Halacha, z.B. Pea 2, 6.

- Die vier Kolumnen des Schulchan Aruch von Rabbi Josef Karo (Orach Chaim, Jore Dea, Even Ha'ezer und Choschen Mischpat) sind in „Simanim“ - Zeichen und „Se'ifim“ - Absätze eingeteilt. Die zahlreichen Kommentare zum Schulchan Aruch sind in allen gängigen Ausgaben um den Haupttext herum gedruckt. Die Anmerkungen des Rabbi Moses Isserles sind, mit dem Kürzel „Rama“ versehen, kleingeschrieben im Haupttext eingefügt. Die Zeichen- und Absatzangabe eines Kommentars bzw. einer Anmerkung zum Schulchan Aruch ist daher identisch mit der des Urtextes, auf den er sich bezieht.

Beispiel:

Kolumne Zeichen, Absatz.

Jore Dea 339, 1. (Schulchan Aruch Urtext)

Isserles Jore Dea 339, 1. (Anmerkung)

- Bei Hebräischen Quellen folgt, wo relevant, die deutsche Übersetzung des Originaltitels jeweils in Klammern.

- Da im hebräischen Alphabet jeder Buchstabe einen bestimmten Zahlenwert besitzt, erfolgen Band-, Jahres- und Seitenangabe in der hebräischen Literatur häufig als Buchstabenkode. Wo immer dies in den hier aufgeführten Quellen der Fall war, wurde der Buchstabenkode als dementsprechender Zahlenwert angegeben.

A. Hebräische Primärliteratur

1. Torah (Pentateuch, „Die fünf Bücher Moses“)
 - i. Bereschit (Genesis)
 - ii. Schmot (Exodus)
 - iii. Vajikra (Levitikus)
 - iv. Bamidbar (Numeri)
 - v. Devarim (Deuteronomium)
2. Propheten
 - i. Melachim a
 - ii. Jona
 - iii. Zecharia
3. Psalmen
4. Mischna: Traktat Sanhedrin, Kap. 4.
5. Talmud Bavli (Babylonischer Talmud), Traktate:
 - i. Brachot

- ii. Schabbat
 - iii. Joma
 - iv. Schottenstein-Ausgabe des Babylonischen Talmud mit zusätzlichen Anmerkungen und Erklärungen. Traktat Joma. Bd. 2. New York 1998.
 - v. Eruvin
 - vi. Psachim
 - vii. Jevamot
 - viii. Sota
 - ix. Gittin
 - x. Kiduschin
 - xi. Baba Mezia
 - xii. Avot
 - xiii. Makkot
 - xiv. Sanhedrin
 - xv. Ketubot
6. Talmud Jeruschalmi (Jerusalem Talmud), Traktate:
- i. Brachot
 - ii. Pea
 - iii. Joma
7. Kommentar zum Pentateuch: Raschi (Schlomo ben Jizchak)
8. Kommentare zum Talmud:
- i. Raschi (Schlomo ben Jizchak)
 - ii. Tosfot

B. Hebräischsprachige Quellen

9. Auerbach, Schlomo Zalman; Eljaschiv, Josef Schalom; Wosner, Schmu'el Halevi, et al.: Tipul Bechole Sofani (Behandlung des Sterbenden Kranken). Assia 59-60 (1997) S. 45.
10. Avraham, Avraham Sofer: Nischmat Avraham. Bd.2. 1.Aufl. Jerusalem 1993.
11. Avraham, Avraham Sofer: Nischmat Avraham. Bd.4. 1.Aufl. Jerusalem 1993.
12. Avraham, Avraham Sofer: Nischmat Avraham. Bd.2. 2.Aufl. Jerusalem 2007.
13. Bar-Ilan, Naftali; Bar-Ilan, Yechiel: Kfiat Tipul Refui (Zwang zu medizinischer Behandlung). In: Tchumin Bd. 25. Hrsg. v. Israel Rosen. Alon Schvut 2005. S. 22-40.
14. Bavad, Josef: Minchas Chinuch. Bd.1. 10.Aufl. Jerusalem 1997.
15. Bavad, Josef: Minchas Chinuch. Bd.2. 10.Aufl. Jerusalem 1997.
16. Britbard, Ronia; Lahav, Dan: Skira banosse: Chakika benosse hamatot chesed beanglia, Holland, Kanada, Germania we'arhab (Übersicht zum Thema: Legislatur in Sachen Gnadentötung in England, Holland Kanada, Deutschland und den Vereinigten Staaten). Haknesset. 2003.
17. CA 506/88 – Yael Shefer [a minor] v. State of Israel; IsrSC 48(1) 87-199.
18. Chevrei Va'adat Steinberg: Haza'at Chok: Hachole Hanote Lamut 5762-2002 im hey'arot vehearot (Mitglieder der Steinberg-Kommission: Gesetzesvorschlag: Der Sterbende Kranke 5762-2002 mit Anmerkungen und Erläuterungen). Assia 69-70 (2002) S. 24-58.
19. Eisenberg, Jehuda; Domovitz, Amiram: Tora Misinai. 5. Aufl. Tel Aviv 1995.
20. Epstein, Baruch Halevi: Torah Tmima Devarim. Vilna 1904.
21. Epstein, Yechiel Michel Halevi: Aruch Haschulchan. Jore Dea Bd. 2. Warschau 1905.

22. Epstein, Miran: Hazchut lamut bechavod beisrael (Das Recht in Würde zu sterben in Israel). In: Refua umischpat – Sefer hajowel (Medizin und Recht – das Jubelbuch). November 2001. Hrsg. v. Amichai Levi. Petach Tikva 2001. S. 240-255.
23. Friedman, Natan Zvi: Zav Hachaim Lesche'elat ‚Hamatat Chessed‘ (Lebensweisung zur Frage der Gnadentötung). In: Hatora Wehamedina (Die Torah und der Staat). Tel Aviv 1953. S. 227-232.
24. Gnizi, Jakob: Chovat Harofe al pi Hahalacha letapel bechole sofani hamesarew letipul refui (Die halachische Pflicht des Arztes den behandlungsverweigernden terminalen Patienten zu behandeln). Assia 67-68 (2001) S. 51-71.
25. Goldberg, Zalmen Nechemia: Hafsakat Hanschama Melachutit Bechole Anusch (Unterbrechung künstlicher Beatmung bei unheilbar Kranken). In: Hachole Hasofani Hanote Lamut. Assufat Maamarin (Der terminale Patient. Artikelsammlung). Hrsg. v. Mordechai Halperin. 2.Aufl. Jerusalem 2003. S. 92-101.
26. Goldberg, Zalmen Nechemia: Hanote Lamut – Tschuwot Hilchatiot (Der Sterbende – halachische Antworten). In: Hachole Hasofani Hanote Lamut. Assufat Maamarin. Hrsg. v. Mordechai Halperin. 2. Aufl. Jerusalem 2003. S. 68-71.
27. Goren, Uri: Psak Din „Ejal“, H“P 1141/90 (Urteilsspruch „Ejal“). In: Hachole Hasofani Hanote Lamut. Assufat Maamarin. Hrsg. v. Mordechai Halperin. 2. Aufl. Jerusalem 2003. S. 129-135.
28. Hakohen, Israel Meir: Biur Halacha Kommentar zu Mischna Brura. Schabbat.
29. Halevi, Chaim David: Nituk Chole Sche'afssu Sikujaw Lichjot Mimchonot Hanschama Melachutit (Trennung des Kranken ohne Lebensaussicht vom Respirator). In: Tchumin Bd.2. Hrsg. v. Itamar Warhaftig. Alon Schwut 1981. S. 297-305.
30. Halperin, Mordechai: Hachlatat Moezet Harabanut Harashit benosse hahashtalot (Die Entscheidung des Rats der Oberrabbiner zum Thema Transplantation). In: Assia Bd.7. Hrsg. v. Mordechai Halperin. Jerusalem 1993. S. 123-124.
31. Halperin, Mordechai: Kavim Achadim Ledarko Shel HGRS“Z Auerbach sz“1 behilchot Refuah uPikuach Nefesh (Vereinzelte Richtlinien zur Methodik des R. S. Z. Auerbach s.A. in Halachot Medizin und Lebensgefahr). In: Assia Bd.9. Hrsg. v. Mordechai Halperin. Jerusalem 2003. S. 195-239.
32. Halperin, Mordechai: Kviat Rega Hamavet. Assufat Maamarim (Bestimmung des Moments des Sterbens. Artikelsammlung). Hrsg. v. Mordechai Halperin. 2. Aufl. Jerusalem 2007.
33. Halperin, Mordechai: Meniat tipul bechole ALS wehamatat chessed. Hameschutzaf wehaschone be'in Psak Halacha le'hachra'at schofet (Therapieverweigerung bei einem ALS-Patienten und Gnadentötung. Das Gemeinsame und das Unterschiedliche zwischen halachischem Entscheid und richterlichem Urteil). Assia 59-60 (1997) S. 61-65.
34. Halperin, Mordechai: Tipul Bechole Sofani (Behandlung des terminalen Patienten). Assia 59-60 (1997) S. 45.
35. Histadrut Refuit Beisrael: Hachole Hanote Lamut (Der Sterbende Patient). In: Trumat Kiljah. Hrsg. v. Histadrut Refuit Beisrael (Israel Medical Association). Jerusalem 1997. S. 35-51.
36. Ilani, Jakob: Hajachas lachole hanote lamut bahalacha hajehudit (Die Einstellung zum sterbenden Kranken in der jüdischen Halacha). Diss.med. Jerusalem 1988.
37. Jakobovits, Immanuel: Harefuah wehajahadut, mechkar hashvaati wehistori al jachas hadat hajehudit larefuah (Medizin und Judentum, eine vergleichende und historische Studie zur Einstellung der jüdischen Religion zur Medizin). Jerusalem 1966.
38. Kalin, Schmu'el: Kommentar ‚Machazit Haschekel‘ zum Schulchan Aruch, Orach Chaim 329.

39. Kapach, Josef: Pirush Hamishnaiot LehaRambam. Seder Moed. Jerusalem 1963.
40. Kapach, Josef: Pirush Hamishnaiot LehaRambam. Seder Naschim. Jerusalem 1964.
41. Karo, Josef: Tur Orach Chaim. Hakdama le'Beis Josef. Jerusalem 1993.
42. Katz, Elijah: Hearot benosse nituk chole anush mimchonot hanschama melachutit (Anmerkungen zum Thema Trennung des unheilbar Kranken vom Respirator). In: Tchumin Bd. 3. Hrsg. v. Itamar Warhaftig. Alon Schvut 1982. S. 535-536.
43. Lau, Israel Meir: Chole ALS hamewakesch lo lehitchaber lemachschr hanschama. (Ein ALS Patient der fordert nicht an ein Beatmungsgerät angeschlossen zu werden) Assia 59-60 (1997) S. 66-69.
44. Leiserson, Simcha Bunim: Schulchan Schlomo. Erkei Refua. Assufat Birurei Halachot Uviskei Dinim Mitorato Schel R. S.Z. Auerbach. Bd.2. Aufl.1. Jerusalem 2006.
45. Medinat Israel: Chok Hachole Hanote Lamut 2005 (Gesetz des Sterbenden Kranken 2005). Reschumot Sefer Hachukim 2039. 15.12.2005. S. 58-78.
46. Medinat Israel: Chok Onschin 1977 (Strafgesetz 1977). Tikun 39. 1994.
47. Maimon, Mosche ben: Hakdamot le'pirusch ha'Mischna. Aruchot umewoarot al jedei Mordechai Dov Rabinovitz (Vorbemerkungen zur Erläuterung der Mischna. Hrsg. und erläutert von Mordechai Dov Rabinovitz). 14. Aufl. Jerusalem 1994.
48. Maimon, Mosche ben: Mischne Torah. Mahdura Menukedet im pirusch la'am (Punktierte Auflage mit Erklärung für Jedermann). Sefer Hamada. Hakdamot le'pirusch ha'Mischna. 12. Aufl. Jerusalem 1993.
49. Maimon, Mosche ben: Mischne Torah. Mahdura Menukedet im pirush la'am. Sefer Zmanim a. 4.Aufl. Jerusalem 1985.
50. Maimon, Mosche ben: Mischne Torah. Mahdura Menukedet im pirush la'am. Sefer Keduscha. 5.Aufl. Jerusalem 1985.
51. Maimon, Mosche ben: Mischne Torah. Mahdura Menukedet im pirush la'am. Sefer Nezikin. 5.Aufl. Jerusalem 1985.
52. Maimon, Mosche ben: Mischne Torah. Mahdura Menukedet im pirush la'am. Sefer Zeraim. 6.Aufl. Jerusalem 1985.
53. Maimon, Mosche ben: Mischnaiot Zecher Chanoch. Jerusalem 1999.
54. Oren, Meir: Hatipul Bachole Hanote Lamut, Chozer Manka¹ 2/96 (Die Behandlung des Sterbenden Patienten, Rundbrief des Generaldirektors 2/96). In: Hachole Hasofani Hanote Lamut. Assufat Maamarin. Hrsg. v. Mordechai Halperin. 2. Aufl. Jerusalem 2003. S. 78-84.
55. Rabinovits, Gedalja Aharon: Hanhagot im chole mesukan wegoss ubehagdarat sch'at hamita (Die Verhaltensweise mit lebensgefährdeten Patienten, dem Gosess und und der Definition des Todeszeitpunkts). In: Halacha Urefua. Kobetz Halacha beinjanei refuah Bd.3. Jerusalem 1983. S. 102-114.
56. Rabinson, Jakob: Treifa Baadam (Treifa beim Menschen). Assia 56 (1995) S. 30-34.
57. Schiltei Giborim (Jehoschua Boaz) Kommentar zum Ri¹f (Rabbi Izchak Alfassi). Babylonischer Talmud, Traktat Moed Katan.
58. Schneerson, Menachem Mendel: Toras Menachem. New York 1991, Bd. 3. S. 311.
59. Schneerson, Menachem Mendel: Likkutei Sichos. Bd. 6. New York 2006.
60. Sefer Hachinuch: Gesetzeskodex (Autor unbekannt).
61. Shafran, Yigal: Amirat Emet Lachole al Mazavo (Übermittlung der wahren Diagnose dem Patienten). Assia 42-43 (1987) S. 16-23.
62. Shaval, Chaim Dov: Kitvei Rabeinu Mosche ben Nachman (Die Schriften unseres Rabbi Mosche ben Nachman). Torat Haadam. Bd.2. 3. Aufl. Jerusalem 1968.
63. von Liadi, Schneur Zalman: Likkutei Amarim Tanya.

64. Steinberg, Avraham: Dua“ch Hava’ada Haziburit Le’injanei Hachole Hanote Lamut. Assia. 69-70 (2002) S. 5-23. (Rechenschaftsbericht der öffentlichen Kommission zur Angelegenheit des Sterbenden Kranken)
65. Steinberg, Avraham: Enzyklopedia Hilchatit Refuit. Bd.1. 1.Aufl. Jerusalem 1988.
66. Steinberg, Avraham: Enzyklopedia Hilchatit Refuit. Bd.2. 1.Aufl. Jerusalem 1991.
67. Steinberg, Avraham: Enzyklopedia Hilchatit Refuit. Bd.2. 2.Aufl. Jerusalem 2006.
68. Steinberg, Avraham: Enzyklopedia Hilchatit Refuit. Bd.3. 1.Aufl. Jerusalem 1992.
69. Steinberg, Avraham: Enzyklopedia Hilchatit Refuit. Bd.4. 1.Aufl. Jerusalem 1994.
70. Steinberg, Avraham: Enzyklopedia Hilchatit Refuit. Bd.4. 2.Aufl. Jerusalem 2006.
71. Steinberg, Avraham: Enzyklopedia Hilchatit Refuit. Bd.5. 2.Aufl. Jerusalem 2006.
72. Steinberg, Avraham: Enzyklopedia Hilchatit Refuit. Bd.7. 2.Aufl. Jerusalem 2006.
73. Steinberg, Avraham: Rezach mitoch rachamim le’or hahalacha. In: Assia Bd.3. Hrsg. v. Mordechai Halperin. Jerusalem 1983. S. 424-457.
74. Steinberg, Avraham: Siruw letipul refui mazil chaim. Hebetim etiiim, mishpatiim wehilchatiim (Verweigerung medizinischer lebensrettender Behandlung. Ethische, rechtliche und halachische Aspekte). Sefer Refael. Hrsg.v. Josef Elijahu Halevi Mobschowitz. Jerusalem 2000. S. 571-580.
75. Steinberg, Avraham: Hachole Hasofani (Der terminale Patient). In: Sefer Hakinus Habeinleumi Harischon Lerefua, Etika Wehalacha (Buch des ersten, internationalen Kongresses der Medizin, Ethik und Halacha). 1993. S. 273-287.
76. Urner, Jakob: Taharas Ezov zu Agudas Ezov. New York 1992.
77. Weinberger, Jakob: Rezach Mitoch Rachamim Bahalacha Hajehudit (Mord aus Mitleid in der jüdischen Halacha). In: Dinei Israel. Shnaton lemishpat ivri uledinei mishpacha beisrael (Gesetze Israels. Jahrbuch für hebräisches Gesetz und Familiengesetz in Israel). Hrsg.v. Zeev Falk, Aharon Kirschenbaum. Bd.7. Tel Aviv 1976. S. 99-127.
78. Zevin, Shlomo Josef: Enzyklopedia Talmudit leinjanei halacha (Talmudische Enzyklopedie für halachische Angelegenheiten). Bd.5. 4. Aufl. Jerusalem 1986.

C. Schulchan Aruch mit Kommentaren

79. Beit Lechem Jehuda (Zwi Hirsch ben Azriel) Kommentar zum Schulchan Aruch.
80. Isserles, Moses (Ram’a): Anmerkungen zum Schulchan Aruch.
81. Karo, Josef: Schulchan Aruch Jore Dea.
82. Karo, Josef: Schulchan Aruch Orach Chaim.
83. Nekudot Hakessef (Schabtai ben Meir Hakohen) Kommentar zum Ta“Z.
84. Ta“Z (David ben Schmuël Halevi) Kommentar zum S.A.
85. von Liadi, Schneur Zalman: Schulchan Aruch Choschen Mischpat.
86. von Liadi, Schneur Zalman: Schulchan Aruch Orach Chaim.

D. Responsa (Schu’t)

87. Auerbach, Schlomo Zalmen: Responsa Minchat Schlomo.
88. Kluger, Schlomo: Responsa Chochmat Schlomo.
89. Kuk, Avraham Jizchak Hakohen: Responsa Mischpat Kohen.
90. Feinstein, Mosche: Responsa Iggrot Mosche. Bd.5. Joreh Dea 2. New York 1973.
91. Feinstein, Mosche: Responsa Iggrot Mosche. Bd.6. Joreh Dea 3. New York Jahr unbekannt.

92. Feinstein, Mosche: Responsa Iggrot Mosche. Bd.7. Choschen Mischpat 2. New York 1985.
93. Reischer, Jaakov ben Josef: Responsa Schvut Jaakov. (Dem Responsa-Projekt der Bar-Ilan Universität entnommen, s. Quelle 148)
94. Sofer, Mosche: Responsa Chatam Sofer. Jore Dea Bd. 1. Erneuerte Aufl. Jerusalem 2008.
95. Waldenberg, Eliezer Jehuda: Ramat Rachel. 2. Aufl. Jerusalem 1985.
96. Waldenberg, Eliezer Jehuda: Responsa Ziz Eliezer. Bd.10-11. 2. Aufl. Jerusalem 1985.
97. Waldenberg, Eliezer Jehuda: Responsa Ziz Eliezer. Bd.12-13. 2. Aufl. Jerusalem 1985.
98. Waldenberg, Eliezer Jehuda: Responsa Ziz Eliezer. Bd.14-15. 2. Aufl. Jerusalem 1985.
99. Waldenberg, Eliezer Jehuda: Responsa Ziz Eliezer. Bd.16-17. Jerusalem 1990.

E. Deutsch- und Englischsprachige Quellen

100. American Academy of Neurology: Certain Aspects of the Care and Management of the Persistent Vegetative State Patient. *Neurology* 39 (1989) S. 125-126.
101. Bamberger, Selig (Übers.): Kizzur Schulchan Aruch. Bd.1. 2. Aufl. Basel 1978.
102. Bamberger, Selig (Übers.): Kizzur Schulchan Aruch. Bd.2. 2. Aufl. Basel 1978.
103. Bamberger, Selig (Übers.): Sidur Sefat Emet. Basel 1986.
104. Benzenhöfer, Udo: Israel: Diskussion über passive Euthanasie. *Deutsches Ärzteblatt* 94 (1997) H. 22, S. A1488.
105. Bleich, David: *Judaism and Healing. Halakhic Perspectives.* USA 1981.
106. Breitbart, William; Rosenfeld, Barry; Pessin, Hayley, et al.: Depression, Hopelessness, and Desire for Hastened Death in Terminally Ill Patients With Cancer. *Journal of the American Medical Association* 284 (2000) H.22, S. 2907-2911.
107. Dahan, Albert: Respiratory Depression with Opioids. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* 21 (2007) H. 1, S. 63-66.
108. De Wachter, Maurice: Active Euthanasia in the Netherlands. *Journal of the American Medical Association* 262 (1989) H. 23, S. 3316-3319.
109. Dessauer, Julius (Übers.): *Die fünf Bücher Mosche.* Numeri. Tel-Aviv 1967.
110. Dörner, Klaus; Zieger, Andreas; Bavastro, Paolo, et al.: Patientenverfügungen: Kein Sterben in Würde. *Deutsches Ärzteblatt* 99 (2002) H. 14, S. A917-919.
111. Elon, Menachem: *Medicine, Halacha, and Law. The Values of a Jewish and Democratic State.* In: *Jewish Medical Ethics.* Hrsg. v. Mordechai Halperin, David Fink, Shimon Glick. Bd.1. Jerusalem 2004. v-xxxvii.
112. Glick, Shimon: Who decides – the Patient, the Physician or the Rabbi? In: *Jewish Medical Ethics.* Hrsg. v. Mordechai Halperin, David Fink, Shimon Glick. Bd.1. Jerusalem 2004. 142-162.
113. Goldschmidt, Lazarus (Übers.): *Der Babylonische Talmud.* Bd.1. 1.Aufl. Berlin und Wien 1925.
114. Goldschmidt, Lazarus (Übers.): *Der Babylonische Talmud.* Bd.1. 2.Aufl. Berlin 1930.

115. Goldschmidt, Lazarus (Übers.): Der Babylonische Talmud. Bd.2. 2.Aufl. Berlin 1930.
116. Goldschmidt, Lazarus (Übers.): Der Babylonische Talmud. Bd.3. 2.Aufl. Berlin 1930.
117. Goldschmidt, Lazarus (Übers.): Der Babylonische Talmud. Bd.4. 2.Aufl. Berlin 1931.
118. Goldschmidt, Lazarus (Übers.): Der Babylonische Talmud. Bd.5. 2.Aufl. Berlin 1931.
119. Goldschmidt, Lazarus (Übers.): Der Babylonische Talmud. Bd.6. 2.Aufl. Berlin 1932.
120. Goldschmidt, Lazarus (Übers.): Der Babylonische Talmud. Bd.7. 1.Aufl. Berlin und Wien 1925.
121. Goldschmidt, Lazarus (Übers.): Der Babylonische Talmud. Bd.7. 2.Aufl. Berlin 1933.
122. Goldschmidt, Lazarus (Übers.): Der Babylonische Talmud. Bd.8. 2.Aufl. Berlin 1933.
123. Goldschmidt, Lazarus (Übers.): Der Babylonische Talmud. Bd.9. 2.Aufl. Berlin 1967.
124. Gotfryd, Arnie: Mind over Matter. Teachings of the Lubavitcher Rebbe, Rabbi Menachem Mendel Schneerson on Science, Technology and Medicine. Jerusalem 2003.
125. Jakobovits, Immanuel: Some Modern Responsa on Medico-Moral Problems. In: Jewish Medical Ethics. Hrsg. v. Mordechai Halperin, David Fink, Shimon Glick. Bd.1. Jerusalem 2004. 77-87.
126. Kasper, Dennis L.; Braunwald, Eugene; Fauci, Anthony, et al: Principles of Internal Medicine. 16. Aufl. New York 2005.
127. Lamb, David: Down the Slippery Slope. Arguing in Applied Ethics. London 2003.
128. Maimonides, Moses: Mischne Tora oder Jad Hachazaka. Gesetze über Mord und Todtschlag und zum Schutze des Lebens. Übers. v. Aron Wolff. Bd. 4. Haigerloch 1890.
129. Müri, Walter: Der Arzt im Altertum. Griechische und lateinische Quellenstücke von Hippokrates bis Galen mit der Übertragung ins Deutsche. 4. Aufl. München 1979.
130. Newman, Jacob: Halachic Sources. From the Beginning to the Ninth Century. Leiden 1969.
131. Nordman, Yves: Jüdische Medizinethik: Leben als „Leihgabe“. Deutsches Ärzteblatt 98 (2001) H. 3, S. A92-94.
132. Pessin, Hayley; Olden, Megan; Jacobson, Colleen, et al.: Clinical assessment of depression in terminally ill cancer patients: A practical guide. Palliative & Supportive Care 3 (2005) H. 4, S. 319-24.
133. Ganzfried, Schlomo Josef: Kitzur Schulchan Aruch. Übers. v. Selig Bamberger. Bd.2. 2.Aufl. Basel 1978.
134. Ravitsky, Vardit: Timers on ventilators. British Medical Journal 330 (2005) S. 415-417.
135. Rosner, Fred: Jewish Perspectives on Death and Dying. Religious imperatives in treating terminally ill patients. Assia. A Journal of Jewish Medical Ethics and Halacha 2 (1991) H.1, S. 38-45.
136. Rubin, Susan M.; Strull, William M.; Fialkow, Michael F., et al.: Increasing the Completion of the Durable Power of Attorney for Health Care: A Randomized,

- Controlled Trial. The Journal of the American Medical Association 271 (1994) H.3, S.209-212.
137. Schorr, Yisroel Simcha (Übers.): Talmud Bavli. The classic Vilna Edition, with an annotated, interpretive elucidation, as an aid to talmud study. Bd. 48/2. 3. Aufl. 1997.
138. Schostak, Zev: Is There Patient Autonomy in Halacha? In: Jewish Medical Ethics. Hrsg. v. Mordechai Halperin, David Fink, Shimon Glick. Bd.1. Jerusalem 2004. S. 98-108.
139. Steinberg, Avraham: Encyclopedia of Jewish Medical Ethics. Übers. v. Fred Rosner. Bd.3. Jerusalem 2003.
140. Steinsalz, Adin: Persönlichkeiten aus dem Talmud. Basel 1996.
141. Steinsalz, Adin: Talmud für Jedermann. Basel 1998.
142. Sternbuch, Josua: Medizinische Ethik im Judentum am Beispiel der Euthanasie. Diss.med. Zürich 1980.
143. U.S. Supreme Court: Cruzan v. Director, MDH, 497 U.S. 261 (1990).
144. Wohlgemuth, Joseph; Bleichrode, Isidor (Übers.): Pentateuch. Basel 1979.
145. Zunz, Leopold (Übers.): Die vierundzwanzig Bücher der Heiligen Schrift. Basel 1995.

F. Medien und Internetquellen

146. Elon, Menachem; Maliz, Jakob; Ariel, Chanoch: Oberstes Gerichtshof vs. Yael Shefer. 506/88. 24/11/1993.
147. Guski, Chajm: Die Middot des Rabbi Jischmael. 2011.
http://www.talmud.de/minchah/material/middot_13.pdf
148. <http://www.biu.ac.il/jh/Responsa/>
149. <http://www.ninds.nih.gov/disorders/taysachs/taysachs.htm>
150. http://www.psakdin.co.il/fileprint.asp?filename=/mishpaha/private/ver_bhtc.htm
151. Reches, Avinoam: Yom Iyun lerofim, achayot, zvatim metaplim, lehakarot hachok hachadasch: Chok Hachole Hanote Lamut. Mechakika Leyissum befoal. Chelek 1. (Orientierungstag für Ärzte, Krankenschwestern, Behandlungsteams zum Kennenlernen des neuen Gesetzes: Gesetz des Sterbenden Kranken. Von Verfassung bis zur praktischen Anwendung Teil 1) Multimedia behoraa DVD. Medizinische Fakultät der Hebrew University Hadassah. Jerusalem 2006.
152. Steinberg, Avraham: Yom Iyun lerofim, achayot, zvatim metaplim, lehakarot hachok hachadasch: Chok Hachole Hanote Lamut. Mechakika Leyissum befoal. Chelek 1. (Orientierungstag für Ärzte, Krankenschwestern, Behandlungsteams zum Kennenlernen des neuen Gesetzes: Gesetz des Sterbenden Kranken. Von Verfassung bis zur praktischen Anwendung Teil 1) Multimedia behoraa DVD. Medizinische Fakultät der Hebrew University Hadassah. Jerusalem 2006.

G. Zeitungsartikel

153. Adiram, Yechezkel; Rosilio, Michael: Hazchut Lo Lichiot. Yediot Acharonot, Mussaf Koteret v. 26.10.1990, S. 1, 3.
154. Alon, Gidon: Psak Hadin Ma'anik Larofe Achraiut Plilit. Haaretz v. 26.10.1990, S. 3.

155. Aridor, Edna: Hechscher Lahamatot Chesed hamitbaz'ot bescheket. Haaretz v. 26.10.1990, S. 3.
156. Gabai, Dorit: Psak Din Takdimi: 2 Cholim Sofaniim lo jekablu Tipul Leha'arachat Chajeihem. Maariv v. 12.1.1996, S. 1, 6.
157. Harel, Zvi: Beit Hamischpat na'ana letviat Benjamin Ejal schelo lechabro Lemachschr Hanschama Bevo Haschlav Hasofi Lemachalato. Haaretz v. 26.10.1990, S. 1.
158. Jarkoni, Joram: Mahapecha Mischpatit Verefuit Beisrael: Efschar Lamut Bechavod. Yediot Acharonot v. 12.1.1996, S. 4.
159. Jarkoni, Joram: Tajass Hakrav Mevakesch Lamut Bechavod. Yediot Acharonot, Mussaf Koteret v. 14.12.1995, S. 10.
160. Reches, Avinoam: Etika schel Mavet Jadua. Haaretz v. 11.06.2006, S. 4b.
161. Reznik, Ron: Doktor Chessed. Be-10 Balaila Nutak Itai Arad Mimechonot Hahanschama. Haaretz v. 4.12.1998, S. 1, 18-24.
162. Reznik, Ron: Misrad Habriut Mear'er al Psika sche'ifschera Hamatat Chessed. Haaretz v. 3.12.1998, S. 1a, 11a.
163. Schibi, Chaim; Zimuki, Tova: Chok Hamatot Chessed Lakneset. Yediot Acharonot v. 16.12.2004, S.16.
164. Jechezkeli, Jehudit: Larischona: Hememschala Ischra Haza'at Chok schematira Hamatot Chessed schel Cholim Sofaniim. Yediot Acharonot, Mussaf Koteret v. 24.5.2004, S. 6.
165. Michalson, Menachem: Harav Israel Lau: Harofim Raschaim Schelo Lehaarich et Chajav schel Benjamin Ejal. Yediot Acharonot, Mussaf Koteret v. 1.11.1990, S. 12.
166. Kisel, Arieh: Takdim Benjamin Ejal. Yediot Acharonot, Mussaf 24 Schaot v. 28.10.1990, S. 10.
167. Kamir, Eli; Mazori, Daljah: Nizachon Lebenjamin Ejal – Chajav Lo Ju'archu. Maariv v. 26.10.1990, S. 6.

9. Danksagung

Mein tiefer Dank gebührt meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Paul U. Unschuld, für die Ermöglichung zu diesem spannenden Thema zu promovieren, für eine geradezu väterliche Betreuung und für seine klugen Anregungen, die mir bei diesem umfangreichen und komplexen Material stets auf den richtigen Pfad halfen.

Auch danke ich Rabbiner Yigal Shafran, einem der Kommissionsmitglieder zur Formulierung des „Gesetzes des Sterbenden Kranken“ sowie Rabbiner Dr. Mordechai Halperin, Vorsitzender des Schlesinger Instituts für medizinisch-halachische Forschung, für die Zeit, die sie meinen Fragen großzügig und mit Freude widmeten und damit einige Unklarheiten beseitigen konnten.

Frau Heidrun Schweinesbein danke ich herzlich für die sprachlichen Korrekturen.

Besonders danke ich meiner Frau, ohne ihre unerschöpfliche Geduld wäre diese Dissertation nie zu einem Ende gekommen.

Schließlich danke ich meinen Eltern für ihre tatkräftige Unterstützung und Motivation, mit der sie meine Arbeit bis zuletzt begleiteten.

Eidesstattliche Versicherung

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt,
dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Ort, Datum

Unterschrift Doktorandin/Doktorand